

Sufrimento psíquico e cura em narrativas de adeptos da Umbanda

Psychic suffering and healing in narratives of Umbanda followers

Thelma Maria Grisi Velôso

Universidade Estadual da Paraíba, Brasil
Campina Grande, PB
tgrisiveloso@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-0447-7490>

Pedro de Oliveira Filho

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil
Campina Grande, PB
deoliveirafilhopedro@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2401-8953>

Karoliny Rafaela Sousa de Andrade

Universidade Estadual da Paraíba, Brasil
Campina Grande, PB
karoluepb@yahoo.com.br
<https://orcid.org/0009-0001-4550-6828>

Recebido em: 13 de novembro de 2025

Aceito em: 12 de maio de 2026

Resumo:

No Brasil, existem inúmeras terapias alternativas de cura, dentre elas, as religiosas. A influência dos cultos religiosos na interpretação do processo saúde-doença tem se tornado objeto de estudo de várias áreas do conhecimento. Este estudo analisa, em histórias de vida de pessoas que já se submeteram à psicoterapia e/ou ao tratamento psiquiátrico, as estratégias argumentativas utilizadas para justificar a opção pela cura em terreiros de Umbanda. Foram analisados seis relatos de histórias de vida de seguidores da Umbanda da cidade de Campina Grande (Paraíba) com o uso do método de análise de discurso desenvolvido pela Psicologia Social Discursiva. Nesses relatos, construídos para dar legitimidade à opção pela cura em terreiros de Umbanda, os entrevistados empregam diferentes mecanismos para ressaltar a existência de um sofrimento psíquico que nem a Psicologia, nem a Medicina, nem outras religiões conseguiram aplacar. Analisamos, assim, relatos que procuraram dar credibilidade e autoridade ao saber e às práticas umbandistas.

Palavras-chave: Saúde mental. Discurso. Categorização. Argumentação. Histórias de vida.

Abstract:

In Brazil, there is a number of alternative forms of cure therapy, and among them, the religious ones. The influence of religious cults, in the interpretation of the health-disease process, has become the object of study in several areas of knowledge. In this article, we aim at analyzing the argument strategies used by people who have undergone psychotherapy and/or psychiatric treatment in their life histories in order to justify their option for cure in Umbanda rituals (terreiros). Six life story reports from Umbanda followers in the city of Campina Grande (Paraíba) were analyzed using the discourse analysis method developed by Discursive Social Psychology. In these reports (aimed at legitimizing their choice for cure in Umbanda rituals), the individuals use different mechanisms in order to emphasize the existence of an ailing that neither Psychology nor Medicine, nor other religions could mitigate. Here we have analyzed reports that try to give credibility and authority to the practices and knowledge used by Umbanda adepts.

Keywords: Mental health. Discourse. Categorization. Argumentation. Life histories.

Introdução

A história econômica, social e cultural do Brasil concorreu para a existência de uma diversidade de terapias alternativas (Camargo, 1985; Bobsin, 2003), que se multiplicaram, sobretudo, no cenário contracultural dos anos 60 (Tavares, 2003) e se configuram, na contemporaneidade, como um campo heterogêneo de saberes e práticas de cura, muitas delas de cunho religioso (Rocha; Vásquez, 2014). Em geral, as pessoas transitam por vários e diferentes serviços de cura e recorrem tanto ao tratamento médico quanto às terapias de caráter religioso (Rabelo, 1993; Rabelo; Alves; Souza, 1999; Grisotti, 2001).

Há uma disputa acirrada entre diferentes instituições religiosas que oferecem serviços terapêuticos. Além disso, recorrem à cura de caráter religioso pessoas de diversas classes sociais. Segundo Minayo (1994), o que diferencia as relações com a terapêutica religiosa é o significado que cada classe atribui às suas experiências. Considerando o exposto e o contexto de profundas transformações advindas do Movimento de Reforma Psiquiátrica e da criação de serviços substitutivos ao manicômio, que procuram não desvincular o sofrimento das “referências sociais e culturais” (Baltazar; Silva, 2014), a discussão sobre a relação entre religiosidade e sofrimento mental está em pauta. Os estudos sobre essa relação têm sido o foco de muitas pesquisas no Brasil desde a virada do Século XIX para o Século XX, embora tenham se tornado mais frequentes a partir de 1930, como atesta o levantamento realizado por Dalgalarrrondo (2007). Para esse autor, só a partir de 1960 foi que a religiosidade dita popular deixou de ser considerada uma “sobrevivência do arcaico” ou um “atraso” e passou a ser definida como resistência e protesto.

Leite e Seminotti (2013) e Koenig (2007) afirmam que, até o Século XX, a religião era vista como possível causadora de neuroses. A partir do Século XXI, no entanto, isso começou a mudar, e “a relação com a religião passa a ser vista como um fator positivo para a saúde, sobretudo para a saúde mental.” (Leite; Seminotti, 2013:190). O estudo de revisão teórica de Murakami e Campos (2012), no mesmo sentido, concluiu que a religião contribui para melhorar a qualidade de vida, possibilita uma rede de apoio social e atribui sentido ao sofrimento. No entanto, as pesquisas revisadas não desconsideram que a religião também pode afetar negativamente a saúde mental das pessoas.

Ribeiro e Minayo (2014), por sua vez, a partir de uma revisão da literatura sobre o papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade, afirmam que, embora grande parte dos trabalhos ressalte que a religião contribui para a promoção da saúde mental, alguns trabalhos duvidam dessa possibilidade.

Vários autores, vinculados a diferentes disciplinas (Aureliano; Silva, 2024; Martínez-Hernández; Correa-Urquiza, 2017; Santos *et al*, 2012; Spink, 2003), adotam uma perspectiva globalizante e dinâmica que privilegia a análise da saúde/doença como um processo historicamente construído e multideterminado. Nessa perspectiva, ressaltam-se a concepção dos usuários dos diferentes sistemas de saúde, compreendidos como sistemas culturais, e as teorias que se empenham em estudar os modelos explicativos que fundamentam as diferentes interpretações das doenças e a opção por terapias alternativas à medicina tradicional. A influência dos cultos religiosos na interpretação e no tratamento tem sido considerada cada vez com mais atenção pelos pesquisadores. Como afirmam Tavares *et al* (2016:94): “A ampliação do debate sobre a influência da R/E [Religião/Espiritualidade] no contexto da saúde e da prática clínica é inadiável e legítima, uma vez que não restam mais dúvidas sobre a associação entre esses elementos.”

Dentre os inúmeros serviços de cura de caráter religioso existentes no país, destacam-se os praticados pelas religiões afro-brasileiras. Inseridos nessas religiões, os terreiros de Umbanda e de Candomblé vêm atuando, consideravelmente, no campo da saúde, em três dimensões: saúde mental, saúde do corpo e saúde espiritual. Inclusive, foi criada em 2003 uma Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde (Silva, 2007).

Levando em conta a importância dessas práticas religiosas no contexto da saúde mental, este estudo analisa as estratégias argumentativas, em narrativas de história de vida, mobilizadas por adeptos da Umbanda, que já se submeteram à psicoterapia e/ou ao tratamento psiquiátrico, para justificar a opção pela cura nos terreiros do município de Campina Grande (Paraíba). Cumpre ressaltar que a Umbanda difundida entre as camadas baixas e médias da população brasileira é uma religião que incorporou as entidades do Candomblé e que reúne deuses africanos, santos católicos e o espiritismo kardecista (Silva, 2011).

Para realizar a análise proposta, este estudo seguiu a orientação teórico-metodológica da Psicologia Social Discursiva (Potter; Reicher, 1987; Potter; Wetherell, 1987; Edwards; Potter, 1992; Potter, 1998; Billig, 2008, Martínez-Guzmán; Stecher; Íñiguez-Rueda, 2016). A realidade social, nessa perspectiva, configura-se nas práticas cotidianas, e a linguagem é um instrumento fundamental para construí-la. Garay, Íñiguez e Martínez (2005) asseveram que a perspectiva discursiva em Psicologia Social, que tem na Psicologia Social Discursiva uma de suas mais importantes correntes teóricas, interessa-se pela construção discursiva dos fenômenos psicológicos e sociais. As pessoas recorrem aos repertórios interpretativos ou discursos, que fazem parte do patrimônio sociocultural de uma sociedade, para construir versões da realidade. A versão sobre um acontecimento pode ser construída de formas diferentes, variadas, inconsistentes e mutáveis. O foco dessa perspectiva é a ação na fala e na escrita, na forma como são descritos e explicados os acontecimentos no contexto em que ocorrem (Edwards; Potter, 1992).

Este artigo ocupa-se dos argumentos construídos nas histórias de vida para explicar por que optaram por se curar em terreiros de Umbanda; portanto, estaremos atentos às estratégias retóricas mobilizadas por eles, por entender que, quando as pessoas falam, partem de uma determinada posição no mundo, não são imparciais e, implícita ou explicitamente, seus posicionamentos discursivos afirmam argumentos sociais mais amplos e se opõem a outros argumentos (Garay; Íñiguez; Martínez, 2005). As memórias são construídas discursivamente na interação social e cuidadosamente organizadas para realizar ações (Potter, 1998; Edwards; Potter, 1992).

Método

Para o desenvolvimento deste estudo, recorreu-se à metodologia qualitativa da história oral, mais especificamente, às entrevistas de história de vida. Spindola e Santos (2003:121) ressaltam que essas entrevistas, por mais particulares que sejam, “são sempre relatos de práticas sociais: das formas com que o indivíduo se insere e atua no mundo e no grupo do qual faz parte”. Esse tipo de relato não é a imediata tradução do vivido, é a construção, a partir da experiência social narrada, de uma imagem de si em relação ao próprio grupo social e ao próprio universo de valores (Pollak, 1992). “A entrevista de história de vida é um relato de um narrador sobre sua existência através do

tempo, contando livremente sua vida, imprimindo ao relato suas próprias categorias, impondo um ordenamento e selecionando ele mesmo o que quer relatar.” (Lang; Campos; Demartini, 2010:45).

Cabe registrar que, inicialmente, fomos à Fundação Beneficente dos Cultos Umbandísticos e Filosóficos da Paraíba e obtivemos uma lista com informações sobre os terreiros existentes no município de Campina Grande; no entanto, a lista estava desatualizada. Sendo assim, visitamos poucos terreiros. Além disso, por uma questão ética, os terreiros se negaram a indicar possíveis entrevistandos. Apesar de buscarmos outras alternativas, como, por exemplo, participar de rodas de capoeira, houve dificuldade para encontrar pessoas cujos perfis se adequassem aos critérios exigidos – que optaram por se tratar do sofrimento psíquico nos terreiros de Umbanda e que já haviam se submetido à psicoterapia e/ou ao tratamento psiquiátrico. Foram obtidas, então, seis histórias de vida de seguidores da Umbanda de Campina Grande - PB – cinco mulheres e um homem, com idades entre 40 e 77 anos.

A participação voluntária foi confirmada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os participantes residiam na cidade de Campina Grande e as entrevistas foram feitas nas suas residências. Solicitou-se aos entrevistados que narrassem livremente suas histórias. No decorrer do relato, foram feitos, de acordo com os objetivos da pesquisa, alguns questionamentos. Por questões éticas, preservou-se o anonimato dos entrevistados, que foram identificados com pseudônimos.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de acordo com o método de análise de discurso criado pelos teóricos da Psicologia Social Discursiva (Potter; Reicher, 1987; Potter; Wetherell, 1987; Edwards; Potter, 1992; Potter, 1998; Billig, 2008). No processo de análise, dedicou-se atenção aos efeitos de sentido que foram produzidos nos relatos e às estratégias utilizadas para obter esses efeitos. O ponto central é, como advertem Potter e Reicher (1987), a forma como relatos, descrições e histórias estão organizados para construir os diferentes objetos, as identidades e as relações do cenário social.

Resultados e discussão

Os resultados deste estudo foram organizados em torno de dois eixos: 1) as estratégias de categorização e particularização e seu uso nas descrições do sofrimento psíquico; 2) as argumentações utilizadas para justificar a opção pela cura em terreiros de Umbanda.

Categorização é o processo de mobilização de categorias em descrições, narrativas e argumentações. Sentenças como “João é esquizofrênico” ou “Os brasileiros são corruptos” exemplificam o processo de categorização discursiva. É um processo que ou assemelha um indivíduo a todos os membros de uma categoria (João é igualado a todos os esquizofrênicos) ou todos os membros de uma categoria aos membros de uma categoria mais ampla (os brasileiros são igualados a todas as pessoas corruptas). Esse procedimento está, obviamente, na base do processo de construção de identidades. Ter uma identidade é ser assemelhado ou assemelhar-se a algumas pessoas, mas esse mesmo processo é indissociável do processo de diferenciar-se de outras (Jenkins, 2004). Quando alguém diz que João é esquizofrênico (ou quando João diz de si mesmo que ele é esquizofrênico), por meio desse mesmo ato discursivo, ele é diferenciado dos neuróticos, dos são etc.

Categorizar pode ser um processo cognitivo ou discursivo. Esse processo, ou estratégia, é fundamental para correntes contemporâneas da Psicologia Social e tem sido objeto de investigação tanto por parte de psicólogos sociais cognitivos (Tajfel, 1983; Hamilton; Gifford, 1976) quanto discursivos (Potter; Wetherell, 1987; Potter, 1998; Antaki; Widdicombe, 2008; Edwards, 2008; Billig, 2008). Estes últimos ressaltam a natureza retórico-discursiva da categorização, o modo como a mobilização de categorias em diferentes tipos de discursos constitui diferentes entidades sociais, dentre elas, as identidades de grupos e indivíduos. Billig (2008) critica os psicólogos sociais cognitivos por desconsiderarem que a categorização é indissociável da particularização, dois processos complementares que constituem a forma como os seres humanos pensam.

Um indivíduo categorizado como ‘esquizofrênico’ pode mobilizar diferentes argumentos, retirados de diferentes repertórios interpretativos ou discursos, para particularizar a si mesmo no interior da categoria ‘esquizofrênicos’, ressaltando diferenças que considera fundamentais entre ele e os outros ‘esquizofrênicos’, ou pode,

de maneira mais radical, retirar a si mesmo da categoria em que foi colocado e categorizar-se como um ‘doente espiritual’ (como os participantes da pesquisa que originou este artigo). Os dois movimentos são exemplos do que Billig (2008) denomina de particularização. Segundo ele, tanto a categorização quanto a particularização estão situadas em estratégias argumentativas e constituem os fenômenos de negociação, disputa e conflito que são inerentes à luta cotidiana para definir a natureza da realidade social e dos grupos sociais.

Esse modo de compreender a construção das identidades e da realidade social é semelhante à teoria do discurso de Laclau e Mouffe (1985). Esses autores descrevem o combate entre diferentes discursos que buscam determinar aquilo que seria a verdadeira natureza dos objetos que habitam o mundo humano. Este artigo contempla a batalha de dois discursos (ou repertórios interpretativos), na fala dos participantes desta pesquisa, para definir quem são eles: o discurso médico-psiquiátrico e o discurso religioso umbandista.

Abaixo, pode-se observar um conjunto de relatos em que os participantes da pesquisa mobilizam categorias para descrever suas primeiras experiências com o sofrimento psíquico.

ENTREVISTADORA: Eu gostaria que a senhora me contasse a sua história de vida.

CRISTINA: De quando eu era moça? [ENTREVISTADORA: É, a partir do momento que a senhora quiser (...)] Eu era uma pessoa feliz, graças a Deus... (pausa) Tinha saúde, fui criada na roça... [ENTREVISTADORA: Foi criada na roça...] É, aí eu vim pra cá [Campina Grande] (...) E graças a Deus, me casei, tive 12 filhos, criei nove (...) Mas não sentia nada, eu comecei a sentir quando eu cheguei aqui, que fui na casa de uma mulher, aí lá eu fiquei na porta, mandaram tirar [sair], que disse que eu era espírita. [ENTREVISTADORA: Espírita?] Aí eu saí e comecei a sentir as... Eu ia, muitas vezes, pro hospital, *mas eu cacei todo meio pra ficar boa* (enfática). A última vez que eu senti eu bebia (...) aí minha filha deu um banho em mim e eu melhorei e dormi, e quando foi bem cedo, ele [marido] me levou pro João Ribeiro [hospital psiquiátrico de Campina Grande, hoje desativado] (...) Agora eu não via as coisas assim, quando eu me sentia mal, eu sentia assim, aproximação, assim como era espiritual, né? (...) [ENTREVISTADORA: Se a senhora lembrar mais de alguma coisa, pode ficar à vontade para falar (...)] Não, lembro só da minha doença, porque eu fui uma pessoa sofrida de criança. [ENTREVISTADORA: De criança?] Eu achava que eu tinha uma

coisa comigo, porque tudo acontecia comigo. [ENTREVISTADORA: Desde criança?] Desde criança, eu já fui queimada assim, levei uma pancada na cabeça que sangrou... (pausa). Eu era muito assim... artilosa, aquela pessoa que era agressiva, não sabe? [ENTREVISTADORA: Agressiva...] É... [ENTREVISTADORA: Desde criança...] É, faz tempo que eu sei, que eu tinha minha... É... Como é... Eu sou muito nervosa (77 anos, dona de casa).

SANDRA: Aí foi quando começou, quando eu perdi meus pais, com a perda repentina deles, eu... despertou esses problemas, então eu recorri aos psiquiatras. [ENTREVISTADORA: Psiquiatra?] É, aí palestra [consulta] com eles, e também recorri ao psicólogo. Aí o psiquiatra, o diagnóstico que ele deu que tinha sido um problema da gestação, que, com a perda inesperada da minha mãe, do meu pai, aí veio, despertou esses transtornos que eu não conseguia dormir, eu não tinha condições de andar sozinha, sentia... tinha medo de tudo, ele disse que eu tinha síndrome do pânico, que era um problema depressivo, e eu tomava as medicações e não fazia efeito. (...) eu não chegava a perder a noção mentalmente, né? Eu tinha noção do que fazia... Era, hoje em dia como é (...) depressão, síndrome do pânico (...) num sei o quê... porque eu tinha medo de tomar banho, de chegar no banheiro, ficava com medo, eu achava que eu tava andando e tinha alguém atrás de mim... (...) Aí eu tinha palestra [consulta], né? com o psiquiatra e com o psicólogo, pra que eu pudesse ter um equilíbrio, mas eu passei quatro anos em tratamento, tomava a medicação pra dormir, (...) mas eu dormia uma hora, uma hora e meia (...) a minha irmã foi vendo que isso não era normal num ser humano, né? Que se fosse um problema material, aquela medicação fazia efeito, mas a gente tinha que recorrer ao médico, né? por conta do trabalho, tinha que ter uma justificativa no trabalho, né? [ENTREVISTADORA: Hum... Tinha que ter uma justificativa no trabalho...] É que, no trabalho, eu não poderia dizer: “Não, é um problema mediúnico”, né? como a gente chama, problema de mediunidade. Aí eu recorri às duas partes, mas, quando eu comecei a frequentar a religião espírita, foi quando eu comecei a encontrar... Assim, sentir calma naqueles problemas que eu sentia. (...) entidade que assim não era do mal. Entidades que se foram e acham na gente simpatia e ficam ali perto da gente, não se incorporam, né? Ficam focalizando e causam esses transtornos. Aí depois que eu passei a usar banho de ervas, chá, né? (...) fazendo esse tratamento espiritual. [ENTREVISTADORA: Espiritual...] Aí eu me recuperei, né? até hoje. Aparece assim uma recaída, mas é coisa leve, aí vamos pra uma orientação

espiritual, tomar banho, chá, essas coisas... (58 anos, aposentada dos Correios e Telégrafos).

NEUZA: (...) eu me lembro assim, a minha primeira história de vida começou aqui no interior próximo (pausa). Eu nasci no dia de São João, em Soledade, e fiquei lá até os 14 anos de idade, fiz primário e fiz ginásio, vim pra Campina Grande em 78 pra fazer meu primeiro vestibular em 77, 78 (...) pra Engenharia Química, estudei muito, estudava de manhã e de tarde e voltava à noite pra Soledade. Lecionava num colégio estadual de lá, matemática, e minha vida ia bem até meus 20 anos. Com 21 anos, eu comecei a adoecer, (...) ia muito médico lá, cá, e nada, ninguém sabia o meu problema, eu fiquei muito gorda, eu fiquei obesa. (...) eu pesava quase cem quilos, eu me sentia velha, cansada, eu era muito triste, nenhum médico sabia dizer o que eu tinha, nem aqui em Campina Grande nem Recife. *Fui pra Anápolis* (enfática) (...) fui passear (...) encontrei uma amiga da minha irmã que era endocrinologista (...) ela detectou essa doença, que eu tinha problema na tireoide (pausa). *Quando eu vim pra Paraíba* (enfática), fui ao médico daqui (...) ele pediu os exames e achou que eu tava com a tireoide muito alterada, passei mais de três anos tomando remédio, ou quatro (...) comecei a emagrecer, comecei a ficar mais calma, que eu era muito estressada, muito nervosa, e comecei a viver uma vida normal, arrumei um namorado. Com 27 anos, me casei, (...) era muito triste porque eu não engravidava, aí voltei a ele [o médico], (...) ele passou uns remédios, eu engravidei (...), mas sempre doente, sempre no endocrinologista, sempre tomando hormônio, (...) aí um dia, eu fui em Recife (...). Minha madrinha, ela olhou pra mim: “Vixe, minha filha, tá pálida, amarela, o que é que você tem?” “Eu não sei, (...) eu tô vendo um homem assim do lado da senhora, parece com meu padrinho”. Ela disse: “Mas seu padrinho morreu faz muito tempo, você ainda era pequena”. “Pois, mas eu conheço ele pelos retratos, parece com ele”. Então, foi a primeira visão que eu tive em minha vida, assim, de pessoas que já tinham morrido, era esse meu padrinho, pra onde ela ia, eu via ele seguindo ela na casa dela (...) (50 anos, trabalhava no Fórum).

JOSÉ: Eu vou começar da infância. Pra começar, a minha vida espiritual (...). Com sete anos de idade, já comecei ter visões, vendo as entidades, né? (...). A gente que é espírita, nós somos paranormais. A gente vê coisas do além que as pessoas veem e não confiam. (...) a gente começa a ver os recados. (...) Visões do que vai acontecer alguma coisa na vida de um amigo, de um

conhecido (...) Aí manda ter cuidado. Como meu pai já era (ininteligível), minha mãe também já era uma megavidente, e esse negócio de descendência já vem de pai, de avô (...). Aí quando eu cheguei aos 21 anos, realmente eu não dormia tranquilo, não tinha paz, era uma pessoa muito espantada... (...) Porque, como é que posso dizer, é... transtornos mentais (...) assistindo televisão, deitado no chão e eu via a cobra subir (...) eu via subir pro meu lado. Eu via se abrir um buraco no chão e saía italiana [abelhas italianas] (...) dentro de casa (...) eu via italiana voar de noite, já viu italiana voar de noite? É engraçado, né? Mas o negócio é sério... (...) aí eu chamava a mulher: “Mulher, ó o tanto de italiana dentro de casa, ó o tanto de abelha! Tá vendo não?” Eu brigava com ela [esposa], porque eu queria que ela visse também, e ela num via, e eu ficava muito zangado (...). Eu via uma toalha, e quando eu olhava assim a toalha se transformava num cachorro. Muitas vezes, eu via ela [esposa] virar um lobo. Mas eu sabia o que era forças ocultas, e eu não ia dar uma porrada nela dormindo, eu botava a mão primeiro... agora se morder, se eu sentir dor, dou umas porradas. Mas, quando eu passava as mãos (risos) e não mordia, “Ah! Era uma visão...” E isso foi acontecendo muito tempo, inclusive tem pessoas espíritas que enlouquecem através do espiritismo e matam a mulher, mata os filhos, e pra lei, pra pessoa que não entende, ele vai condenar um pobre, uma pessoa que... um inocente (40 anos, pai de santo).

Suely: Meu pai era crente, foi quando me jogou dentro da lei crente. [ENTREVISTADORA: Jogou a senhora nas leis crentes?] Foi, *mas cada vez ficando pior* (enfática), quebrando carro, vidro de carro, tá entendendo? *Louca!!!* (enfática), (...) sendo amarrada de corrente da polícia. Foi o fim... que eu entrei do espírito (...) Esses braços aqui não é o coro que eu nasci com ele não, fia... isso aqui foi arrancado de corrente de polícia, foi quebrando vidro deles, dos carro deles, sem saber de nada assim. Louca! Louca! Você sabe o que é uma pessoa louca? (72 anos, mãe de santo).

As categorias mobilizadas pelos entrevistados para denominar o sofrimento psíquico, como demonstrado nas falas anteriores, são: ‘problema’, ‘transtorno’, ‘doença’ e ‘loucura’. Nomeando o sofrimento psíquico dessa forma, eles também estão categorizando os indivíduos que sofrem psiquicamente como ‘problemáticos’, ‘transtornados’, ‘doentes’, ‘loucos’.

Cristina, por exemplo, utiliza a categoria ‘doença’ para nomear seu “sofrimento” (“lembro só da minha doença”; “quando eu adoecia”), mas tal doença, em seu relato, não é a psiquiátrica, é uma doença espiritual. No entanto, ela ressalta que procurou

várias alternativas para se curar: “Eu ia, muitas vezes, pro hospital, *mas eu cacei todo meio pra ficar boa* (enfática)”.

No início da entrevista, quando lhe foi pedido que contasse sua história de vida, ela disse: “Eu era uma pessoa feliz, graças a Deus... (pausa) tinha saúde, fui criada na roça...”. Porém sua vida mudou quando chegou a Campina Grande, já casada. No entanto, mais adiante, contradiz essa versão de uma vida anterior feliz antes de chegar a Campina Grande. Isso ocorre no final da entrevista, quando a entrevistadora diz: “Se a senhora lembrar mais de alguma coisa, pode ficar à vontade para falar”. Ela fala que o sofrimento foi desde criança: “lembro só da minha doença, porque eu fui uma pessoa sofrida de criança”. Trata-se de um relato visivelmente inconsistente.

Na Psicologia Social Discursiva, a variabilidade discursiva (incoerência, contradição, inconsistência) é entendida, de um lado, como uma decorrência da existência de valores e ideologias em conflito na sociedade, que lutam na esfera da subjetividade individual (Billig, 1991) e, de outro, como uma decorrência das estratégias discursivas que os indivíduos acionam para atingir determinados objetivos. No caso de Cristina, a inconsistência não decorre, obviamente, de ideologias e valores em conflito no interior da sociedade (ela não fala diretamente de questões polêmicas, como aborto, modos de organizar a sociedade etc., mas de sua vida pessoal). A inconsistência resulta de uma sutil mudança de objetivo em sua fala. Ela vinha contando uma história em que os sintomas da doença emergiram quando se mudou para Campina Grande. No entanto, no final da entrevista, tenta construir sua “doença” como algo essencial, que sempre esteve com ela desde a infância: “eu achava que eu tinha uma coisa comigo, porque tudo acontecia comigo”.

Afirmar que as pessoas acionam estratégias discursivas para atingir determinados objetivos ou praticar determinadas ações não é pressupor que há, necessariamente, intencionalidade ou consciência. Isso pode acontecer algumas vezes, mas, na maior parte do tempo, parece não ser assim. Jonathan Potter, inspirado nos teóricos da Análise da Conversação, ressalta:

As pessoas passam toda a vida praticando diferentes facetas da fala e parece muito plausível que acabem desenvolvendo habilidades práticas que são usadas com grande precisão para produzir com sutileza as descrições

adequadas para determinadas ações sem ter que planejar ou pensar conscientemente sobre o que fazem (Potter, 1998: 90, tradução nossa).

Sandra, por sua vez, utiliza a categoria ‘problema’ para se referir ao que vivenciou e diz que, segundo o psiquiatra, isso ocorreu por causa de problemas em sua gestação e que, com a morte de seus pais, esses “transtornos” afloraram. A narradora parte de um diagnóstico médico e utiliza várias nomeações do discurso psiquiátrico para se referir ao “problema”: ‘transtorno’, ‘síndrome do pânico’ e ‘problema depressivo’. Assim como Cristina, Sandra disse que se trata de algo espiritual, um problema mediúnico, e é enfática: “Eu tomava as medicações e não fazia efeito”. Para dar mais legitimidade ao seu relato, traz outras vozes, as dos familiares: “a minha irmã foi vendo que isso não era normal”.

Diferentemente de Cristina, Sandra constrói um relato que sugere que o tratamento psiquiátrico e psicológico, embora ineficaz, deveria ser realizado, visto que, “por conta do trabalho, tinha que ter uma justificativa no trabalho, né?”. O relato é construído como se não tivesse havido dúvidas de que o “problema” era “mediúnico”. Apesar de não criticar a Psicologia ou a Psiquiatria, em nenhum momento, a entrevistada diz que optou por essas ciências com a expectativa de ter seu problema resolvido.

Neuza, assim como Cristina, utiliza a categoria ‘doença’ e situa o surgimento da “doença” aos 20 anos. Assim como os demais, fala de vários “sintomas” que a acometiam, até descobrir que se tratava de algo espiritual. Ela descreve, com riqueza de detalhes, o processo que a levou a constatar isso. José também descreve com detalhes sua experiência, no entanto, diferentemente das demais entrevistadas, ele afirma que sua espiritualidade (e os sinais que a acompanhavam) emergiu aos sete anos de idade, que seus pais e avós também eram videntes e ressalta os poderes da mãe, que era “megavidente” e que isso era uma questão de descendência. Não utiliza o termo sofrimento, mas diz que, desde os 21 anos, não dormia tranquilo, não tinha paz, tinha “transtorno mental”. Em seguida, menciona todas “as visões” que tinha e direciona sua fala para se constatar que se tratava de algo espiritual.

O recurso retórico *narração e detalhe* (Potter, 1998) consiste em narrar, de modo pormenorizado, algum acontecimento. O excesso de detalhes, por si só, posiciona o

falante como alguém que está produzindo um relato verídico, pois só alguém que vivenciou ou viu o que narra poderia produzir uma descrição tão detalhada.

Como atesta o referido autor, as descrições são seletivas e implicam a utilização de várias estratégias discursivas. Recorrendo a estudos no campo da Análise da Conversação, Potter (1998) afirma que, quando as pessoas narram acontecimentos considerados extraordinários, tendem a utilizar o discurso direto, isto é, fragmentos de outros discursos, como teriam sido formulados na própria cena, como se pode observar nos relatos acima. O uso dessa estratégia daria credibilidade ao que está sendo dito, uma vez que sugere que outras pessoas vivenciaram a mesma experiência.

Ao contar suas histórias de vida, os entrevistados explicitam o percurso que percorreram até optar pela Umbanda e, antes de dar ênfase ao espiritual, ressaltam algo concreto, racional: o sofrimento que existia, na maioria dos casos, desde a infância, como se observa no relato de Cristina. Ao descrever o sofrimento que vivenciou, a narradora resalta questões bem objetivas, concretas: “queimadura”, “pancada na cabeça” e “sintomas” como agressão e nervosismo. Depois é que vincula a doença a algo espiritual: “quando eu me sentia mal, eu sentia assim, aproximação, assim como era espiritual, né?”.

Como afirma Potter (1998), em relatos de experiências “paranormais”, as pessoas utilizam frequentemente categorias de crédito. Para isso, ou mencionam outras pessoas que, devido à sua posição social, especialidade, profissão etc., ajudam a dar crédito àquilo que está sendo afirmado ou constroem a si mesmas como pessoas de crédito. Neste último caso, primeiro, apresentam o que afirmam como algo que existe no mundo e não como resultado de sua fantasia ou imaginação. Ao mesmo tempo, posicionam-se como pessoas racionais e normais. O narrador constrói o seu relato como alguém que pertence à categoria dos normais.

Ao construir seus relatos como verídicos, por meio de todos esses recursos, os narradores supracitados também se apresentam como categorias de crédito (Potter, 1998) por terem testemunhado o que narram, terem visto os fatos que descrevem. A credibilidade deles é, nas palavras do referido autor, a *credibilidade da categoria de testemunha*. Todos esses recursos que José e Neuza empregaram para elaborar o que relatam como verdadeiro e a si mesmos como pessoas que merecem crédito produzem o que o autor denomina de *efeito de realismo*. O que contam é a realidade, é o mundo verdadeiro e autêntico.

O relato de Suely também reforça a ideia de legitimidade da opção, ao dizer que a “lei crente” também não resolveu seu problema. Assim como José, ela recorre à categoria ‘loucura’ para nomear seu sofrimento. Em seu discurso e no de Cristina, o sofrimento aparece vinculado à agressividade e aproxima-se do estereótipo construído nas sociedades modernas sobre o que é ser louco (ver Oliveira; Rodrigues, 2016). O uso da palavra ‘louca’, que aparece quatro vezes no pequeno trecho do relato de Suely, objetiva afastar qualquer dúvida sobre sua loucura, que é concreta, real.

Esses discursos denotam que a opção pela Umbanda é algo que se impõe na vida dos sujeitos, por causa do sofrimento, para o qual não encontram cura na Psicologia, na Medicina nem em outras religiões. Assim como no estudo de Rabelo (2008), neste estudo os relatos constroem o vínculo com a Umbanda como inevitável e protegem suas versões da crítica. Essa inevitabilidade aparece no discurso de José, abaixo, que sugere uma situação-limite, para a qual não havia mais nada a fazer, a não ser optar pela Umbanda:

JOSÉ: (...) *passei trinta dias e trinta noites sem conseguir dormir depois* (enfático) (pausa) *era vendo, era sentindo catanga de (ininteligível) de cachimbo, era sentindo cheiro de manjerição, enfim. Quando minha mãe viu que eu ia me passar desse mundo pra outro, disse: “Meu filho, você tem que procurar um terreiro de Umbanda”. Apesar de que ela respeita, mas também não dá valor não, né? É aquela coisa, você tem, mas às vezes não dá valor. Entonce, eu vi que passei trinta dias e trinta noites sem dormir, passei a tomar muita cachaça. Bebia cana, bebia sexta, sábado e domingo... Quis pular de um prédio lá de Santa Bárbara [condomínio situado num bairro de Campina Grande], eu trabalhava lá, começou a dar uma agonia no juízo lá, né? Comecei a gritar e queria pular lá embaixo. E depois, passou aquele (ininteligível), e eu comecei a chorar feito menino novo (40 anos, pai de santo).*

A busca por soluções ou respostas através do espiritual, diante do avanço da ciência e da tecnologia, concorre para a construção de um discurso que procura imprimir legitimidade a essa “opção”. Nessa direção, os argumentos utilizados pelos participantes para explicar a opção pela cura nos terreiros enfatizam, ainda, a impossibilidade do êxito da medicina formal, como se pode observar nestas falas:

SUELY: Desde criança, minha filha, desde os sete anos, que eu já comecei a sofrer, (...), principalmente com os espíritos bom e os espíritos ruim que tinha que passar, né? Porque, se eu não tinha tratamento... o tratamento era... nem no médico... quando eles aplicavam uma injeção em mim, eu ficava inchada. (...) Porque eu fui pra João Ribeiro [hospital psiquiátrico desativado em Campina Grande], eu fui sofrer, que eles não tiraram minha doidice, me fizeram foi me amarrar, botaram camisa de força. E o espírito foi o pai de santo, que tirou os espíritos mau que tava comigo, entendeu? (...) e deixou só os de luz. [ENTREVISTADORA: Hum, rum. Deixou só os espíritos de luz?] *De luz!* (enfática) (...) ficava mais com meu pai de santo do que com os médicos. Porque o médico... ele... fez alguma coisa *de doença* (enfática) que pertencia a ele, mas acontece que a minha doença não pertencia a ele. (...) [ENTREVISTADORA: Então a sua entrada no terreiro se deu a partir desse momento?] Foi depois que eu comecei a ver que o meu Mestre desceu e disse que queria casa aberta. E desde desse momento que eu abri, tá com trinta e nove anos que eu abri. Não abri aqui não, abri na Bahia e depois fui pra São Paulo, entendeu? (...) Então foi desde essa vez que, graças a Deus, eu não fui mais pra médico, assim com esses problema, nunca mais endoideci (72 anos, mãe de santo).

ENTREVISTADORA: Então a sua primeira experiência religiosa dentro dos terreiros de Umbanda foi a partir da infância?

VERÔNICA: Foi, eu estava com nove anos, quando se aproximou a primeira corrente e aí eu comecei a sentir assim, muitas dores, era dores, era visões assim, que eu ficava assustada, sem saber identificar o que era aquilo. Então, foi quando a minha mãe começou a me observar e disseram pra ela: “Mulher, leva essa menina pra um hospital de doido, porque isso é coisa de gente louca, isso que ela tá fazendo aí é coisa de gente louca”. Já cheguei a ficar hospitalizada em hospital psiquiátrico, só que eu não chegava a ficar nem 24 horas, qualquer chancezinha que eu tinha de não ter ali ninguém por perto, só outros pacientes, eu não sabia como, quando eu via, já estava no meio da rua. (...) Mas era coisas impressionante, e aí pronto! A gente saía, meus pais me acompanhavam, me cuidavam, me levavam pra tudo que é qualidade de médico, mas não tinha êxito não, de jeito nenhum. Já eu obtive a cura através do espiritismo, porque também existe cirurgia espiritual. Porque também existe cirurgia espiritual (58 anos, mãe de santo).

Tanto na fala de Suely quanto na de Verônica, a falta de êxito no tratamento psiquiátrico é enfatizada de forma explícita. Suely demonstra em seu discurso que “a

doença não pertencia ao médico”. Contrasta o fracasso dos métodos utilizados no hospital psiquiátrico com o sucesso da intervenção do pai de santo e a “abertura da casa”: “nunca mais endoideci”. Verônica, utilizando a mesma estratégia retórica, constrói sua argumentação de maneira mais convincente, recorre ao inexplicável: “Já cheguei a ficar hospitalizada em hospital psiquiatra, só que eu não chegava a ficar nem 24 horas, qualquer chancezinha que eu tinha de não ter ali ninguém por perto, só outros pacientes, eu não sabia como, quando eu via, já estava no meio da rua”, e assume veementemente a falta de êxito da medicina: “A gente saía, meus pais me acompanhavam, me cuidavam, me levavam pra tudo que é qualidade de médico, mas não tinha êxito não, de jeito nenhum”.

Todos os entrevistados combatem a medicação hospitalar, seja se referindo à inutilidade do remédio, quando não fazia nenhum efeito sobre os sintomas da ‘doença’, seja ao seu caráter destrutivo, como se pode observar no discurso abaixo:

JOSÉ: (...) se for meter remédio, remédio, se o caba não é louco, se o caba não tem problema de nervos, ele termina sofrendo de nervos (...) a química do medicamento, o remédio usado por muitos e muitos tempos (...) vai relaxar os nervos, vai acabar a potência da pessoa, e sem a pessoa querer, vai terminar sendo louco, vai sendo uma pessoa acabada mesmo, por mais que situado no espiritismo, os espíritos de paz, mas ele vai terminar uma pessoa dependente daquele medicamento (...) o caba fica uma pessoa exclusivamente sem energia. Acaba o sujeito, come toda a potência dos nervos (40 anos, pai de santo).

Os relatos são construídos para ressaltar o insucesso da medicação. José, no entanto, é mais enfático e, em tom abertamente crítico, questiona o uso do medicamento e indica uma situação-limite: “Acaba o sujeito, come toda a potência dos nervos”. Para nossos entrevistados, não se trata de deixar de crer, mas de considerar os limites da medicina oficial. Esses limites estão presentes nos argumentos utilizados para justificar a procura por pais e mães de santo, ao invés de profissionais de saúde. Assim, implícita ou explicitamente, esses sujeitos utilizam repetidamente os mesmos argumentos, como ilustram os discursos abaixo:

VERÔNICA: Então, o médico acha que passou a medicação certa, só que, *pra medicina, tá certa* (enfática), mas existe outras coisas do lado espiritual

por trás disso que não deixa acontecer a cura. (...) são coisas assim que você não entende o porquê (...) jamais acham que uma erva tenha força de lhe curar como o remédio medicinal. (...) você tem que ter confiança que aquela erva vai... *é uma coisa séria mesmo* (enfática). (...) às vezes, paga caro por remédio, *caro* (enfática), e muitos remédios num chega nem nada. E, às vezes, através de uma folha, uma erva de um Orixá lhe dá resultados. Então, foi o que aconteceu comigo. Com ervas, bastante ervas assim: pra banho, limpeza de... de... que dá-se o nome flores (58 anos, mãe de santo).

JOSÉ: (...) através do espiritismo que me enlouqueceu, através das drogas que eu tomei [refere-se aos medicamentos receitados pelos psiquiatras] (...) abalou os nervos (...) então eu tenho que tomar pelo menos um diazepam pra controlar os nervos. Mas problema de loucura espiritual, acabou-se. Eu tenho que dizer graças a Deus, graças aos meus caboclo, preto velho (...) nunca passou pela provação da loucura, só sabe quem passou por ela. Mas tem gente conhecido meu (...) que também foi louco espiritual (...) ele sabe colocar também todos os diagnósticos espirituais. (...) meus irmãos espíritas não sabem contar uma loucura espiritual... (...) é uma doença espiritual (...). A Umbanda é maravilhosa. E graças ao meu bom Deus, eu salvo a minha Umbanda hoje, porque hoje eu tenho saúde. Eu ando pra todo canto, tranquilamente, porque, antes, eu não saía com ninguém, só podia sair se fosse com a mulher, e a mulher já ficava com medo. Dava uma agitação no meu juízo, pra me socar embaixo dos carros. (...) podia criar uma lei no Congresso Nacional para ter médico espírita, que hoje existe, psiquiatra, né? (...) E tratar dos dois lados (...) como eu passei a me tratar espiritual, graças a Deus, eu já tô curado (...). Gente com loucura espiritual, e eu vou e curo. (...) eu não tenho esse poder de passar medicamento, como eu tomei. Porque eu não tenho, realmente eu não sou médico. *Eu sou um médico espiritual, entendeu? E tenho orgulho disso! E eu tenho muito orgulho do que Deus me deu!* (enfático) (...) a doença espiritual não tem cura. Tem cura assim, se tratar, se cuidar, se fazer o que a Umbanda manda. Aí a pessoa fica controlada, fica uma pessoa tranquila, ela já passa a ser um médico espiritual, já cura as pessoas, mas quando a pessoa não se cuida, é louca pro resto da vida. (...) *Eu tenho atestado de louco! Louco, louco, louco!* (enfático) (...) E tudo o que a pessoa tem o povo: “leva pros crentes, leva pros crentes...”, mas crente não cura nada não! Quem cura é Deus (40 anos, pai de santo).

Verônica e José ressaltam que a cura está ligada à prática religiosa e ela imprime seriedade ao que está dizendo: “*é uma coisa séria mesmo* (enfática)”. José utiliza o

termo ‘loucura espiritual’, que não é a loucura tratada pela medicina (a doença mental), mas uma ‘doença espiritual’, que só pode ser tratada pelo Espiritismo e, nesse caso, pela Umbanda. Explica que ainda toma diazepam, toma só um, e não é por conta da ‘loucura’, tem que fazer isso porque os medicamentos que tomou “abalou os nervos”: “Mas problema de loucura espiritual, acabou-se”. Termos médicos são utilizados com frequência por ele, como, por exemplo, ‘diagnósticos espirituais’, para comparar a Umbanda com a Medicina e aproximá-las. A identidade de pessoa sofrida contrasta com a de pessoa curada e enaltecida pelas capacidades obtidas por meio da Umbanda: “*Eu sou um médico espiritual, entendeu? E tenho orgulho disso! E eu tenho muito orgulho do que Deus me deu!* (enfático)”.

Os argumentos que são utilizados para legitimar a opção pela cura nos terreiros de Umbanda se sustentam na ideia de que a Psiquiatria e a medicação não resolveram. O insucesso da religião evangélica também é mencionado. José, inclusive, desqualifica essa religião. Os entrevistados não fazem uma crítica à Psiquiatria asilar (não negam a existência das doenças que eles denominam de “doenças materiais” e que podem ser curadas pela Medicina), mas argumentam que suas doenças são espirituais, e que a Medicina não é eficaz no tratamento delas.

Billig (2008:10) assevera que “um argumento a favor de uma questão polêmica também é um argumento contra os contra-argumentos”. O mecanismo da retórica não se restringe às relações entre quem “discursa” (orador) e quem ouve (ouvinte). É preciso considerar as opiniões que o orador procura tornar verídicas, ou seja, convencer seu público. Contudo, nele se encontram também as opiniões divergentes que estão sendo contestadas, seja de modo implícito ou explícito. Nesse caso, os relatos procuram afirmar a legitimidade da Umbanda e desqualificar as posições contrárias.

Ao procurar legitimar a opção de cura, os entrevistados afirmam, inclusive, que os médicos sugeriram que eles procurassem a Umbanda:

VERÔNICA: É... eu, pelo menos, assim, no início, eu tive assim, vários problemas de saúde. Cheguei a ser internada até aqui no Dr. João Ribeiro [Hospital Psiquiátrico atualmente desativado] e fui a vários psiquiatras, não é? E... passavam muitos remédios, só que eu não tinha isso. (...) E um dos médicos me falou assim: “Eu não tenho o que fazer, vou lhe botar pelo avesso? *Não tem doença* (enfática). Aceite o espiritismo que senão a senhora

vai sofrer até morrer”. E aí eu aceitei e continuei e depois eu tive que botar casa do santo (58 anos, mãe de santo).

CRISTINA: (...) quando foi bem cedo, ele [marido] me levou pro João Ribeiro [refere-se ao hospital psiquiátrico que foi desativado]. Quando chegou lá, João Ribeiro [médico psiquiatra] mandou eu pra cá, perguntou se eu conhecia Vicente Mariano [pai de santo], aí eu disse que não, aí ele conhecia a Rua do Fogo, aí foi e disse: “Você... só o canto que você vai ficar boa é lá”. E eu fui, e ele cuidou, dou graças a Deus, eu fiquei boa (...) e todos os anos eu dou obrigação ao meu santo (77 anos, dona de casa).

O uso do discurso direto nas falas de Verônica e de Cristina aponta, mais uma vez, para a necessidade de dar credibilidade ao relato (Potter, 1998). Ao utilizar esse recurso, as entrevistadas reafirmam os limites da Medicina, que seriam reconhecidos pelos próprios médicos.

Montero (1985) já sublinhava que, devido à necessidade de definir um espaço legítimo de atuação, o discurso religioso subdivide a categoria ‘doença’ em dois grupos distintos: as “doenças materiais”, que devem ser tratadas com a atuação do médico, e as “doenças espirituais”, com a atuação religiosa. Essa distinção, para a autora, tem dois objetivos: suprimir, no âmbito do discurso, um confronto entre práticas socialmente antagônicas e negar a posição inferior da prática mágico-religiosa quando comparada com a prática médica.

Assim como Magnani (2002:13), cabe ressaltar que o tratamento nos terreiros não isola o sujeito do convívio com os outros; pelo contrário, integra-o em diversos níveis, proporciona uma linguagem para expressar a loucura, ensina-lhe a como lidar com ela e o integra no grupo, que, por sua vez, não o enxerga como uma pessoa anormal, mas como “portador de uma missão”.

Redko (2000 *apud* Dalgalarro, 2007:31), em estudo realizado com adolescentes em sofrimento psíquico que buscaram ajuda na religião, inclusive na Umbanda, afirma que essa experiência os auxiliou “a nomear suas vivências psicóticas e lhes atribuir sentido. Serviu também para lhes assegurar um senso de identidade”, embora em algumas situações tenha agravado o sofrimento. Nessa direção, Reinaldo e Santos (2016:170) afirmam que a religião dá significado à experiência de sofrimento, além de apoio social e alternativas para lidar com a situação. Os autores concluem que é preciso “pesquisar e discutir como e o que fazer para sensibilizar o profissional de saúde

sobre o tema e de como lidar com as tensões entre os atores envolvidos quando há divergência entre a compreensão do mesmo”.

Baltazar e Silva (2014), por sua vez, ressaltam a importância de considerar o conteúdo religioso na construção da subjetividade de pessoas em sofrimento psíquico. Segundo eles, não se pode desconhecer que a religião ressignifica os sentidos dados ao sofrimento e propicia apoio social, levando os usuários de saúde mental a construir outras trajetórias terapêuticas que não podem ser desconsideradas pelos profissionais da área de Saúde.

Cumprir observar, ainda, que os participantes desta pesquisa produzem relatos em determinado contexto de entrevista. Talvez, por isso, em nenhum momento, o discurso médico seja desqualificado abertamente, visto que a entrevista estava sendo dada para uma pessoa que faz parte da Universidade, e isso, certamente, produz inferências sobre o posicionamento do pesquisador em relação à Medicina tradicional. Em outros contextos, talvez produzissem discursos diferenciados. Portanto, são produções discursivas fortemente contextualizadas, e não atitudes ou visões de mundo que supostamente se repetiriam em todos os contextos.

Considerações finais

A forma como os relatos de história de vida foram construídos legitima a opção pela cura em terreiros de Umbanda. Nesse sentido, os narradores repetem vários argumentos para justificar essa escolha, como o “sofrimento” desde a infância, o insucesso da psicoterapia, da medicina e de seus métodos, o insucesso da religião evangélica e, por fim, a recomendação dos próprios médicos.

Os sentidos atribuídos à opção pela cura nos terreiros de Umbanda estão diretamente relacionados à busca pela saúde, o que implica uma busca pela paz espiritual, uma vez que o sofrimento psíquico vivenciado pelos entrevistados é concebido como uma ‘doença espiritual’, e eles se consideram curados com o ‘tratamento espiritual’. A utilização nos discursos do termo ‘cirurgia espiritual’ e a ideia de que os pais ou mães de santo salvam vidas convergem para a tentativa de legitimar uma opção de cura que é desqualificada por vários setores de nossa sociedade. Os entrevistados comparam a Umbanda com o saber científico, relacionando termos da Medicina ou, simplesmente, comparando os métodos científicos com os aplicados nos

rituais de cura nos terreiros. Eles não desqualificam o saber médico, apenas ressaltam seus limites. Assim, em suas narrativas, eles procuram dar credibilidade ao seu “saber” e à eficácia de sua prática.

Referências

ANTAKI, Charles; WIDDICOMBE, Sue. *Identity as an achievement and as a tool*. In: ANTAKI, Charles; WIDDICOMBE, Sue (org.). *Identities in talk*. London, Sage, 2008. p. 1-14.

AURELIANO, Waleska; SILVA, Ana Cláudia Rodrigues da. *Antropologia na Saúde: contribuições epistemológicas e desafios críticos*. Saúde Soc., São Paulo, v. 33, n. 3, e240871pt, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024240871pt>. Acesso em: 31 out. 2025.

BALTAZAR, Danielle Vargas; SILVA, Claudia Osório da. *O que a saúde mental tem a ver com religiosidade?* Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 6, n. 14, p. 75-97, dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68738/41372>. Acesso em: 29 out. 2025.

BILLIG, Michael. *Argumentando e pensando: uma abordagem retórica à psicologia social*. Petrópolis, Vozes, 2008.

BILLIG, Michael. *Ideology and opinions*. London, Sage, 1991.

BOBSIN, Oneide. *Etiologia das doenças e pluralismo religioso*. Estudos Teológicos, São Leopoldo, v. 43, n. 2, p. 21-43, 2003. Disponível em: http://periodicos.est.edu.br/index.php/estudos_teologicos/article/view/594/548. Acesso em: 6 ago. 2021.

CAMARGO, Cândido Procópio Ferreira de. Apresentação. In: MONTERO, Paula. *Da doença à desordem: a magia na Umbanda*. Graal, Rio de Janeiro, 1985. p. 10-13.

DALGALARRONDO, Paulo. *Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais*. Rev. Psiqu. Clín., São Paulo, v. 34, n. 1, p. 25-33,

2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em: 30 out. 2025.
- EDWARDS, Derek. *The relevant thing about her: social identity categories in use*. In: ANTAKI, Charles; WIDDICOMBE, Sue (org.). *Identities in talk*. London, Sage, 2008. p.15-33.
- EDWARDS, Derek; POTTER, Jonathan. *Discursive Psychology*. London, Sage, 1992.
- GARAY, Ana, IÑIGUEZ, Lupicínio; MARTÍNEZ, Luz Maria. *La perspectiva discursiva em Psicologia Social*. Subjetividad y procesos cognitivos, Buenos Aires, n. 7, p. 105-130, 2005. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630246006.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2021.
- GRISOTTI, Marcia. *Processo saúde-doença: percepções e comportamentos*. Cadernos CERU, São Paulo, v. 2, n. 12, p. 115-137, jan. 2001. Disponível em:
<https://doi.org/10.11606/issn.2595-2536.v12i0p115-137>. Acesso em: 30 out. 2025.
- HAMILTON, David L.; GIFFORD, Robert K. *Illusory correlations in interpersonal perception. A cognitive basis of stereotypic judgements*. Journal of Experimental Social Psychology, Amsterdã, n. 12, p. 392-407, 1976. Disponível em:
<https://pt.scribd.com/document/596316454/Hamilton-1976-Illusory-Correlation-in-Interpersonal-Perception>. Acesso em: 30 out. 2025.
- JENKINS, Richard. *Social Identity*. 3ª ed., London, Routledge, 2004.
- KOENIG, Harold G. *Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental*. Rev. Psiq. Clín., São Paulo, v. 34, n. 1, p. 5-7, 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em: 30 out. 2025.
- LACLAU, Ernesto; MOUFFE, Chantal. *Hegemony and Socialist Strategy: towards a radical democratic politics*. London, Verso, 1985.
- LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo; CAMPOS, Maria Cristina Siqueira de Souza; DEMARTINI, Zeila de Brito Fabri. *História oral e pesquisa sociológica: a experiência do CERU*. 29ª ed., São Paulo, Humanitas, 2001.

LEITE, Imelidiane Silva; SEMINOTTI, Elisa Pinto. *A influência da espiritualidade na prática clínica em saúde mental: uma revisão sistemática*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, João Pessoa, v. 17, n. 2, p. 189-196, out. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/14102>. Acesso em: 19 jun. 2020.

MAGNANI, José Guilherme C. *Doença mental e cura na umbanda*. Revista Teoria & Pesquisa, São Paulo, n. 40/41, p. 1-19 (on line), jan./jul. 2002. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://nau.fflch.usp.br/sites/nau.fflch.usp.br/files/upload/paginas/Doenca%20Mental%20e%20Cura%20na%20Umbanda.pdf>. Acesso em: 30 out. 2025.

MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Angel; CORREA-URQUIZA, Martin. *Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva*. Salud Colectiva, Buenos Aires, v. 13, n.2, p. 267-278, jul. 2017. Disponível em: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1168/1184> . Acesso em 19 jun. 2020.

MARTÍNEZ-GUZMÁN, Antar; STECHER, Antonio; ÍÑIGUEZ-RUEDA, Lupicinio. *Aportes de la Psicología Discursiva a la investigación cualitativa en Psicología Social: análisis de su herencia etnometodológica*. Psicología USP, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 510-520, set./dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v27n3/1678-5177-pusp-27-03-00510.pdf> . Acesso em: 31 out. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Representações da cura no catolicismo popular*. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994. p. 57-71.

MONTERO, P. *Da doença à desordem: a magia na Umbanda*. Graal, Rio de Janeiro, 1985.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. *Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente*. Rev. bras. enferm.,

Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, abr. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>. Acesso em: 30 out. 2025.

OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres; RODRIGUES, Walteísa. *A política, o social e a clínica enquanto saídas para a desconstrução dos manicômios e do mito da periculosidade*. In: VENTURINI, Ernesto; OLIVEIRA, Rodrigues Torres; DE MATTOS, Virgílio (org.). *O louco infrator e o estigma da periculosidade*. Brasília, CFP, 2016. p. 314-352. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/CFP_Livro_LoucoInfrator_web-2.pdf. Acesso em: 5 jun. 2020.

POLLAK, Michael. *Memória e identidade social*. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, v. 5, n.10, p. 1-15, jul./dez. 1992. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/reh/issue/view/276>. Acesso em: 31 out. 2025.

POTTER, Jonathan. *La representación de la realidad: discurso, retórica y construcción social*. Barcelona, Paidós, 1998.

POTTER, Jonathan; REICHER, Stephen. *Discourse of community and conflict: the organization of social categories in accounts of a 'riot'*. British Journal of Social Psychology, Great Britain, n. 26, p. 25-40, 1987.

POTTER, Jonathan; WETHERELL, Margareth. *Discourse and Psychology: beyond attitudes and behavior*. London, Sage, 1987.

RABELO, Mirian Cristina. *Entre a casa e a roça: trajetórias de socialização no candomblé de habitantes de bairros populares de Salvador*. Religião & Sociedade, Rio de Janeiro, v. 28, n.1, p. 176-205, jul. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rs/a/TKyqtTR4hTGQS49HbhfprfM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2025.

RABELO, Mirian Cristina. *Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 316-325, set. 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mnQHxgLMLBMfNYxd7gNQQwG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2025.

RABELO, Mirian Cristina; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. *Signos, significados e práticas relativos à doença mental*. In: RABELO, Mirian Cristina; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. (org.) *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999. p. 43-73.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; SANTOS, Raquel Lana Fernandes dos. *Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares*. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 11, p. 162-171, jul./set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700005>. Acesso em: 30 out. 2025.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1773-1789, jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.13112013>. Acesso em: 5 nov. 2025.

ROCHA, Cristina; VÁSQUEZ, Manuel A. *O Brasil na nova cartografia global da Religião*. *Religião & Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 34, n.1, p. 13-37, jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rs/a/P6yWP5n8Q4kcYyMrWLBYSd/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

SANTOS, Alessandra Carla Baia dos et al. *Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde*. *Rev. do NUFEN* [online], São Paulo, v. 4, n. 2, p. 11-21, dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v4n2/a03.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2020.

SILVA, José Marmo da. *Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde*. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 171-177, ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QPtgZ7SRyQkpDDxvrjhdGrb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

SILVA, Vagner Gonçalves da. *Religião e identidade cultural negra: católicos, afro-brasileiros e neopentecostais*. Cadernos de Campo, São Paulo, v. 20, n. 20, p. 295-303, jan./dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v20i20p295-303>. Acesso em: 30 out. 2025.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. *Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?)*. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 119-126, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/rvCVnHXs6RSXnK7vBgDGL5t/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 6 ago. 2021

SPINK, Mary Jane Paris. *Psicologia Social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, Vozes, 2003.

TAJFEL, Henri. *Grupos humanos e categorias sociais: estudos em Psicologia Social*. Lisboa, Livros Horizonte, 1983.

TAVARES, Fátima Regina Gomes. *Legitimidade terapêutica no Brasil contemporâneo: as terapias alternativas no âmbito do saber psicológico*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 83-104, dez. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gqtbnrX8phy7pm8vZdqyF9g/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 6 ago. 2021.

TAVARES, Cássia Quelho *et al.* *Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas*. Interações, Belo Horizonte, v.11, n. 20, p. 85-97, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/interacoes/article/view/P.1983-2478.2016v11n20p85>. Acesso em: 30 out. 2025.