

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem

Roberta Viegas Magalhães

**PODER SOBRE A VIDA E POTÊNCIAS DA VIDA: Práticas de
Promoção da Saúde em Instituições Religiosas**

Belo Horizonte
2014

Roberta Viegas Magalhães

**PODER SOBRE A VIDA E POTÊNCIAS DA VIDA: Práticas de
Promoção da Saúde em Instituições Religiosas**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais.

Área de concentração: Saúde e
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Kênia Lara Silva.

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem - UFMG
2014

Magalhães, Roberta Viegas.
M188p Poder sobre a vida e potências da vida [manuscrito]: práticas de promoção da saúde em instituições religiosas. / Roberta Viegas Magalhães. -- Belo Horizonte: 2014.
139f.: il.
Orientador (a): Kênia Lara Silva.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Promoção da Saúde. 2. Religião. 3. Poder (Psicologia). 4. Dissertações Acadêmicas. I. Silva, Kênia Lara. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM : WA 590



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Alfredo Balena, 190- Sala 120- Telefax: (031) 3409-9836

Caixa Postal: 1556- CEP: 30.130-100

Belo Horizonte- Minas Gerais- Brasil

E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

Aos 17 (dezesete) dias do mês de dezembro de dois mil e quatorze, às 09:00 horas, realizou-se no Auditório da Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*Poder sobre a vida e potências da vida: práticas de promoção da saúde em instituições religiosas*" da aluna **Roberta Viegas Magalhães**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Educação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Kênia Lara Silva (orientadora), Cláudia Maria de Mattos Penna e Rita de Cássia Marques sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Sendo assim, a candidata foi aprovada após acatar as modificações sugeridas pela banca e apta a receber o título de mestra em enfermagem após a entrega da versão definitiva da dissertação.

Prof^a. Dr^a. Kênia Lara Silva

Orientadora (Esc. Enf/UFMG)

Prof. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna

(Esc. Enf/UFMG)

Prof^a Dr^a. Rita de Cássia Marques

(Esc. Enf/UFMG)

AGRADECIMENTOS

À Deus por me proporcionar concluir essa nova etapa de aprendizagem e por me fortalecer nos momentos mais preciosos da pesquisa.

À minha família por me apoiar e acreditar sempre em mim, em especial à minha mãe pelo incentivo incondicional e à minha avó Odete que infelizmente não está mais comigo, por me proporcionar questionamentos frente à pesquisa com o seu modo de viver.

Ào meu marido Felipe, por entender as ausências constantes e por me acompanhar sempre, me fornecendo apoio nos momentos difíceis.

À minha amiga Marina por ser uma grande irmã que a vida me deu, contribuindo sempre com incentivos e palavras de solidariedade.

Aos amigos e companheiros do NUPEPE, em especial à Ju, Tati e Marcelo pelo compartilhamento de experiências.

À Kênia, pelo comprometimento e disponibilidade de ensinar, e por contribuir de forma brilhante no meu processo de aprendizado.

À equipe do Centro de Saúde Independência, em especial às ACS Marcilene, Ivany e Názea, que contribuíram de forma carinhosa e comprometida com o processo da pesquisa. São pessoas que vou levar para o resto da minha vida e que tive o prazer de reencontrar.

À todos os participantes da pesquisa que contribuíram com a coleta de dados e possibilitaram a realização do estudo.

RESUMO

MAGALHÃES, R.V. Poder sobre a vida e potências da vida: práticas de promoção da saúde em instituições religiosas. 2014. 139F. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

A realização deste estudo partiu da premissa de que as igrejas atuam como espaços potenciais para o estímulo de hábitos de vida saudáveis com a promoção de uma melhoria na qualidade de vida das pessoas. Contudo, questionam-se as relações de poder instituídas nestes espaços. Assim, o objetivo do estudo foi analisar as relações de poder nas práticas de promoção da saúde em instituições religiosas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória com abordagem crítica pós-estruturalista. O estudo foi realizado no território de abrangência do Centro de Saúde Independência, no Distrito Sanitário Barreiro do município de Belo Horizonte. Após o mapeamento do território, com a identificação de instituições religiosas, foram definidas para análise quatro práticas de promoção da saúde nas quais os dados foram obtidos de 56 horas de observação e entrevistas com 25 pessoas entre coordenadores e participantes das práticas. A análise dos dados foi sustentada no referencial de análise crítica do discurso. Os resultados indicam uma multiplicidade de ações e práticas desenvolvidas nas instituições religiosas e denominadas de promoção da saúde. As práticas analisadas contribuem para a formação de uma interdiscursividade entre a biomedicina e a religiosidade. O acesso às práticas é marcado temporalmente pela busca de cura com demandas do imediato que se confronta com a busca por cuidado expressa na socialização e no vínculo e promovem a possibilidade de escuta, diálogo e fortalecimento de redes de ajuda nos enfrentamentos do cotidiano. No campo das práticas sociais, a ordenação da vida com a orientação do cuidado de si conforma as noções de promoção da saúde nas práticas analisadas. Os discursos nesse campo revelam o processo de vigilância do indivíduo estabelecida por e sobre si mesmo, produzida pela fé num processo de subjetivação. Foi possível identificar que as práticas de promoção da saúde operam tanto no controle disciplinar sobre os corpos individuais quanto na regulação sobre a vida. Por outro lado, a vulnerabilidade dos participantes no momento anterior a busca pelas práticas é transformada em potência de vida com produção de novas histórias e novos modos de saber-viver, norteados pela religiosidade. Ao poder sobre a vida responde a potência de vida num conjunto contraditório de relações na qual a sujeição ao poder instituído pela igreja produz uma potência que permite ao sujeito criar, produzir e fazer variar as suas formas de vida, promovendo mudanças no seu modo de ver e viver o mundo. Conclui-se que as práticas de promoção da saúde nas instituições religiosas contribuem para a melhoria da vida. O estudo proporcionou um novo olhar sobre as relações estabelecidas nas práticas vinculadas às instituições religiosas indicando que elas potencializam formas mais amplas de intervir em saúde, considerando o sujeito em sua integralidade.

Palavras-chave: Promoção da saúde, Religião, Poder (Psicologia).

ABSTRACT

MAGALHÃES, R.V. Power over life and powers of life: health promotion practices in religious institutions. 139F. Dissertation (Master of Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

This study started from the premise that the churches act as potential spaces for the stimulation of healthy lifestyles by promoting an improved quality of life. However, one may question the power relations established in these spaces. The objective of the study was to analyze power relations in health promotion practices in religious institutions. This is a qualitative, exploratory nature with critical post-structuralist approach. The study was conducted within the territory covered Health Center Independence in Barreiro Sanitary District in the city of Belo Horizonte. After mapping the territory, with the identification of religious institutions, were defined for analysis four health promotion practices in which the data were obtained 56 hours of observation and interviews with 25 people between coordinators and participants of practices. Data analysis was supported in the framework of critical discourse analysis. The results indicate a multiplicity of actions and practices developed in religious institutions and called for health promotion. The practices contribute to the formation of a interdiscursivity between biomedicine and religiosity. Access to practices is marked by temporally for healing with the immediate demands that confronts the search for care expressed in the socialization and the bond and promote the possibility of listening, dialogue and strengthening support networks in the daily confrontations. In the social practices, the ordering of life under the guidance of self-care conforms health promotion notions of the analyzed practices. The speeches in this field reveal the process of monitoring the individual established by and about himself, produced by faith in a subjective. We found that health promotion practices operate both in disciplinary control over individual bodies as the regulation on life. Furthermore, the vulnerability of the participants in the previous time the search for practices is transformed into power of life with production of new stories and new ways of *savoir-vivre*, guided by religion. The power of life responds to power life in a contradictory set of relationships in which the liability to power up by church produces a power that allows the subject to create, produce and varying forms of life by promoting changes in his view and live the world. It is concluded that health promotion practices in religious institutions contribute to the improvement of life. The study provided new insights into the relationships established in the linked practices to religious institutions indicating that they leverage broader ways of intervening in health, considering the subject in its entirety.

Keywords: Health promotion, Religion, Power (Psychology).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

FIGURA 1 - Divisão por regionais do município de Belo Horizonte.....	39
FIGURA 2 - Centros de Saúde da Regional Barreiro.....	40
FIGURA 3 - Classificação do campo de estudo segundo o índice de vulnerabilidade à saúde.....	41
FIGURA 4 - Instituições religiosas na área de abrangência.....	42
FIGURA 5 - Modelo tridimensional do discurso segundo Fairclough (2001).	50

Quadros

QUADRO 1 - Elementos do poder disciplinar e do biopoder, segundo Foucault Belo Horizonte, 2009.....	34
QUADRO 2 - Codificação dos sujeitos da pesquisa.....	46
QUADRO 3 - Consolidado do material empírico da pesquisa.....	47
QUADRO 4 - Mapeamento das práticas de promoção da saúde das instituições religiosas.....	55
QUADRO 5 - Atendimentos realizados.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACD	Análise Crítica do Discurso
AVC	Acidente vascular cerebral
CAC	Centro de Apoio Comunitário
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
Cpf	Cadastro de Pessoa Física
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
EL	Elevado risco
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FJU	Força Jovem Universal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de vulnerabilidade à saúde
MD	Médio risco
ME	Muito elevado risco
MIR	Ministério Internacional da Restauração
NASF	Núcleo de Apoio à Equipe de Saúde da Família
NUPEPE	Núcleo de Estudos de Pesquisa em Enfermagem
PET	Politereftalato de etila
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PRODABEL	Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte
PVC	Policloreto de polivinila
RG	Registro Geral
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SMPS	Secretaria Municipal de Políticas Sociais
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VPR	Visão, planejamento e realização

SUMÁRIO¹

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 Promoção da saúde: histórico, abordagens e contexto atual.....	20
2.2 Religião, Igreja e saúde.....	24
2.3 Autonomia e a relações de poder sob a lógica de Foucault.....	30
3 OBJETIVO.....	36
4 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	37
4.1 Desenvolvimento da pesquisa.....	37
4.2 O campo de estudo.....	38
4.3 Tipo de estudo.....	43
4.4 Trabalho de campo.....	43
4.5 Análise de dados.....	45
4.6 Aspectos éticos.....	52
5 A INSERÇÃO E VIVÊNCIA NO CAMPO.....	53
5.1 Práticas de promoção da saúde.....	59
5.1.2 Grupo Saúde e Vida.....	59
5.2.2 Grupo Sempre Viva.....	67
5.2.3 Oficinas de pintura, bordados, <i>biscuit</i> e balões.....	74
5.2.4 Força Jovem.....	79
6 PROMOÇÃO DA SAÚDE EM INSTITUIÇÕES RELIGIOSAS: ANÁLISE EM PROFUNDIDADE.....	85
6.1 As práticas de promoção da saúde na vida dos participantes.....	85
6.2 Religião, igreja, fé.....	100

¹ Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com a ABNT NBR 14724 de 17.04.2011.

6.3 Poder e potência	118
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
REFERÊNCIAS.....	135
APÊNDICES.....	139

1 INTRODUÇÃO

Com o início da atuação desta autora no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (NUPEPE) na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 2010, foi possível identificar várias nuances do processo de trabalho na educação em saúde, assim como os desafios que perpassam a construção desse processo na atualidade.

A educação em saúde pressupõe a formação de um ser autônomo, crítico, com capacidade de modificar a sua saúde a partir de conceitos construídos ao longo da sua vivência. Nesse contexto, a promoção da saúde é um objeto complexo e multidisciplinar e deve atuar na mudança estrutural dos sujeitos, modificando hábitos de vida e promovendo melhoria das condições de saúde da população. Ela se apresenta como uma possibilidade de reorientar o modelo tecnoassistencial, a partir da construção do conceito ampliado de saúde, com possibilidade de atuação em todos os âmbitos que perpassam a qualidade de vida dos sujeitos.

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade. Pressupõe-se a composição de uma rede de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e cuidado à vida (BRASIL, 2006). Nesse sentido, identifica-se que as ações de promoção da saúde devem ocorrer em vários espaços, institucionais ou não, além de ocorrerem com atuação de vários setores e equipes, para que haja amplo acesso e participação popular.

Na inserção em projetos de pesquisa no NUPEPE, esta autora pôde identificar a predominância, em alguns municípios, de ações de promoção da saúde verticalizadas, vinculadas a financiamento público e com pouca participação popular na sua construção. Diante disso, as práticas muitas vezes se tornam pouco efetivas e não conseguem alcançar o real processo de educação em saúde, o que ocasiona, com frequência, poucos resultados satisfatórios.

No âmbito da prática diária em um centro de saúde no município de Belo Horizonte, percebeu-se que várias ações que acontecem em espaços não institucionais promovem melhoria da qualidade de vida dos usuários, o que ocasiona boa evolução do seu estado de saúde de modo geral. Diante disso, torna-se necessário explorar esses locais não institucionais que possuem ampla participação da comunidade e identificar a existência de ações que promovem a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

As instituições religiosas vêm sendo constantemente citadas como locais que auxiliam no bem-estar das pessoas e ajudam os sujeitos a se tornarem indivíduos mais confiantes, calmos, seguros, além de proporcionar conforto para superar os momentos difíceis e os constantes desarranjos familiares que promovem tantos desdobramentos desfavoráveis na saúde.

A Igreja apresenta-se como local onde as atitudes positivas e de compromisso com o outro são marcantes, favorecendo a formação de redes e a existência de ações intersetoriais (FERREIRA *et al.*, 2011). Na prática, o apoio da religiosidade evidencia mudanças significativas na vida dos sujeitos, porém, ainda é pouco conhecido como esse processo ocorre.

Alguns estudos demonstram que pessoas envolvidas com a religião tendem a usufruir de melhor saúde física e mental do que indivíduos que não são envolvidos. Os pesquisadores mostram que o envolvimento com a religião produz efeitos benéficos na saúde, pois ajuda as pessoas a lidar com os efeitos do estresse (KRAUSE; SHAW; LIANG, 2011). A religião também desempenha papel de produção de sentido. Ela se torna uma instância que oferece lógica e coerência aos acontecimentos cotidianos e, até mesmo, ao caos, que significa uma situação de adoecimento, um problema de família ou a morte (MOTA, *et al.* 2012).

Tricia *et al.* (2012) também afirmam que a Igreja é um espaço com potencial para apoiar a adoção de estilos de vida saudáveis e destacam que os cristãos estão utilizando as doutrinas da Igreja para realizar, inclusive, intervenções na busca da melhoria da qualidade de vida de fiéis portadores de diabetes.

No Brasil, ainda existem poucos estudos com essa temática, entretanto, no cenário internacional já é possível encontrar artigos recentes que possuem discussões sobre as instituições religiosas e sua relação com a promoção da

saúde. Isso demonstra a pertinência do tema e destaca a necessidade de exploração desse objeto de estudo.

Pesquisadores americanos afirmam que as igrejas são potenciais espaços de promoção da saúde e parceiras para pesquisadores e profissionais desenvolverem, inclusive, intervenções culturais (BOPP; WEBB, 2012). Ressaltam, ainda, que essas instituições são também importantes parceiros para recrutar, avaliar e implementar intervenções e comportamentos saudáveis. Os autores acreditam que para se alcançar efetiva promoção da saúde torna-se importante avaliar os aspectos sociais, econômicos e determinantes sociais que influenciam a adoção de hábitos saudáveis. Para eles, a Igreja é um espaço capaz de proporcionar essa discussão.

Segundo Ayrton *et al.* (2012), as igrejas são capazes de construir movimentos sociais e conexão entre as comunidades, além de contribuir para encorajar a participação popular, promover ações que contribuem para a saúde e bem-estar dos indivíduos e são essenciais no processo de educação em saúde. Os autores pontuam também que a Igreja pode ser identificada como um espaço que promove acesso a um grupo de pessoas que se encontram regularmente, com discussões relacionadas à prevenção de agravos. Além disso, várias ações sociais são realizadas pelas igrejas, que contribuem para que esse espaço possa atuar nos determinantes sociais de saúde, modificando, inclusive, as necessidades de saúde da sociedade. Essas ações abrangem o atendimento a pessoas doentes; atuação na violência doméstica, saúde emocional e também na ajuda a usuários que abusam de álcool. Ainda, a Igreja está envolvida em ações que promovem a educação, ações de saúde, emprego, promoção de atividades de lazer, ajuda alimentar, fornece roupas para população vulnerável, além de desempenhar papel na educação pública, habitação e planejamento urbano em relação aos parques e áreas de recreação.

Krause, Shaw e Liang (2011) afirmam que os princípios religiosos também criam um ambiente mais receptivo, que pode lidar com questões relacionadas à saúde. Pessoas que pertencem a uma mesma religião tendem a ter as mesmas características, crenças, além de dividirem os mesmos rituais como batismos, casamentos, o que as leva a compartilhar seus hábitos saudáveis de vida.

Contudo, é possível identificar que existe um poder notório da Igreja, que se estabelece de várias formas para os sujeitos. As instituições religiosas, muitas

vezes, são apresentadas como “espaços de salvação” e as pessoas cotidianamente buscam a religião como uma tentativa de aliviar as suas angústias momentâneas e, assim, permanecem nesses espaços, seguindo as doutrinas e regras estabelecidas.

As pessoas se sentem melhor, mais calmas, têm mais inserção social e também conseguem adquirir mais segurança e autonomia para enfrentar as angústias da vida. Por outro lado, esse campo apresenta-se também como obscuro e muitas vezes marcado por mecanismos biopolíticos de controle dos corpos individuais e coletivos que se abrem para questionamentos sobre a potência da sua ação para a vida.

Segundo Foucault, a vida deixa de ser reduzida à sua condição biológica e, ao deslocar-se, passa a ser redefinida como poder de afetar e ser afetado. O poder sobre a vida toma-a como um fato natural, biológico e ao lado do poder há sempre potência. O termo biopolítica descrito pelo autor marca a entrada do corpo e da vida, bem como de seus mecanismos, no domínio dos cálculos explícitos do poder, fazendo do poder-saber um agente de transformação da vida humana (PELBART, 2009).

Para o filósofo, o que o poder investe – a vida – também é o que ancora resistência a ele, numa reviravolta inevitável. O corpo, inserido nessas relações de poder, é sinônimo de certa impotência que ele agora extrai de uma potência superior, liberado da mesma forma do ato, do agente, até mesmo da “postura”. O poder é destinado a produzir forças e fazê-las crescer, ordená-las, mais do que barrá-las ou destruí-las (PELBART, 2009).

O poder não é apenas repressivo, restritivo, punitivo, mas ele se encarrega positivamente da produção e da reprodução da própria vida na sua totalidade. É a dimensão biopolítica na sociedade de controle, sendo exercido sobre seres vivos, de cuja vida ele deve se encarregar. Assim, ao poder sobre a vida existe a potência da vida, estabelecida como uma potência “política” de resistir e criar, de produzir e fazer variar as formas de vida.

A potência da vida da multidão, no seu misto de inteligência coletiva, afetação recíproca, produção de laço, capacidade de invenção de novos desejos e crenças, de novas associações e novas formas de cooperação, é cada vez mais a fonte primordial de riqueza do próprio capitalismo (PELBART, 2009).

Torna-se desafiador pensar como as relações de poder são articuladas nessas instituições e de que forma a experiência religiosa inserida nesse cenário de poder e potência interfere no modo de vida desses sujeitos.

Nota-se que as instituições religiosas são locais com várias normas, condutas e diretrizes que devem ser seguidas de forma rígida pelos sujeitos envolvidos nesses espaços. Há uma postura controladora, com poder disciplinar explícito que direciona os sujeitos a várias ações, o que pode ocasionar um processo autoritário, sem possibilidade de corresponsabilização.

Identifica-se que as ações de promoção da saúde mobilizam um cuidado privado com o corpo e a saúde, determinado, muitas vezes, por ações coletivas que têm a inserção de vários sujeitos com múltiplos interesses. Pode-se, então, pensar a promoção da saúde como um campo composto de discursos e práticas, saberes e poderes, atravessado, concomitantemente, por dimensões regulatórias e disciplinares e dimensões participativas e comunitárias (FERREIRA NETO; KIND, 2011, p. 24).

Ao abordar o campo da promoção da saúde como constituído por polaridades de forças e tensões, torna-se importante analisar os diferentes aspectos que regulamentam e normatizam essas práticas e também como ocorrem essas relações de poder inseridas em instituições regidas pela biopolítica.

Foucault (2009) aborda a institucionalização como uma forma de poder predominante nas relações sociais e afirma que as instituições são lugares de intensificação das relações de poder. Em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações. Acredita-se que as instituições promovem influência nos sujeitos de modo geral, com controle dos corpos nesses espaços e com a articulação de uma ação disciplinar.

Afirma-se que o conteúdo da mensagem religiosa exerce forte influência no comportamento e atitude dos indivíduos e isso pode ser revertido em prescrições e definições de comportamentos aceitáveis e não aceitáveis, usados para a diferenciação e aceitação de novos membros (MOTA; TRAD; VILLAS BOAS, 2012).

Nesse sentido, ao analisar territórios específicos, com grande população com alta vulnerabilidade social, identifica-se que o discurso religioso muitas vezes

pode determinar o contexto social desses sujeitos e exercer influência significativa no modo de vida dessa comunidade, com características específicas. Pode-se afirmar que há expansão de instituições religiosas nos últimos anos no Brasil, de forma peculiar nos espaços de grande aglomeração urbana, com condições precárias de saneamento básico, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e altos índices de morbidade e mortalidade.

Segundo Rosa (1994), morar na favela é estar imerso num âmbito em que a diversidade, a pluralidade das dificuldades para a reprodução social da vida impõe diferentes formas de luta, obriga ao aprendizado e ao constante estado de alerta, numa defesa civil permanente. Esses sujeitos vivem constantemente em alerta com as dificuldades da vida e a religião pode ser adotada como um refúgio para lidar com essas adversidades.

As pessoas sentem no dia-a-dia a necessidade de luta permanente e cotidiana para conquistar condições mínimas de vida e muitas vezes é no enfrentamento diário que essa população vai construindo sua identidade, constituindo-se como um sujeito político (ROSA, 1994). Identifica-se a necessidade da população de luta por melhorias na sua qualidade de vida, que muitas vezes tem nas ações ligadas à religião um importante refúgio para minimizar as angústias e favorecer o convívio social, um processo facilitador das ações de promoção da saúde.

Diante do exposto, questiona-se como se expressam as relações de poder nas práticas de promoção da saúde em instituições religiosas. Pressupõe-se que nessas instituições há práticas com relações de poder “horizontalizadas”, sustentadas em relações autoritárias de poder convivendo com outras ações que são realizadas de forma verticalizada, com pouca participação popular ou pouco espaço para questionamentos. Pressupõe-se que os mecanismos de exercício do poder revelados nas práticas são ao mesmo tempo “produtivos e destrutivos” (FOUCAULT, 2004) dos processos de subjetivação que podem contribuir para a autonomia do sujeito e para a construção crítica sobre si mesmo.

Pode-se afirmar que a identificação dessas práticas torna-se imprescindível para que ocorra melhor compreensão de como acontecem, no interior dessas instituições, as relações de poder que permeiam os indivíduos e também como se dá a expressão da autonomia e liberdade desses sujeitos. O mapeamento das práticas dos espaços inseridos em cada território e também a

análise do discurso desses sujeitos tornam-se essenciais para melhor compreensão desse processo de educação em saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Promoção da saúde: histórico, abordagens e contexto atual

A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Assim, a compreensão da saúde começa a ser ressaltada além da prática clínica e incorpora as condições de vida, geradas pelas relações sociais, como importante elemento do processo saúde-doença. O adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são, também, influenciados pelas relações sociais que engendram formas de acesso à alimentação, educação, trabalho, renda, lazer, paz e ambientes saudáveis, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida (MARCONDES, 2004). Ter saúde é mais do que não estar doente, pois envolve uma concepção de vida com qualidade, a qual se traduz no cotidiano em bem-estar físico, mental, espiritual e social.

Nesse âmbito do conceito ampliado de saúde, a promoção da saúde surge no cenário atual como um campo capaz de direcionar ações com o intuito de promover mudança nos hábitos de vida dos sujeitos. Pode-se afirmar que ela se torna uma estratégia importante para o enfrentamento dos problemas sanitários no contemporâneo e a melhoria da qualidade de vida da população em sua relação indiscutível com os compromissos éticos da política e do sistema de saúde brasileiro (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Desse modo, para que as ações de promoção da saúde ocorram de fato, há necessidade do envolvimento intersetorial, com a participação de vários equipamentos que fazem parte do cenário da saúde no Brasil. Nesse sentido, para que as pessoas desenvolvam hábitos de vida saudáveis, é necessária grande mobilização dos profissionais de saúde, mas também dos outros setores,

como educação, assistência social, habitação, organização e arquitetura urbana, meio ambiente, segurança pública, entre outros (AMADOR; SILVA, 2012, p. 16).

A promoção da saúde surge para fortalecer o novo conceito ampliado de saúde, que envolve todo o panorama social dos sujeitos e direciona um olhar diferenciado da saúde coletiva, com o objetivo de qualificar as ações direcionadas para a integralidade dos sujeitos. Ela pode ser considerada um processo de capacitação e fortalecimento da comunidade, envolvendo ações dirigidas para a melhoria da qualidade de vida e que permitam a participação desta no controle das intervenções (FERREIRA *et al.*, 2011).

Para contextualizar o processo de construção desse conceito até os dias atuais, identifica-se que, a partir dos séculos XV e XVI, cresce a preocupação com o estado de saúde da população nas esferas econômica, política e científica do mercantilismo (AMADOR; SILVA, 2012, p. 16). Nesse período, a doença passa a ser identificada a partir do seu âmbito social, com ações de vigilância e medidas para adotar a higiene pública.

No século XX, o termo “promoção da saúde” é citado pela primeira vez em documentos escritos por Henri Sigerist, historiador médico francês, para definir um dos quatro campos da Medicina: a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a recuperação dos doentes e a reabilitação (BUSS, 2003). A promoção da saúde surge na prevenção primária, com ações de saúde básicas como higiene, alimentação, dentre outros. Ocorre, nesse momento, a necessidade da discussão da saúde como direito social.

Na realidade, é importante compreender que a promoção da saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico (BUSS *et al.*, 2006)

O Canadá teve destaque nesse campo, com várias ações voltadas para a prevenção, inclusive com ênfase em ações coletivas como tabagismo, obesidade, promiscuidade sexual e uso abusivo de substâncias psicoativas, entre outras (BUSS, 2003). Após a I Conferência Nacional de Saúde ocorrida nesse país, a discussão do estilo de vida dos sujeitos e do seu impacto no estado de saúde da população adquire força e evidencia a necessidade de adoção de hábitos saudáveis para a melhoria da qualidade de vida.

Outros eventos ao longo da história surgiram para reafirmar a relevância da promoção da saúde: a Conferência de Ottawa com a Carta de Ottawa de 1986 reafirma a importância da promoção da saúde e indica, principalmente, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, caracterizando-se como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo mais participação no controle desse processo (BUSS *et al.*, 2006).

As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, que ocorreram em várias edições, realizaram discussões de estratégias para efetivar a implantação de fato de ações para promover melhoria na qualidade de vida dos sujeitos. Essas conferências tiveram como produtos documentos que identificaram áreas prioritárias para a promoção de políticas públicas saudáveis, com ênfase nas dimensões sociais, políticas e econômicas.

Contudo, a promoção da saúde no Brasil só ganhou força de institucionalidade a partir dos anos 2000, ao se formular e implementar as linhas gerais que originaram a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) do Ministério da Saúde (AMADOR; SILVA, 2012, p. 16). O Ministério da Saúde propõe a PNPS num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a estratégia de promoção da saúde é uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país, tais como violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água. É também uma maneira de potencializar formas mais amplas de intervir em saúde e, conseqüentemente, no uso abusivo de drogas (BRASIL, 2006).

A PNPS compreende sete linhas prioritárias de ação: a) alimentação saudável; b) prática corporal/atividade física; c) prevenção e controle do tabagismo; d) redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo do álcool e outras drogas; e) redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; f) prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; g) promoção do desenvolvimento sustentável.

As diretrizes institucionais da política reafirmam a necessidade das ações ocorrerem em rede, o que pressupõe mudanças no modelo de atenção, com integração de todos os setores e envolvimento de equipe interdisciplinar. A intersectorialidade surge como uma possibilidade de abordar questões sociais complexas, de articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em soluções integradas, potencializar o uso de recursos humanos e financeiros e estabelecer redes sociais (MALTA *et al.*, 2009). Assim, a sociedade deve participar da construção das ações, para que haja participação popular, e o processo ocorra de forma horizontal, com a divisão de interesses e responsabilidades.

A maior importância da promoção da saúde reside na diversidade de ações possíveis para preservar e aumentar o potencial individual e social de eleição entre diversas formas de vida mais saudáveis, indicando duas direções: integralidade do cuidado e construção de políticas públicas favoráveis à vida, mediante articulação intersectorial (MALTA *et al.*, 2009). Só se pode propor uma PNPS que seja transversal, que opere articulando e integrando as várias áreas técnicas especializadas, os vários níveis de complexidade e as várias políticas específicas de saúde (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Nesse sentido, torna-se necessário intensificar as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que em conjunto possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar um desenvolvimento social mais equitativo (BUSS *et al.*, 2006).

Diante dessa realidade, torna-se desafiador implantar ações efetivas, pois se identifica a necessidade de parcerias, participação popular ativa, além de políticas públicas voltadas para a adoção de hábitos saudáveis. Estratégias educativas atuam também como facilitadoras desse processo, para promover melhor capacitação dos sujeitos, que devem adquirir autonomia sobre o seu estado de saúde para garantir resultados efetivos, com ações de promoção da saúde implantadas.

2.2 Religião, Igreja e saúde

A qualidade de vida é um conceito recente que engloba e transcende o conceito de saúde, sendo composto de vários domínios ou dimensões: física, psicológica, ambiental, entre outras. Considerada a medida que faltava na área da saúde, tem sido definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida quanto à cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (PANZINI *et al.*, 2007).

Há registros consistentes de associação entre qualidade de vida e espiritualidade/ religiosidade, porém existe diferença conceitual entre os dois termos, que segundo a literatura expressam significados diferentes.

Segundo Panzini *et al.* (2007), espiritualidade envolve questões quanto ao significado da vida e à razão de viver, não limitado a tipos de crenças ou práticas. Já a religião é a “crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo” (PANZINI *et al.*, 2007, p. 106). Religiosidade é uma extensão na qual o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião.

A esse respeito, Panzini *et al.* (2007) afirmam que:

A religião pode ser definida como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente. Já a espiritualidade pode ser considerada uma busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) levar a ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade (PANZINI *et al.*, 2007, p. 106).

De forma objetiva, Ferreira *et al.* (2011) distinguem a religiosidade como a adesão às crenças e práticas relativas a uma Igreja ou instituição religiosa organizada; e espiritualidade como a relação estabelecida entre a pessoa e uma força superior na qual ela acredita. Neste estudo, os autores abordaram o conceito de religiosidade sob uma perspectiva sociocultural: a adesão à crença e prática relativa a uma Igreja ou instituição, porquanto esta pode interferir em comportamentos e respostas de cada indivíduo nos processos de saúde-doença, ancorados nos diversos panoramas dessa realidade.

Dessa forma, a religiosidade pressupõe a organização de rituais em espaços determinados, enquanto a espiritualidade se aproxima mais do âmbito espiritual do sujeito, em que ele se torna responsável por sua busca pessoal. A religião pressupõe instituições organizadas, com normas e diretrizes que criam práticas que favorecem melhoria na qualidade de vida dos sujeitos.

Entende-se por Igreja uma comunidade local, regional ou nacional, com um mínimo de estabilidade, com certa liderança burocrática razoavelmente estabelecida e com corpo de doutrinas mais ou menos delineado e acima das vontades individuais (MENDONÇA, 1989).

Devido à importância da Igreja na vida de muitas pessoas e da associação da religiosidade com hábitos saudáveis, nota-se hoje que as igrejas são consideradas espaços efetivos para a implantação de ações de promoção da saúde. Recentemente, essas instituições estão se reconhecendo como espaços físicos e sociais promotores de saúde, inclusive realizando mudanças políticas e práticas para a implementação efetiva dessas ações (WILLIAMS *et al.*, 2012).

A Igreja, em sua essência, assume o papel de rede de apoio social com a finalidade de contribuir para o bem-estar das pessoas, principalmente em situações de exclusão, permitindo a possibilidade do exercício da cidadania. A religião cumpre papel facilitador para o acesso a redes de suporte e integração social por meio de instituições religiosas e congregações. Essas participações fortalecem as redes de apoio, a partir da compreensão da rede como um sistema complexo, considerado como um fato social, em que promove a reflexão acerca das práticas cotidianas e a realidade social (FERREIRA *et al.*, 2011).

Segundo Yeary, Klos e Linnan (2012), a religião muitas vezes exerce efeitos positivos nos sujeitos, com a promoção de alimentação saudável, incentivo à prática de atividade física, diminuição do tabagismo e redução do risco de doenças ou prevenção das mesmas. Os autores afirmam também que as ações têm como população-alvo as mulheres de modo geral e as condições de saúde desses fiéis incluem pessoas com câncer, doenças cardiovasculares e controle de peso.

Estudos recentes revelam que essas ações de promoção da saúde nesses espaços atuam de modo particular e de forma predominante em comunidades carentes, além de evidenciar que as igrejas têm potencial para realizar programas

que reduzam as disparidades de saúde entre população de baixa renda, rural e públicos minoritários (YEARY; KLOS; LINNAN, 2012).

Os mesmos autores afirmam, ainda, que o envolvimento de toda a família nas igrejas, além do histórico de ações voluntárias nesses locais, também predispõe os sujeitos a realizar ações que promovam o bem-estar e melhoria da qualidade de vida. De forma frequente o discurso mostra que ajudar o outro sem ter algo em troca traz benefícios para a saúde.

Como foco do estudo, serão trabalhadas as instituições presentes em um território. No Brasil, segundo Mendonça (1989), existem dois tipos predominantes de religião: o catolicismo e o protestantismo. De ambas surgem algumas ramificações de acordo com a particularidade de cada instituição e contexto histórico. Podemos constatar como característica marcante nas crenças e práticas religiosas no Brasil uma linguagem comum que se construiu em torno das religiões tradicionais: a dominante, Católica, e as “subalternas”, indígenas e africanas, tomando de empréstimo e combinando seus conteúdos (CAMURÇA, 2009).

No Brasil, a religião católica, é considerada um fator instituinte de identidade nacional, mas desde o final do século XIX vem sofrendo com a concorrência das chamadas religiões protestantes e mais recentemente das consideradas pentecostais ou neopentecostais.

O catolicismo no Brasil pode ser apresentado em três grandes versões: catolicismo popular (1500), que tem como elemento central a figura do santo, que pode ser tanto os santos canonizados, quanto uma pessoa da Trindade, almas ou diferentes denominações de Virgem Maria; catolicismo romanizado (1850), que desenvolve sua religiosidade dentro dos marcos do templo sob rígido controle clerical, centrado no culto do altar/ púlpito/ confessionário, levando seus fiéis a uma atitude de rejeição à modernidade do seu entorno; catolicismo pós-Vaticano (1964), que defende a renovação do campo bíblico, tendo como enfoque principal uma visão bíblica da história humana como história de salvação e libertação do homem (CAMURÇA, 1996).

Sob o manto encompassador do Catolicismo, se deu todo um processo de empréstimos mútuos entre crenças católicas e africanas. Submetidas à força desta “catolicidade sincrética”, as demais religiões (as mais tradicionais e as que aportavam ao país, inclusive um catolicismo romanizado) para ter êxito, tinham de

se compatibilizar ou de funcionar como instâncias complementares dela (CAMURÇA,2009).

Nos últimos anos, o catolicismo popular passou a ser “descoberto” como algo relevante tanto pela hierarquia da Igreja quanto pela sua ala “progressista”, junto com pesquisadores e teólogos ligados ao projeto “transformador”, com mais iniciativas de diálogo e aproximação (CAMURÇA, 1996). Contudo, o avanço das “seitas pentecostais”, segundo o autor, tem exposto para a Igreja preocupação e alerta quanto à perda de fiéis e ao seu despreparo frente à utilização dos meios de comunicação de massa: a mídia.

As atitudes católicas face ao pentecostalismo se manifestam na segunda metade dos anos 80, quando perde força a polêmica contra o regime autoritário, e a Igreja Católica, agora menos preocupada com suas responsabilidades políticas, descobre a difusão de uma nova religiosidade e o crescimento daqueles que impropriamente chama de “seitas” (ANTONIAZZI, 1994, p.17)

Já o protestantismo, segundo Camurça (1996), pode ser classificado em protestantismo de imigração (1824), que mantém ao longo de sua história até os tempos atuais um crescimento vegetativo no seio da população brasileira; protestantismo de missão (1835/1870), no qual está inserida a missão batista, que mais se expande pela sua capacidade de incorporar a população leiga na evangelização; e pentecostalismo (1910), que possui crescimento vertiginoso nos setores empobrecidos da sociedade.

Mendonça (1989) cita a dificuldade em classificar as instituições quando se trata de protestantismo e sugere algumas divisões de famílias desse ramo: metodista, presbiteriana e batista. Já os pentecostais, considerados membros desviantes das igrejas da reforma, são divididos em pentecostais clássicos e recentes.

Segundo Mendonça (1989), são igrejas pentecostais brasileiras: Assembléia de Deus; Congregação Cristã no Brasil; e Igreja do Evangelho Quadrangular. Observa-se que há proliferação dessas igrejas no território, com maior concentração em regiões com índice de vulnerabilidade à saúde (IVS) elevado.

Mendonça (1989), ao apresentar um panorama do protestantismo no Brasil, afirma haver um movimento de cura divina dessas instituições, que exerce importante papel, promovendo a catarse dos conflitos do cotidiano que desabam sobre as classes pobres e periféricas dos grandes centros urbanos. Nesse

movimento, representado, sobretudo, pelas igrejas pentecostais, a busca de bens mínimos para a vida, como saúde e emprego, torna-se objeto de cura, numa relação muitas vezes contratual e descompromissada (SILVA, 2009).

Desse modo, essas igrejas têm como centro de suas atividades as curas a partir da expulsão de demônios e apresentam muitas vezes um movimento classificado por Mendonça (1989) como movimento de cura divina, cujos líderes carismáticos oferecem balcões de oferta de bens de religião a uma clientela flutuante e descompromissada. Embora alguns desses grupos mantenham seu discurso na fé cristã, sua prática às vezes se afasta dela, enquanto que outros apresentam discurso e prática quase irreconhecíveis sob o ponto de vista do Cristianismo. Esse movimento muitas vezes atrai a massa desesperada em busca de bens mínimos para a vida, como saúde e emprego. Na cura divina o milagre é fim e não percurso, como nas igrejas pentecostais.

Qualquer promessa de cura recebe uma resposta imediata e massiva, sobretudo quando de origem religiosa. Nas regiões abissais da subjetividade coletiva existe uma expectativa permanente de intervenção divina e arrasadora capaz de transformar radicalmente o contexto de sofrimento e abandono (ANTONIAZZI, 1994, p. 25)

Nota-se proliferação dessas ações, porém ainda sem muita clareza de como essas ações ocorrem nesses espaços. Nesse panorama, torna-se instigante entender o que de fato essas instituições oferecem para os sujeitos, que são atraídos por causa da ênfase na cura no seu sentido mais amplo, isto é, saúde, emprego e problemas existenciais. A prática da cura consagra as igrejas do pentecostalismo como espaços de solidariedade e acolhimento sem a necessidade de formação de comunidade. As pessoas encontram seu espaço de reorganização da personalidade e do restabelecimento de uma escala de valores (ANTONIAZZI, 1994). Qualquer promessa de cura recebe uma resposta imediata e massiva, sobretudo quando de origem religiosa.

O pentecostalismo tem como crescimento associado as transformações radicais por que passou nosso país: processo desordenado de industrialização, urbanização e êxodo rural, acarretando concentração populacional nas periferias de um contingente desenraizado e marginalizado, que encontrou na mensagem desafiadora de salvação integral dos pentecostais uma alternativa para sua situação de anomia (CAMURÇA, 1996).

No entendimento de Dreher (1984) o fenômeno se expressa no quadro de que não são mais especialistas e teólogos que difundem a fé, mas “o povo pregando para o povo”. O autor ainda afirma que:

Excluídos das benesses da Sociedade e do Estado; Saúde, Educação, direitos cidadãos pela senda da Salvação alcançam Jesus que o cura, a Bíblia como único conhecimento valioso e a Igreja como único espaço puro no mundo, ao se confrontarem com um sistema que os nega o consumo mais básico passam a considerar esta dimensão maligna: o “crente” não bebe, não fuma, não vai ao cinema, não vê televisão; a mulher “crente” não acompanha a moda, não se pinta, etc. (DREHER, 1984, p. 116).

Segundo Fernandes (1982), a convicção dessa fé pentecostal causa estranheza na forma de religiosidade brasileira mais comum, marcada pela centralidade da ideia de proteção conferida por parte dos santos. O fato de a relação com a divindade derivar numa mudança radical de vida parece ser exigência acima das expectativas da religiosidade.

Estas correntes religiosas parecem introduzir princípios racionalizantes na religiosidade brasileira: uma ética de salvação em lugar da noção de proteção da religiosidade média dos brasileiros, a escolha pessoal movida pela fé e não pela participação em rituais e uma identidade religiosa baseada numa crença (produto de uma escolha pessoal) e não num seguimento da tradição atávica (ANTONIAZZI, 1994, p. 540).

O neopentecostalismo, ramo do pentecostalismo, surgiu 60 anos após o movimento pentecostal, em 1906, na rua Azuza, nos Estados Unidos. Os neopentecostais formaram um grupo coexistente com os pentecostais, mas com identidade distinta. Possuem uma forma muito sobrenaturalista de encarar sua vida religiosa, com ênfase na busca de revelações diretas da parte de Deus, de curas milagrosas para doenças e intensa batalha espiritual entre forças espirituais do bem e do mal, que afirmam ter consequências diretas em sua vida cotidiana.

Uma das principais características que distinguem o chamado neopentecostalismo do pentecostalismo tradicional e das demais igrejas evangélicas refere-se à forma de instalação e expansão de templos nas áreas urbanas das igrejas fundadas na década de 1970 (GOMES, 2009). Pela adesão popular, estas igrejas se multiplicaram. Começaram invariavelmente com um pequeno núcleo num velho cinema, num subsolo ou num antigo galpão em regiões urbanas de movimento, e hoje os antigos barracões são templos. Essas

igrejas lotam os estádios com mais facilidade que os times de futebol e a Igreja Católica (ANTONIAZZI, 1994, p.227)

No Brasil, as igrejas mais representativas dessa corrente são a Igreja Universal do Reino de Deus, a Igreja Internacional da Graça de Deus, a Igreja Renascer em Cristo, a Igreja Batista Nacional, a Igreja Fonte da Vida de Adoração, a Igreja Mundial do Poder de Deus, a Comunidade Evangélica Sara Nossa Terra, o Ministério Nova Jerusalém, a Igreja Nacional do Senhor Jesus Cristo (de Valnice Milhomens) e o Ministério Internacional da Restauração (MIR).

Assim, a pluralidade religiosa vigente no Brasil atua a partir da linguagem dominante do catolicismo, e a partir desse momento várias correntes religiosas são criadas de acordo com seus “seres sobrenaturais”: “almas”, “espíritos”, “santos”, “anjos”, “demônios”, “orixás”, “aparições da virgem”, “descidas do Espírito Santo”. Estas novas alternativas permitem o indivíduo optar e ter um pertencimento exclusivo e uma identidade religiosa exclusiva, em detrimento da inclusividade sincrética que se dava sob o manto do Catolicismo (ANTONIAZZI, 1997).

Ainda não há conhecimento de quais são os aspectos dessas instituições de modo geral que levam a mudanças no comportamento de saúde da população que frequenta esses espaços (YEARY; KLOS; LINNAN, 2012). As ações são evidentes, porém ainda existem poucos estudos que exemplificam como essas ações efetivamente acontecem.

2.3 Autonomia e a relações de poder sob a lógica de Foucault

Foucault, filósofo que estuda as relações de poder na sociedade, justifica várias situações da vida cotidiana dos sujeitos por meio do exercício do poder. O autor considera as relações de poder como elemento determinante para a construção (ou não) de autonomia dos indivíduos que exercem ou sofrem influência dessas relações.

A autonomia pode ser considerada uma categoria norteadora da atuação em promoção da saúde. A ideia de autonomia conduz o pensamento imediatamente à ideia de liberdade e de capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e às possibilidades e

capacidades para construir sua trajetória na vida. Ela é um determinante fundamental para a saúde, assim como, inversamente, a restrição de autonomia é fator de risco para a saúde dos sujeitos (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008).

O indivíduo, para Foucault (2004), é o efeito do poder e, simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é o seu centro de transmissão. O poder passa pelo indivíduo que ele constituiu.

Desse modo, o poder não pode ser considerado um fenômeno de dominação maciço e heterogêneo de um indivíduo sobre os outros, não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ele nunca está localizado aqui ou ali, nunca está em mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas, os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer o poder e de sofrer sua ação. Nunca são alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles (FOUCAULT, 2004).

Segundo o autor, o poder está em toda parte, não porque engloba tudo, e sim porque provém de todos os lugares. Ele não é uma instituição nem uma estrutura, mas o nome dado a uma estratégia complexa numa sociedade determinada (FOUCAULT, 2004). Ele possui mecanismos que podem favorecer (ou não) esse processo de autonomia necessário para o sujeito agir sobre os seus determinantes de saúde.

Pode-se afirmar que o poder é uma relação de forças que se encontra presente e em constante movimento, em todos os espaços sociais, sejam eles públicos ou privados, gerando tensões que se expressam em toda relação. Justifica-se o uso do autor como referencial para identificar como essas relações de forças ocorrem nas instituições religiosas, na lógica das ações de promoção da saúde inseridas nesses espaços.

Foucault tem como foco o poder como elemento capaz de explicar como se produzem os saberes e como nos constituímos na articulação de ambos. O que o autor mostra é que não existem sociedades livres de relações de poder. Os indivíduos são o resultado imediato dessas relações.

Para o autor, o poder se encarrega positivamente da produção e reprodução da própria vida na sua totalidade e a sua resistência submetida ao

poder pode se tornar uma potência, um estímulo para uma mudança de postura do sujeito.

O poder pode ser entendido como uma prática social e funciona como uma rede de dispositivos ou mecanismos que atravessam toda a sociedade e do qual nada nem ninguém escapa. O poder se exerce mais do que se possui. O autor destaca os efeitos do poder nos sujeitos.

Em *Vigiar e Punir*, Foucault afirma:

É preciso parar de sempre descrever os efeitos do poder em termos negativos: “ele exclui”, “ele reprime”, “ele recalca”, “ele censura”, “ele abstrai”, “ele mascara”, “ele esconde”. De fato, o poder produz; ele produz real; produz domínios de objetos e rituais de verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção (FOUCAULT, 2004, p. 241).

O poder produz saber, e poder e saber estão diretamente implicados. Não há relação de poder sem a constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder (FOUCAULT, 2009). O poder em Foucault reprime, mas também produz efeitos de saber e verdade (FERREIRINHA; RAITZ, 2010).

A construção da autonomia dos sujeitos nesses espaços perpassa a forma como ocorrem as relações de poder. E a instituição, como local de formação dos sujeitos, pode ser determinante no processo de fortalecimento de subjetividades daqueles que a frequentam.

O desenvolvimento da autonomia pode ser favorecido pelas relações nesses espaços, por meio de grupos, compondo coletivos humanos e constituindo uma sociedade. Por outro lado, a convivência em grupo exige normas e diretrizes e a disciplina também permeia as relações desses sujeitos, contribuindo (ou não) para a construção da autonomia desses indivíduos.

A disciplina como técnica política pode ser considerada o exercício do poder que tem por objeto os corpos e por objetivo sua normalização. Ela define um campo de métodos, proposições consideradas verdadeiras, um jogo de regras, definições, técnicas e instrumentos (CASTRO, 2009).

A disciplina atua sobre o corpo e tenta reger a multiplicidade dos homens como indivíduos sujeitos à vigilância, ao treino, eventualmente à punição (PELBART, 2009).

A passagem do poder disciplinar discutido por Foucault para o poder regulamentador dá uma dimensão totalmente nova para o papel do Estado e

desenha um cenário político no qual não se trata apenas de considerar a domesticação de um corpo de um criminoso, mas o próprio controle de toda uma população. O poder disciplinar não desaparece do quadro político, mas a tecnologia do poder não está mais centrada no indivíduo, mas em toda a população, configurando o biopoder.

Segundo o autor, no biopoder o poder já não se exerce sobre sujeitos de direito, cujo limite é a morte, mas sobre seres vivos, de cuja vida ele deve encarregar-se. Se a vida foi tomada pelo poder como objeto político, ela também foi revirada contra o sistema que tomou seu controle. O direito à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação de todas as necessidades é a réplica política aos novos procedimentos do poder (PELBART, 2009).

Na lógica desse conceito, há interesse pelas condições de produção e reprodução da população como espécie, como vida. O corpo está constantemente afetado pelas forças do mundo, sempre submetido ao adestramento e à disciplina. Diante disso, seria preciso retomar o corpo naquilo que lhe é mais próprio, sua dor no encontro com a exterioridade.

O biopoder se organiza sob duas formas principais que não são antitéticas, mas que estão atravessadas por uma rede de relações. Por um lado, as disciplinas, uma anatomopolítica do corpo humano, que têm como objeto o corpo individual, considerado como uma máquina, e por outro lado, uma biopolítica da população, do corpo-espécie (CASTRO, 2009).

O autor afirma que:

A norma é o que se pode aplicar tanto a um corpo que se quer disciplinar, como a uma população que se quer regularizar. A sociedade da normalização não é, pois, nestas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada, cujas instituições disciplinares teriam colonizado, e finalmente recoberto todo o espaço. Essa é só uma primeira interpretação, e insuficiente, da ideia de sociedade da normalização. A sociedade da normalização é uma sociedade onde se cruzam, segundo uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulação. Uma sociedade normalizada é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida (CASTRO, 2009, p. 58).

Essa forma de poder, ao mesmo tempo individualizante e totalizante, é, para Foucault, a característica fundamental do poder moderno. O autor identifica elementos do biopoder no qual coexistem indivíduo e população, corpo e vida,

individualização e massificação, disciplina e regulamentação, como demonstrado no QUADRO 1.

QUADRO 1 - Elementos do poder disciplinar e do biopoder:

PODER DISCIPLINAR	BIOPOLÍTICA
Indivíduo-corpo	População
Corpo	Vida
Individualização	Massificação
Disciplina	Regulamentação
Vigilância	Regulação
Maximização da força	Otimização da vida
Treinamento individual	Equilíbrio global
Norma	Norma
Sociedade disciplinar	Sociedade de normalização

Fonte: Adaptado de Pogrebinschi (2004).

Há que se entender por “biopolítica” a maneira pela qual, a partir do século XVIII, se buscou racionalizar os problemas colocados para a prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes como população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raça (CASTRO, 2009).

A biopolítica é entendida como um polo de biopoder que emprega controle e intervenções regulares para manejar a população e controlar o corpo social (FOUCAULT, 1985). Ela se dirige à multiplicidade dos homens como massa global, afetada por processos próprios da vida, como a morte, a produção, a doença. É o modo que tem o poder de investir a vida de ponta a ponta (PELBART, 2009).

Também segundo Pelbart (2009), o termo biopolítica, lançado por Foucault em um sentido crítico, remetendo a uma modalidade de poder sobre as populações, acabou assumindo nos últimos anos um sentido inverso, positivo, mais abrangente e até liberador, em alusão à vitalidade social e sua potência política.

Diante disso, destaca-se também que, por meio do poder disciplinar, são instituídos treinamentos e adaptações individuais às normas disciplinares. Portanto, saúde e vida são alvo de lutas biopolíticas (SILVA, 2009).

Submetido a relações de poder, o corpo é sinônimo de certa impotência e é dessa impotência que ele é capaz de extrair uma potência superior, liberado da

forma, do ato, do agente, até mesmo da “postura” (PELBART, 2009). Essa mudança de postura do sujeito promove maior estímulo à construção de autonomia, possibilitando maior construção crítica sobre si mesmo e potencializando novas formas de viver.

A autonomia como norteadora da promoção da saúde evidencia que há necessidade de viabilizar como ocorre a sua construção, por meio das relações de poder que permeiam os sujeitos.

Assim, como diferenciar a decomposição e a desfiguração do corpo necessárias para que as forças que o atravessam inventem novas conexões e liberem novas potências?

3 OBJETIVO

Analisar as relações de poder nas práticas de promoção da saúde vinculadas às instituições religiosas.

4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

4.1 Desenvolvimento da pesquisa

Desde tempos imemoriais, as religiões, a filosofia, os mitos, a poesia e a arte têm sido instrumentos poderosos de conhecimento, desvendando lógicas profundas do inconsciente coletivo, da vida cotidiana e do destino humano (MINAYO, 2010).

Diante do desafio de pensar a lógica da promoção da saúde em instituições religiosas, optou-se por escolher a abordagem qualitativa, pois ela permite revelar a forma como as pessoas constroem o mundo à sua volta (FLICK, 2009), além de propiciar a interação do pesquisador com as particularidades de cada sujeito.

O método qualitativo também enfatiza as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser. Ele fornece profunda compreensão de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social em face da configuração das estruturas societais (HAGUETTE, 1992).

Com a escolha da abordagem qualitativa, torna-se possível melhor interação entre sujeito e pesquisador, além de possibilitar mais acesso a experiências dos indivíduos em seu ambiente natural (FLICK, 2009). O pesquisador não fica fora da realidade que estuda, à margem dela, dos fenômenos dos quais procura captar os significados e compreendê-los, sua participação o envolve na vida da própria comunidade com todas as suas coisas essenciais e acidentais (TRIVIÑOS, 1987).

Assim, não é apenas o pesquisador que dá sentido ao seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e a sociedade dão significado e intencionalidade e interpretam suas ações e construções (MINAYO, 2010).

Segundo Triviños (1987, p. 122):

O ambiente, o contexto no qual os indivíduos realizam as suas ações e desenvolvem seus modos de vida fundamentais, tem um valor essencial para alcançar das pessoas uma compreensão mais clara de suas atividades. O meio, com suas características físicas e sociais, imprime aos sujeitos traços peculiares que são desvendados à luz do entendimento dos significados que ele estabelece.

Com isso, o local em que os sujeitos estão inseridos fornece elementos essenciais para pensar as suas relações com as ações que compõem o seu cotidiano e isso favorece melhor compreensão do impacto que diversos fenômenos podem provocar no seu modo de viver. A inserção do pesquisador na realidade traz questionamentos essenciais na construção da pesquisa qualitativa.

4.2 O campo de estudo

O estudo teve como cenário o território que compreende a área de abrangência do Centro de Saúde Independência, no município de Belo Horizonte. O local foi escolhido por ser uma região que possui alta vulnerabilidade social, além de ser um território de mais proximidade pelo fato de esta autora ter trabalhado nessa região durante cerca de seis anos. Nesse período, foi possível vivenciar uma grande expansão de instituições religiosas, predominantemente evangélicas.

O município de Belo Horizonte, a capital do estado de Minas Gerais, faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), que abrange 34 municípios. Possui hoje população de 2.375.444 habitantes, sendo a sexta cidade mais populosa do país (BELO HORIZONTE, 2013).

Diante disso, para gestão e planejamento da capital, o município é dividido em nove regiões administrativas: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Cada região possui uma população com diferentes condições socioeconômicas, organizada de acordo com um território definido, que norteia o processo de trabalho da capital.

Os distritos sanitários seguem a delimitação das administrações regionais e correspondem à organização administrativo-assistencial da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). As definições territoriais das áreas de abrangência têm sido

estabelecidas com base nos setores censitários definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (TURCI, 2008).

No mapa da FIG. 1 podem-se visibilizar as nove regionais de Belo Horizonte:

FIGURA 1 - Divisão por regionais do município de Belo Horizonte



Fonte: Belo Horizonte(2013)

A área de abrangência do estudo está inserida no Distrito Sanitário Barreiro. Localizada a sudoeste de Belo Horizonte, a região faz limite com os municípios de Contagem, Ibité, Brumadinho e Nova Lima.

A Regional Barreiro compreende cerca de 80 bairros, com 70 mil domicílios que abrigam 283.544 habitantes, conforme levantamento do censo realizado em 2010. Com mais de 150 anos, essa é uma região que se tornou um polo que integra Belo Horizonte a municípios vizinhos e tem grande potencial de desenvolvimento. Seu território é de 53 km² de extensão e ainda possui muitas áreas desocupadas que atraem novos moradores e empresas, impulsionando o crescimento local (BELO HORIZONTE, 2013).

Assim, para organizar a assistência à saúde em cada regional, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) se utiliza do índice de vulnerabilidade à saúde (IVS)

para garantir o atendimento a toda a população com equidade, baseado nos princípios do SUS. O IVS é uma combinação de diferentes variáveis num indicador que busca resumir informações relevantes que traduzem as desigualdades intraurbanas, ressaltando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, favorecendo a proposição de ações intersetoriais (TURCI, 2008).

Por meio do cálculo do IVS, Belo Horizonte classifica os setores censitários em risco baixo, médio, elevado e muito elevado, de acordo com a vulnerabilidade das famílias de cada território à saúde. Na FIG. 2 apresenta-se a organização dos 20 Centros de Saúde na Regional Barreiro, com destaque para a área de abrangência do centro de saúde objeto do estudo.

FIGURA 2 - Centros de Saúde da Regional Barreiro



Fonte: Belo Horizonte (2013)

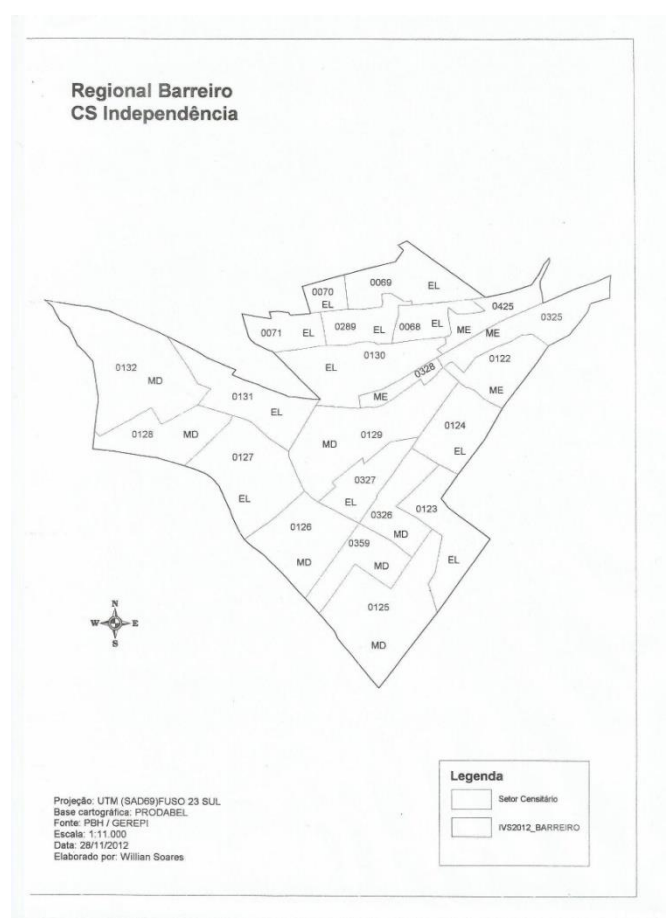
O Centro de Saúde Independência é um equipamento de saúde da Regional Barreiro, que tem em seu território predominância do risco elevado, com

população total de 16.246 habitantes de acordo com o censo de 2010. Sua área de abrangência é composta pelos bairros Independência, Mineirão, 3ª e 4ª Seção e Petrópolis. Faz divisa com o Centro de Saúde Mangueiras ao norte, com o Centro de Saúde Vila Pinho a nordeste, com o Centro de Saúde Urucuia a oeste e com o município de Ibirité ao sul e a leste.

O território da área de abrangência da unidade é dividido em 22 setores censitários, sendo cada setor classificado de acordo com o seu IVS. Há predominância de setores com IVS elevado, o que classifica a Unidade Básica em seu contexto como um território de alta vulnerabilidade social, com quase 100% da população dependente do SUS.

O mapa da FIG. 3 exemplifica a classificação do território com a estratificação dos riscos.

FIGURA 3 - Classificação do campo de estudo segundo o índice de vulnerabilidade à saúde



ME: muito elevado; EL: elevado; MD: médio risco.

Fonte: Belo Horizonte (2013).

O centro de saúde é organizado em seis equipes de saúde da família (ESF), que atuam com o apoio de outras equipes lotadas no mesmo local para atender essa população adscrita. A unidade possui ainda quatro equipes de saúde bucal (ESB); uma equipe de saúde mental; dois médicos especialistas de apoio (ginecologista e pediatra); uma assistente social; uma equipe de zoonoses; um polo de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); e quatro administrativos.

Ao mapear o território para identificar as instituições religiosas, identificou-se predominância de instituições da religião evangélica em detrimento de instituições da religião católica.

FIGURA 4 - Instituições religiosas na área de abrangência



Fonte: Belo Horizonte (2013).

Desse modo, torna-se importante detectar, nessas instituições, quais são as ações de promoção da saúde existentes e como elas ocorrem nesses espaços.

4.3 Tipo de estudo

Trata-se de estudo exploratório que tem como foco analisar as relações de poder nas instituições religiosas. Segundo Triviños (1987), os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua expectativa em torno de determinado problema.

A pesquisa exploratória pode ser utilizada nos primeiros estágios da investigação para que haja mais aproximação do tema e também para que o pesquisador possa obter nova percepção do assunto ou ter novas ideias. Nota-se que o tema em estudo tem sido aprofundado em pesquisas mais recentemente, a partir de 2010, e ainda há necessidade de explorar melhor a promoção da saúde com outros olhares, para que haja processos efetivos com a proposta de garantir mais autonomia aos sujeitos.

No território escolhido, as instituições religiosas estão presentes em número expressivo, fazendo parte do cotidiano de vida dos sujeitos e com influência determinante no modo de vida de muitos usuários da comunidade. No campo de estudo, nota-se a maioria de instituições do protestantismo, especificamente no pentecostalismo.

4.4 Trabalho de campo

Para o trabalho de campo, a inserção desta pesquisadora ocorreu em visitas regulares no território definido e com a aproximação no centro de saúde por meio do contato com os agentes comunitários de saúde (ACS), quando necessário.

Na primeira fase, o estudo exploratório compreendeu o mapeamento do território, com o levantamento e classificação de todas as instituições religiosas presentes. Com o mapeamento inicial realizado em parceria com os ACS, pôde-se percorrer o campo e atualizá-lo, identificando novas instituições ou aquelas que não existiam mais. Houve pouca mudança em comparação ao levantamento realizado para a definição do projeto.

Ainda nessa fase foram iniciadas as visitas e o primeiro contato nas instituições, com o objetivo de identificar os informantes-chave. Foi explicado sobre o conteúdo da pesquisa para as pessoas que recepcionaram esta pesquisadora nas instituições e, a partir daí, os informantes foram indicados de acordo com a sua inserção nas ações realizadas pelas igrejas.

Foi realizada entrevista com cada informante-chave, procurando explorar o conjunto de práticas desenvolvidas em cada instituição. Um roteiro estruturado foi necessário para captar desses informantes o entendimento sobre as práticas de promoção da saúde (APÊNDICE A). Também foi entregue uma carta individual de apresentação do projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os dados só foram coletados após o consentimento e a assinatura no Termo (APÊNDICE B).

A segunda fase do estudo compreendeu a definição das instituições e as práticas para análise em profundidade. Foram definidas inicialmente quatro práticas inseridas nas instituições de religiões diferentes.

Por meio de um quadro comparativo, foi possível definir a escolha das práticas com mais tempo de duração, público-alvo diversificado e inserção nas diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde. Foram selecionadas inicialmente quatro práticas: Grupo Sempre Viva e Grupo Saúde e Vida da Igreja Católica; Oficinas de Pintura e *Biscuit* da Igreja Batista; e Grupo de Dança de Mulheres da Igreja Quadrangular (pentecostal).

O Grupo de Dança de Mulheres, após várias tentativas de início para coleta de dados, não foi incluído no estudo devido a uma mudança na organização da prática. Ela passou a ocorrer em outras igrejas no município de Belo Horizonte, o que dificultou a possibilidade de observação das ações no território. Os informantes-chave, representantes da instituição, foram entrevistados, porém não ofereceram disponibilidade posterior para contribuição com a pesquisa, mesmo após exaustivas tentativas de contato.

Desse modo, após nova análise do material da pesquisa, a prática descrita foi substituída pelo grupo Força Jovem da Igreja Universal do Reino de Deus (neopentecostal). Assim, as quatro práticas do estudo foram duas da Igreja católica, uma da Igreja batista e uma prática da instituição neopentecostal.

Na fase da análise em profundidade, observaram-se as ações realizadas, estabelecendo vínculo mais estreito com os participantes envolvidos nas ações. A

observação participante periférica foi uma opção metodológica para compor o conjunto de procedimentos utilizados para coleta de dados, com o intuito de ampliar a compreensão do objeto estudado. Torna-se importante ressaltar que o número de observações foi definido por esta pesquisadora e a orientadora, após concluir que a apreensão dos dados foi realizada de maneira completa, com possibilidade de descrição de forma minuciosa.

Ainda para a análise em profundidade, foram feitas entrevistas com os participantes das práticas, com a finalidade de apreender o discurso dos participantes e das relações de poder que emergiam nesses espaços.

A entrevista pode ser caracterizada, segundo Minayo (2010), como uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. O informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões. A quantidade de material produzido nesses encontros tende a ser maior, mais densa e ter um grau de profundidade incomparável em relação ao questionário, porque a aproximação qualitativa permite atingir regiões inacessíveis à simples pergunta e resposta (MINAYO, 2010).

Para registro das ações, utilizou-se o diário de campo, com descrição detalhada de todas as visitas realizadas e com todas as informações que compreendiam a percepção do espaço físico, dinâmica da prática, atores envolvidos, atendimentos realizados, relações de poder e religiosidade. Em alguns momentos, foi necessária a gravação de algumas percepções para não ocorrer perda do conteúdo. Além disso, ao final da observação também foram registradas as percepções e sentimentos apreendidos durante as visitas.

4.5 Análise de dados

Na perspectiva de uma pesquisa na corrente teórico-filosófica crítica pós-estruturalista, torna-se importante que o método de análise de dados permita a apreensão das relações sociais e a crítica ao modo vigente. Optou-se, então, pela análise crítica do discurso (ACD) para nortear o processo da análise dos dados e qualificar os resultados da pesquisa.

A ACD é o estudo das relações dialéticas entre o discurso (inclusive a linguagem, mas também outras formas de semiose, por exemplo, a linguagem do corpo ou imagens visuais, e outros elementos das práticas sociais). Fairclough (2001) salienta que não há procedimento fixo para a realização de análise de discurso, portanto, os pesquisadores devem definir a maneira de proceder de acordo com a natureza específica do projeto e conforme suas visões do discurso.

No primeiro momento, foi realizada a organização dos dados coletados, o que consistiu em registros no diário de campo e entrevistas realizadas em todas as etapas descritas anteriormente. A fala gravada nas entrevistas foi transcrita, evidenciando justaposições entre falantes, pausas, silêncios, entonação, ênfase, interrupções e trechos incompreensíveis.

Para a análise, foram adotadas convenções para transcrições segundo a descrição do QUADRO 2. A convenção de transcrição traz adaptações ao padrão sugerido por Kock (1997) assim como os modelos de transcrições e orientações descritos por Fairclough (2001) e Magalhães (2000), no que diz respeito às direções referentes aos recursos para análise de discurso.

QUADRO 2 - Codificação dos sujeitos da pesquisa

Sinais	Ocorrência	Exemplificação
Palavras em caixa alta	Palavras pronunciadas em tom forte, indicando entonação enfática.	DEUS É TUDO PRÁ MIM
/	Interrupção na fala. Repetição ou corte de palavras sem pausa.	Ela/ela que me indicou a prática
((anotar ponto exato da gravação onde se inicia o trecho de difícil compreensão))	Incompreensão de palavras ou segmentos em gravações digitais.	((00:42:21))
“aspas”	Citações literais, reproduções de discurso direto ou leituras de textos, durante a gravação.	Aí ela me falou: “vai lá, que lá é muito bom.”
[...]	Silêncio ou pausa longa	[...] É, eu vou te pedir prá fazer uma pergunta de cada vez....

A seleção dos trechos a serem analisados por meio da ACD foi feita após a leitura das transcrições, visando reduzir o material a dados relacionados às questões da pesquisa. Esse processo foi realizado de forma a garantir que os trechos fossem significativos em seu conjunto, evitando-se isolar enunciados (RAMALHO; RESENDE, 2011; RESENDE, 2009).

Em seguida, foi feita exaustiva leitura do material coletado, com a organização do material empírico em um quadro explicativo, com a codificação dos participantes, carga horária de observação realizada em cada prática, material complementar utilizado e quantitativo de entrevistas. Assim, foi possível consolidar o material para análise.

O QUADRO 3 mostra a codificação da pesquisa:

QUADRO 3 - Consolidado do material empírico da pesquisa - continua

Igrejas	Práticas	Observação	Sujeitos/ Entrevistas	Material Complementar
Igreja 1 – Paróquia Santa Clara e São Francisco	Prática 1 Grupo Saúde e Vida	- 2/04(14:00-17:00) -14/05(14:00-16:00) -19/05(13:00-16:00) -28/05(13:00-16:00) -04/06(14:00-17:00) -25/06(13:00-15:00) -30/06(14:00-17:00)	C1: sexo feminino, 56 anos P1: sexo feminino, 72 anos P2: sexo feminino, 58 anos P3 : sexo feminino, 38 anos P4: sexo feminino, 52 anos P5: sexo feminino, 62 anos P6: sexo feminino, 70 anos P7: sexo feminino, 50 anos P8: sexo feminino, 74 anos	- Receitas -Manual homeopatia -Argilas -Sabonetes -Apostila (tratamentos naturais) -Orientações alimentares
	Prática 2 Grupo Sempre Viva	-25/03(14:00-17:00) -24/06(14:00-17:00) -01/07(14:00-17:00) -22/07(14:00-17:00) -29/07(14:00-17:00) -05/08(14:00-17:00)	C1: sexo feminino, 62 anos P1: sexo feminino, 64 anos P2: sexo feminino, 62 anos P3: sexo feminino, 80 anos P4: sexo feminino, 88 anos P5: sexo feminino, 75 anos	- Folhetos explicativos - Fôlderes -Divulgação de eventos em parceria com a SMPS
Igreja 2 – Igreja Batista Templo de Adoração	Prática 3 Oficinas de pintura, biscuit	-24/04(14:00-16:30) -12/08(14:00-16:30) -19/08(14:00-16:30) -02/09(14:00-16:30)	IF: sexo masculino, 48 anos C1: sexo feminino, 55 anos P1: sexo feminino, 61 anos P2: sexo feminino, 61 anos	-Panos de prato: produtos das oficinas
Igreja 3 – Igreja Universal do Reino de Deus	Prática 4 Força Jovem	-23/01(14:30-17:30) -01/02(18:00-20:00) -30/08(16:00-18:00) -07/09(16:00-18:00)	C1: sexo masculino, 33 anos P1: sexo feminino, 20 anos P2: sexo masculino, 23 anos P3: sexo feminino, 19 anos	-Jornais da Igreja Universal -Folhetos explicativos das oficinas -Materiais impressos c/temas trabalhados nos cultos

QUADRO 3 - Consolidado do material empírico da pesquisa - concluí

Igreja 4- Igreja do Evangelho Quadrangular	Prática 5 Grupo de Dança	Não foi realizado	C1: sexo feminino, 23 anos P1: sexo feminino, 23 anos	- Não houve material complementar
---	---------------------------------	-------------------	--	-----------------------------------

Participaram do estudo 25 pessoas, sendo cinco coordenadores, 19 participantes e um informante-chave. Entre os coordenadores, apenas um era do sexo masculino, sendo as demais mulheres. Entre os participantes, apenas um homem foi entrevistado. As práticas analisadas caracterizaram-se por possuir predominância de mulheres, um resultado importante da pesquisa.

No total, foram quatro práticas observadas, com carga horária total de 56 horas, que foram divididas em 19 horas na prática 1, 18 horas na prática 2, 10 horas na prática 3 e nove horas na prática 4. Na prática 5 não foi possível dar continuidade à pesquisa, devido à dificuldade de acesso na instituição.

Por considerar o discurso do sujeito em seu meio social, a ACD indica características não só na fala dos sujeitos, mas também inclui na crítica elementos externos ao texto, como o contexto histórico, sociocultural e político. Além disso, trata o discurso como prática social, inserido nas relações de poder, domínio, discriminação e controle.

A ACD fornece subsídios para o objeto de estudo, pois pode proporcionar uma análise crítica do discurso do sujeito e também identificar como o componente de autonomia e responsabilização pode se expressar nas falas dos participantes das práticas de promoção da saúde.

O discurso, de acordo com Fairclough (2001), pode se apresentar como parte da vida social de uma prática, de três maneiras: a) quando é utilizado de modo particular entre os integrantes dessa prática; b) quando figura em representações, quando os atores sociais “recontextualizam” outras práticas; c) e também pode figurar nos modos de ser, na constituição de identidades. O discurso como parte da atividade social constitui os gêneros discursivos, que são formas de agir, de produzir vida social.

São exemplos de discurso a conversa diária, os encontros em vários tipos de organização, a entrevista política e outras formas de entrevista e resenhas de livros (FAIRCLOUGH, 2001). Os discursos são representações diversas da vida social e representam a vida social de diferentes maneiras. Eles podem estar

presentes nas práticas de promoção da saúde, de forma particular entre os integrantes, e também podem representar subjetividades.

Na pesquisa nas instituições religiosas, essa análise permite identificar no discurso como ocorrem as interações no grupo, inclusive com o apontamento de líderes que detêm o poder e indivíduos que podem exercer também o contrapoder.

Os modos de (inter)ação e os modos de ser (inclusive os aspectos discursivos, os gêneros e os estilos) são representados nos discursos, o que pode contribuir para a produção de novos imaginários. Prossegue uma dialética que requer movimentos entre o material e o não material e movimentos no discurso entre discursos, gêneros e estilos (FAIRCLOUGH, 2001).

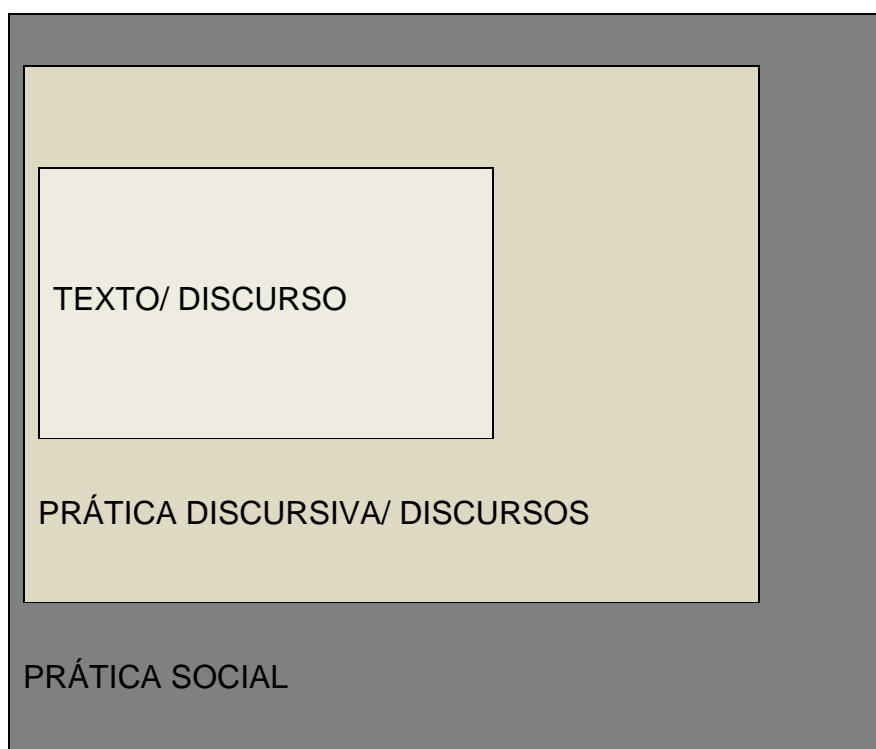
Desse modo, os discursos não apenas refletem ou representam entidades e relações sociais. Eles as constroem ou as “constituem” e posicionam as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais e são efeitos sociais do discurso que são focalizados na análise de discurso (MAGALHÃES, 2004).

Além disso, o discurso nas transformações sociais relaciona-se a uma preocupação para controlar o discurso: causar mudanças nas práticas discursivas como parte da engenharia da mudança social e cultural (MAGALHÃES, 2004). A mudança do discurso também pode ser analisada sob a lógica de determinações de poder que podem estar vinculadas a esse discurso.

A ACD torna-se importante nesse processo, pois transforma o discurso em uma análise racional, com possibilidade de análise mais ampla, considerando os aspectos que permeiam o cotidiano desses sujeitos.

Dessa forma, será utilizada a ACD, tendo como base um modelo que considera três dimensões passíveis de serem analisadas:

FIGURA 5 - Modelo tridimensional do discurso segundo Fairclough (2001)



Fonte: Fairclough (2001)

Segundo o modelo tridimensional do discurso de Fairclough, representado pela FIG. 5, diferentes categorias analíticas se enquadram em cada uma das dimensões.

No trabalho em estudo, pode-se identificar o texto como o discurso dos participantes da prática, inseridos em uma prática discursiva, que pressupõe os discursos de modo particular. Já a religião pode ser considerada a prática social, pois representa os aspectos externos ao sujeito, que contribuem para a análise do texto em si, com seus significados e subjetividades. O discurso dos sujeitos abrange os três pontos, promovendo a intertextualidade e interdiscursividade descritas por Fairclough.

A análise do texto é uma análise de forma e significado, podendo ser organizada nas categorias relacionadas a: vocabulário (significado e criação de palavras), gramática (transitividade, tema e modalidade), coesão e estrutura textual (controle interacional, polidez, *ethos*) (FAIRCLOUGH, 2001). Os domínios da análise textual são a representação e a significação do mundo e da experiência; a constituição, reprodução e negociação das identidades dos

participantes e as relações sociais e pessoais entre eles; além da distribuição da informação, se é dada ou nova, se é o foco ou é pano de fundo (FAIRCLOUGH, 2001).

Na análise da prática discursiva podem ser utilizadas categorias relacionadas à produção do texto (intertextualidade constitutiva/interdiscursividade e intertextualidade manifesta), distribuição do texto (cadeias intertextuais) e consumo do texto (coerência). A análise na dimensão da prática discursiva é centrada no conceito de intertextualidade, que enfatiza sua heterogeneidade, por recorrência a outros textos ou vozes (intertextualidade manifesta) ou por meio de elementos das ordens do discurso (interdiscursividade) (FAIRCLOUGH, 2001).

A intertextualidade é a combinação de quem pronuncia um enunciado com outras vozes que lhe são articuladas. A intertextualidade cobre uma gama diversa de possibilidades. A interdiscursividade pressupõe a articulação de discursos de campos diferentes. Por último, os atores sociais se constituem pela forma como são representados no texto, de forma ativa ou passiva, nomeados, específicos ou genéricos.

Na dimensão da prática social devem ser observadas as categorias de ideologia, sentidos, pressuposições, metáforas, hegemonia, orientações econômicas, políticas, culturais e ideológicas, a fim de se observar a manutenção ou a mudança que o discurso produziu na sociedade ou em grupos sociais particulares (FAIRCLOUGH, 2001).

A definição das categorias analíticas foi realizada a partir da leitura dos trechos das transcrições, considerando a linguística um instrumento para a crítica social, conforme explicitado por Resende (2009, p. 13):

A utilização de categorias linguísticas, portanto, justifica-se na medida em que possibilita ao analista explorar a materialização discursiva de problemas sociais, em termos dos efeitos dos aspectos discursivos em práticas sociais contextualizadas (vice-versa), da vinculação de textos a discursos particulares, dos efeitos de discursos particulares na constituição de identidades e na legitimação de modos de ação.

O processo de análise consiste da descrição e da interpretação dos dados, sendo as três dimensões do quadro de análise superpostas na prática, em uma progressão da interpretação da prática discursiva à descrição do texto, à

interpretação de ambos, considerando-se a prática social em que se situa o discurso (FAIRCLOUGH, 2001).

Inserido numa perspectiva que busca compreender o papel da linguagem na condução da vida social, a ACD pode contribuir para a análise das relações de poder que embasam as ações de promoção da saúde nas instituições religiosas.

4.6 Aspectos éticos

Foram respeitados os preceitos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº CAAE:25677113.7.0000.5149).

Para a realização das observações feitas, responsabilizei-me junto aos coordenadores das práticas informando sobre a pesquisa e sobre a confidencialidade das informações apreendidas. O TCLE (APÊNDICE B) foi apresentado aos representantes das instituições e aos coordenadores e participantes das práticas no momento da coleta de dados. O termo continha toda a descrição do conteúdo da pesquisa, assim como objetivos e explicação sobre o papel dos entrevistados.

Não houve recusa em participar da pesquisa e os dados foram mantidos em sigilo, considerando-se a privacidade dos participantes nesse momento da pesquisa.

5 A INSERÇÃO E VIVÊNCIA NO CAMPO

Após a aprovação do Comitês de Ética em Pesquisa, iniciei minha inserção no campo em uma primeira visita para atualizar o mapeamento inicial realizado por mim e pelos ACS. Com o mapeamento das instituições em mãos, percorri a região próxima do centro de saúde para identificar as igrejas e horários de funcionamento. Inicialmente a proposta seria ir à Igreja católica para conhecer o padre, que poderia fornecer uma dimensão mais completa das práticas realizadas na comunidade. Contudo, a Comunidade São João Batista, a mais próxima do Centro de Saúde, estava em reforma, sem pessoas no local para receber esta pesquisadora.

Em uma tentativa de conhecer os informantes-chave das instituições religiosas para mais aproximação, foi identificada a Igreja Universal do Reino de Deus como única instituição com as portas abertas e iniciou-se por ela o processo de mapeamento das práticas. A partir daí, foram verificados em todas as igrejas situadas próximas do centro de saúde os horários dos cultos para retornar posteriormente e conhecer melhor as atividades realizadas em cada local. Pôde-se observar algumas novas instituições e atualizar o mapeamento realizado anteriormente.

As visitas subsequentes no campo foram constituídas de apresentações sobre a pesquisa e entrevistas com os informantes-chave. As visitas às instituições religiosas próximas do centro de saúde foram feitas conforme descrito na proposta da metodologia e aos poucos foram sendo identificadas as práticas e pôde-se inserir melhor nos espaços sociais. Realizei sozinha as visitas, por já conhecer o local. Paralelamente, houve encontro com os ACS para conhecer melhor a dinâmica do território e identificar locais que ainda não estavam no mapeamento. Além disso, o contato com os ACS mantinha a informação sobre a situação de violência em que o bairro estava vivendo, com brigas entre facções rivais do tráfico de drogas.

Ao visitar as igrejas e realizar as entrevistas com os informantes-chave, foram se ressaltando as características de cada religião e retomando a todo tempo a bibliografia construída no referencial teórico para identificar as

particularidades de cada instituição. Tudo foi descrito de forma minuciosa no diário de campo, contemplando as características da infraestrutura dos locais, perfil dos participantes, ações realizadas, público-alvo predominante e organização das práticas.

Na segunda fase do mapeamento, foram percebidas várias ações direcionadas para diferentes ciclos de vida, com envolvimento de jovens, crianças e adultos; ações com mais de 10 anos de existência e outras mais recentes, além de uma variedade de ações em diferentes dias e horários. As práticas com mais tempo de existência e número de participantes concentraram-se nas instituições católicas.

O formato tradicional do catolicismo pôde ser inferido na organização da instituição e também em rituais padronizados da Igreja católica em todo o mundo. A infraestrutura desses locais contava com amplo espaço físico.

Já o protestantismo estava representado pelas instituições pentecostais, neopentecostais, presbiterianas e batistas. As igrejas pentecostais e neopentecostais eram predominantes no território e possuíam, de modo geral, ações direcionadas para o público jovem. Elas estavam presentes com as seguintes denominações: Igreja Quadrangular; Assembleia de Deus; Deus é Amor; Igreja Internacional da Graça de Deus; Jeová Samã; Avivamento Bíblico; Maranata; Igreja Universal do Reino de Deus; Jogo para as Nações. Dessa forma, muitas possuíam infraestrutura precária e estavam localizadas em áreas de mais vulnerabilidade social dentro do território.

A instituição batista, Igreja Batista Templo de Adoração, inserida no protestantismo de missão, mostrou-se bem diferente das igrejas pentecostais e neopentecostais. Verificou-se boa organização do local, que mesclava ações para todos os ciclos de vida, com grupos com regras e normas bem definidas, porém mais recentes do que aqueles que existiam na Igreja católica. Diferentemente das outras instituições do protestantismo, onde o trabalho das pessoas acontecia em caráter voluntário, a Igreja Batista possuía trabalhadores remunerados, uma secretaria bem equipada, com computadores, além de um amplo templo que chamava a atenção pela sua bela infraestrutura.

A Igreja presbiteriana não possuía organização de grupos, apenas realizava ações direcionadas para famílias com alta vulnerabilidade social. Estava

situada em uma área de comércio da região, porém possuía pouca oferta de cultos e se encontrava com as portas fechadas durante a inserção no campo.

Não havia no território estudado Igreja metodista. Segundo as ACS, havia uma igreja metodista no bairro Vale do Jatobá, próximo do território escolhido para o estudo, e algumas pessoas que moravam na área de abrangência frequentemente se deslocavam para o local.

Torna-se importante ressaltar que as práticas foram definidas pelos informantes-chave, que identificaram as práticas que eles consideraram como de promoção da saúde. Elas foram identificadas na perspectiva dos entrevistados, que apontaram grupos que existiam nas instituições e que inclusive eram reconhecidos pela comunidade.

No QUADRO 4 estão descritas as práticas de promoção da saúde mapeadas nas instituições:

QUADRO 4 - Mapeamento das práticas de promoção da saúde das instituições religiosas - continua

Instituição religiosa	Prática de promoção da saúde	Tempo de existência da prática	Frequência	Público-alvo	Média de pessoas que frequentam a prática
Paróquia Santa Clara e São Francisco • Comunidades: S. Vicente de Paula	Grupo Saúde e Vida	21 anos	Todas as segundas e quartas-feiras de 13:00 às 17:00	Qualquer faixa etária	6 a 8 pessoas por turno
- Santa Clara e São Francisco (matriz)	Grupo Sempre Viva	18 anos	Todas as terças-feiras de 14:00 às 17:00	Idosos	40 pessoas em média
Igreja Universal do Reino de Deus (neopentecostal)	Educação Bíblica Infanto-Juvenil (EBI): grupo para crianças e pré-adolescentes.			Crianças	Atualmente não está ativo
	CALEB (grupo para pessoas acima de 55 anos)	8 anos		Idosos	

QUADRO 4 - Mapeamento das práticas de promoção da saúde das instituições religiosas - continua

Instituição religiosa	Prática de promoção da saúde	Tempo de existência da prática	Frequência	Público-alvo	Média de pessoas que frequentam a prática
Igreja Universal do Reino de Deus (neopentecostal)	<ul style="list-style-type: none"> • Força Jovem • Oficinas: - Dose mais forte: grupos de discussão para recuperação de jovens envolvidos com drogas;	4 anos	Toda quinta-feira às 19:30 (1x/semana)	Jovens	-5 jovens -15 jovens
	- Cultura Jovem: oficinas de teatro, dança;	4 anos	Não tem dia fixo, ocorre em média 2 a 3x/semana em horários diferenciados)		-15 a 20 jovens
	- Visão, planejamento e responsabilização (VPR): trabalho com mídia, edição de vídeos;	8 anos	Toda segunda-feira às 19:00(1x/semana)		-2 jovens
	-Consciência jovem: trabalho com a cidadania;	4 anos	Toda quinta-feira às 19:30 (1x/semana)		-De acordo com o número de inscritos
	-Jovem Nota 10: oficina para cursos;	4 anos	Em formato de cursos, sem dia específico, depende do professor que irá ministrar o curso		-5 jovens
	-Uniforça: jovens que trabalham como seguranças de eventos		Toda segunda-feira às 19:00 (1x/semana)		
	Igreja Batista – Templo de Adoração	Oficinas de pinturas, bordados, <i>biscuit</i> , balões	Cerca de 5 anos	Todas as terças e quintas-feiras de 14:00 às 16:00	Faixa etária acima de 15 anos
Grupo de atividade física		Iniciou há cerca de 2 meses	Todas as sextas-feiras às 18:00	Qualquer faixa etária	5 a 8 pessoas
Casados para Sempre		Cerca de 4 anos		Qualquer faixa etária	Depende do número de inscritos

QUADRO 4 - Mapeamento das práticas de promoção da saúde das instituições religiosas - continua

Instituição religiosa	Prática de promoção da saúde	Tempo de existência da prática	Frequência	Público-alvo	Média de pessoas que frequentam a prática
Igreja Batista – Templo de Adoração	Curso de Noivos	Cerca de 4 anos	A periodicidade dos encontros é variável de 1 dia a cerca de 3	Qualquer faixa etária	Depende do número de inscritos
	Células	10 anos	Encontros 1x/semana	Qualquer faixa etária	10 a 15 pessoas em média
	Marcha pela Paz	6 anos	1 vez ao ano	Qualquer faixa etária	Média de 800 a 1.000 pessoas
Igreja Presbiteriana do Independência	Existem apenas cultos que pregam temas da atualidade e direcionados para os diferentes ciclos de vida. Trabalham atuando nos problemas identificados pelos membros da Igreja				
Igreja do Evangelho Quadrangular (pentecostal)	Grupo de jovens;	Cerca de 6 anos	Semanal	Jovens	15 a 20 jovens
	Grupo de células: encontros nas casas com discussão de temas espirituais, estudos da palavra	Há mais de 10 anos	Alguns são semanais e outros mensais	Pessoas da Igreja de qualquer faixa etária Idosos	15 a 20 pessoas por célula
	Projeto Lucas: ônibus adaptado com profissionais da área da saúde e que são da própria Igreja -> projeto do grupo missionários (ação social);	Há mais de 10 anos	De acordo com a solicitação da Igreja	Idosos	40 a 60 pessoas por ação

QUADRO 4 - Mapeamento das práticas de promoção da saúde das instituições religiosas – concluí

	Grupo de mulheres: grupo de dança para as moças da Igreja	Cerca de 3 anos	Todos os sábados de 11:00 às 13:00	Mulheres da Igreja, qualquer faixa etária	15 a 30 mulheres
--	---	-----------------	------------------------------------	---	------------------

Com a imersão no campo, foi possível identificar que os entrevistados possuíam diferentes concepções de promoção da saúde. Foram citadas práticas de caráter individual no modelo curativo, ações coletivas que configuravam grupos de convivência e encontros semanais que ocorriam norteados pelos ensinamentos da palavra de Deus.

No que se refere à característica dos participantes das práticas, foi possível identificar a predominância de mulheres e idosos na igreja católica, e jovens nas igrejas Batista e Universal do Reino de Deus. A classe social dos participantes se apresentou homogênea, com pessoas com baixo índice de escolaridade e baixa renda per capita.

A igreja católica se apresentou com práticas de promoção da saúde mais consolidadas, com maior tempo de existência e reconhecimento da população. Dentre as quatro comunidades católicas que existiam no território, duas possuíam práticas de promoção da saúde com participação ativa da comunidade. Destaca-se nesses espaços a predominância de ações direcionadas aos idosos, em contraste com a predominância de atividades voltadas para os jovens nas instituições do ramo do protestantismo.

As igrejas evangélicas se destacaram pela predominância de ações direcionadas aos jovens com atividades de teatro, danças, oficinas para a prevenção do uso de drogas, estímulo à atividade física, além da realização de projetos sociais, com ações mais pontuais, e voltados para o auxílio às famílias com maior necessidade vinculadas às igrejas. As células também se constituíram como ações de promoção da saúde nessas instituições, por fornecerem espaço para a troca e compartilhamento de questões da vida dos sujeitos. A única instituição que não apresentou nenhuma prática foi a igreja presbiteriana, que se organizava apenas com atividades pontuais direcionadas aos diferentes ciclos de vida.

5.1 Práticas de promoção da saúde

5.1.2 Grupo Saúde e Vida

A primeira prática definida para análise foi o Grupo Saúde e Vida, realizado na Comunidade São Vicente de Paula. A comunidade está localizada no bairro Independência e pertence à Paróquia Santa Clara e São Francisco. Sob responsabilidade da paróquia estão oito comunidades distribuídas no território do Bairro Independência e também no município vizinho de Ibité. São elas: comunidade São João Batista e Nossa Senhora das Graças; Santa Clara e São Francisco (matriz); São Pedro; São José Operário; Nossa Senhora Aparecida e Santa Rita de Cássia; Nossa Senhora de Lourdes e São Judas Tadeu.

A paróquia Santa Clara e São Francisco foi criada no ano de 1994 e em seguida cada comunidade se espalhou pelo bairro em diferentes locais. Todas seguem as normas da matriz, que possui um padre responsável por implementar as diretrizes da Igreja católica. Cada comunidade possui uma estrutura física diferenciada e algumas ainda estão em construção ou reforma.

Na comunidade São Vicente, local de realização da prática, existe uma área física precária, ainda inacabada, situada em uma área próxima de uma praça, conhecida como Praça da Antena. O local encontrava-se em construção e diariamente pedreiros estavam trabalhando nas obras.

No salão ao fundo situavam-se os dois cômodos onde os atendimentos eram realizados. O primeiro local dispunha de cadeiras e funcionava como uma sala de espera, onde as pessoas se identificavam e eram atendidas por uma pessoa responsável por retirar os prontuários e orientar a aguardar o atendimento. Havia um armário com alguns materiais utilizados nas consultas e também um local que armazenava todos os prontuários das pessoas que frequentavam a prática.

No cômodo ao lado também havia uma sala de espera com dois sofás, além de dois consultórios, uma cozinha e uma área para armazenamento das ervas utilizadas no atendimento. Todas estavam dispostas em saquinhos com a devida identificação. No mesmo local também estavam armazenados materiais da Pastoral da Criança.

Os dois consultórios eram pequenos e um deles possuía uma maca, onde geralmente eram feitas limpeza de ouvido e a prática de Reike. O local era bem limpo e para isso havia duas auxiliares que realizavam a limpeza e organização do local.

A responsável pela prática é terapeuta-naturista e foi indicada pelo padre responsável pela paróquia para descrever as ações da Igreja relacionadas à saúde. Junto com ela, duas mulheres auxiliam na realização da prática e participam de forma integral das ações realizadas.

Uma das auxiliares é evangélica e atua na prática há cerca de 18 anos. Relata que começou como paciente, com um grave problema de saúde que comprometia os rins e recebia ali medicamentos diariamente. Após conversar com Deus e pedir ajuda a Ele para curá-la, ela decidiu que iria se disponibilizar a cuidar do próximo.

Eu tava tão mal que ela mesma que administrava o remédio, o medicamento, com medo de eu tomar ALÉM do que ela passava. Então ela mesma que fazia o remédio, ia lá em casa, aplicava as argilas nos rins, né, pra funcionar. Aí eu falei, olha, assim que eu melhorar eu vou te ajudar, aonde você tiver eu vou te ajudando, e assim foi, e tô com ela aqui hoje... AMO FAZER MEU TRABALHO, DOU MINHA VIDA POR ISSO AQUI (P2 Prática 1).

Após seu tratamento, ela se comprometeu a ajudar e, desde então, auxilia na realização das ações. E encontrou na prática uma forma de ajudar as pessoas, o que lhe provocou muita alegria e gratidão. Ela demonstra envolvimento com a religião e relata realizar ações vinculadas à sua Igreja, afirmando que pertence à Igreja evangélica.

[...] eu sou evangélica, trabalho na minha Igreja em ações sociais, gosto muito dessa área do social, gosto muito de trabalhar com o ser humano. E lá eu sou professora bíblica, né, dou aula pra criança da Igreja, e tô sempre envolvida com a sociedade, aonde precisa de mim eu tô ali ajudando (P2 Prática 1).

A outra participante, também responsável por realizar ações vinculadas à prática, é a pessoa responsável por realizar o primeiro atendimento aos participantes e disponibiliza, inclusive, o seu número de celular para o agendamento das consultas. Ela tem como responsabilidade a organização dos prontuários, da agenda e também da organização do espaço de modo geral.

[...] trabalho com a Ana na saúde alternativa e trabalho também com o trabalho na Igreja. A gente tem um trabalho aqui muito sério, *né*, que é cuidar das músicas, *né*, que são mistas, tudo isso, *né*, para celebração das missas (P1 Prática 1).

Em seu discurso, ela relata que foi curada de um câncer no fígado pela homeopatia há 18 anos.

[...] foi através dela, do bom coração dela, que ela conseguiu pra mim, a primeira consulta, e aí eu comecei a fazer esse tratamento, foi muito difícil, muito doloroso, mas Deus me deu forças, e eu consegui fazer esse tratamento, ah, às vezes as pessoas *achava* que eu não ia aguentar de tão fraca que eu *tava* mesmo, *né*, mas assim que eu comecei a fazer esse tratamento, tomando aquelas tinturas, tomando aqueles chás, e logo em seguida a homeopatia com os florais, e aquilo foi me sustentando, me dando tanta força, que a recuperação foi assim, *né*, eu tomei remédio, fiquei nesse tratamento durante dois anos e oito meses, mas graças a Deus fui curada, e isso me fez apaixonar por esse trabalho (P1 Prática 1).

Acrescenta, ainda, que quis se envolver com esse trabalho, pois desejava ajudar as pessoas a ficarem felizes e serem curadas como ela foi. Mesmo sem ter estudo, ela possui grande satisfação em contribuir com melhorias na vida das pessoas.

C1 se mudou para o bairro Independência aos 27 anos em 1986, após se casar. Afirma que, desde então, por estar sozinha no bairro apenas com seus dois filhos, sem pai ou mãe, começou a buscar por Deus. Iniciou suas atividades na paróquia e o exercício de ajudar ao próximo lhe despertava grande atenção.

Aí eu fui buscar a religião, ajudando a Igreja, *né*, e depois eu fui só aprofundando, e cada vez que eu via as dificuldades do povo, eu ficava mais apaixonada de buscar, buscar, buscar, aí eu *tando* no meio do povo eu *tô* ótima, fui só me engajando nesse trabalho. E essa medicina aqui foi ótimo que, que o, tinha um padre que veio prá cá, o Frei Eduardo, e disse assim, “ó, *vai vim* uma irmã lá do Rio Grande do Sul, é a irmã Rosina, ela vai dar um curso de ervas, se ninguém fizer esse curso eu não celebro mais missa nessa comunidade”. Aí eu levantei minha mão e outras pessoas, aí outras pessoas fizeram o curso mas ninguém se apaixonou tanto igual eu (C1 Prática 1).

Ela se interessou pelo curso e formou-se, iniciando um grande envolvimento pela prática. Durante todos esses anos, manteve entre as atividades na Igreja o grupo com ervas medicinais. Impôs-se como uma pessoa com vários certificados de cursos relacionados ao tema e muito receptiva em colaborar com a pesquisa. No primeiro contato, ela mostrou muitos materiais a respeito da

homeopatia, o trabalho com argilas, plantas e também muitos livros que norteiam o tema. Já realiza as atividades há 21 anos e se impõe pelo seu conhecimento, bastante reconhecido pela comunidade. É exibido com orgulho por ela mesma. Em seu discurso, também se percebe grande disponibilidade e satisfação em ajudar o próximo. Ela justifica pela vontade de Deus.

Esse trabalho aqui não é porque eu tenho formação eu faço não. É uma ordem de Deus, não foi eu que impus, se eu for trabalhar em outro lugar é uma consulta muito cara, pode olhar. Mas eu faço isso porque é uma ordem de Deus, não é pra aparecer, por isso que eu fico no meio do silêncio, nem todo mundo aceita. Se eu sair daqui e for pra algum lugar pra ganhar dinheiro, eu posso ganhar muito dinheiro, mas a proposta não é essa, eu quero ajudar as pessoas (C1 Prática 1).

O Grupo Saúde e Vida ocorre todas as segundas e quartas-feiras, no período de 13:00 às 16:00h. De modo geral, o atendimento diário compreende cerca de oito pessoas, com consultas que duram, em média, 30 minutos. Foram realizados atendimentos individuais, com formato de atendimento semelhante a uma consulta em uma unidade básica de saúde. Ela realiza uma consulta de maneira integral, aborda questões psíquicas, espirituais e questiona sobre aspectos clínicos, porém não realiza exame físico em todos os atendimentos. São feitas perguntas norteadas pelo aparelho da bioenergética, que conduz o seu atendimento.

O aparelho de bioenergética é caracterizado como um objeto de metal que se dispõe em sua mão e se apresenta como um instrumento que, segundo ela, consegue captar a energia da pessoa que consulta e está sendo consultada, a energia do universo e também a de Deus. A bioenergética trata a alimentação, saúde e força. O espiritismo também pode se utilizar desse aparelho, qualquer pessoa pode, mas o importante é a forma como as pessoas o utilizam.

Tem um aparelho ali que vou te mostrar. Eu trabalho com bioenergético, é um aparelho. Tem um estudo também, mas o bioenergético ajuda também, é um aparelho. Aí num sei o que o/a parte de alopacia não aceita muito isso aqui não, mas deu certo aqui. Você vê que tem 21 anos que a gente trabalha aqui. E aí as pessoas vêm, é bem atendida, sara, num volta mais porque tá ótimo. Fica 10 anos sem vim porque tá ótimo, depois volta (C1 Prática 1).

Ela realça que utiliza o instrumento para o benefício dos outros e que o uso do mesmo fornece bons resultados. Durante todo o atendimento ela manuseia o

aparelho e ele é capaz de identificar se a pessoa está feliz ou triste, se há algum problema físico ou emocional. O aparelho também atua como norteador da prescrição para cada caso. Durante vários momentos, a coordenadora da prática muda a sua prescrição de acordo com a resposta do aparelho à energia circulante no local, bem como também recorre aos livros para conduzir o tratamento. E afirma que a pressão arterial da pessoa está boa mesmo sem aferir, apenas com a captação da energia realizada no momento da consulta.

Na prática, ela aborda em seus atendimentos a alimentação, questiona sobre hábitos fisiológicos, intestinais, do sono e da vida sexual, social e familiar das pessoas. Citam-se algumas consultas, tais como: o atendimento de uma jovem com queixas de tonteira e cansaço, em que ela investe em uma escuta sobre a história familiar; atendimento de uma criança com caso crônico de artrite reumatoide com relato da mãe de controle da doença com a homeopatia; controle da queda de cabelo de uma moça jovem com a confecção de xampus e medicamentos naturais; atendimento de um adolescente com envolvimento com drogas, que se tratou e está bem, com retorno ao seu convívio social; controle da glicemia e do colesterol de um usuário diabético, hipertenso e sequelado de acidente vascular cerebral; investigação de gordura no fígado de uma mulher, por meio da palpação abdominal realizada de forma consecutiva associada ao aparelho da bioenergética, entre outros.

Em seus atendimentos, ela utiliza vários impressos com orientações alimentares, descrição de chás, alimentos que devem ser evitados sempre que as pessoas estão em tratamento homeopático, além de receitas prontas direcionadas para cada diagnóstico definido. As pessoas saem da consulta com a prescrição assinada e carimbada por ela, que possui parceria com uma farmácia de manipulação e homeopatia, que fornece receituários para a utilização dos atendimentos no local. Algumas vezes, há o encaminhamento das pessoas para uma nutricionista que trabalha em parceria com a instituição, mas não houve a oportunidade de conhecê-la.

A lógica dos atendimentos compreende vários aspectos da vida cotidiana. Na observação, verificou-se que ela atende a diferentes faixas etárias, classes sociais e religiões diferenciadas e recebe pessoas com diversas queixas e solicitações. As pessoas chegam de vários lugares diferentes.

Bom, é assim, eu converso primeiro, vejo o que ela está falando e depois aí eu atesto e passo os remédios, se precisar de uma oração eu faço, se precisar de uma terapia eu faço, se precisar de tintura eu passo, aí no caso dela aí eu posso dar uma tintura dependendo do caso que ela me contar rapidinho e aí eu libero *ela*. [...]. Então, assim, eh, aí vou ali, atesto ali, passo na homeopatia, mando comprar na farmácia, aí o que tem aqui o chá eu não cobro. Passo o chá, mas não cobro, porque o dinheiro que eles doam é pra comprar as ervas (C1 Prática 1).

No QUADRO 5, foi possível listar, durante o momento de imersão na prática, algumas situações de atendimento realizadas:

QUADRO 5 – atendimentos realizados

-
- Tratamento de artrite reumatoide
 - Tratamento de crianças agitadas ou nervosas
 - Controle de glicemia e pressão arterial
 - Controle de alterações emocionais como depressão, ansiedade, preocupações excessivas e traumas de infância
 - Controle da insônia
 - Tratamento para emagrecer
 - Tratamento de infertilidade
 - Tratamento de dores crônicas
 - Tratamento de alergias recorrentes ou problemas de pele
 - Controle de cefaleias frequentes que não possuem sucesso com medicamentos tradicionais
 - Tratamento de dificuldades respiratórias
 - Interpretação de resultados de exames
 - Tratamento de corrimentos vaginais
 - Limpeza de ouvido
 - Controle de problemas de relacionamentos interpessoais
 - Promoção de alimentação saudável
 - Tratamento de diversos tipos de câncer
 - Escuta, orientação e tratamento de adolescentes usuários de drogas
 - Tratamento de problemas intestinais
 - Tratamento de hemorroidas
 - Tratamento de herpes
 - Tratamento de alcoolismo
 - Tratamento de queda de cabelo
-

Durante a observação, apurou-se que toda a condução dos atendimentos foi norteada pelo aparelho e pelo conteúdo do seu material. Também em alguns momentos ela faz perguntas semelhantes, como em um roteiro, independentemente da faixa etária.

Ela cria espaço para a fala das pessoas, com consultas com um tempo maior do que o habitual de consultas médicas, porém não permite muitos espaços para questionamentos. Em alguns momentos ela cita o tratamento com o floral, que é um pouco mais caro, mas explica para a pessoa que é o que ela deve tomar, que ela deve comprar. Realiza a prescrição de tinturas, argilas e pomadas, além dos medicamentos homeopáticos. Periodicamente solicita às mulheres que compareçam sem esmalte nas unhas para identificar se a unha está quebradiça ou tem fungos. Prescreve, inclusive, medicamentos para cachorros.

Em vários momentos, a coordenadora utiliza a importância de Deus na vida das pessoas e ressalta que para efetivamente ficar melhor elas têm que ter fé e acreditar que Deus pode colaborar e ajudar, independentemente do seu problema.

Primeiro a oração, porque senão ela não faz qualquer ambiente que a gente tiver precisa de oração. E então assim sempre fazer uma oração primeiro ou então assim sempre orientar essas pessoas a buscar a Deus também, porque faz parte da saúde, não é só tomar aquele remédio. Você tem que mostrar aquele remédio até Deus, mostrar pra eles, pedir eles pra eles procurar Deus também, usar o remédio, usar as terapias, mas também buscar Deus. Na parte de oração como na parte de equilíbrio, né? Quando você fala com Deus você fica meio equilibrada, né, então nessa parte aí. Eu acho que não deve ficar sem oração (C1 Prática 1).

Em alguns atendimentos ela faz orações, contudo, o discurso da religiosidade não é predominante em seus atendimentos. Em alguns momentos esse discurso não está presente e nota-se um vínculo frágil com a religião das pessoas que efetivamente participam da prática. Observou-se pouca capacidade dos sujeitos de promover intervenção sobre o seu processo de saúde, com ações pontuais e não voltadas para a integralidade dos indivíduos. A prática contribuiu para o estímulo de hábitos saudáveis, por meio do discurso da coordenadora durante os atendimentos, porém se apresentou como uma prática voltada para o indivíduo, e não com uma configuração coletiva, com caráter promotor de saúde.

A predominância da faixa-etária de participantes compreende mulheres de 40 a 70 anos e que geralmente já consultam no local há muito tempo. De modo geral as pessoas que frequentam foram indicadas por algum vizinho ou amigo que teve participação anterior na prática.

Alguns se deslocavam de longe, de outros bairros mais distantes de Belo Horizonte ou até mesmo de outro município. Havia também atendimentos em

outros locais sempre que solicitado pelo padre ou também quando se identificava algum usuário que desejava realizar a consulta, porém tinha dificuldade de locomoção.

O valor de R\$ 10,00 era cobrado em todos os atendimentos para custear as despesas diárias, porém esse pagamento não se configurava como obrigatório. Puderam-se constatar atendimentos sem o pagamento prévio. Também não havia obrigatoriedade de ser membro da Igreja. Segundo relatos da própria coordenadora, há atendimentos de espíritas, evangélicos, ateus, independentemente da religião.

Mais aqui tá pra todo mundo. Os evangélicos são mais restritos, mas eles vêm, e a gente atende eles com mais carinho ainda. E os espírita também a gente atende com mais carinho ainda. Se eles não vêm a gente liga pra eles. A gente corre atrás, cobra, liga pra saber, por isso tem o telefone de cada pessoa (C1 Prática 1).

As visitas tiveram início no mês de abril e foram finalizadas no mês de junho, período em que o grupo entrou em recesso durante dois meses, com previsão para retorno às atividades no mês de agosto. Ressalta-se que os encontros não ocorreram com regularidade, com períodos em que foram desmarcados pacientes devido a problemas pessoais da coordenadora ou necessidade de realização de visitas domiciliares.

Ao vivenciar o campo, contou-se com a ajuda das auxiliares, que contribuíram muito com a indicação de pessoas com vínculo mais estreito com as ações. Elas também orientaram os participantes sobre a realização da pesquisa, além de contribuírem com a indicação de vários materiais que tinham como conteúdo as terapias naturais, que norteavam os atendimentos realizados na prática. Todos foram lidos e foi possível subsidiar melhor a descrição das ações.

A coordenadora da prática forneceu vários materiais como livros, apostilas e impressos feitos por ela, com descrição das ações realizadas no grupo, que possuíam embasamento teórico e demonstravam preocupação da mesma em se qualificar. Em uma das apostilas, intitulada “Tratamentos Naturais”, havia prescrições direcionadas para 76 situações cotidianas como acidez no estômago; infertilidade; angina; angústia; cãndida, entre outros. Cada situação possuía uma prescrição. Esse material era utilizado de forma periódica como norteador das ações realizadas na prática e também nos cursos que ela ministrava na Igreja.

A apostila auxiliava no seu atendimento e compreendia a geoterapia (tratamento com argila); fitoterapia (tratamento com plantas); hidroterapia (tratamento com água) e trofoterapia (relacionada à alimentação). Na capa havia uma frase: “a sabedoria de Deus está na natureza. Procure conhecê-la”. Essa frase pôde exemplificar uma religiosidade latente no uso da terapia, que parecia ser utilizada durante as consultas.

Optou-se por entrevistar as auxiliares da prática pelo envolvimento evidente delas no processo de organização das ações e também por identificar que ambas também eram participantes ativas no processo.

Realizou-se a observação durante três meses, com carga horária total de 19 horas. Foram entrevistadas nove pessoas, identificando-se discursos particulares de pessoas que possuíam muita confiança no tratamento homeopático prescrito e o seguiam à risca, acreditando no sucesso dos resultados alcançados. Torna-se importante ressaltar que, apesar de ter a denominação de grupo, as ações compreendiam atendimentos individuais e não coletivos.

5.2.2 Grupo Sempre Viva

A segunda prática definida para análise foi o Grupo Sempre Viva, citado pela informante-chave indicada pelo padre e que também se configurava como uma ação de promoção da saúde vinculada à Igreja católica. Ela não possuía muitas informações acerca do grupo, relatou apenas que o mesmo já ocorria há muitos anos e tinha boa adesão dos idosos da comunidade.

No intuito de conhecer melhor o formato do grupo e ter mais informações, foi consultada uma ACS do centro de saúde, católica, moradora do bairro há mais de 40 anos e que já havia mencionado que frequentava a Igreja. Foi agendado um encontro em sua casa, oportunidade em que ela expôs que foi fundadora do grupo e participante assídua, mas que no momento estava ausente devido aos compromissos do trabalho, uma vez que o grupo estava acontecendo no período da tarde.

Ela convidou para conhecer a prática e a recepção foi de muita festa para ela, que tocou violão, cantou e dançou muito com todos os participantes.

Constatou-se que ela é muito querida por todos. Ela apresentou as pessoas participantes da prática e esta pesquisadora optou por retornar posteriormente para melhor análise e compreensão da dinâmica das ações.

O Grupo Sempre Viva acontece na Comunidade Santa Clara e São Francisco, que pertence à paróquia de mesmo nome. Segundo a coordenadora atual do grupo, a comunidade tem o nome dos dois santos devido à divergência da população católica frequentadora assídua da Igreja em realizar a escolha de apenas um santo, na época de sua criação.

A comunidade tem uma arquitetura no formato semelhante ao de uma pirâmide e está situada no Bairro Independência, próximo da divisa entre os municípios de Belo Horizonte e Ibirité. Há um salão anexo ao altar, com ampla área e uma cozinha, geralmente local utilizado para a realização de lanches e almoços comemorativos vinculados à paróquia. Há também no mesmo local uma área externa, utilizada para a prática de atividade física.

Existe organização no grupo, com uma coordenadora e outros participantes que se dividem em diversos papéis. Alguns se responsabilizam pelo registro e leitura das atas das reuniões, outros recolhem o dinheiro, realizam o lanche e um senhor confere, em todos os encontros, quem são os participantes presentes no grupo. O grupo Sempre Viva acontece todas as terças-feiras no horário de 14:00 às 17:00h e compreende várias ações diferenciadas, promovidas em parceria com a Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS).

O Grupo Sempre Viva foi fundado há 18 anos e atualmente é vinculado à SMPS no município de Belo Horizonte, inserido no núcleo do Programa BH Cidadania. No início da sua formação, a atual coordenadora e outras colegas que fundaram o grupo batalharam muito para receber incentivo da prefeitura, que desde o seu início foi aportado pelo município: “olha, eu comecei como participante, né, há 18 anos [...] aí a coordenadora adoeceu e tinha hora que ninguém quer pegar, aí eu *tô indo*” (C1 Prática 2).

Esse aporte refere-se ao pagamento de duas viagens ao ano para os integrantes assíduos, distribuição de lanches e também materiais para desenho e pinturas. Eventualmente ocorrem modificações nos benefícios destinados ao grupo, de acordo com as mudanças vigentes. A coordenadora destaca a forma de monitoramento realizada pela prefeitura, mencionando as normas que devem ser seguidas para a manutenção do grupo: “a gente tem que participar das reuniões,

dos fóruns, todo mês tem essas listas de participantes. Tenho que mostrar tudo para a prefeitura, sabe? E aí nós ganhamos lanchinhos, sabe?” (C1 Prática 2). Assim, o grupo é submetido à regulação do “Estado”, responsável por mantê-lo e determinar a lógica de organização das ações. O estado atua em parceria com a instituição religiosa, estabelecendo relações de poder nesses locais. Ao identificar uma participação assídua da comunidade, observa-se o interesse político em garantir esse espaço. O discurso dominante da igreja atua como norteador das ações.

Na atual reorganização da assistência em Belo Horizonte, a partir de 2002, o Programa BH Cidadania foi estruturado com base nos princípios da descentralização, intersetorialidade, territorialidade e participação cidadã. O programa foi implantado nas nove regionais da cidade, em áreas de grande vulnerabilidade social, identificadas por meio de diversos indicadores sociais, gerando o Mapa de Áreas Prioritárias para Inclusão Social.

Dessa forma, o BH Cidadania inaugurou em Belo Horizonte um novo modelo de gestão das políticas sociais, integrando as ações das Secretarias Adjuntas de Assistência Social, Segurança Alimentar e Nutricional Direitos de Cidadania; das Secretarias de Esporte e Lazer, Educação e Saúde; da Fundação Municipal de Cultura e da Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte (PRODABEL), de acordo com os princípios da intersetorialidade, atuando com foco na família e não no indivíduo, isoladamente.

A integração dessas políticas proporcionou ações diversificadas no território, com foco amplo na promoção da saúde e integralidade dos sujeitos. Nesse contexto, o Centro de Apoio Comunitário (CAC) também estava presente nessa organização, no sentido de fornecer espaço para as ações direcionadas para a comunidade, grupos de convivência para a terceira idade, promoção de eventos, oficinas culturais e de arte, entre outras atividades. Em alguns momentos, notou-se a participação ativa da coordenadora do grupo Sempre Viva nesses espaços, além de exercer também o papel de facilitadora, como um elo entre a Secretaria e a comunidade. Várias ações realizadas pelas Secretarias eram divulgadas nos encontros do grupo.

Nos encontros, o início da reunião era precedido pela leitura da ata realizada com os relatos do encontro anterior. De forma usual, as pessoas contribuíam com o valor de R\$ 2,00 por encontro, para que eles pudessem

comemorar a cada três meses todos os aniversariantes. O encontro envolvia confraternização com lanches e sorteio de brindes, do qual participavam visitantes como políticos, profissionais do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), monitores da Secretaria de Esportes, dentre outros.

Durante o período de observação, registrou-se que havia uma rotina preestabelecida para acontecimento do grupo. Geralmente uma participante, que em alguns momentos exercia o papel de facilitadora, organizava todos no salão e iniciava com a oração do Pai Nosso e Ave Maria. Todos se davam as mãos: “o grupo é muito organizado, com coordenadores, tesoureiros e secretários, e todos são pessoas vinculadas à Igreja, que realizam o trabalho de forma voluntária” (notas de observação da prática 2 de 24 de junho).

Em seguida, a fala era aberta para as pessoas que desejavam expor situações que estavam vivenciando no dia-a-dia, dificuldades que enfrentavam, questões relacionadas à família. Citam-se algumas situações: de uma mãe muito angustiada com o filho alcoólatra; uma senhora que estava com o sobrinho envolvido com as drogas; situações de dificuldade em conviver com a morte do cônjuge; problemas graves de saúde na família; orações de um senhor pelo seu genro que teve as duas pernas amputadas. Houve um dia em que uma participante pediu proteção para a coordenadora da outra prática sob responsabilidade da paróquia, o Grupo Saúde e Vida, pois ela estava internada com afecção grave nos rins, em hemodiálise. Foram registrados alguns agradecimentos de situações adversas que se tornaram melhores, com menos sofrimento para os envolvidos.

Nesse momento do encontro, todos agradeciam ou declaravam situações de conflito que estavam vivenciando, com o intuito de colocar os problemas nas mãos de Deus e também de compartilhar com o próximo a sua dor, em uma tentativa de aliviar as suas angústias. Assemelhava-se à organização de uma missa comum e algumas músicas religiosas eram cantadas nesse momento, seguidas do desejo da paz de Cristo a cada membro do grupo presente.

O encontro teve início com uma oração da igreja católica, e a forma como são realizadas as orações e o canto das músicas se assemelha à organização de uma missa. Todos têm espaço para a fala no círculo se desejarem e muitos realizavam pedidos e agradecimentos a Deus. São expostas situações de problemas de saúde de familiares, amigos e também de cada um que solicita. Em seguida, a cada fala todos repetem

em coro: “Senhor, escutai a nossa prece” (notas de observação da Prática 2 de 24 de junho).

Após esse momento fazia-se a leitura e discussão de uma mensagem por um membro do grupo, procurando identificar como utilizá-la para ter mais satisfação na vida e saber lidar com os problemas diários. Em seguida, em cada dia havia uma atividade a ser realizada em grupo, no sentido de socializar os integrantes e proporcionar momentos de relaxamento e distração.

As ações direcionadas para os idosos envolviam várias atividades vinculadas a diferentes Secretarias do município que atuavam em parceria. Encontros eram coordenados por monitores e outros eram coordenados pelos próprios participantes da prática. Nos dias em que havia a prática de atividade física, os exercícios eram realizados primeiro, na área externa, e logo após a prática, todos iam para o salão para fazer suas orações, finalizando com o lanche.

A realização de atividades físicas acontecia de forma periódica, uma vez por semana durante uma hora com os monitores do Programa Vida Ativa, vinculado à Secretaria Municipal Adjunta de Esportes. Esse programa é dedicado à integração social e melhoria da qualidade de vida de pessoas acima dos 50 anos por meio de atividades físicas e de lazer. Os monitores realizam ações recreativas, de força, elasticidade e também relacionadas à coordenação motora. O programa realiza, em parceria com as Secretarias de Administração Regional, o atendimento a grupos de convivência da terceira idade existentes nas diversas regiões da cidade.

As atividades tinham início com alongamento e em seguida eram realizados exercícios para reforçar a musculatura, melhorar o sistema motor, além de atividades mais dinâmicas que favoreciam a socialização do grupo. Frequentemente os monitores solicitavam às pessoas para comparecerem com roupas confortáveis, mais adequadas para a prática de atividades físicas. Contudo, em muitos momentos não eram atendidos, pois os idosos constantemente compareciam com saias e chinelos. Aqueles que compareciam com roupas adequadas eram elogiados pelos monitores.

Havia pouco controle dos monitores na realização dessas ações e frequentemente foram vistas pessoas realizando os exercícios de forma inadequada. De modo geral, os idosos possuíam dificuldades em compreender a

organização das dinâmicas, o que demandava persistência dos monitores em orientar a forma correta e repetir orientações semelhantes diversas vezes.

Essa prática acontecia na área externa da Igreja, com duração de uma hora. Alguns idosos apenas permaneciam assentados nas cadeiras. Alguns não gostavam de realizar as atividades e outros tinham problemas articulares que dificultavam sua participação. Vários idosos associavam a prática no grupo à realização de atividades físicas em outros dias e locais, também realizadas por monitores da Secretaria Municipal Adjunta de Esportes, ou ações vinculadas ao centro de saúde. A caminhada e o *Lian Gong* eram ofertados todas as terças e quintas-feiras em uma praça no mesmo bairro, o que tornava evidente a parceria das Secretarias de Saúde e Esporte.

A dança sênior, baseada em músicas folclóricas de diversos povos e próprias para pessoas da terceira idade, também era uma prática que ocorria com frequência nos encontros do Grupo Sempre Viva. Ela era ministrada por uma participante capacitada para tal, por própria solicitação dos integrantes do grupo. Praticada em círculo, as músicas eram alegres e animadas, com melodias que lembravam cantigas de infância e resgatavam a memória musical.

A participante também relatou envolvimento com a mesma atividade no centro de saúde às quartas-feiras pela manhã e destacou a grande melhoria da sua qualidade de vida após o início da prática. Todos os idosos conheciam bem a dança e tinham muita satisfação em participar. A dança sênior favorece a integração entre os participantes, reforçando as relações sociais, que promovem o bem estar e atuam sobre os determinantes de saúde, configurando ações de promoção da saúde.

As oficinas de plantio em espaços alternativos também foram realizadas em parceria com a Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional. Esse programa surgiu para promover ações que propiciassem o cultivo de alimentos e plantas medicinais em pequenos espaços e em áreas sem solo descoberto. Hoje, o desenvolvimento e o compartilhamento de tecnologias de produção com o uso de objetos e materiais considerados descartáveis - pneus, tubos de policloreto de polivinila (PVC), caixotes de madeira, latas, garrafas politereftalato de etila (PET) - têm possibilitado o aumento do consumo de hortaliças pelas escolas, creches, instituições de longa permanência para idosos e comunidades participantes.

Após solicitação dos técnicos do CRAS, duas técnicas agrícolas vinculadas à Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) participaram do grupo e orientaram os participantes a como fazerem pequenas hortas em pneus, tubos de plástico, garrafas PET e caixas de madeira. Além disso, também houve uma palestra com orientações para a realização de pequenas hortas de plantas medicinais, aromáticas e condimentares. Elas ressaltaram que o objetivo do encontro seria desenvolver a agricultura urbana e a comercialização das plantas.

Todos os participantes levaram garrafas PET e foi possível fazer uma simulação de plantio. Quem se interessou pela prática pôde levar uma muda, para iniciar a sua horta em casa. Todos se apresentaram com muitas dúvidas e fizeram várias perguntas para as técnicas, que foram muito disponíveis em colaborar. No final do encontro, foram distribuídos folhetos explicativos com orientações e imagens para auxiliar na realização da técnica em casa. A prática pôde explorar aspectos de melhoria da alimentação saudável com menos gastos, além de oferecer uma possibilidade de comercialização do produto, como forma de geração de renda.

Para finalizar os encontros, o bingo também era uma prática frequente, que ocorria quando as pessoas organizavam a mesa no salão e se reuniam para jogar a partir de 16 horas. Alguns participantes preferiam ir embora, os que permaneciam jogavam com atenção e demonstravam ter boa concentração e conhecimento das regras. Alguns brindes eram dispostos como uma premiação e todos se divertiam com o jogo. Inferiu-se que a prática proporcionava muita diversão aos idosos, que participavam de forma séria, com muito empenho e dedicação.

O grupo é composto, em sua maioria, de idosos na faixa etária de 70 a 90 anos, percebendo-se bom vínculo das pessoas que participam, que aparentam se conhecer há muitos anos. Todos se abraçam de forma constante, demonstrando afetividade nas relações. Todos os participantes são cadastrados e atualmente não é possível realizar o cadastro de pessoas que residem em outros municípios. Todos devem assinar a ata da reunião com a confirmação da presença, pois a lista é cobrada periodicamente pela SMPS.

O Grupo Sempre Viva possui ações diversificadas que contemplam aspectos físicos, nutricionais e emocionais que perpassam os indivíduos. Foi

possível observar uma atuação na integralidade dos sujeitos, com possibilidades de maior autonomia e atuação sobre a sua saúde.

Por meio da prática, que possui um público fixo e assíduo, são disseminados saberes e há um compartilhamento de experiências, que fortalecem os sujeitos inseridos nas redes de proteção e cuidado, e atuam contribuindo com uma melhoria na qualidade de vida desses participantes. Assim, eles se sentem mais fortalecidos e confiantes nesses espaços, que atuam promovendo saúde com o fortalecimento da religiosidade, característica comum a todos os participantes. Dessa maneira, essa religiosidade se apresenta determinante no processo de condução do grupo, com usuários católicos que frequentam a Igreja há vários anos. Não há participantes de outras religiões.

Representantes da Secretaria atuam como facilitadores e determinam normas e diretrizes para o grupo. Todo o trabalho dos facilitadores e coordenadores é realizado de forma voluntária, porém há excessiva preocupação em seguir a normatização, que muitas vezes perpassa a diversão como premissa no grupo.

Por meio da observação periférica, apreendeu-se melhor a diversidade das ações nos encontros, além de identificar que as pessoas que frequentavam a prática não possuíam variação, costumavam ser as mesmas. A maioria já possuía um vínculo temporal com a prática, evidenciado no discurso, com participação há cerca de 12 anos.

O período de observação ocorreu durante dois meses, com início no mês de junho e término em agosto, totalizando 18 horas de observação, sendo três horas por encontro. Foram realizadas seis entrevistas com os idosos, o que contribuiu para a análise acerca da dinâmica de participação de todos.

5.2.3 Oficinas de pintura, bordados, *biscuit* e balões

A terceira prática definida foi a Oficina de *Biscuit* e Pintura, realizada na Igreja Batista Templo de Adoração. A Igreja batista, segundo o informante-chave pastor presidente da instituição, faz parte da Convenção Batista Nacional. Não há uma Igreja sede, existe um escritório de convenção para manter o padrão de ensino, doutrinário: “a Igreja batista ela é considerada por livre pensamento, a

Igreja ela dá essa liberdade, cada Igreja tem sua maneira de ser, não diferenciando muito das outras porque senão deixa de ser batista” (IC1Prática 3).

O pastor relata que era católico “praticante” e resolveu se converter para a religião batista após uma visita a uma Igreja. A partir desse momento, ele iniciou no seminário para ser pastor batista e começou a sua trajetória na nova religião escolhida. Ele faz parte da Igreja desde a sua criação e relata que ela teve seu início no formato de uma congregação.

[...] a Igreja batista trabalha dessa forma, ela é uma congregação, né, vamos supor, tem uma família naquela casa, aí você vai enchendo de gente, aí aluga-se um espaço ou senão compra um terreno e constrói uma igreja; e aí quando cresce ela se torna independente das sede financeiramente, consegue pagar suas próprias contas, consegue se manter pra fazer seus próprios eventos, ela emancipa. E aí foi o nosso caso, quando eu vim pra cá eu vim assumir uma congregação. E aí ela foi crescendo e ela se emancipou, né, e aí a partir de então eu tô independente, ligado à Convenção da Igreja Batista Nacional (IC1 Prática 3).

A Igreja Batista Templo de Adoração existe há 10 anos e iniciou-se com o quantitativo de oito pessoas. A comunidade cresceu ao longo dos anos e hoje a Igreja possui em torno de 1.600 membros, além de 10 funcionários que trabalham e são remunerados. A Igreja possui hierarquia organizada, que determina a função de cada membro.

Sou o pastor presidente da Igreja, aí debaixo de mim tem a diretoria, eu sou o pastor presidente, tem o vice-presidente ((00:10:22)), os representantes jurídicos da Igreja. Aí depois têm as lideranças que são os pastores auxiliares, né, depois vêm os obreiros que chamamos de diáconos, vamos no organograma e vai descendo até uma organização de lideranças. Nós temos o líder de célula (IC1 Prática 3).

Segundo o pastor, essa organização com as células permite que as pessoas possam compartilhar melhor os seus problemas, além de possibilitar mais liberdade aos membros da Igreja para expor os seus problemas vivenciados no cotidiano de vida.

[...] na verdade, nas células a gente tem o estudo, na verdade o estudo é só um assunto, né, pra reunião. É uma reunião de comunhão para as pessoas criarem vínculo. Como a Igreja tem crescido, está em crescimento, o quê que acontece, para que todos sejam assistidos, nós criamos pequenos grupos chamados células. Aí sempre tem o estudo, tem a oração, tem o louvor, a organização dessa reunião. O intuito é que as pessoas venham se abrir, contar seus problemas ((00:11:55)),

compartilhar. A gente fala que na Igreja a gente vê a nuca das pessoas, *né*, e na célula a gente olha *pro* rosto de cada um e vê essa necessidade que as pessoas têm (IC1 Prática 3).

Nesse formato, a Igreja cresceu e foi constituindo uma grande comunidade. Atualmente, a instituição possui público de 60% de jovens, com predominância de mulheres.

A Igreja é composta de mais mulheres. Eu tenho um relatório aqui, um gráfico... é um programa da Igreja de controle de membros. Temos 1.600 membros, com 998 mulheres e 644 homens. Tem mais mulher do que gente, *né* [risos] (IC1 Prática 3).

Além disso, a Igreja também possui uma organização de acordo com estado civil e tipo de admissão. Segundo o pastor, o batismo é um só, é uma denominação que a pessoa tem, se ela já foi batizada ela foi batizada, não pode ser batizada novamente.

[...] 815 casados, 778 solteiros, dezenove viúvos, 30 divorciados, nove separados [...].800 pessoas se batizaram aqui na Igreja, elas foram batizadas na Igreja, e 817 foram aclamadas, é quando ela sai de uma outra igreja e é aclamada aqui na Igreja (IC1 Prática 3).

A estrutura da Igreja é grande e configura um local com capacidade de abrigar muitas pessoas. Ela possui uma fachada com o nome da Igreja e um espaço para a realização de cultos. Em outro imóvel na mesma rua fica localizada a secretaria da Igreja, local de trabalho administrativo dos funcionários e dos pastores responsáveis. Ao lado da secretaria há um salão, local de realização das práticas. É um ambiente pouco arejado, com uma cozinha anexa e constantemente várias pessoas entram para realizar atividades diversas.

Há duas facilitadoras que são responsáveis pela organização do local, inscrição das pessoas e compra dos materiais utilizados nas práticas. Todo o material é armazenado em local próprio e retirado antes do início do grupo. Na medida em que as pessoas chegam, elas também auxiliam na disposição do salão, organizando as mesas e cadeiras.

Após contato com o pastor responsável, ele indicou uma representante das práticas para descrever as ações de promoção da saúde realizadas na Igreja e fornecer melhor detalhamento da forma de organização das práticas. Ela está vinculada à Secretaria de Assistência Social e trabalha na organização dos

grupos da Igreja. As oficinas de pintura, bordados, *biscuit* e balões estão vinculadas a essa Secretaria e estão inseridas no plano de assistência social construído pela instituição.

[...] ultimamente eu tô voltada mais pra Igreja, né, assistência social na igreja pra atender famílias também, é cestas básicas, distribuição de medicamentos, né, fazemos visita, temos aconselhamentos, e a gente tem os artesanatos na Igreja. Então temos muitas áreas na Igreja, eh, nós vamos ampliar ainda, muito assim, eh, muitas ideias, muitos projetos que nós vamos começar a executar (C1 Prática 3).

A Secretaria Social oferece ações direcionadas para a comunidade de modo geral e realiza parcerias com o CRAS para a realização de cursos. Além disso, fornece suporte social para jovens envolvidos com drogas e adolescentes com gravidez precoce.

Também nós temos uma área que tem uma família que não tinha condição de tá sepultando, né, então eu fui até o CRAS Independência, procurei o CRAS para ver o que a gente conseguia, pra orientar a gente o que fazer. Agora tem um trabalho também na Vila Serrinha que promove cursos que é manicure, cabeleireiro e tudo, então eu tô começando também a conversar e entrar em contato com eles. [...] Temos também um trabalho com, recuperando, né, as pessoas que são viciadas em drogas, eh, meninas que já tá gravidez prematura, temos também uma área aqui na igreja que chama Proclamare, não sei se o pastor Alex te falou. Esse trabalho chama Proclamare, proclamando o evangelho, e nesse trabalho nós temos um dia da semana, levamos café e pão para os moradores de rua. E tem moradores de rua que também estão entrando pro trabalho de libertação de vícios, para o centro de recuperação também (C1 Prática 3).

As oficinas surgiram há cerca de cinco anos e são realizadas às terças e quintas-feiras, no período de 14:00 às 16:30h. No momento da observação, as oficinas das quintas-feiras estavam suspensas devido a outros compromissos da facilitadora, que relatou que iria retomá-las em breve.

Elas são formadas por um grupo de seis a oito pessoas e o processo de inscrição é realizado na própria Igreja. Os grupos são fixos, duram três meses e possuem número máximo de participantes devido à disposição do espaço físico. O tempo estipulado de três meses é necessário para que haja conhecimento completo do ciclo proposto e para que as pessoas tenham capacidade de confeccionar sozinhas os produtos desenvolvidos nas práticas.

Durante o período de observação, não houve organização de etapas ou cronograma para a realização do curso. Ele é composto de duas facilitadoras que já realizaram o curso previamente e se disponibilizaram a repassar o conhecimento de forma voluntária. Elas não possuem metodologia específica, apenas colocam os moldes para pintura, balões ou confecção de *biscuits* e auxiliam as participantes no desenho dos moldes e escolha correta do material mais apropriado para a realização da prática.

O público-alvo é exclusivamente de mulheres, com faixa etária de 15 a 70 anos. A idade mínima para participação é de 15 anos. Segundo as facilitadoras, foi necessário estipular uma faixa etária, pois muitas jovens iniciavam o curso e não davam continuidade, prejudicando outras pessoas que gostariam de entrar, mas não podiam devido ao número máximo de participantes já ter sido alcançado.

As normas são cumpridas com rigor, pois não havia pessoas fora da faixa etária, e algumas mulheres solicitaram para entrar nas oficinas de pintura, porém não puderam porque o grupo já estava com a capacidade máxima estipulada.

Nesse momento de observação, foram identificados relatos de mulheres deprimidas que tiveram grande melhora no estado de saúde após a inserção na prática. Algumas colocaram que ingeriam grande quantidade de antidepressivos e que atualmente já haviam diminuído bastante o número de medicamentos. Elas demonstravam estar mais felizes e comentaram que familiares notaram melhora no humor após a inserção delas na prática. Algumas pediram para permanecer mais que o tempo previsto realizando as atividades, como uma forma de se manterem inseridas no grupo. O processo de criação de vínculo dos participantes nesses espaços, promove uma melhoria da qualidade de vida, estabelecida pelo fortalecimento da socialização, importante elemento do processo saúde-doença. O adoecimento e a vida saudável se tornam influenciados de forma direta pelas relações sociais que permeiam a vida dos sujeitos.

Não foi abstráida forte religiosidade na realização das ações. Não ocorriam rituais religiosos, apenas uma oração era realizada durante a prática, porém não em todos os encontros, e frequentemente esse ato era esquecido pelos participantes e facilitadoras.

O período de observação durou quatro dias, totalizando 10 horas de observação, sendo duas horas e meia por encontro. Realizei também quatro

entrevistas, sendo uma com o pastor, informante-chave, uma com a coordenadora da prática e, em seguida, duas com as participantes.

5.2.4 Força Jovem

O grupo Força Jovem, a quarta prática escolhida para análise, pertence à Igreja Universal do Reino de Deus, fundada em 1977 pelo bispo Edir Macedo, atual responsável pela coordenação do ministério. A instituição se configura como o maior e principal grupo neopentecostal do país, com 6.000 templos e 1.800 milhão de fiéis no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além disso, existem cerca de 10.000 pastores envolvidos com a Igreja.

A instituição está presente em mais de 200 países, sendo mais disseminada nas nações de língua portuguesa. É a quinta maior Igreja no Brasil, sendo a quarta maior protestante e a 29ª maior denominação religiosa no mundo, com seis milhões de pessoas. A Igreja tem como característica a construção de grandes palácios; e o templo de Salomão, situado em São Paulo, se configura como a matriz da Igreja Universal, com capacidade para 10.000 pessoas e área equivalente a um prédio de 18 andares.

Na instituição visitada, o pastor responsável explicou sobre as ações realizadas na Igreja. A Igreja está localizada em cima de um supermercado em uma área de grande movimentação de comércio, ampla, porém com uma grande escada que dá acesso ao local de realização dos cultos, o que dificulta a entrada de deficientes físicos. Na rua havia jovens com jornais, em uma tentativa de recrutar pessoas para a Igreja.

O pastor responsável indicou o líder do Força Jovem para explicitar com mais detalhes as ações realizadas no grupo. Ele destacou o grupo como sendo uma ação de grande sucesso, com realização de atividades efetivas direcionadas para os jovens da comunidade de modo geral.

O coordenador do grupo está na Igreja há oito anos e na coordenação do Força Jovem há cerca de cinco anos. Não era religioso e aos 23 anos de idade encontrava-se desiludido com a vida, mergulhado no mundo das drogas. Foi nesse momento o seu primeiro contato com a Igreja Universal do Reino de Deus.

Bom, eu cheguei aqui há oito anos *atrás*, também não era religioso como o fato da sua pesquisa mostra isso, poucas pessoas falam de religião. Aos 23 anos de idade eu me encontrava no fundo do poço. Era viciado em drogas, bebidas, cigarros, era muito cheio de complexos, depressivo, não dava certo na vida íntima com ninguém (C1 Prática 4).

Ele declara que foi salvo pela sua fé, pois sua mãe era da Igreja e pôde ajudá-lo, colocando Deus em sua vida para livrá-lo daquela situação degradante, que o estava matando aos poucos.

Então minha mãe já era da Igreja, era da religião evangélica ((00:02:43)) e me ajudou sem eu saber, usando o que a gente chama de fé. Também, eh, eu vi minha mãe, antes *deu* chegar, isso é importante dizer, ser curada de câncer, de câncer no ovário, acontece bastante, *né*, e o meu problema mesmo foi saúde, mais foi, se eu continuasse eu iria piorar (C1 Prática 3).

O discurso do coordenador, ao relatar sua trajetória, exemplifica uma característica de salvação das pessoas, presente de forma significativa na instituição neopentecostal. A fala está permeada por curas milagrosas, melhorias rápidas na qualidade de vida, situação financeira, além de salvação e aceitação de todos, independentemente da sua condição.

[...] aqui é livre, pelo menos do que eu conheço da Igreja evangélica, é liberal, pode vir prostituta, traficante, drogado, homossexual. Não há distinção disso, eu mesmo cheguei aqui alcoolizado, totalmente viciado, no dia mesmo tava injetado trem no meu corpo, já tinha já, o álcool, a droga, eu cheguei aqui da forma que todo mundo, o que mais me impressionou, vamos dizer assim, lá fora todo mundo me respeitava por medo, aqui me respeitaram por eu ser humano. *Me* trataram bem, com respeito, quando eu lembro, eu falo assim, o que esse povo tem de diferente que eu quero ter (C1 Prática 3).

O coordenador do Força Jovem atualmente concilia as ações do grupo com a profissão de pedreiro. Todas as ações na Igreja são realizadas de forma voluntária e o mesmo descreve que pôde ter uma vida melhor com posterior resgate da sua cidadania após a sua inserção na instituição.

[...] quando eu tava perto de mulher, olha pra você ver, eu pisava, eu maltratava, se a pessoa me mostrasse que gostava eu pisava nela, machucava mesmo (C1 Prática 4).

Sob sua coordenação, o grupo possui cerca de 20 jovens frequentadores assíduos das oficinas. A prática acontece desde a fundação da Igreja e possui

oficinas organizadas, porém com pouca participação local, diferentemente do cenário nacional que caracteriza o projeto. Atualmente, o grupo possui em torno de 300 mil membros no Brasil.

Dessa forma, o grupo possui as seguintes oficinas disponibilizadas para a participação dos jovens:

- a) Cultura Jovem: desenvolve atividades que norteiam o campo da cultura em meio às artes, dança, música, teatro, agregando todos os que desejam interagir e integrar esse corpo tão necessário para a juventude.
- b) Visão, Planejamento e Realização (VPR): projeto que atua na divulgação de todo o trabalho da Força Jovem Universal (FJU) promovendo a divulgação pela internet por meio de *sites*, *blogs* e redes sociais, compondo uma família unida em prol de seus sonhos e ideais, transformando-os em realidades. Composto de fotógrafos, repórteres, internautas, editores de imagem e vídeo e outros, leva aos jovens do mundo uma mensagem positiva de transformação e restauração de vidas por meio da internet. E divulga todos os eventos da FJU.
- c) Jovem Nota 10: proporciona cursos gratuitos para os integrantes, como curso de libras, inglês, espanhol, pré-vestibulares.
- d) Consciência Jovem: movimento de juventude e cidadania, que tem como objetivo levar aos jovens o conhecimento de seus direitos e deveres como cidadão brasileiro. O intuito é abrir os olhos da juventude com o que se passa ao seu redor, no seu dia-a-dia, e conduzi-lo a ter seus documentos básicos, como o Registro Geral (RG), Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), Cadastro de Pessoa Física (CPF) e título de eleitor, além de promover eventos em que a equipe se reúne para oferecer serviços à comunidade, tais como: aferição da pressão arterial, aplicação de flúor nas crianças, orientação sobre documentação básica, confecção de currículos, orientação jurídica, *show* musical, entre outras atividades.
- e) Uniforça: projeto responsável pela segurança e organização dos eventos da Força Jovem Brasil, atuando também no apoio de eventos organizados pela Igreja Universal do Reino de Deus. Tem como missão resolver problemas que surjam de forma inesperada e impedir que estes venham a atrapalhar a

vida dos jovens. São oferecidos por profissionais capacitados, aprendendo técnicas de defesa pessoal, primeiros socorros e de brigada de incêndio.

- f) Dose Mais Forte: tem como objetivo orientar acerca do perigo das drogas e auxiliar àqueles que desejam se livrar da dependência química. Os voluntários, em sua maioria ex-dependentes, realizam palestras em escolas e praças. O programa leva até a população, por intermédio de palestras, as consequências das drogas na vida de um ser humano. Nessas palestras são apresentados dados e pesquisas que mostram claramente a ação destruidora da droga no organismo, no cérebro, na família e no social dos usuários. Depoimentos de ex-usuários fortalecem a prevenção, pois experiências tristes e perigosas vividas pelos ex-usuários mostram a história real de um passado infeliz.

As atividades são direcionadas para os jovens da comunidade e abertas também a seus parentes e familiares. O grupo possui projetos nas áreas da educação, esporte e cidadania, além de realizar campanha contra o uso de drogas. Na medida em que há inserção do jovem na Igreja e interesse em participar, existe uma análise do perfil dele para inserção nas oficinas.

E aí, no caso, a gente vai no talento do jovem. Dentro do Força Jovem, ele tem talento, sabe dançar, interpretar, ele vai e leva pro cultura, ele sabe cantar, leva pro cultura. [...] Tem vários jovens, tem jovem que era traficante, jovem que era dependente de droga, de *crack*, de manuseio de uma, duas, três noites. Tem jovem ((00:08:48)), teve uma noite que ele chegou, quando chegou no “fundo do poço” pediu ajuda, aí entrou pra oficina do Dose Mais Forte... (C1 Prática 3).

Nessa linha, também existem outras oficinas que direcionam o jovem a realizar ações que possam lhe fornecer suporte social, como o VPR e o Consciência Jovem.

Tem a consciência jovem que a gente aborda o tema do direito, direitos como tirar carteira de identidade, título de eleitor, consciência das leis que são favoráveis para eles. Tem direito e dever. [...] Tem também o VPR, que é o caso da mídia, que eu falei com você, têm grupos que sabem editar vídeos, tirar fotos muito bem, eh, sabe fazer uma reportagem, a gente vai, a gente faz, tá caminhando, num tem 100% porque a gente precisa de meios, precisa de gente. Aí tem esse lado da mídia, o lado da cultura, e também tem mais coisa (C1 Prática 3).

Todas essas oficinas estão presentes na organização do programa, inserido na diretriz da Igreja Universal, porém na instituição visitada há pouca adesão dos jovens de modo geral. Algumas oficinas possuíam número reduzido de jovens e outras não promoviam encontros com regularidade. A norma institucional era estabelecida, porém com pouca participação dos jovens na construção desse processo.

Observou-se estímulo à atividade física, realização de danças, teatros como forma de “despertar” nos jovens as suas qualidades, com a incorporação desses espaços como locais de aprendizagem. O estímulo à cidadania também parece ser uma vertente das oficinas que promovem orientação ao jovem dos seus direitos, inclusive encaminhando esses participantes à inserção no mercado de trabalho. Porém, não foi possível observar esses encontros, que não ocorriam de forma regular na instituição em estudo. Assim, afirma-se que há estímulo à promoção da saúde nessa prática analisada, com ações direcionadas aos jovens de um modo geral, atuando em sua integralidade, essencialmente em aspectos sociais, possibilitando a inserção desses jovens como cidadãos.

Diante da dificuldade de observar a realização das oficinas, houve encontros que aconteciam aos domingos e se assemelhavam a cultos evangélicos. Os encontros ocorriam sob a coordenação dele, que de forma sistemática pregava a palavra de Deus na vida dos participantes e utilizava como material complementar mensagens e músicas que contribuíam para a melhoria da autoestima dos jovens.

Os encontros tinham duração de cerca de três horas e todos escutavam atentamente o líder. Em alguns momentos ele incentivava os outros jovens a falarem também, como uma forma de incentivá-los a ter mais participação na prática. As palavras eram intercaladas com músicas de adoração, além de filmes projetados com mensagens evangélicas.

A prática possuía uma rotina estabelecida previamente, que acontecia de forma rigorosa. A todo o momento, o coordenador era o detentor da palavra, apresentando-se com fortes expressões e chamando a atenção dos jovens para adorar Deus e não ceder às tentações do diabo. As mensagens passavam a impressão de resolução imediata dos problemas, com a realização de milagres após a adesão das pessoas à Igreja e total adoração a Deus.

Nos encontros, havia jovens na faixa etária de 15 a 30 anos, alguns pareciam concentrados e outros que pareciam não se importar com o que estava acontecendo no local, permanecendo aéreos. Ao realizar uma aproximação, detectou-se semelhança na história de vida desses jovens, com relatos de abandono familiar, depressão, situação financeira grave e baixa autoestima.

Foram realizadas nove horas de observação durante quatro dias, com o total de quatro entrevistas, sendo uma com o coordenador da prática e três com participantes das oficinas. A realização da observação participante com entrevistas promoveu mais riqueza para esta análise.

6 PROMOÇÃO DA SAÚDE EM INSTITUIÇÕES RELIGIOSAS: ANÁLISE EM PROFUNDIDADE

A escolha da análise crítica do discurso possibilitou uma visão crítica sobre o papel da linguagem no contexto de realização das práticas. A associação da análise do texto presente nas falas e os discursos reproduzidos pelos sujeitos inseridos na prática social da religião promoveu melhor compreensão das relações de poder instituídas nas igrejas do estudo.

As categorias analíticas identificadas nos discursos dos participantes ressaltaram aspectos determinantes para a inserção e manutenção dos sujeitos nas práticas, além de evidenciarem as mudanças promovidas pela religiosidade na vida dessas pessoas.

Ressalta-se a presença do discurso biomédico dominante no processo de saúde dos indivíduos, atuando em contraste com o discurso holístico da religião, que surge como uma rota de fuga, um campo “ alternativo” manifestado pelos participantes, que almejam com a inserção na vida religiosa, uma melhoria da sua qualidade de vida. Os discursos não apenas refletem ou representam entidades e relações sociais, eles as constroem ou as ‘constituem’ e posicionam as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais (FAIRCLOUGH, 2001).

6.1 As práticas de promoção da saúde na vida dos participantes

No momento de imersão das práticas, ao conhecer melhor os participantes por meio da observação e também no momento das entrevistas, foi possível identificar singularidades.

De modo geral, os participantes se assemelhavam em diversos aspectos que puderam ser identificados ao longo da vivência no campo. A maioria das pessoas apresentava baixa renda, baixo índice de escolaridade e era portadora de doença crônica.

Com exceção dos jovens, os participantes, ao serem questionados se possuíam algum problema de saúde, salientavam acometimentos de doença crônica como o diabetes, hipertensão, dores articulares e depressão:

Pressão alta, problema de coluna, eh, desgaste no joelho (P8 Prática 1).

[...] sou diabética, hipertensa e tenho crise asmática.(P4 Prática 1).

Hipertensão, diabetes e depressão (P2 Prática 3).

Diabetes, é o que mais acaba comigo [risos] (P1 Prática 2).

Tenho pressão alta, glicose alta. Tenho problema nervoso também, eu tomo remédio controlado, sabe? Mas não atinge os outros não, graças a Deus atinge *eu* mesmo (P5 Prática 2).

Ao analisar o discurso dos participantes, verificou-se que o acesso dessas pessoas às práticas ocorreu por indicação de familiares, amigos ou conhecidos. Inferiu-se o reconhecimento da comunidade, com divulgação efetiva que demonstrava confiança em indicar essas ações promovidas nesses espaços. Isso garantia mais segurança e vínculo das pessoas em seu primeiro contato.

Olha, eu vim aqui porque eu, assim, eu ia em um salão ali, e tal, aí a moça falou, porque eu tava com muita queda, tava até com falha, aí ela falou, olha se eu fosse você eu ia lá na C1 Prática 1 porque ela é terapeuta, já tratou de glicose há muito tempo, ela falou vai lá, porque não sei o quê, aí eu vim por isso (P7 Prática 1).

[...] E lá tinha uma amiga, aí ela falou assim: “ô P4 Prática 2, vamos lá na terceira idade, lá é tão bom, você vai gostar, vai conversar (P4 Prática 2).

[...] Antes de eu vim, eu tinha uma colega lá perto de casa que sempre me chamava prá vim, *né?* Mas eu ficava desanimada assim de *vim*, tinha dia que eu ficava nervosa ((00:01:22)). Não queria sair e falava, ah, o dia que eu resolver eu vou. Aí meu marido falava comigo, vai, boba, vê se você melhora um bocado, tem dia que você fica estressada, nervosa. Vai que você melhora, lá tem muita gente... Aí eu peguei e falei, ah, então eu vou, aí eu comecei a *vim* (P3 Prática 2).

[...] Então minha mãe já era da Igreja, era da religião evangélica ((00:02:43)) e me ajudou sem eu saber, usando o que a gente chama de fé (C1 Prática 4).

A intertextualidade se faz presente no momento em que os entrevistados citam as falas das pessoas que os convidaram para participar dessas ações. Em alguns momentos há a citação direta, uma reprodução literal da fala: “aí ela falou assim” e em outros há um resumo ou discurso indireto captado pelos participantes e reproduzido de acordo com as suas percepções: “Aí meu marido falava comigo, vai, boba, vê se você melhora um bocado, tem dia que você fica estressada, nervosa. Vai que você melhora, lá tem muita gente”.

As outras vozes incluídas reforçam a importância da participação na prática e a efetiva conquista de resultados positivos que ela promove na vida dos participantes. As expressões “lá é tão bom” “vai lá” expressam essa categoria analítica.

É possível apreender nesse primeiro contato uma urgência das pessoas em aliviar suas angústias, decepções e frustrações. Há uma busca por resolução das questões pessoais vigentes, promotoras de alterações clínicas e emocionais, com prejuízo do convívio dessas pessoas com as situações do cotidiano da vida.

Aí eu conheci o trabalho da prática 4, era uma jovem depressiva, revoltada, aí eu conheci o Força Jovem, através de uma/uma amiga (P3 Prática 4).

[...] Quando eu cheguei aqui acabou que eu não fui pra Igreja nenhuma, comecei a me envolver com as drogas, ficava com um, ficava com outro, isso aos 14 anos, envolvia com bebida, ficava muito fora de casa, vivia na balada, *funk*, pagode, aí através de uma amiga que viu que eu tava precisando mesmo eu vim, só que quando eu cheguei, assim de primeira impressão eu não gostei muito, *né*, mas aí vieram os jovens conversando comigo, “seja bem-vinda, vem participar disso, vem participar daquilo”, aí eu falei: “gente eu tô ficando importante, *né*? [risos] (P3 Prática 4).

O processo de inserção dos participantes ocorreu por uma busca de ações que poderiam possibilitar alívio das suas angústias e problemas vividos. As pessoas no momento de procura da prática encontravam-se deprimidas, com problemas de saúde sem resolução com os tratamentos tradicionais ou imersas em situações sociais difíceis, como a morte de cônjuge, conflitos familiares e também com baixa autoestima

Havia falta de estímulo para enfrentamento dos problemas cotidianos, o que culminava com problemas de saúde físicos e emocionais. Nota-se tentativa de buscar algo novo que pudesse ser um suporte, uma ajuda para o resgate da autonomia.

Eu fui curada de um câncer, *né*, eu tinha três tipos de câncer no fígado, e já estava *já* manifestando para o sangue, então eu cheguei *um* ponto que eu fiquei tão fraca que eu não dava conta de eu mesma comer com minha mão, de tão fraca que eu fiquei. E já tratava com os médicos, mas não estava vendo resultado, eu estava me enfraquecendo cada dia mais, muitas dores, um desânimo total, não tinha coragem pra nada (P1 Prática1).

Ó, eu vim pra cá porque tinha uns cinco meses que eu perdi o meu marido, ia fazer 50 anos de casada (P4 Prática 2).

Pra mim foi muito bom porque assim, às vezes eu fico só assim em casa, só fazendo serviço de casa, e não tem nada fora pra fazer. Igual assim antes eu estudava, mas tive que parar por causa do meu marido porque ele teve uma depressão muito forte, aí a gente foi e assim ficou mais unido a ele, né? (P1 Prática 3).

Bom, assim, a Igreja me chamou atenção porque eu vivia em um estado de calamidade, miséria total, as principais. Depois veio a depressão, vida sentimental completamente destruída, família também, eu trabalhava, roubava, fazia caixa dois, aquelas coisas de jovem. Cheguei até a ser dono de lava-jato, mas infelizmente comecei a meter as mãos nas coisas que não era chamado (P2 Prática 4).

Na verdade eu era uma jovem que eu tinha traumas em casa, *eh*, a minha mãe era separada do meu pai, então eu/eu era uma jovem que Bom, eu me sentia inferior às outras pessoas, eu não me sentia capaz, *eh*, de conquistar, de ser alguém, eu me sentia inferior a tudo e eu me sentia incapaz (P3 Prática 4).

Algumas expressões reforçam a temporalidade de busca por essas ações e demonstram cansaço das pessoas em permanecer em métodos tradicionais sem resultado satisfatório. “[...] E já tratava com os médicos, mas não estava vendo resultado”, “tava cansada de passar em tudo quanto é médico, de tomar remédio, de/de médico de posto, *eh*”. As palavras “antes”, “depois” aparecem com frequência no texto e reforçam esse caráter temporal de buscas das práticas.

Na prática 1, enfatiza-se a predominância no discurso de palavras como remédio, precedida por médico e tratamento: “[...] eu vivia tratando assim com médico e não resolvia” (P2 Prática 1):

[...] GRAÇAS A DEUS JÁ TEM MUITOS ANOS JÁ QUE SAROU desde que eu comecei a trabalhar com ela aqui, tomava os remédios, graças a Deus não tenho mais nada no ouvido (P8 Prática 1).

[...] E já tratava com os médicos, mas não estava vendo resultado, eu estava me enfraquecendo cada dia mais, muitas dores, um desânimo total, não tinha coragem pra nada (P1 Prática 1).

Olha, o tratamento homeopático eu achei muito bom, os remédios são bons também, eles tratam a gente muito bem assim [...] (P7 Prática 1).

Eu vim porque eu tava mesmo com esse problema, tava cansada de passar em tudo quanto é médico, de tomar remédio, de/de médico de posto, *eh* (P5 Prática 1).

E assim, ela nem tinha começado praticamente a tomar os remédios do reumatologista, aí eu já trouxe ela aqui, já comecei com os remédios. E esse médico dela, ela faz o tratamento dela lá até hoje, mas ele nunca soube que eu *trato ela* aqui (P3 Prática 1).

Destaca-se a procura por tratamentos, curas, medicamentos e resolução de problemas. A Igreja surge como um espaço de suporte social sequencial, após tentativas sem sucesso das pessoas de se sentirem melhor frente a seus problemas cotidianos.

A tríade composta pelas palavras tratamento, médico e remédios chama a atenção para a lógica da concepção biomédica, com uma receita padronizada e prescrições médicas a serem seguidas. Há busca das pessoas por um modelo de atendimento semelhante à organização institucional da saúde. Por outro lado, nota-se mais credibilidade dos participantes em seguir nesse espaço uma terapia natural, que vem da natureza e remete sua criação a Deus.

Bom, Deus mesmo deixou escrito na bíblia, *né*, que nós *deveremos* desfrutar do próprio/do que deixou das ervas, *né*, pra que sobrevivesse. Então, assim, não é só da vida da gente aqui, mas *tá* escrito na bíblia que a homeopatia vem desde que Deus criou, então basta que a gente volta lá, *tá* escrito em *Genesis*, *né*, que a gente encontra isso, a homeopatia (P2 Prática 1).

[...] Aqui você sabe, se ele não te fizer bem, ele não vai te fazer mal. Então eu sou muito, tem opção, se tiver a opção de um que for remédio e o outro for de folha, eu prefiro o de folha, o natural (P5 Prática 1).

A interdiscursividade aparece no encontro de dois discursos presentes na fala dos entrevistados. Há uma lógica do discurso biomédico com a realização de tratamento, prescrição de medicamentos, associado ao campo religioso, com a presença de Deus e do discurso da bíblia, que surge como um potencializador da eficácia da prática para os participantes. As expressões a seguir reforçam isso: “[...] Graças a Deus já tem muitos anos já que sarou”, “Bom, Deus mesmo deixou escrito na bíblia, *né*?”

Na prática 4, a busca também é pela cura dos problemas, porém se acredita que a cura pode ser alcançada por meio da libertação do mal. A pessoa que se encontra com problemas interpessoais, vícios, doenças ou dificuldades de enfrentamentos na vida deve ser purificada e seguir as doutrinas de Deus. Inclusive justifica-se a representativa presença de jovens que se caracterizam por buscar soluções imediatas, é uma faixa etária que tem urgência em viver a vida com maior intensidade.

Segundo as doutrinas da igreja, o maior causador de danos à saúde e vida das pessoas é o diabo e há necessidade de purificação e libertação para uma

vida limpa, sem vícios e qualquer hábito ruim que possam prejudicar a integridade do indivíduo.

Os jovens buscam na prática a salvação e resolução dos seus problemas e são direcionados para seguir esse caminho para a sua libertação. Consequentemente, as palavras *curada* e *curado* foram predominantes no discurso dos jovens entrevistados. “Já tive, *né*, reumatismo no sangue, mas graças a Deus fui curada” (P1 Prática 4). “E muitas vezes se você vem pra Igreja com uma fé, já motivado, você vai ser curado, não precisa nem...[...].” (P2 Prática 4).

A libertação do mal e o combate às castas de demônios, possíveis causadores de malefícios para a vida das pessoas, também são ressaltados no processo de realização das ações na prática 4.

[...] A libertação é o que Jesus fazia, pra desfazer a obra do mal, que é o diabo na nossa concepção. Para fazer a obra de Deus tem que desfazer a obra dele, que aí que eu fui liberto (C1 Prática 4).

[...] Tem casta de demônios que só saem com jejum e oração e [risos] é batata, a pessoa aparece bem, recuperada, o psicólogo chega pra você, pergunta o que você fez, o que aconteceu. Tempo que na Medicina não dá um jeito, questão de meses assim por causa da fé, é despertado na pessoa a fé que ela tem, ela tem a fé, pode ser pequena ou grande (C1 Prática 4).

Desse modo, há divulgação de cura imediata, com total resolução dos problemas após inserção nas práticas da Igreja e seguimento das doutrinas vigentes. A interdiscursividade está presente na fala do coordenador da prática 1, que faz alusão a outro discurso, o de Jesus, presente na bíblia. “[...] A libertação é o que Jesus fazia, pra desfazer a obra do mal”.

As palavras *Jesus*, *mal* e *diabo* são reproduzidas de forma constante, com o intuito de memorização do discurso pelos participantes. Há constante repetição de palavras, com uma ideologia imposta e que deve ser seguida como uma condição para a manutenção nesse espaço e garantia de libertação. A fala do coordenador se configura como um discurso que se remete ao discurso de Jesus presente na bíblia, com a sua própria interpretação.

Os discursos articulados compreendem o conhecimento do coordenador, adquirido com a sua formação na Igreja, e sua vivência pessoal, com o discurso

presente nas diretrizes da instituição, que tem como embasamento da sua ideologia o conteúdo presente na bíblia, o principal artefato utilizado nas práticas.

Nas práticas 2 e 3, a convivência aparece como o principal motivo de procura pela participação. Nota-se preocupação em manter as pessoas no grupo para garantir um espaço de escuta e diálogo, com a promoção de benefícios para a saúde dessas pessoas.

E a gente vê que as pessoas não precisam tanto de um remédio, tá precisando de atenção, de uma ocupação, precisando de uma oportunidade, precisando que as pessoas sentam pra ouvir os que estão precisando de atenção e carinho, né? [...] (C1 Prática 3).

Tem uma menina aí, uma senhora que ela já fez o curso, ela já fez há três meses, mas o filho dela falou, mãe, você não pode parar com esse curso porque a própria família já vê o quanto é gratificante pra elas participar (C1 Prática 3).

As ações realizadas surgem como uma maneira de ocupar o tempo e como um momento de distração. A participação acontece com o objetivo de socialização, ressaltando a característica dos participantes, em sua maioria mulheres e idosas, já aposentadas.

Olha, eu *tava* muito quieta dentro de casa, parecia até que as minhas pernas *tavam* endurecendo... Aí eu vim pra aqui ((00:01:47)), é muito bom. *Nós faz* ginástica, passeia e aqui, conviver com esse povo aqui é bom demais! (P5 Prática 2).

Acabou a *nervosia*, acabou o estresse, beleza demais, porque aqui bem dizer é a família da gente, né?...Tem as *festinha*, tem os passeios que é bom demais, as pessoas consideram a gente, né? (P3 Prática 2).

Muito bom, eu saio de casa, a gente às vezes fica em casa, né, só tem problema. Família é um problema, né, aí chega aqui minha filha, vai embora tudo, não lembro nem que tenho casa. Eu não brinco muito, não, tem dia que eu não *tô* muito a fim de brincar, mas faço lanche aqui pro pessoal, quem faz é eu (P2 Prática 2).

E assim, eu gosto, né, de *tá* aqui com as colegas e cada tempo que passa a gente vai tendo mais amizade, conhecendo mais pessoas, né, e eu gosto de *tá* aqui, e fazendo tudo que eu posso pra animar o povo, né... E eu vejo que o povo já depositou tanta confiança em mim [risos] (P1 Prática 2).

Olha, aqui na Igreja, depois que eu vim pra aqui eu melhorei uns 80%. Porque eu fico muito sozinha e eu não gosto de ficar sozinha... E aqui eu converso, aqui a gente ri, né? (P2 Prática 3).

Prá mim foi muito bom porque assim, às vezes eu fico só assim em casa, só fazendo serviço de casa, e não tem nada fora pra fazer (P1 Prática 3).

Destaca-se, ainda, que na prática 2 tem um público fixo, já participante da prática há muitos anos, o que reforça o conceito de convivência e da necessidade de o idoso buscar essas ações e manter sua participação para uma melhoria dos enfrentamentos da vida. “Olha, eu não sei a data que eu vim pra aqui não, mas deve ter uns 10 anos que eu vim” (P5 Prática 2). “Ah, já tem uns 10 anos” (P3 Prática 2). “Ó, eu tenho a impressão que já deve ter uns 14 anos quando eu vim prá cá” (P1 Prática 2).

De modo geral, há busca dos participantes por ações capazes de produzir melhorias na situação de saúde e alívio para as suas angústias. A fala dos participantes ressalta esse fato: “ó, eu vim prá cá porque tinha uns cinco meses que eu perdi meu marido”. Magnani (2009) afirma que na base de toda experiência religiosa há busca de alívio do sofrimento, de um sentido para a perplexidade e a percepção da finitude.

Foi evidenciado no estudo que uma busca por um sentido na vida, muitas vezes se faz presente, quando o indivíduo se encontra vulnerável, com falta de estímulo para a continuidade da sua vivência no mundo. A religião surge quando o homem se encontra nos limites do seu poder de suportar o sofrimento e isso o impele para uma ordem superior (MAGNANI, 2009, p. 20). Isso surge no discurso dos participantes, quando eles expressam a sua situação de vida anterior à inserção na prática: “eu estava em estado de calamidade”, “eu estava cansada de tratar com médico”.

Muitos se encontravam com dificuldades ocasionadas pelos momentos da vida, inclusive já procuraram os serviços de saúde tradicionais, sem conseguir efetiva mudança do seu momento atual. Isso se justifica pela temporalidade da busca da prática religiosa, muitas vezes sequencial a um tratamento anterior que não obteve sucesso: “eu já tratava com os médicos, mas não estava vendo resultado”. A busca pela prática inserida no ambiente religioso se apresenta mais confiável, com uma lógica diferenciada de tratamento, tendo como suporte as doutrinas da bíblia.

A predominância de mulheres se justificou com as entrevistas realizadas, e a presença de indivíduos portadores de alguma doença também se apresenta evidente no estudo. Yeary, Klos e Linnan (2012) enfatizam esse achado e afirmam que de modo geral as condições de saúde dos fiéis que estão inseridos

nas igrejas incluem pessoas com câncer, doenças cardiovasculares e controle de peso. Há uma busca de cuidado com o corpo que está em sofrimento.

Nos discursos apresentados, nota-se a evidência de fragilidades dos participantes, que parecem escolher a religião como um refúgio, uma fuga para os problemas vigentes. Como afirmam Silva *et al.* (2009), essas pessoas geralmente se apresentam em circunstâncias extremas e tendem a se apoiar em crenças e práticas religiosas e espirituais, buscando aliviar o estresse e manter um senso de controle e de esperança no enfrentamento da situação. É possível que a religião seja o recurso mais utilizado por pessoas que estão doentes do que por pessoas saudáveis. Isso justifica a predominância de participantes das práticas portadores de doença crônica, fato confirmado nos discursos: “diabetes é o que mais acaba comigo”, “eu tenho pressão alta, problema de coluna, eh, desgaste no joelho”.

Vê-se que a religião atua como a possibilidade de uma rota de fuga ao modelo biomédico tradicional, muitas vezes ineficiente e que não produz melhoria no estado de saúde do indivíduo. O espaço religioso contribui para a valorização da prática promovida pelas doutrinas da bíblia: “Deus mesmo deixou escrito na bíblia, *né*, que nós deveremos desfrutar do próprio/do que deixou das ervas”. Realça-se que a maioria das pessoas que buscam a Igreja não tem problemas apenas no corpo, apresentam um desarranjo de vida estrutural e familiar, fora do alcance de métodos de cura tradicionais: “eu tinha traumas em casa” “eu vivia em um estado de calamidade, miséria total”.

Nesse contexto, as rotas de fuga atuam como uma forma de resistência contra a medicalização da vida e surgem como modos de enfrentamento contra o poder médico instituído para o tratamento da saúde. Segundo Foucault (2004), as rotas de fuga constroem diferentes maneiras de ver o sujeito e de ele se impor no mundo. Elas são criadas como forma de resistência ao poder instituído. Assim, ao modelo biomédico de tratamento com o corpo se estabelecem ações de resistência como forma de repúdio ao uso de medicamentos que promovem danos à saúde, em vez de melhorá-la. Ao se estabelecer essa resistência, os indivíduos não seguem o tratamento médico proposto “às vezes eu deixo de tomar o remédio do centro de saúde e tomo só o dela”, e buscam a cura na prática inserida na instituição religiosa, que surge como uma nova possibilidade de espaço para a resolução dos seus problemas. “quando ela toma os remédios

da XXX, aí eu mesmo suspendo por conta própria a injeção, eu não dou a injeção”.

As pessoas resistem ao processo de medicalização instituído pela biomedicina, contudo na busca por “tratamento” no espaço religioso, elas enfrentam outros processos de medicalização da vida, com uma imersão em práticas institucionalizadas com técnicas disciplinares que permeiam esses locais. A religião realiza prescrições que moldam comportamentos e atuam no modo de vida desses indivíduos, com cartilhas orientadoras semelhantes às cartilhas comuns utilizadas em processos de educação em saúde.

Nota-se uma busca dos sujeitos por um espaço que consiga atender às suas demandas do cotidiano. Ao se sentirem fragilizados perante aos problemas que não possuem resolução apenas com o uso de medicamentos, ou com a realização de um tratamento convencional, os indivíduos buscam práticas que possibilitem a eles construir maior autonomia, com melhoria da sua situação de saúde em sua integralidade. Torna-se primordial a melhoria do corpo físico e dos aspectos sociais, espirituais e emocionais para a garantia de uma melhoria no modo de viver.

Essa análise permite identificar a resistência dos indivíduos às propostas institucionalizadoras do poder biomédico. Fortalecidos pelas relações de poder, eles estabelecem rotas de fuga, com possibilidade de construir novas formas de vida. Ao mesmo tempo, isso configura um movimento de imersão em novas doutrinas e modos de agir instituídos, o que pode caracterizar um mecanismo biopolítico da instituição. Dessa maneira, nota-se uma dicotomia no processo de imersão das práticas. Há uma polarização na busca pela cura e pelo cuidado.

As pessoas expressam diferentes demandas que compreendem um universo de queixas, situações emergenciais e extremos que perpassam uma necessidade de cura, em detrimento da socialização, vínculo e convivência que culminam com ações relacionadas ao cuidado. A busca pela cura que se expressa em tempo imediato, com resolução rápida para os problemas confronta-se com a busca pelo cuidado que perpassa a socialização e a criação de vínculos e promovem a possibilidade de escuta, diálogo e fortalecimento de redes de ajuda nos enfrentamentos do cotidiano.

Nas práticas 1 e 4 as pessoas demonstram em seus discursos um imediatismo e ansiedade em encontrar algo que possa promover alívio

instantâneo dos seus sintomas. Elas têm urgência na resolução dos seus problemas e se submetem ao “tratamento” proposto para alcançar a cura, o que acreditam ser a sua salvação, visto que já frequentaram outros serviços anteriormente sem sucesso. O sagrado surge como uma alternativa conjugada ao serviço biomédico (MOTA; TRAD; VILLAS BOAS, 2012). Nota-se a tentativa de transformação, uma ruptura com os conhecimentos vigentes e imersão em novo modo de viver.

A mensagem religiosa traz, então, o imediatismo e a promessa da cura, com técnicas que influenciam a vida dos sujeitos, transformando-as. Detecta-se a tentativa de regulamentação dos fiéis para o alcance da regularidade da vida, com a produção de um modo de saber-viver (FOUCAULT, 2004, p. 294). Esse novo modo de saber-viver no contexto das instituições religiosas, pressupõe uma vida pura, com mudanças de comportamentos e construção de relações sociais que preconizam modos de vida homogêneos, tendo como elemento norteador a religiosidade. Assim, as pessoas se submetem a esse novo modo de viver, agindo de acordo com as diretrizes das igrejas, que estabelecem normas e norteiam o sujeito a conduzir a sua vida segundo a palavra de Deus. Há um estímulo ao crescimento da espiritualidade como premissa para uma melhoria da vida e ruptura com o passado. O indivíduo, ao entrar na igreja, já está decidido a abandonar um comportamento ou vício, com a criação de um novo estilo de vida, uma nova concepção de mundo e do eu.

Nesse contexto, há uma imersão nas ações realizadas, que se configuram em práticas que devem ser seguidas de forma minuciosa para que o resultado seja alcançado: “é curar, é libertar, é conduzir para um caminho”. Essa condução do caminho correto, com princípios puros e honestos, leva os sujeitos a uma mudança de vida e à constituição de um novo ser. Isso promove melhoria dos aspectos de vida das pessoas, que adquirem novas informações norteadas pelo contexto religioso, melhoram os relacionamentos interpessoais e conseguem ter liberdade para as suas ações cotidianas. A instituição religiosa não cria o desejo de largar o vício, apenas reforça e oferece um forte apoio e motivação cotidiana para se manter afastado dele.

Contudo, a busca por resoluções imediatas, sem esforço aparente e com promessas de melhorias instantâneas de vida, promove aos sujeitos uma

dependência das diretrizes institucionais que normatizam o que deve ou não ser feito.

As instituições religiosas preconizam rituais que permeiam a vida dos indivíduos e estabelecem condutas a serem realizadas após a inserção nesses espaços. A realização do batismo, a necessidade de doação de determinada quantia para a igreja, e a imersão nas ações realizadas para o crescimento espiritual são exemplos dessas ações que permeiam as diferentes instituições religiosas do estudo. Nesse contexto, destaca-se que a conversão pentecostal, longe de valorizar uma continuidade entre o exercício da religião e a vida social dos seus fiéis, prega o rompimento destes com as coisas do mundo (BIRMAN, 2009)

Assim, os sujeitos abandonam a sua vida, que se encontra em um momento difícil, para se submeter às normas da igreja, que atua moldando-os para orientá-los a seguir os princípios de Deus: “cheguei aqui pra minha vida ser totalmente mudada, vou ser uma nova pessoa”. Há significativo anseio por transformar a desordem em ordem, o caos em cosmos (MENDONÇA, 1989, p. 85). Torna-se importante que o sujeito estabeleça um equilíbrio e controle da vida, por meio da realização de compromissos com Deus, para que ocorra uma melhoria da sua situação atual.

Em meio ao caos em que os participantes se encontram no momento de imersão nas ações da Igreja, há melhora e alívio das angústias e situação de vida, a partir da disciplina intrínseca na forma correta do “tratamento” proposto nesses espaços. Nesse movimento representado, sobretudo, pelas igrejas pentecostais, a busca de bens mínimos para a vida, como saúde e emprego, torna-se objeto de cura, numa relação muitas vezes contratual e descompromissada (SILVA, 2009). Os pentecostais são críticos dos padrões sociais vigentes. No discurso dos participantes, denota-se o uso da fé como norteadora para o alcance da cura, responsável pela salvação dos indivíduos: “muitas vezes se você vem na Igreja com uma fé, já motivado, você vai ser curado”.

A fé nesse contexto, oferece a “libertação do mal”, promovendo uma mudança de concepção de vida do indivíduo. Dessa maneira, segundo Antoniazzi (1994), a “libertação” seria o primeiro passo de um processo de racionalização. A religião leva o sujeito a se conceber como um “indivíduo”, com determinado grau

de autonomia e poder de escolha, e a rejeitar a condição de “pessoa”, ou seja, de sujeito que se restringe aos papéis tradicionalmente prescritos e que é incapaz de escolher seu destino. O indivíduo se torna disciplinado e trilha a sua vida segundo as doutrinas de Deus. Quando aceita o Evangelho, o indivíduo se liberta, ou seja, se cura não apenas das doenças, mas também do pecado.

Dessa maneira, há a criação de uma dependência dos participantes em permanecer na instituição e se envolver com as ações realizadas para que o estado de plenitude alcançado possa ser mantido. Os indivíduos inseridos nessas instituições são submetidos a uma articulação do poder disciplinar do corpo e de mecanismos reguladores da vida (FOUCAULT, 2004), que preenchem esses espaços, padronizando as ações dos sujeitos. A fé é disciplina e ao mesmo tempo força motriz, ao impulsionar a pessoa para tratamentos e curas frente aos momentos de vulnerabilidade.

Assim, infere-se que, a partir do processo de sofrimento, os participantes fragilizados se submetem às normas e mecanismos disciplinares para o alcance de melhoria da situação de vida. Como consequência, a busca pela religião promove o estabelecimento de ações e compromissos a serem assumidos pelos sujeitos como a garantia de uma vida livre. Torna-se necessária a manutenção na instituição como premissa para a constituição de um sujeito honesto, que segue os princípios de Deus. Contraditoriamente, a instituição aprisiona os sujeitos com o estabelecimento de um padrão de vida a ser seguido para garantir a sua liberdade. Um novo modo de viver é estabelecido de acordo com os princípios religiosos, e assim há uma definição para os sujeitos da melhor forma de se vestir, se alimentar, se comportar. Dessa maneira, torna-se importante que se siga os ensinamentos e se conduza a vida de maneira livre, promovendo o bem e ajudando aqueles que precisam. Contudo, a promoção da liberdade é conquistada com a manutenção do comportamento norteado pelo discurso religioso, que estabelece normas que devem ser seguidas.

Nas práticas 2 e 3, a convivência, a continuidade das ações e o vínculo com as pessoas são fatores primordiais no processo de imersão dos participantes nas práticas. Há uma procura inicial pela prática, e não uma frustração anterior com outra ação almejada. Segundo Ayrton *et al.* (2012), as igrejas vêm sendo identificadas como espaços valiosos de promoção da saúde, configurando espaços que promovem acesso a grupos de pessoas que se encontram de forma

regular. Os laços familiares e as amizades que ocupam esses espaços contribuem para a constituição da igreja como um local que “faz bem”.

No contexto da promoção da saúde, o fortalecimento das relações sociais promove uma compreensão em conjunto da saúde como resultante das condições de vida, e assim há a produção de maior autonomia dos sujeitos sobre os determinantes da sua saúde (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008). Isso amplia a capacidade das pessoas de promover melhorias para a sua qualidade de vida.

Por outro lado, afirma-se que a instituição regula e reproduz normas de conduta e ações reflexivas que determinam o modo de agir dos sujeitos. A disciplina organiza um lugar analítico, espaço que permite vigiar o comportamento de cada sujeito, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou méritos, na medida em que os conhece e produz métodos de dominação (FOUCAULT, 2009).

Norteadas por mecanismos disciplinares, as pessoas encontram-se, estabelecem relações sociais mescladas por relações de poder, porém produzem pouca participação no processo de realização das práticas, atuam como sujeitos passivos, que se submetem ao poder instituído. Observa-se nas igrejas pouco espaço para construção das ações pelos participantes. Assim, as atividades são promovidas de forma verticalizada, imposta aos sujeitos que se estabelecem nesses espaços com pouca possibilidade de intervenção na construção desse processo.

Pode-se afirmar que a socialização que perpassa a realização de danças, atividade física, pinturas, viagens e palestras promove melhoria nos sintomas clínicos do corpo e emocionais. As atividades aparecem no discurso dos participantes como supervalorizadas na relação com a promoção da saúde, promovendo vários benefícios: “acabou a *nervosia*, acabou o estresse”; “aí chega aqui minha filha, vai embora tudo, não lembro nem que tenho casa”. Nota-se, inclusive, a realização de atividade física, eixo estruturante da política de promoção da saúde: “nós *faz* ginástica, passeia”.

Há busca por distração e necessidade de compartilhar as angústias da vida, que envolvem a depressão, as dores crônicas características da terceira idade e a solidão. Assim as pessoas estabelecem laços sociais, além de compartilharem situações difíceis. Todos se unem para ajudar o próximo, e o compartilhamento de vivências se torna benéfico para a vida dos participantes.

Ter saúde é mais do que não estar doente, pois envolve uma concepção de vida com qualidade, a qual se traduz no cotidiano em bem estar físico, mental e social, se não completo, pelo menos potencializado ao máximo (MARCONDES, 2004).

Dessa maneira, infere-se que a prática religiosa, por meio do estímulo da fé promove maior tranquilidade e confiança aos sujeitos, que se sentem mais seguros ao realizar um tratamento de saúde, ou lidar com problemas familiares. Além disso, há incentivo a atividades de lazer como viagens, atividades físicas, que promovem bem estar, e ampliam a capacidade de socialização.

Diante desse contexto, afirma-se que o estado de vulnerabilidade do indivíduo, que de modo geral busca as ações nas instituições religiosas, promove uma sujeição do seu corpo às regras e normas vigentes. Dessa maneira, na busca pelo cuidado, os sujeitos se moldam a realizar as ações preconizadas pelas instituições religiosas como garantia de melhoria de hábitos de vida. Instaura-se um processo disciplinar que fabrica corpos submissos e exercitados, “corpos dóceis” (FOUCAULT, 1976), que atuam norteados pelas verdades estabelecidas pela religião.

Nota-se nas práticas analisadas, que o processo disciplinar contribui para a construção de saberes que norteiam o modo de viver dos participantes. Existe uma ordenação da vida com a orientação da prática do cuidado de si. Os discursos nesse campo se constituem por ações que devem ou não ser realizadas para um cuidado com o corpo, norteadas pelo discurso religioso que preconiza que “o corpo é templo do Espírito Santo, por isso devemos cuidar muito do nosso corpo”. A inserção na Igreja também é ressaltada pelos participantes como diferencial, um espaço que acolhe bem os sujeitos: “aqui eu vi diferença nessa Igreja nisso, deles pegarem a gente pra cuidar”.

Assim, há uma busca por cuidado que perpassa a socialização dos participantes. Essa busca se representa na solidariedade do outro, no conforto nos momentos difíceis da vida, no aprendizado de atividades nunca antes realizadas, que promovem mais autonomia aos participantes: “cada tempo que passa a gente vai tendo mais amizade”; “aqui eu converso, aqui a gente ri”. O desenvolvimento da autonomia e os mecanismos para tal apenas podem ocorrer através da comunidade (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008). Dessa maneira, há possibilidade de uma produção de autonomia nesses espaços que contribui para uma melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. A Igreja, em sua essência,

assume o papel de rede de apoio social com a finalidade de contribuir com o bem-estar das pessoas, principalmente em situações de exclusão, permitindo a possibilidade do exercício da cidadania (FERREIRA *et al.*, 2011).

Esse espaço de socialização estabelecido pela Igreja fortalece as relações sociais dos sujeitos, que constroem redes de ajuda e se tornam mais capazes de lidar com os enfrentamentos da vida. A religiosidade promove mais longevidade, mais habilidade de enfrentamento, melhor qualidade de vida, menos problemas mentais e atua como método facilitador de mudanças culturais para a melhoria da promoção da saúde (BOPP; WEBB, 2012). Há uma construção de mecanismos de suporte que atuam nos sujeitos, produzindo mais confiança, e um sentido para viver: “eu me sinto melhor na Igreja”; “é uma maravilha, eu sinto falta quando eu não venho”.

A instituição religiosa nesse cenário surge como um espaço de cuidado, que oferece proteção, respeito e diretrizes para o cuidado com o corpo e realização de hábitos saudáveis: “quando cheguei aqui me trataram bem, com respeito”. Além disso, ela se constitui como um espaço que recebe qualquer pessoa independentemente da sua condição financeira, cor ou classe social: “aqui é livre, pode vir traficante, prostituta, drogado, homossexual”. Não há distinção e os sujeitos se sentem mais à vontade para circular, sem julgamentos das pessoas inseridas nesses espaços.

Por outro lado, o que se configura nesses espaços são mecanismos de circulação de poder que reproduzem padrões e normas que atravessam as relações sociais, estabelecendo um modo de viver. Coexistem nessas instituições a presença de mecanismos disciplinares que atuam sobre os corpos individuais e o mecanismo de regulação da vida. A religião, ao estimular a socialização dos participantes, “exige” a manutenção nesses espaços por meio de técnicas de poder que permeiam o cotidiano dos sujeitos.

6.2 Religião, igreja e fé

As práticas de promoção da saúde analisadas conformam uma prática social inserida em um contexto norteado pela religião. No percurso da pesquisa, identificou-se um discurso dos informantes-chave com grande ênfase na importância da existência de Deus para condução das práticas.

Abstrai-se no discurso desses participantes que Deus é considerado um ator social, e representa a religião. “Deus” foi a palavra mais citada nas falas dos coordenadores e participantes das práticas. Deus é colocado como um ator social ativo, responsável por determinar as leis e conduzir a vida das pessoas.

Cada representante das práticas caracteriza a organização das suas ações de acordo com as normas da instituição. A ritualização das ações está presente na fala dos coordenadores, que traduzem a normatização da igreja nas músicas, na disposição das cadeiras no local, na ordem das ações e no tempo das práticas, determinadas previamente e conduzidas com pouca participação dos envolvidos.

Cada prática possui a sua particularidade, o que torna importante ressaltar os aspectos determinantes de cada espaço.

Primeiro a oração, porque senão ela não faz sem oração. Em qualquer ambiente que a gente tiver precisa de oração. E então assim, sempre fazer uma oração primeiro ou então assim, sempre orientar essas pessoas a buscar a Deus também, porque faz parte da saúde, não é só tomar aquele remédio. Você tem que mostrar aquele remédio até Deus, mostrar pra eles, pedir eles pra eles procurar Deus também, usar o remédio, usar as terapias, mas também buscar Deus. Na parte de oração como na parte de equilíbrio, *né?* Quando você fala com Deus você fica meio equilibrada, *né*, então nessa parte aí. Eu acho que não deve ficar sem oração (C1 Prática 1).

De modo geral, nas práticas, existem rituais com artefatos, músicas, danças e termos específicos caracterizados pela Igreja. Tudo o que acontece deve estar presente na definição do que é certo para a instituição e os coordenadores são envolvidos nas ações e formados para disseminar essas diretrizes nesses encontros.

[...] se você quer ter algum compromisso aqui, você tem que se envolver com as coisas de Deus, você tem que estar apto às coisas de Deus, aí eu fui me envolvendo, eu fui e me envolvi (P1 Prática 4).

No momento do encontro, há músicas evangélicas e alguns jovens se mostram mais conhecedores dos cânticos do que outros. Também há um canto de um hino do grupo, onde todos cantam e dançam. No momento do culto, são distribuídas cartilhas e impressos com conselhos, casos de jovens e várias mensagens de autoajuda, direcionando os jovens a ter uma melhoria da sua autoestima (Notas de observação de 30 de agosto Prática 4).

O encontro se manteve no mesmo formato que os encontros anteriores e se iniciou com a fala da coordenadora, que colocou as orações do Pai-

Nosso e Ave Maria e em seguida todos colocaram situações difíceis que estavam vivendo. Alguns solicitaram orações, outros agradeceram, pois alguns problemas colocados anteriormente no grupo haviam sido solucionados. Todos desejaram a paz de Cristo e em seguida foi feita a leitura de uma mensagem do dia, também como foi realizado nos encontros anteriores (Notas de observação de 29 de julho Prática 2).

Na prática 1, a coordenadora expõe com clareza que realiza o trabalho por ordem de Deus e que possui grande satisfação em poder ajudar o próximo. Isso a motiva a continuar a prática nesse espaço. A oração também está presente e faz parte do processo de condução do grupo.

[...] uma pessoa que tá com depressão, ela vem aqui a gente conversa com ela, faz uma oração, dá um abraço bem gostoso nela e mostra que as coisas não são assim. Às vezes as pessoas *DETESTA* até Deus, detesta ela mesma. Acha ela um patinho feio e tudo isso vai acontecendo. Então quando você sai daqui, faz a terapia com as pessoas, ela chora muito, a gente seca as lágrimas, *né*, e depois quando ela vai embora, meu Deus, eu melhorei demais. Então assim, pra gente é mais que você ganhar 2.000 reais numa consulta. Então assim, você, você vai deitar tranquila porque você fez uma ordem de Deus, que não é uma caridade, mas você fez porque você gosta, *né*, Não sei se é uma caridade, a gente sente assim, aquela leveza tão grande, um gostinho de água, então assim você se sente bem porque vê o outro bem.[...] (C1 Prática 1).

A sensação de contribuir com a melhoria da vida do outro promove uma satisfação em estar naquele espaço e se sentir um enviado de Deus para disseminar a sua palavra. A coordenadora utiliza, inclusive, uma expressão que caracteriza uma metáfora para expressar seu sentimento: “a gente sente assim, aquela leveza tão grande, um gostinho de água”. Esse sentimento de gratidão promove um bem-estar para as pessoas envolvidas nas ações e serve como um estímulo para manutenção da prática, sentimento observado também nas outras ações realizadas.

Na prática 1, no processo de ritualização, a coordenadora também usa um artefato, um aparelho da bioenergética, que norteia os seus atendimentos e conduz as suas ações no momento das consultas realizadas no grupo.

Eu trabalho com bioenergético, é um aparelho. Tem um estudo também, mas o bioenergético ajuda também, é um aparelho. Aí num sei o que o/a parte de alopatia não aceita muito isso aqui não, mas deu certo aqui. Você vê que tem 21 anos que a gente trabalha aqui. E aí as pessoas vêm, é bem atendida, sara, num volta mais porque tá ótimo. Fica 10 anos sem vim porque tá ótimo, depois volta (C1 Prática 1).

A coordenadora se portava como uma médica, porém sem examinar os pacientes, apenas se utilizava de um aparelho da bioenergética que segundo ela consegue captar a energia das pessoas e direciona a melhor conduta a ser realizada (Notas de observação de 2 de abril Prática 1).

Na prática 4, os rituais também são constantes, com ações como o banho de descarrego e a unção como formas de curar o mal e promover a libertação. Muitas vezes a prática tem como foco disciplinar os jovens e orientá-los a seguir as doutrinas da instituição para alcançarem a liberdade e uma vida com melhores condições.

[...] e a gente usa aqui o banho de descarrego, aí eu usei ele e falei com Deus, Deus, se isso funciona de verdade tem que funcionar comigo. Eu já vi gente ser curada de câncer, de Aids, o que é o reumatismo perto de um câncer, uma Aids... Aí eu usei, aí na hora eu tomei assim, aí eu *cri*, veio uma dúvida também, mas eu não deixei a dúvida entrar. Aí foi quando eu repeti os exames, passou um tempo eu repeti os exames. Não que eu duvidei, mas a gente tem que *tá*, *né*, tem que olhar, tem que vigiar... Aí graças a Deus o problema agora é só a rinite (P1 Prática 4).

Ai ela vem, vai na Igreja e toma uma água que é unguida, sabe, aí volta no médico e o exame *tá* bom, não tem nada. A mãe dele mesmo tinha câncer de pele e hoje não tem mais (P2 Prática 4).

[...] tem uns que falam já me internei várias vezes, não consegui, eu falo, “como eu consegui, eu consegui dando ouvido, respeitando, sendo disciplinado.” Infelizmente o lado do jovem, o jovem que entra nesse mundo das drogas, aquele que entra no Dose mais Forte, a gente consegue disciplinar, disciplinar o jovem (C1 Prática 3).

Na prática 2, há rituais como a dança e todos os encontros foram precedidos de uma ordem sistematizada de acontecimentos. Eles se iniciam com as orações, têm seguimento com os cânticos da Igreja católica e em seguida há a leitura de uma mensagem bíblica. Todos ouvem de forma atenta e repetem a mesma frase dita em missas: “Senhor escutai a nossa prece”.

[...] Também como ocorreu no último encontro, as pessoas se manifestavam pedindo a bênção de Deus para auxiliá-las nos problemas. Uma senhora colocou que não sabia mais o que fazer com o seu filho alcoólatra, que havia quase morrido na semana anterior e já estava bebendo novamente. Ela se apresentou com muito desgaste em conviver com a situação, se sentindo emocionada; outra senhora pediu proteção para o genro, que havia sofrido um acidente de moto e estava sem as duas pernas, internado no Hospital João XXIII; uma participante, na condução do grupo, pediu por Dona Maria, que estava presente com o braço enfaixado devido a um corte ocorrido em seu braço; e Marlene pediu por Dona Mercedes, que também estava presente, e manifestou anteriormente vontade de deixar o grupo, e todos enfatizaram a sua

importância em se manter com eles, demonstrando afeto por todos os integrantes (Notas de observação de 22 de julho Prática 2).

Nota-se a presença assídua dos participantes nas ações da Igreja e todos colocam Deus como o principal responsável por lhes fornecer saúde e garantir a existência da prática na comunidade. “Eu sou católica, porque eu acho que Deus é que dá a gente força pra tudo o que vier. Pra tudo o que vier” (P4 Prática 2).

[...]A gente tem que pedir a Deus e rezar, *né*, pra melhorar. Tem que ter saúde e a igreja junto, porque sem Deus nós não somos nada. [...] (C1 Prática 2).

Ó, a religião, eu sou católica, *né*, a religião é muito boa, eu sempre vou à igreja com a minha família. Então graças a Deus a minha saúde é boa, eu assisto todo dia a novena na televisão, *né*, do divino pai eterno, então eu tenho muita fé, eu peço sempre muita saúde, força (P3 Prática 2).

Os participantes remetem rezar e conversar com Deus uma ação fundamental para que eles sejam norteados a conduzir uma vida plena com melhoria da sua condição de saúde. Isso expressa o caráter norteador da religião na condução de uma melhoria de vida. Deus surge como o ator principal no processo de garantia de melhoria da saúde e promoção de bem estar para os sujeitos inseridos nesses espaços.

Na prática 3, a religiosidade se expressa na realização de uma oração breve, porém que não ocorria em todos os encontros. A religiosidade não é predominante na prática e também não há uma condução das ações realizadas por determinação da igreja. Isso reforça a fala do informante-chave, com o destaque para a liberdade fornecida pela Igreja para a realização das suas ações, inclusive com a inserção de pessoas de outra religião como participantes dos grupos.

Diferente dos encontros anteriores, uma participante solicitou a realização de uma oração e todas se reuniram em um círculo no centro do salão. Elas realizaram uma solicitação para Deus abençoar aquele dia e todas finalizaram aquele momento com palmas (Notas de observação de 12 de agosto Prática 3).

O conceito de religiosidade significa envolvimento com as ações da Igreja e na adoração a Deus. É uma extensão na qual o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. A religiosidade preconiza uma adesão às crenças e práticas

relativas a uma igreja ou instituição religiosa organizada (FERREIRA, 2011). Torna-se necessário cuidar da própria espiritualidade e buscar um conhecimento de si por meio de Deus para ser atendido em suas demandas por Ele, de acordo com as diretrizes da instituição. Os discursos evidenciam a religiosidade presente nas práticas, expressa nas ações realizadas pelos sujeitos que caracterizam um compromisso com Deus. A realização de orações, o pagamento do dízimo, a presença nas missas aos domingos reforçam esse comportamento dos sujeitos, que se apresentam inseridos em outras ações realizadas pela igreja além das práticas de promoção da saúde.

Dessa maneira, não há facilidade em despejar as questões de vida e colocá-las no espaço da Igreja com promessas de resoluções imediatas. Torna-se necessário um envolvimento espiritual profundo, com conhecimento das doutrinas da instituição e seguimento das mesmas no plano de vida dos participantes. Conhecer as diretrizes da igreja e viver de acordo com essas normas torna-se fundamental para a imersão na religiosidade.

Eu acho assim, primeiramente Deus, a saúde em primeiro lugar também. Mas eu, quando a gente vai na Igreja, eu participo da missa dia de sábado às sete e meia da noite ((00:03:13)), então eu fico pensando, que as coisas de Deus ((00:03:16)). Muitas vezes você vai na Igreja, você escuta a pregação e aí você fica assim, pensando em tudo o que ele falou, *né*. Jesus fez muita cura, *né*? Mas é assim, muita gente acha que cura é como um milagre, acha que Deus virou mágico, *né*, e não é nada disso. Ele fez o que as pessoas sentiam necessidade de ter, a pessoa corria atrás. Então Deus fez muita cura, muito milagre, mas naquele que falava assim eu vou ser curado, ele corria atrás. Então Jesus tem muito a ver com a saúde, a religião, então, tem muito a ver com a saúde (P2 Prática 2).

Na Igreja existe um preconceito, com um pressuposto de que a Igreja, ela é, só espiritualiza as coisas. Nós oramos por cura, cremos em cura, acreditamos nos milagres de Deus, mas não somos bitolados, *né*? A gente acredita que Deus deu ao médico, aos profissionais da saúde a inteligência, *né*, para que a gente possa cuidar da nossa saúde (IC1 Prática 3).

A Igreja orienta os seus fiéis a cuidar da saúde, realizar a sua parte, para que Deus possa abençoar a vida das pessoas. Em muitos momentos a atuação na Igreja é tida como um fortalecimento da situação de saúde, como um potencializador para a realização de ações que possam promover melhoria da qualidade de vida. A igreja influencia a decisão de adotar um estilo de vida saudável e Krause *et al* (2011) afirmam que essa atitude está relacionada

diretamente com o envolvimento das pessoas com a religião. Yeary, Klos, Linnan (2012) também apontam a igreja como um espaço com efeitos positivos na vida dos sujeitos, promovendo o estímulo à alimentação saudável, realização de atividade física e a diminuição do uso de cigarros. O discurso dos participantes reafirma a literatura:

[...] o pastor sempre fala que tem que cuidar da saúde, porque se você quer fazer a vontade de Deus seu corpo tem que *tá* bem... Porque talvez seu espírito *tá* bom, mas se seu corpo *tá* caindo aos pedaços, como é que faz? [risos] (P1 Prática 4).

Não... Eu acho que sem Deus a gente não é nada. Sempre falo com meus meninos, primeiramente é Deus, depois as outras coisas, tudo ele dá a gente por acréscimo. Então eu falo assim, se a gente quer as coisas não esquece de Deus ((00:08:10)). De vez em quando você precisar ir à Igreja e pedir a Deus. Se você tem saúde você tem disposição *pra* qualquer coisa, mas se você não tem disposição você não tem nada... COM DEUS TUDO É POSSÍVEL (P5 Prática 1).

A Igreja com objetivo de promover a religiosidade apresenta-se também como um espaço de aprendizado e com circulação de saberes. Participar desse espaço promove sabedoria e gratidão em poder ajudar o outro e praticar o bem.

[...] porque é na Igreja que a gente também aprende tantas coisas, aprende a viver verdadeiramente o amor, o perdão, a ver a necessidade do outro, que necessita de um olhar, um abraço, *né*, um sorriso. Então eu vejo que isso me ajuda demais, entendeu? *Me* ajuda muito olhar pro outro e poder também ajudar ele da maneira da gente, na simplicidade, mas você chega, dá um aperto de mão, você abraça. Às vezes a pessoa *tá* pra baixo e de repente ela: “nossa, só de eu chegar aqui e cumprimentar vocês, meu Deus, eu estava tão pra baixo, eu já estou me sentindo tão bem”. Então isso faz bem pra gente, às vezes a pessoa acha que *tá* fazendo bem só pra ela, mas na verdade você também *tá* recebendo, então eu vejo assim (P1 Prática 1).

Eu sempre gostei muito de trabalhar na área social, é muito gratificante, porque você ter a oportunidade, às vezes você pensa que está ajudando as pessoas, mas é ao contrário, as pessoas que estão te ajudando, aquilo volta pra você como bênção, *né*? (C1 Prática 3).

Desse modo, infere-se que a igreja também representa um local de proteção, estabelecendo normas que disseminam saberes e condutas que devem ser seguidas pelos participantes. Ao segui-las, o indivíduo se torna puro, honesto, com valores e princípios norteados por Deus, e assim consegue promover melhor visão de si e da comunidade. A instituição promove uma liberdade para as pessoas, que se sentem protegidas ao cumprirem as normas vigentes. A

instituição, ao transformar o indivíduo, estabelece condições para que ele possa caminhar de forma tranqüila pela comunidade, com liberdade para ir e vir. Ele se torna um sujeito respeitado por seguir os princípios de Deus e assim se tornar uma pessoa honesta. Contraditoriamente, a igreja “ aprisiona” o sujeito ao estabelecer um novo modo de vida, promovendo a construção de um novo indivíduo com novos valores e comportamentos adquiridos após a sua imersão na religiosidade.

Acho que a proteção que Deus me deu hoje, a consciência que eu tenho grande é que eu posso ir e vir, antes eu não podia, não podia interagir, conversar, não tinha essa liberdade. Aonde há o espírito de Deus há liberdade, *tá* escrito na bíblia, isso que me ajudou bastante (C1 Prática 4).

A nova consciência construída após a imersão na instituição reforça a possibilidade de transformação dos sujeitos, que passam a conduzir a vida tendo como suporte a palavra de Deus. A intertextualidade presente no discurso com as expressões “*tá* escrito na bíblia”; “a proteção que Deus me deu” reforça essa análise. Dessa maneira, há uma suposta promoção da liberdade que “aprisiona” as pessoas. Elas necessitam cumprir as ordens da Igreja para servirem de exemplos para os outros e continuarem disseminando a palavra de Deus em detrimento da sua liberdade, antes inexistente.

Hoje eu sou uma nova pessoa, o que era de errado hoje passa a ser certo. Como instruir pessoas que passam chorando nas ruas, *mendingos*, a gente conversa com eles dizendo que a solução que eu tive eles também podem ter, o problema deles também tem jeito, tem solução, morrer não vai adiantar nada e parado ninguém pode ficar, entendeu? (P2 Prática 4).

A outra característica da igreja observada é a sua atuação como espaço que “desperta” a fé das pessoas, promovendo a conscientização de que existe o bem e o mal e que há necessidade de as pessoas cuidarem do lado espiritual para constituir um equilíbrio na vida. Ela estabelece um compromisso dos participantes em cuidar de si mesmos, além de realizar mudanças nos seus hábitos de vida.

Nós pensamos muito a questão da saúde. A gente ensina que “o corpo é templo do Espírito Santo”, por isso nós devemos cuidar muito do nosso corpo. Além da nossa saúde física. Na igreja batista o homem é

espírito, alma e corpo, *né?* Então ele é um espírito, que tem uma alma que habita *no* corpo. Então o espírito é aquilo que teme a Deus, *né*. A nossa parte espiritual, *né*, onde nos fala, onde o coração toca nossas vidas é o lado espiritual. A alma é a sede das emoções, *né*, do intelecto, e o corpo é o que vai nos ligar ao mundo exterior, *né*, vai nos ligar *naquilo* que é matéria. E então nós devemos cuidar do nosso espírito, da nossa alma, do nosso corpo. Cuidar do espiritual, do emocional e da saúde física também. Tudo está ligado, uma coisa à outra. Por isso o cristão é contra os vícios, não fuma, não bebe, não usa drogas, porque, pra não prejudicar o corpo que é o templo do espírito (IC1 Prática 3).

[...] aí vem o lado espiritual, no caso a Igreja, nós, desperta a fé da pessoa, que acaba conscientizando que aquilo ali não é normal [...] (C1 Prática 4).

[...], tem 15 anos que parei com o cigarro, oito anos que parei com a bebida, tem... E não preciso mais, não tenho mais vontade, mas sei também que sou alcoólatra, é uma doença, é como, que aí todo mundo fala, “*pô*, mas Deus não te livrou”, eu falo, “gente, mas eu não sou trouxa, eu sou humano, enquanto eu tiver nessa condição aqui, eu não, eu não, entendeu, eu não vou atentar mais a minha pessoa [...]” (C1 Prática 4).

[...] Porque o trabalho da Prática 4 ensina a gente a ser maduro, ser responsável e ter compromisso, o caráter [...] (P1 Prática 4).

E então, tipo assim, com relação à minha saúde, eu comecei a cuidar mais da minha saúde quando eu cheguei na Igreja. Porque tipo assim eu não tive a minha mãe presente, minha mãe é viva até hoje, mas ela ficou no interior e eu vim pra cá. Então eu vivia largada (P1 Prática 4).

Aqui é muito bom, mas aqui agora tem uma coisa muito boa pra mim, a ginástica. *Nó*, eu chego lá em casa eu até suspendo a minha perna que ela *tá* boa (P4 Prática 2).

Na prática 4, destaca-se a cura realizada pela fé, com ações consideradas impossíveis de ocorrer no campo biomédico, que são resolvidas no campo espiritual, configurando “milagres de Deus”. Os discursos evidenciam a necessidade de as pessoas participarem dos rituais e alimentarem a sua fé, para que seja contemplada efetivamente a realização dos milagres.

[...] eu acabei de citar minha mãe, é provado, tem papéis, tem isso, pra mostrar que ela tinha câncer no útero e através da fé ela foi curada. Eh, tem pessoas curadas de Aids? Tem, é provado, tem testemunhos com comprovação também, têm pessoas em estado terminal também que usou a fé e também saiu dessa situação, como vários outros. Vamos citar esse dois que é pior também, mas tem também artrite, trombose, diabetes, que é incurável também, pressão alta, que não tem cura, é que eles falam que não tem como, por isso que chega no ponto deles, no caso do médico, do trabalho físico deles, é o que eles falam de tomar remédio. Quando a pessoa recebe, ah, você *tá* com diabetes: ou ela controla, ou ela vai partir pra fé (C1 Prática 4).

Surdez, cegueira, fala, coisas que o médico não consegue, eu já vi pessoas se curarem aqui dentro da igreja, nos meus olhos, coisa que eu também não acreditava, não via lá fora (C1 Prática 4).

Aonde chega o impossível pro homem, chega a possibilidade e Deus ajuda, *tá* entendendo? É aí que. A gente vê, é isso que move, tem um livro que fala que a fé, ela move montanhas, pode ser pequena o que for o tamanho da fé da pessoa, mas se ele exercer ela, acabou, não tem problema físico ou espiritual que tenha jeito pra Deus (C1 Prática 4).

Às vezes você não precisa depender de um remédio, às vezes tem coisas que o homem pode sarar, muitas coisas são Deus. E muitas vezes se você vem pra igreja com uma fé, já, motivado, você vai ser curado, não precisa nem... Você vai no médico ((00:04:09)). A pessoa gosta de um atestado médico... Aí ela vem vai na igreja e toma uma água que é unguida, sabe, aí volta no médico e o exame *tá* bom, não tem nada (P2 Prática 4).

Verifica-se a interdiscursividade nos dois campos em confronto, o discurso biomédico e o religioso. Há uma fala com diagnósticos que foram afirmados pelo campo da Medicina, que não podem ser curados pelo método tradicional e necessitam da religião para curá-los.

De modo geral, as práticas, ao promoverem o “despertar da fé”, contribuem com mudanças na vida das pessoas, que passam a acreditar mais em seu potencial, com melhoria da autoestima e promoção de uma expectativa de vida melhor. Elas fornecem suporte para enfrentamentos da vida e o fortalecimento da espiritualidade torna os participantes com ferramentas mais concretas para enfrentamento dos problemas cotidianos.

[...] eu acho assim que se a gente não tiver alguma fé em Deus não adianta a gente tomar remédio porque você tomar um remédio sem fé é a mesma coisa que você tomar um. Aliás, se for uma água com fé ela é remédio, na bíblia fala: “se você tomar um copo de água com fé ela é remédio”. Então a gente tem que ter fé, *né?* (P8 Prática 1).

[...] quanto mais eu procuro palavras para explicar, menos eu consigo me expressar no quanto eu amo esse trabalho, no quanto ele tem me ajudado, em todos os aspectos. Financeiro, sentimental, espiritual, profissional, principalmente, porque a minha vida profissional depois que eu vim, eu me senti capaz. Mesmo que *tá* difícil, eh, sempre com tudo falando que eu não vou conseguir vem a prática 4 e me fala que eu sou capaz, você vai, você é jovem, tem um potencial grande. Então a prática 4 tem sido isso *pra* mim, na minha família, uma jovem que não tinha perspectiva de vida nenhuma, que não tinha comunicação em casa, que não preocupava com nada. Hoje eu tenho um bom relacionamento com a minha família, com a minha mãe (P3 Prática 4).

Uma senhora de 91 anos se aproximou de mim e relatou que, apesar da idade avançada, não possuía nenhum problema de saúde, apenas velhice. Ela apresentava-se lúcida, animada e me relatou que também possuía uma irmã de 94 anos, que também tinha ótima saúde. Ela se

apresentou muito alegre em estar ali e colocou o tanto que faz bem comparecer aos encontros toda semana, mas acha que já estava velha demais para participar (Notas de observação de 29 de julho Prática 2).

Quando já existe uma doença instalada, com a fé há o discurso de que o enfrentamento muitas vezes se torna mais consistente e as pessoas possuem mais segurança e otimismo frente à vida, com grandes expectativas de que ela será curada e haverá melhora da sua situação atual.

Olha uma coisa interessante que eu vi o médico falar uma vez: “olha, eu prefiro tratar paciente que tem fé porque o paciente que tem fé, ele não reclama tanto, agora o paciente que não tem fé a gente passa a maior dificuldade” (C1 Prática 3).

A intertextualidade presente no relato remete às expressões do campo biomédico atuando concomitantemente ao discurso do campo espiritual. Há crença na melhoria do aspecto da saúde da pessoa uma vez que a crença e fortalece a espiritualidade. A existência da fé potencializa o indivíduo a acreditar em sua cura e conduzir da melhor forma o seu estado de saúde. Há possibilidade dos dois campos atuarem de forma complementar, com o objetivo de promover melhorias no estado de saúde das pessoas.

Por outro lado, existe ambiguidade de papéis da religião em relação ao campo do discurso biomédico. Em um momento, os dois campos se apresentam de forma dual, com a necessidade de escolha do sujeito por um ou outro: “quando a pessoa recebe, ah, você *tá* com diabetes: ou ela controla ou ela vai partir pra fé” (C1 Prática 4). O indivíduo precisa decidir qual caminho seguir: “[...] aonde chega o impossível pro homem, chega a possibilidade de Deus [...]”. Assim, a fé surge no momento de maior vulnerabilidade do sujeito, que se encontra fragilizado e “sem saída” para enfrentamento dos problemas cotidianos. Ela atua como o elemento que vai exercer o milagre e reverter a situação difícil de vida.

Diante do exposto, afirma-se que a igreja, a fé e a religião são elementos fundamentais para subsidiar a análise das relações de poder que se expressam nas práticas de promoção da saúde vinculadas às instituições religiosas. Cada elemento possui singularidades que contribuem para a inserção e manutenção dos participantes nessas práticas.

A religiosidade atua como elemento norteador das ações e as igrejas são os espaços reprodutores do discurso religioso que estimulam a fé dos

participantes. Elas exercem forte influência nos modos de viver dos sujeitos e podem interferir em comportamentos e respostas de cada indivíduo nos processos de saúde-doença (FERREIRA *et al.*, 2011). Por meio de sua linguagem, comportamento e valores, as instituições religiosas estabelecem relações de poder constituídas por discursos que determinam verdades e técnicas disciplinares que atuam sobre o corpo e a vida.

Mota, Trad e Villas Boas (2012) prelecionam que após a conversão a religião desempenha papel de produção de sentido que se configura na expressão: “hoje eu sou uma nova pessoa”. Diante da situação de adoecimento dos sujeitos que procuram as práticas, ela se torna uma instância que oferece lógica e coerência aos acontecimentos cotidianos e, até mesmo ao caos, que significa uma situação de adoecimento, um problema de família ou a morte.

Dessa maneira, a religião como prática social atua como reguladora das ações dos sujeitos e determina a lógica de funcionamento das práticas. Ela é determinante no processo de disciplinarização e regulamentação dos seus fiéis, estimulando o desenvolvimento espiritual e norteando o modo de viver dos participantes, tendo em vista sua capacidade de inserção e penetração social (FERREIRA *et al.*, 2011). Os seguidores religiosos se identificam por prescrições: um não come carne de porco, o outro não bebe álcool. As prescrições geram identidade e irmandade, e a disciplina se torna determinante para os sujeitos inseridos nesse processo.

Assim, com a capacidade de penetração no modo de vida dos participantes, a religião atua com técnicas disciplinares que permitem o controle minucioso das operações do corpo. (FOUCAULT, 2009). Segundo Foucault (2004), elas se expressam de várias formas e produzem, a partir dos corpos que controlam, quatro tipos de individualidade: a arte das distribuições que preconiza a distribuição dos indivíduos no espaço; o controle da atividade por meio da organização do tempo; a organização das gêneses exercida pelo nível de conhecimento e a composição das forças.

No estudo, a análise das técnicas de poder pôde ser realizada por meio da observação participante e da análise dos discursos. É possível afirmar que a religião é determinante para a aplicação dessas técnicas nos corpos dos sujeitos, e exerce a sua atuação por meio do uso da instituição religiosa, que promove o estímulo da fé dos indivíduos.

No modo de realização das práticas, que possuem padronização de ações com pouca participação dos sujeitos, a ritualização, com ações com discursos religiosos estabelecidos e uso de artefatos que caracterizam cada religião, contribui para a criação de “regras de convivência” para os participantes. O uso de elementos como a oração, o banho de descarrego e a ingestão da água ungida surgem como normas estabelecidas que permitem o contato dos fiéis com Deus e levam à cura das doenças que afetam o corpo. Dessa maneira, o ato de participar desses processos leva o indivíduo a se disciplinar perante os princípios da Igreja, que exerce a técnica por meio da organização do espaço, que distribui os corpos em uma rede de relações.

Por meio do mecanismo celular de organização do espaço, observa-se uma vigilância das ações realizadas pelos participantes, que se sentem monitorados pela instituição. Importa estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis que contém o discurso religioso e poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um (FOUCAULT, 2009). Nas insituições religiosas, há uma rede estabelecida pelo convívio dos sujeitos, que compartilham experiências e hábitos comuns, promovidos pela convivência. Assim, esses hábitos devem ser seguidos, e a maneira de viver desses sujeitos torna-se norteada pelo discurso religioso.

O controle do corpo por meio da codificação de atividades também se expressa como mecanismo de técnica disciplinar vigente nas práticas. Os sujeitos expressam ações padronizadas, que culminam com gestos bem definidos regulamentados por ciclos de repetição. No processo de ritualização das práticas, as expressões “Em nome de Jesus” e “Senhor, escutai a nossa prece” são repetidas de forma frequente por todos os participantes como maneira de confirmar o que foi dito pelo outro.

Todos os participates elevam as mãos ao alto com gestos semelhantes com uma expressão de agradecimento a Deus. Como nos outros encontros, todos se dirigiram para o salão e assentaram nas cadeiras em círculo, e novamente colocaram pedidos e agradecimentos a Deus. Ao final de cada fala todos repetiam: “Senhor, escutai a nossa prece” (Notas de observação de 01 de julho de 2014)

Por meio da repetição de ações, há a transferência de conhecimento, que eleva os sujeitos a um contato mais próximo com Deus. A forma da

domesticidade se mistura a uma transferência de conhecimento (FOUCAULT, 2009). A organização do tempo, com ações instituídas e estabelecidas previamente, compõem esse caráter disciplinar vigente. O tempo é decomposto em etapas e, para desenvolver a espiritualidade e crescer na instituição, várias ações devem ser realizadas para que o sujeito se estabeleça inserido nas normas vigentes. Vê-se que o conhecimento é adquirido com o tempo por meio da escuta e disciplina: “eu consegui dando ouvido, respeitando, sendo disciplinado”. O tempo medido e pago deve ser também um tempo sem impureza nem defeito, um tempo de boa qualidade e durante todo o seu transcurso o corpo deve ficar aplicado a seu exercício (FOUCAULT, 2009).

Dessa maneira, com o crescimento de cada indivíduo que se propõe a alimentar a sua espiritualidade, tendo o caráter religioso de cada instituição como norteador, ao atuar nos corpos dos indivíduos, há a necessidade de extração de forças nesses espaços. O mecanismo disciplinar de composição de forças é utilizado pela Igreja para moldar seus fiéis em torno do mesmo objetivo.

A instituição atua no estímulo ao desenvolvimento espiritual de cada participante para se constituir em um equipamento forte, com indivíduos compartilhando o mesmo objetivo, fortalecer-se no convívio com a palavra de Deus. A composição de forças produz uma redução funcional do corpo, mas também inserção desse corpo-segmento em todo um conjunto com o qual se articula (FOUCAULT, 2009). A Igreja se fortalece com a composição de forças atuantes, que se ajustam no tempo e espaço para extrair o máximo de forças de cada um e combiná-la em um bom resultado.

A atuação da Igreja induz à busca por uma prática calculada das localizações individuais e coletivas dos sujeitos, dos deslocamentos dos grupos ou de elementos isolados, das mudanças de posição dos corpos (FOUCAULT, 2009). O corpo singular torna-se um elemento que pode se articular com os outros e toda essa combinação de forças exige um bom comando, que se expressa no discurso dos líderes: “a gente não é só 20 pessoas no Independência, até pouco tempo *atrás era* 35 milhões no Brasil todo”.

Diante desse poder disciplinar, percebem-se processos de resistência ao poder instituído, diante do discurso hegemônico da religião. A manutenção da saúde não surge no discurso dos participantes apenas na conversão dos indivíduos às doutrinas de Deus. As relações de poder reclamam a cada instante,

abrem a possibilidade de uma resistência (CASTRO, 2009). Torna-se necessário se certificar com o médico, por meio da realização de exames, se houve mesmo a cura dos problemas do seu corpo após a inserção na religião. E diante do poder instituído pelo discurso religioso, há uma resistência dos indivíduos a crer puramente nesse discurso, estabelecendo mecanismos contestadores. As rotas de fuga surgem diante do poder instituído com o uso de um serviço ou ação para justificar a cura no campo da religião.

No processo de regulação da vida, a igreja exerce o papel de vigilância sobre os fiéis, que assumem compromissos para estimular a sua espiritualidade. Para Foucault (2004), os discursos de verdade da sociedade, por meio da sua linguagem, comportamentos e valores, são relações constituídas de poder e, portanto aprisionam os sujeitos. Essa sensação de prisão é provocada por uma ruptura de vida estabelecida pelos sujeitos, que se tornam novas pessoas, com valores e ética religiosa. O uso da expressão *“hoje eu sou uma nova pessoa”* evidencia esse processo de transformação.

A conversão religiosa é narrada como um processo que implica obediência aos preceitos religiosos e suas lideranças, incluindo o abandono de determinadas condutas e comportamentos. Enquanto os comportamentos aceitáveis são estimulados, os não aceitáveis implicam sanções sociais e até espirituais (MOTA; TRAD; VILLAS BOAS, 2012). O que se configura são mecanismos de circulação de poder que reproduzem padrões e normas que atravessam as relações sociais (SILVA, 2009). A religião sempre teve como função prescrever, e seu poder disciplinador, assim como outros livros sagrados, exerce o papel de estabelecer prescrições alimentares, comportamentais e éticas. A regulação do cotidiano é uma forma que as religiões encontraram para traçar o caminho do profano ao sagrado, do impuro ao puro (CAILLOIS, 2002). É preciso seguir um caminho reto até a divindade. Traçado o caminho são definidos os critérios e as sanções para as transgressões.

Dessa forma, os participantes são inseridos nesses espaços em um panorama de circulação de saberes, que preconiza a prática de atividade física e estimula a adoção de hábitos saudáveis para o cuidado com o corpo, “templo do Espírito Santo”. A religião muitas vezes exerce efeitos positivos nos sujeitos, com a promoção de alimentação saudável, incentivo à prática de atividade física, diminuição do tabagismo e redução do risco de doenças ou prevenção das

mesmas (YEARY; KLOS; LINNAN, 2012). Os discursos evidenciam mais cuidado dos sujeitos com o corpo após a inserção na igreja: “eu comecei a cuidar mais da minha saúde quando eu cheguei na Igreja”.

Esse estímulo sublinha a característica desses espaços em serem considerados locais promotores de saúde. Recentemente essas instituições estão se reconhecendo como espaços físicos e sociais promotores de saúde, inclusive realizando mudanças políticas e práticas para a implementação efetiva dessas ações (WILLIAMS *et al.*, 2012). A Igreja oferece várias ações que estimulam o indivíduo a cuidar do corpo, promovendo benefícios para a sua saúde: “aqui agora tem uma coisa muito boa pra mim, a ginástica”. Assim, a instituição religiosa ao promover saúde atua no processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre e melhorar a sua saúde (FLEURY-TEIXEIRA, *et al.*, 2008).

Além disso, a instituição enfatiza que o exercício de ajudar o outro e fazer o bem, com a determinação de condutas consideradas éticas, contribui para o bem-estar dos sujeitos. A igreja fortalece a situação de saúde dos indivíduos ao atuar como espaço potencializador para melhoria da qualidade de vida com a implantação de técnicas disciplinares que definem certo modo de investimento político e detalhado do corpo (FOUCAULT, 2009). Os saberes que circulam nesses espaços moldam os sujeitos e contribuem para estimular a espiritualidade e para o desenvolvimento da fé dos participantes. Para Foucault (2009), a forma da domesticidade se mistura com a transferência de conhecimento.

Nesse contexto, a religião atua como um meio de lidar com o sofrimento, de interferir no curso de enfermidades físicas e mentais, e como uma forma de construção de possibilidades emancipatórias da vida (ARAUJO *et al.*, 2008). A fé, elemento inserido nesse contexto religioso, produz um importante significado de expressão individual e coletiva, e de promoção do sagrado no cotidiano das pessoas. Pode-se afirmar inclusive que as crenças religiosas remetem à criação de um pensamento otimista sobre proteção divina (ARAUJO, *et al.* 2008). Isso promove um bem estar nos sujeitos, estabelecendo confiança e tranquilidade para enfrentamento das dificuldades do cotidiano. A expressão “DEUS É TUDO PRÁ MIM” reforça o suporte da religião, colocada como primordial para a vida dos sujeitos e responsável por promover melhorias na vida. O estímulo ao crescimento da espiritualidade dos sujeitos inseridos nas instituições religiosas

contribui para identificar a igreja como agente de transformação da sociedade (ISMAIL; DESMUKH, 2012).

Assim, o estímulo da fé exercido pela imersão no contexto religioso promove benefícios para os sujeitos, que se tornam mais confiantes e seguros para lidar com as angústias da vida. Contudo, nota-se o surgimento de um processo de vigilância do indivíduo estabelecida por si mesmo, produzida por mecanismos de subjetivação que se configuram como práticas de constituição de si, no qual o sujeito procura se elaborar, se transformar e atingir um novo modo de ser.

Nesse processo, ele estabelece um posicionamento ativo sobre a sua vida, e se posiciona, num exercício de si sobre si mesmo, elaborando um novo modo de ser instituído pelo discurso religioso. Foucault (1983) afirma que as “ técnicas de si” implicam uma reflexão sobre o modo de vida, sobre a maneira de regular a conduta, de fixar para si mesmo os fins e os meios. O estabelecimento de compromissos exercidos pelos sujeitos estimulados pela fé, se expressam em ações comumente realizadas por sujeitos inseridos nas instituições religiosas, e que são estabelecidas como necessárias para uma melhoria do cotidiano da vida “então eu tenho esse compromisso comigo mesma de ajudar o outro que me faz muito bem”.

Nesse contexto, o sujeito estabelece para si o discurso de verdade produzido na instituição religiosa “se não tem Deus na nossa vida em tudo aquilo que a gente faz é muito vazio”. O poder de normalização da igreja, “no caso a igreja, nós, desperta a fé da pessoa, que acaba conscientizando que aquilo ali não é normal”, é estabelecido como uma verdade que determina novos valores e comportamentos.

Dessa maneira, ações de vigilância sobre o corpo e a vida, como forma de exercer aquilo que é preconizado como certo pela instituição religiosa assumem papel principal no modo de viver dos sujeitos, que promovem sacrifícios e abandonam hábitos que possuíam anteriores à sua inserção na instituição. A busca pela libertação ocorre não somente pela libertação das doenças, mas dos pecados que os indivíduos entendem terem cometido.

Relatos como “tem quinze anos que parei com o cigarro, oito anos que parei com a bebida e não preciso mais, não tenho vontade” reforçam a análise sobre a mudança de hábitos promovida pela espiritualidade, na qual o próprio

participante afirma que parou de realizar ações que faziam parte do seu cotidiano de vida. Ele inclusive enfatiza que “não tem mais vontade”, o que exemplifica a sua mudança de comportamento após a inserção nesse espaço. Esse comportamento se configura como uma libertação de um modo de vida indesejável e, segundo Antoniazzi (1994), a libertação da bebida pela igreja não representa apenas uma forma de sair da dependência, mas um novo estilo de vida. A igreja não cria o desejo de deixar o álcool, apenas reforça-o e oferece um forte apoio à motivação cotidiana para se manter sóbrio. Reforça esse desejo ao definir o alcoolismo como obra do demônio, em que o indivíduo encontra no álcool uma ameaça não apenas à sobrevivência do seu corpo, mas à da sua alma (ANTONIAZZI, 1994).

Assim, o monitoramento exercido pelo sujeito sobre a sua vida reforça a sua necessidade de viver de acordo com os princípios de Deus, e inclusive ressaltando a sua condição de ser humano, passível de cometer erros que podem prejudicar o seu modo de viver “eu não sou trouxa, eu sou humano, enquanto eu tiver nessa condição aqui eu tenho que me cuidar”. Isso destaca a vulnerabilidade do corpo, e a necessidade de vigília sobre o mesmo para que ele não “caia em tentação”, o que pode configurar uma penitência. Dessa forma, ao cometer qualquer ato que esteja em desacordo com os princípios que alimentam a sua fé, o sujeito pode se reconhecer como pecador e penitente, exercendo a sua autopunição (Foucault, 1985).

Nesse contexto, o ato de cuidar de si, estabelece transformações nos sujeitos por meio da formação de princípios de conduta e implicam uma reflexão sobre a maneira de regular a vida. Os sujeitos obedecem ou resistem a uma interdição ou prescrição, pela qual respeitam ou negligenciam um conjunto de valores (FOUCAULT, 1983) “se a gente foi batizado precisa também doar alguma coisa”. O sujeito se cobra e exige de si mesmo ações para tornar seu comportamento conforme uma regra dada.

Dessa forma, o sujeito irá se constituir por meio das “práticas de si”, que são técnicas propostas e impostas por ele por meio da sua espiritualidade “tem que ter muita fé e coragem, um pouquinho de fé Deus multiplica”. A necessidade de acúmulo de experiências no contexto religioso se faz necessária, e assim, por meio das práticas, o sujeito procura se elaborar, se transformar e atingir um certo

modo de ser (FOUCAULT, 1983). Assim, ele estabelece ações necessárias de transformação da sua vida após a imersão no contexto religioso.

Dessa maneira, o discurso religioso pode ser capaz de determinar as relações sociais dos sujeitos, o modo como as pessoas agem, se organizam, pensam e vivem. Os indivíduos que se estabelecem com as doutrinas da Igreja e fortalecem a sua fé, conseguem construir dispositivos que atuam de forma transformadora no cotidiano de vida: “depois que eu vim, eu me senti capaz”. Eles se sentem mais fortes para enfrentar os sofrimentos e angústias vigentes e criam novas formas potenciais de estímulo para viver.

Assim, a Igreja pode atuar como um dispositivo que resgata a fé, a cidadania e a vontade de viver, com vistas ao fortalecimento da autonomia e das habilidades dos sujeitos (FERREIRA *et al.*, 2011). Por outro lado, a busca pelo fortalecimento da espiritualidade, determinante nesse processo de melhoria de vida, perpassa um caminho de sacrifícios e submissão ao poder disciplinar e regulamentador instituído pelas igrejas.

6.3 Poder e potência

O poder se constitui em uma relação de forças que se encontra presente nos espaços sociais e está nas relações dos indivíduos. Nas práticas de promoção da saúde do estudo, as relações de poder exercem influência nos sujeitos, que são submetidos a técnicas de poder quando da realização das ações.

As relações de poder expressam-se nas práticas que fazem parte do cotidiano de vida das pessoas. Nessas instituições religiosas, que se constituem como espaço de convivência dos participantes, as tecnologias de poder utilizadas envolvem o uso de técnicas disciplinares, que atuam sobre os corpos dos indivíduos, e de mecanismos reguladores que atuam sobre a vida.

O uso da palavra “corpo” no discurso dos participantes salienta a atuação do poder disciplinar que se expressa de forma minuciosa no controle dos gestos, comportamentos e modos de pensar dos indivíduos.

[...] o pastor sempre fala que tem que cuidar da saúde, porque se você quer fazer a vontade de Deus seu corpo tem que tá bem. Porque talvez

seu espírito *tá* bom, mas se seu corpo *tá* caindo aos pedaços, como é que faz? [risos] (P1 Prática 4).

Acredito que a religião faz bem tanto *pra* saúde do corpo quanto da alma, a gente não pode viver sem Deus, *né?* (P8 Prática 1).

A gente ensina que “o corpo é templo do Espírito Santo”, por isso nós devemos cuidar muito do nosso corpo. Além da nossa saúde física. Na igreja batista o homem é espírito, alma e corpo, *né?* .Então ele é um espírito, que tem uma alma que habita *no* corpo. Então, o espírito é aquilo que teme a Deus, *né?* A nossa parte espiritual, *né*, onde nos fala, onde o coração toca nossas vidas é o lado espiritual. A alma é a sede das emoções, *né*, do intelecto e o corpo é o que vai nos ligar ao mundo exterior, *né*, vai nos ligar *naquilo* que é matéria. E então nós devemos cuidar do nosso espírito, da nossa alma, do nosso corpo (IF1 Prática 3).

Nota-se a normatização do discurso, que estabelece a importância do cuidado com o corpo como premissa para uma melhoria da saúde. Há uma intertextualidade na fala do informante-chave da prática 3, que cita a passagem da bíblia com a expressão “o corpo é templo do Espírito Santo”, para reforçar a importância do discurso da religião. São, então, instituídas ações a serem realizadas para que o indivíduo seja capaz de alcançar bem-estar físico, espiritual e mental: “[...] o corpo é o que vai nos ligar ao mundo exterior [...]” (IF1 Prática 3).

Isso posto, há uma sujeição do indivíduo em contato com essas técnicas disciplinares que atuam sobre o seu corpo e ele passa a realizar sacrifícios com o objetivo de atingir o equilíbrio norteado pelo discurso religioso instituído.

Cuidar do espiritual, do emocional e da saúde física também. Tudo está ligado, uma coisa à outra. Por isso o cristão é contra os vícios: não fuma, não bebe, não usa drogas, porque, *pra* não prejudicar o corpo que é o templo do espírito (IF Prática 3).

No discurso acentua-se a necessidade de cuidado com o corpo, livrando-o de hábitos que não são saudáveis e que possam fazer mal. Há uma ordem de Deus instituída pelo discurso religioso, que instaura a necessidade de cuidado com o “corpo físico” além do bem-estar espiritual. Em contrapartida, estar inserido na instituição religiosa não garante a saúde ao indivíduo. Ele se sente em constante vigília para não ter recaída e retornar aos vícios responsáveis por debilitar o seu corpo: “[...] eu tomo os remédios direitinho, ((00:02:27)) é muito bom pra mim mesmo” (P4 Prática 1).

[...] tem 15 anos que parei com o cigarro, oito anos que parei com a bebida, tem. E não preciso mais, não tenho mais vontade, mas sei também que sou alcoólatra, é uma doença, é como, que aí todo mundo fala, *pô*, mas Deus não te livrou, eu falo, gente, mas eu não sou trouxa, eu sou humano, enquanto eu tiver nessa condição aqui, eu não, eu não, entendeu, eu não vou atentar mais a minha pessoa, porque aquilo ali provém de algumas coisas que não *vai* mais fazer bem pra mim [...] (C1 Prática 4).

O participante ressalta que apresentou melhora dos seus vícios após sua inserção na Igreja, porém se declara como “ser humano” e que apenas isso não traz a sua cura. Ele tem que se manter em vigília para não buscar novamente o caminho do mal.

Isso reforça o discurso de conscientização do cuidado com o corpo, inclusive ao citar o conteúdo da bíblia, que possui registros de sujeitos que tiveram doenças, opinando que apenas alimentar o espírito não é suficiente para a garantia de um corpo íntegro: “se fosse assim, na bíblia, Abrão ficou cego, então todo mundo, na Era de Jesus, já na época de Deus as pessoas já ficavam com o corpo físico debilitado e precisa sim de conscientizar e a prática 4 faz esse trabalho” (C1 Prática 4).

É nítida a vulnerabilidade do corpo, exposto às técnicas de poder que monitoram suas ações. Nas práticas, o corpo se apresenta ao mesmo tempo de forma integral e fragmentada, representado por suas partes (coração, coluna, rins). O coração surge como um espaço da alma, responsável pela captação de energia do nosso corpo:

A nossa parte espiritual, *né*, onde nos fala, onde o coração toca nossas vidas é o lado espiritual (IF1 Prática 3).

O coração, ele é fonte de muita energia, boa, ruim ou má, sensível a conduzir a pessoa a acertar ou errar, a fazer o que é bem ou mal (C1 Prática4).

Na prática 1, os órgãos representam partes do corpo doentes que necessitam da cura. A busca por remédios e tratamento surge como uma tentativa de aliviar esses sintomas que emergem do corpo.

[...] ela chora, ela sente dor no estômago, a alimentação dela, ela não alimenta nada, perde o apetite totalmente, chora, o TEMPO INTEIRO ela chora. Ela perde o dia inteiro, não vai pra escola, nada, só fica deitada, sente dor pelo corpo inteiro, entendeu? (P3 Prática 1).

[...] no início do ano eu tinha alergia no olho, eh, umas dores assim que eu achava que era coluna quando eu vi era *rins* [...] (P7 Prática 1).

As substâncias e equipamentos utilizados no tratamento realizado se configuram como artefatos utilizados na prática, que atuam no corpo dos sujeitos. Além das substâncias utilizadas, a coordenadora também tem como instrumento norteador da prática um livro, expressão do saber-poder, que a auxilia no momento da definição de qual conduta decidir para cada sujeito:

Olha, tem a homeopatia, os chás, a oração, o diálogo, o reiki, que é a terapia japonesa que a gente faz, eh, o que mais, tem a tintura *né?* (C1 Prática 1).

Bom, é assim, eu converso primeiro, vejo o que ela está falando, e depois aí eu atesto e passo os remédios, se precisar de uma oração eu faço, se precisar de uma terapia eu faço, se precisar de tintura eu passo, aí no caso dela aí eu posso dar uma tintura dependendo do caso que ela me contar rapidinho e aí eu libero ela. [...]. Então, assim, eh, aí vou ali, atesto ali, passo na homeopatia, mando comprar na farmácia, aí o que tem aqui o chá eu não cobro. Passo a chá, mas não cobro, porque o dinheiro que eles doam é pra comprar as ervas (C1 Prática 1).

Há uma busca por tratamento médico e espiritual dos sintomas que emergem do corpo, reforçando a necessidade de atuação dos dois campos, biomédico e religioso, na cura. “Acredito que a religião faz bem tanto pra saúde do corpo quanto da alma, a gente não pode viver sem Deus, *né?*” (P8 Prática 1).

Quando a Medicina para, quando não tem mais jeito pra ela. Então a pessoa mesmo fala assim, se o médico não acredita que eu posso recuperar a minha saúde, aí que entra assim, a permissão. É do corpo físico ficar ruim, que aí entra a mão de Deus (C1 Prática 4).

A biopolítica, a outra tecnologia de poder utilizada nas relações dos indivíduos, tem como premissa comum ao poder disciplinar a normatização. Contudo, difere em outros elementos do biopoder, ao lidar com a população como problema biopolítico e se constituir como mecanismo regulador da vida, atuando no modo de viver dos sujeitos (FOUCAULT, 2009).

No discurso, os participantes se remetem à vida como algo que se constitui como condição do bem-estar e da harmonia. O discurso estabelecido pela existência da espiritualidade e de hábitos saudáveis e cuidado com o corpo favorece o processo de “viver bem a vida”, situação condicionante para os participantes se considerarem felizes.

[...] é muito gratificante você ver as pessoas melhorando, *né*, da saúde, melhorando, procurando, eh, viver uma vida mais saudável, *né?* (P2 Prática1).

E a saúde é algo que é importante na nossa vida. Como a gente vai conseguir levar esse trabalho à frente se a gente não tiver bem no físico? Como eu vou conseguir ajudar outras pessoas se eu não começar a cuidar da minha saúde, e se eu não estiver bem fisicamente, como eu vou realizar esse trabalho? (P3 Prática4).

A religiosidade atua como um fator que contribui para a melhoria da vida, considerada primordial no discurso dos sujeitos. O campo biomédico com a ação de cuidado com a saúde surge como importante, contudo, a vida não se torna completa sem a presença de Deus: “[...] se não tem Deus na nossa vida, em tudo aquilo que a gente faz é tudo muito vazio [...]” (P1 Prática1). “Bom, primeiramente é Deus na vida da gente e depois os médicos” (P1 Prática3).

A temporalidade no discurso enaltece a importância de Deus, ator social presente e determinante para a melhoria da vida. Ele se apresenta em primeiro lugar, como primordial, seguido pelos médicos.

A inserção nas práticas é um processo que melhora a qualidade de vida e a vida é o resultado de um contexto físico, mental e espiritual e envolve todo o processo de relações de poder que emergem nos sujeitos, inclusive em todos os espaços em que ele circula.

Nesse aspecto biopolítico, as igrejas tornam-se responsáveis por instituir ações de controle da vida dos sujeitos inseridos nas práticas, que são modificados e moldados pelo discurso religioso vigente. Observa-se no discurso dos participantes da prática 4 a influência da religião em todos os aspectos que da vida desses sujeitos, que se tornam pessoas “novas”, com princípios de vida diferentes daqueles que possuíam antes de frequentar as práticas.

[...] ele não é simplesmente um trabalho social, sabe, ele vai além disso, ele ensina a gente a como reagir em todas as situações da nossa vida, EM TUDO (P3 Prática 4).

[...] Porque o trabalho da prática 4 ensina a gente a ser maduro, ser responsável e ter compromisso, o caráter [...] (P1 Prática 4).

Você está conversando com Deus que você não vê, mas que funciona, aí acaba você vendo na vida das pessoas que são transformadas, que são curadas, que são libertas. As pessoas a maioria não entende que tem a ver com a fé, que é o que a gente tá proporcionando para as pessoas aqui dentro. É uma forma de abordagem de trazer o jovem aqui pro nosso lado, a prática 4 ajuda bastante nisso aí, não só a prática 4, mas a igreja em si, é como lançar a rede *pra* pescar... (C1 Prática 4).

A difícil situação de vida e o estado de sofrimento acentuado que levaram esses participantes a procurar a Igreja para ajudá-los reforça a necessidade de uma ruptura do cotidiano de vida desses sujeitos e necessidade imediata de mudança no modo de viver.

Aí eu fui pra maconha, já comecei a experimentar no mundo aí fora uma gíria que fala, o mesclado, a mistura de maconha com outras drogas, e minha vida só afundando. Então eu pedi ajuda à minha mãe, *vamu dizer assim*, eu não tava aguentando mais essa situação, eu tava com 23 anos quando eu cheguei aqui (C1 Prática1).

Bom, assim, a Igreja me chamou a atenção porque eu vivia em um estado de calamidade, miséria total, as principais. Depois veio a depressão, vida sentimental completamente destruída, família também, eu trabalhava, roubava, fazia caixa dois, aquelas coisas de jovem. Cheguei até a ser dono de lava-jato, mas infelizmente comecei a meter as mãos nas coisas que não era chamado. Enfim, cheguei aqui pra minha vida ser totalmente mudada, vou ser uma nova pessoa (P2 Prática 4).

A pessoa chega, é o seguinte, se a pessoa *tá* bem na família e a outra não *tá*, infelizmente foi ensinado a ela que se ela se oferecesse para determinados espíritos ou demônio, se aquela pessoa não pudesse ter, no caso aquela pessoa que oferecesse, ela também não tinha, *tá* entendendo? Então é mais ou menos assim, foi ensinado assim pra própria pessoa, e às vezes a própria vida ensina *pra* pessoa inveja, *né*, eh, eh, *maus olho*, que também é inveja, e a pessoa é atingida, *vamu dizer assim*, saúde, útero (C1 Prática1).

Assim, o envolvimento com as ações da Igreja surge como uma salvação, uma mudança da concepção de vida e libertação do mal. Há tentativa dos sujeitos de conseguir construir uma vida íntegra, com nova formulação de hábitos que possam nortear uma vida plena.

Hoje eu sou uma nova pessoa, o que era de errado hoje passa a ser certo. Como instruir pessoas que passam chorando nas ruas, *mendingos*, a gente conversa com eles dizendo que a solução que eu tive eles também podem ter, o problema deles também tem jeito, tem solução, morrer não vai adiantar nada e parado ninguém pode ficar, entendeu? (P2 Prática 4).

Olha, eu me sinto melhor na Igreja porque lá fora eu, tipo assim, quando eu *tava* lá eu me preocupava em usar drogas, a minha preocupação era querer *tá* na rua (P1 Prática 4).

Acho que a proteção que Deus me deu hoje, a consciência que eu tenho grande é que eu posso ir e vir, antes eu não podia, não podia interagir, conversar, não tinha essa liberdade. Aonde há o espírito de Deus há

liberdade, tá escrito na bíblia, isso que me ajudou bastante (C1 Prática1).

Nessa linha, os resultados permitem afirmar que coexistem nas instituições religiosas ações de caráter disciplinar sobre o corpo e ações regulamentadoras da vida. A religião representada por Deus e instituída pela Igreja surge como uma prática social norteadora do uso das tecnologias de poder, que se expressam nesses espaços. Segundo Foucault (2004), em qualquer sociedade existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social, e elas não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem produção, acumulação, circulação e funcionamento do discurso.

Os discursos dos participantes revelam uma atuação das relações de poder nas instituições religiosas, que se expressam nas práticas com a disseminação de novos saberes que configuram um incentivo à ajuda ao próximo, o cuidado com o corpo e o estímulo a realização de hábitos saudáveis, e a padronização dos comportamentos dos sujeitos segundo as doutrinas de cada Igreja.

As expressões “a gente ensina”; “o pastor sempre fala que”; “a gente pede eles pra procurar Deus” reafirmam a Igreja como espaço norteador de discursos de verdade, que transmite e reproduz efeitos do poder. Dessa maneira, os participantes que estão submetidos às relações de poder são julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder (FOUCAULT, 2004).

O cuidado com o corpo estabelecido como necessário para uma saúde íntegra capaz de servir a Deus promove a busca por hábitos saudáveis que possam curar os seus malefícios. A cada corpo assim definido corresponde um poder de afetar e ser afetado (PELBART, 2009).

Na lógica da promoção da saúde, o corpo se torna afetado por vários aspectos, que compreendem as relações sociais constituídas de acesso à alimentação, educação, trabalho, renda, lazer, paz e ambientes saudáveis (MARCONDES, 2004). O acesso à novos saberes produzidos pela prática inserida no contexto da religião, promove aos participantes adoção de hábitos

saudáveis que, atravessados pelo discurso religioso, reforçam o cuidado com o corpo como novo modo de viver.

O corpo, “templo do espírito santo”, deve se manter forte e saudável, para que o sujeito alimente a sua espiritualidade e seja um servo de Deus. Tornando-se alvo dos novos mecanismos do poder, oferece-se a novas formas de saber (FOUCAULT,2009). O conteúdo do discurso religioso atribui a responsabilidade de cuidar de si ao indivíduo, acatando os novos saberes disseminados na instituição. O discurso do pastor demonstra esse achado: “a gente ensina que ‘o corpo é o templo do Espírito Santo’, por isso nós devemos cuidar muito do nosso corpo”. Isso leva os fiéis a entenderem o corpo como um instrumento de Deus, utilizado para ascendência à espiritualidade e melhoria da condição de vida, pois “o corpo é o que vai nos ligar ao mundo exterior”. Assim, sua integridade favorece melhor condição de saúde associada ao crescimento da sua espiritualidade.

Assim, com impacto direto sobre o corpo dos sujeitos, a religiosidade e a espiritualidade são fatores associados à melhoria da saúde e favorecem a adoção de um comportamento saudável. A associação entre religiosidade e condutas de saúde parece ser decorrente, ao menos em parte, das doutrinas adotadas pelas diferentes denominações religiosas, que proíbem comportamentos sabidamente danosos à saúde, além de prescrever condutas que podem ter impacto positivo em muitos indicadores de saúde (BEZERRA, *et al.*, 2009). Dessa maneira, o exercício da promoção da saúde nas igrejas, é favorecido pelo estímulo do cuidado com o corpo como premissa de vida. Assim, a promoção da saúde e a educação em saúde “obrigam” os sujeitos à se sacrificarem pelo corpo.

Ao atuar no momento de inserção dos sujeitos nas práticas, o corpo que surge fragmentado, com várias partes doentes e com demanda de tratamento emergencial, necessita ser curado em sua integralidade por meio da imersão nos princípios religiosos e que contribuem para alimentar a espiritualidade. Em sua integralidade ele se constitui também de “espírito e alma” e a saúde somente pode ser conquistada com o equilíbrio desses fatores. O corpo como objeto de poder serve como alvo de implantação e produção de efeitos reais (FOUCAULT, 2004) e “se você quer fazer a vontade de Deus, o seu corpo tem que *tá* bem”. A adoção de hábitos saudáveis surge como uma norma que se dirige ao corpo

individual e que modela os indivíduos submetidos ao poder, que orienta os sujeitos do “como” fazer (FOUCAULT, 2009).

A conduta dos coordenadores das instituições norteada pela bíblia que reproduz a palavra de Deus reafirma o cuidado da integralidade do corpo e justifica a contrariedade da Igreja aos vícios, que adoecem o corpo. O pastor, informante-chave da prática 3 ressalta que “por isso o cristão é contra os vícios: não fuma, não bebe, não usa drogas, pra não prejudicar o corpo, que é o templo do espírito”. O indivíduo torna-se um efeito do poder, com a realização de sacrifícios e mudanças de comportamentos após a sua inserção na Igreja: “tem 15 anos que parei com o cigarro, oito anos que parei com a bebida”. A igreja estabelece a normatização de hábitos e comportamentos. O uso de substâncias que promoviam prazer ao sujeito ou a realização de ações que faziam parte da sua vida cotidiana passam a ser condenados e novos modos de viver são estabelecidos. Os sujeitos incorporam o discurso em sua vida e atuam de acordo com o que é certo, compreendendo e incorporando esses novos valores adquiridos: “e não preciso mais, não tenho mais vontade”.

O exercício da disciplina supõe um dispositivo que obrigue pelo jogo do olhar: um aparelho cujas técnicas que permitem ver induzam os efeitos do poder e, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam (FOUCAULT, 2005). O ato de exercer qualquer atitude que não esteja coerente com os princípios religiosos torna-se passível de punição ou possível expulsão desses espaços: “a gente não faz nada sem direção, sem obediência”. Assim, o poder age pelo efeito de uma visibilidade geral. Há condução do sujeito aos efeitos do poder, oferecendo a ele um comportamento, modificando-o (FOUCAULT, 2005)

A vigilância torna-se um operador econômico decisivo, na medida em que é ao mesmo tempo uma peça interna no aparelho de produção e uma engrenagem específica do poder disciplinar (FOUCAULT, 2005). A forma de organização das ações na Igreja, a assiduidade e o comportamento dos participantes são monitorados dentro e fora das instituições. As pessoas estabelecem compromissos com Deus, que devem ser seguidos. Assim, cria-se nessas instituições religiosas uma sociedade de normalização, com atuação do poder disciplinar em toda parte e sempre alerta, com a presença de jogo ininterrupto de olhares calculados (FOUCAULT, 2005).

Encontra-se nesses espaços uma normatização do comportamento, dos discursos, dos desejos (FOUCAULT, 2004). A Igreja representa uma proteção de Deus, ator social determinante para disseminar o bem e nortear as ações corretas a serem seguidas pelos sujeitos.

Assim, quanto aos mecanismos de poder exercidos na sociedade, coexistem o poder disciplinar que atua sobre o corpo e o biopoder, que se expressa pela regulamentação da vida. Esse novo tipo de poder se produz no rompimento dos sujeitos com o seu modo de vida atual e no reconhecimento do corpo como realidade biopolítica.

A biopolítica surge como a entrada do corpo e da vida, bem como de seus mecanismos no domínio dos cálculos explícitos do poder, fazendo do poder-saber um agente de transformação da vida humana (PELBART, 2009). No discurso dos participantes, pode-se perceber a influência da religião que vai além do corpo físico, com ações direcionadas para a constituição do sujeito como ser humano, em toda a sua integralidade, com aspectos que fazem parte da vida em sua totalidade: “a prática 4 ensina a gente a ser maduro, responsável, ter compromisso, caráter”; “ensina a gente a reagir em todas as situações da nossa vida”.

Dessa forma, surge um novo corpo, corpo múltiplo, com a noção de população, e instaura-se um biopoder que “faz viver” (FOUCAULT, 2009). A regulamentação surge como nova forma de atuar sobre os sujeitos na sociedade, constituindo um poder que se incumbiu tanto do corpo quanto da vida. Ela se faz em direção não ao homem-corpo, mas ao homem-espécie.

Em certo sentido, o poder da regulamentação obriga à homogeneidade; mas individualiza, permitindo medir os desvios, os níveis, fixar as especialidades e tornar úteis as diferenças, ajustando-as umas às outras (FOUCAULT, 2005). O indivíduo é afetado pelas relações de poder em todos os aspectos da sua vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença. Nota-se a transformação da vida: “aí acaba você vendo na vida das pessoas que são transformadas, que são curadas”. O poder já não se exerce sobre sujeitos de direito, mas sobre seres vivos, de cuja vida ele deve encarregar-se (PELBART, 2009).

A biopolítica vai, então, extrair o seu saber da natalidade, da morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio e, a partir daí, definir o

campo de intervenção do seu poder (FOUCAULT, 2005). Ela atua na vida dos sujeitos, moldando-os e promovendo mudanças no seu modo de pensar perante a sua vivência, que se expressa no discurso dos participantes: “o que era de errado hoje passa a ser certo”. Apuram-se, inclusive, mudanças nos relacionamentos interpessoais dos sujeitos, promovendo resgate da socialização desses indivíduos nesses espaços, o que contribui para melhoria de vida: “hoje eu tenho um bom relacionamento com a minha família, com a minha mãe”. A qualidade, o padrão das relações sociais resulta, portanto, em elemento com ampla e inquestionável determinação sobre a saúde (FLEURY-TEIXEIRA, *et al.*, 2008).

Nesse sentido, o discurso confirma a atuação do biopoder nas relações dos indivíduos inseridos na prática, que estabelece ações para uma ruptura de vida, com caráter transformador para os sujeitos. A religião nessa lógica de atuação do biopoder surge, segundo Mota, Trad e Villas Boas (2012), como uma libertação de um modo de vida indesejável. A conversão se realiza em termos de ressignificação de práticas e crenças religiosas, modificação de hábitos e remodelação do comportamento. Torna-se necessário para o sujeito ter uma nova vida, com novos princípios e valores que levam à total transformação (SWATOWISKI, 2009). Ao mesmo tempo em que se promove a coexistência de novos valores com os já consolidados, a conversão deve ser encarada como uma ruptura com o passado. Assim, o poder atua para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências, daí por diante a morte, como termo da vida, é evidentemente o termo, o limite, a extremidade do poder (FOUCAULT, 2005).

Segundo Pelbart (2009), a vida contempla o direito à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade e à satisfação de todas as necessidades. Ela é a réplica política dos novos procedimentos do poder, que é uma dimensão biopolítica na sociedade de controle. E a atuação na mudança de pensar dos sujeitos e no modo de viver contribui para esse aspecto transformador que caracteriza esse biopoder: “a consciência que eu tenho grande é que eu posso ir e vir”.

Pode-se afirmar que os dois mecanismos de poder atuam nas práticas de promoção de saúde analisadas. O poder disciplinar com foco no corpo dos indivíduos e a regulamentação da vida embasam as ações e expressam formas de poder que afetam os sujeitos inseridos nesse processo, promovendo mudanças na sua vida.

Os indivíduos, ao se submeterem às relações de poder instituídas nessas igrejas, desenvolvem potências para enfrentamento da vida, com estímulo para a construção de novos saberes, antes desconhecidos. O corpo que se apresenta frágil, doente, sinônimo de certa impotência submetido às relações de poder atuantes, extrai uma potência superior, contrariando a sua situação vulnerável (PELBART, 2009). Assim, o discurso mostra uma mudança de comportamento após a inserção nesses espaços: “antes eu não podia interagir, conversar, não tinha essa liberdade”; “a proteção que Deus me deu hoje, a consciência que eu tenho grande é que eu posso ir e vir”; “aqui me respeitaram por eu ser humano”. Nesse novo regime, o poder é destinado a produzir forças, fazê-las crescer e ordená-las, mais do que barrá-las ou destruí-las. Gerir a vida mais do que exigir a morte (PELBART, 2009).

Assim, a biopolítica assume a atuação em um sujeito vivo, afetado, um corpo que sofre de suas afecções, de seus encontros, da alteridade que o atinge, da multidão de estímulos e excitações, que cabe a ele selecionar, evitar, escolher, acolher. Ela se torna capaz de assumir um sentido inverso, positivo, mais abrangente e até liberador, em alusão à vitalidade social e a sua potência política (PELBART, 2009). Associa-se a isso, nesse contexto, uma maior capacidade do sujeito de atuar sobre os determinantes de sua saúde, com a possibilidade de construção de uma autonomia crítica sobre o seu modo de viver, com novas formas de promover saúde no seu cotidiano. De forma contraditória, ao poder sobre a vida responde a potência da vida. A sujeição ao poder produz uma potência política que permite ao sujeito criar, produzir e fazer variar as suas formas de vida, promovendo mudanças no seu modo de ver e viver o mundo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender como se expressam as relações de poder que permeiam as práticas de promoção da saúde vinculadas às instituições religiosas permitiu identificar os mecanismos de exercício do poder nesses espaços, configurando o modo de afetar e ser afetado que faz parte dos sujeitos. Foi possível identificar que as ações que ocorrem nesses espaços, especialmente considerando-se a vulnerabilidade social do território, possuem particularidades promovidas pela prática social da religião, norteadora do modo de viver dos indivíduos inseridos nessas instituições.

Tendo-se a complexidade do território e a distribuição espacial das igrejas, foi possível identificar a grande proliferação de instituições evangélicas, especialmente as pentecostais e neopentecostais como predominantes, reforçando a sua implantação rápida em áreas de maior vulnerabilidade social. A Igreja católica se apresentou com ações de promoção da saúde mais consolidadas, com um público fixo e assíduo, configurando práticas reconhecidas pela comunidade.

A partir da observação participante realizada, pôde-se captar a realidade do território e compreender o processo de organização das práticas, que se expressavam em um âmbito institucional com normas e regras bem definidas. Os discursos dos participantes ressaltaram a normatização vigente, além de evidenciarem a atuação dos mecanismos de poder disciplinar e de regulação da vida, atuando de forma simultânea nessas ações. A sensação de vigília, o monitoramento dos gestos, modos de vestir e maneira de agir confirmaram a atuação de vigilância estabelecida pela religião, configurando modos padronizados de vivência dos sujeitos.

No contexto do mapeamento realizado, foi possível identificar que as práticas 1 e 4 se assemelharam na sua maneira de organização, com promessas de cura e tratamentos imediatos, e conseqüente resolução dos problemas vivenciados pelos sujeitos no momento da inserção nessas ações. Nas práticas 2 e 3, destacou-se a promoção da convivência e a socialização, reforçando a presença de um público fixo e assíduo, que demonstrou grande motivação em participar e garantir a sua permanência nesses espaços.

Os resultados revelaram que a inserção nessas práticas é revestida de uma polarização da busca pela cura e pelo cuidado. A busca pela cura possui uma temporalidade que marca esse fato, com a procura pela religião caracterizada por tentativas anteriores por outros modelos de tratamento da saúde sem sucesso. Além disso, a situação de vida difícil das pessoas que estão inseridas nas práticas exibe uma busca emergencial por um espaço que possa promover alívio momentâneo de situações difíceis ou uma radical ruptura com o passado, promovendo uma mudança de vida. Já a busca pelo cuidado envolve a necessidade de socialização e acolhimento, com a tentativa de possuir uma ocupação e estabelecer vínculos e relações sociais que possam fornecer um suporte para o enfrentamento das situações difíceis do cotidiano de vida dos sujeitos.

Assim, os aspectos que determinam a manutenção desses indivíduos nesses espaços surgem no formato de técnicas disciplinares sobre o corpo, que atuam moldando os sujeitos, estimulando-os a seguir o caminho de Deus para que ocorra um crescimento espiritual capaz de salvá-los e promover melhoria de vida. Nesse contexto, a imersão em ações realizadas nas instituições e a constante vigília nos gestos e comportamentos a que se submetem os indivíduos promovem uma mudança de valores estabelecida pela religião, norteadora dos modos de viver dos sujeitos. Além disso, o próprio sujeito também contrói sobre si um olhar vigilante, capaz de monitorá-lo em suas ações cotidianas, que devem seguir as diretrizes disseminadas pela religião. Para o sujeito se tornar um novo ser humano, torna-se necessária uma mudança de vida permeada pelo caminho religioso, e norteador pela fé. O indivíduo se mantém em constante vigília para se manter no caminho de Deus e não ter nenhuma recaída que possa debilitar o seu corpo.

Ao utilizar o método da análise crítica do discurso para análise dos dados, identificou-se a contribuição do discurso como elemento constituinte da prática social do cotidiano dos participantes. Nesse cenário, a religião representa a prática social e surge como expressão do poder que promove a padronização do comportamento dos sujeitos, que a ele se submetem. A procura pela inserção nesses espaços representa uma busca pela saúde, cura e melhoria de vida; e os sujeitos salientam uma resistência ao modelo biomédico tradicional, com a

criação de rotas de fuga ao estabelecer contato com o campo religioso, produtor de sentido, e que preconiza melhor controle e equilíbrio na vida.

Afirma-se que a religião utiliza as igrejas como espaços potenciais de promoção da saúde ao estabelecer discursos de verdade que preconizam o cuidado com o corpo e o estímulo aos hábitos saudáveis.

A presença de rituais religiosos que promovem o crescimento e desenvolvimento da fé e espiritualidade, o uso da bíblia como instrumento norteador da palavra de Deus e o estabelecimento de compromissos com a religiosidade tornam-se primordiais nas práticas analisadas. Os participantes são “convidados” a produzir novas histórias, construir novos modos de saber-viver, inseridos em um cenário norteado pela religiosidade.

No campo da prática discursiva, ressalta-se o confronto do campo biomédico com o campo religioso, no momento em que há um processo de resistência dos fiéis a acreditar apenas na cura das doenças com a imersão nas ações da prática religiosa. Torna-se necessário realizar exames e ir ao médico para documentar a sua cura e comprovar para si e para os outros que realmente houve a cura da doença diagnosticada. Nesse momento, a cura geralmente é precedida pela participação do sujeito em um ritual religioso e do exercício da sua fé. Por outro lado, os dois campos podem agir de forma complementar, com a religiosidade atuando como elemento fortalecedor do tratamento médico tradicional. O uso da fé contribui para o melhor enfrentamento das doenças e o indivíduo se torna um paciente mais seguro e confiante no seu tratamento.

Assim, o discurso religioso, ao contribuir para a construção de relações sociais entre as pessoas, produz sentido para os sujeitos, que utilizam expressões para realçar esse fato. Textos que se remetem à bíblia são geralmente inseridos nos discursos dos coordenadores, como maneira de afirmar a veracidade do discurso religioso. Além disso, o uso da expressão “graças a Deus” surge como termo importante da hegemonia da religião. Todas as melhorias e conquistas são atribuídas a Deus. As palavras “cura”, “curado” e “transformado” ressaltam no discurso religioso a necessidade de o sujeito se transformar e se tornar uma nova pessoa, o que reforça a necessidade de cura e libertação promovida nesses espaços.

As relações de poder atuam nos sujeitos inseridos nas igrejas, promovendo medicalização dos comportamentos, dos discursos e dos desejos.

Os mecanismos de poder disciplinar e a regulação da vida atuam de forma simultânea nos indivíduos, que se apresentam com corpos doentes, fragmentados e com diversas fragilidades que promovem desarranjos na vida. Os corpos frágeis tornam-se suscetíveis e vulneráveis à ação da religião, determinante no modo de viver desses sujeitos. Contudo, esse caráter biopolítico da religião se constitui em uma possibilidade de transformação da vida humana, possibilitando aos sujeitos adquirir uma potência de vida que permite criar, produzir e fazer variar as suas formas de vida, promovendo mudanças no seu modo de ver e viver o mundo.

As situações de fragilidade do corpo e da vida anteriores à inserção desses indivíduos nas práticas culminam com a procura de espaço que possa resolver os problemas da vida. Assim, o corpo que se apresenta frágil, doente, sinônimo de certa impotência, extrai uma potência superior, contrariando a sua situação vulnerável. Os indivíduos, ao se submeterem às relações de poder instituídas nessas igrejas, desenvolvem potências para enfrentamento da vida, com estímulo para a construção de novos saberes, antes desconhecidos.

Dessa maneira, o estudo proporcionou um novo olhar sobre as relações sociais estabelecidas nas práticas de promoção da saúde vinculadas às instituições religiosas. A lógica da análise dos discursos dos participantes, influenciados pelas relações de poder que traspassam esses espaços, trouxe uma visão crítica do panorama de realização das ações e do impacto que elas promovem na vida dos sujeitos.

As igrejas como espaços de promoção da saúde, promovem a possibilidade de focar nos indivíduos os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento, atuando em uma nova concepção de vida que envolve o bem estar físico, mental, espiritual e social. Além disso, elas podem ser consideradas espaços de fortalecimento da comunidade, pois atuam na construção de saberes dos sujeitos, com a inclusão de estímulos a hábitos de vida saudáveis, que proporcionam melhoria da qualidade de vida.

Por meio do incentivo ao fortalecimento da atuação social, e da formação de redes de proteção e cuidado, as igrejas promovem processos autonomizantes, que permitem aos sujeitos atuarem sobre os seus determinantes de saúde, aprimorando a sua qualidade de vida. Assim, as práticas de promoção da saúde vinculadas às instituições religiosas potencializam formas mais amplas de intervir em saúde, considerando o sujeito em sua integralidade.

Diante da complexidade do estudo, reconhecem-se como limites da pesquisa a análise do sujeito sob a ótica do pesquisador, realizada em um território delimitado.

Torna-se necessário aprofundar a atuação da promoção da saúde em instituições religiosas, visto que há evidências de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos inseridos nessas instituições. Como possibilidade de continuidade do estudo, a realização de uma análise comparativa com a abordagem dos aspectos de cada religião pode contribuir para melhor conhecimento das práticas, assim como o seu modo de intervenção na vida dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- AMADOR, D.V.; SILVA, K.L. Promoção da saúde: histórico, conceito e práticas no contexto da saúde coletiva. *In*: SOUZA, M.C.M.R.; HORTA, N.C. **Enfermagem em saúde coletiva, teoria e prática**. Cap. 2, v. único, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 16-23, 2012.
- ANTONIAZZI, A. Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo, n. 269. Editora Vozes 1994.
- ARAÚJO, M.F.M., et al. O Papel da Religiosidade na Promoção da Saúde do Idoso. **Rev. Bras. De Promoção da Saúde**, v. 21(3):201-208, 2008.
- AYRTON, D. *et al.* Historical overview of church involvement in health and wellbeing in Australia: implications for health promotion partnerships. **Aust J Prim Health**, v. 18, n. 1, p. 4-10, 2012.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: www.pbh.gov.br/smsa/regionalbarreiro/apresentacao. Acesso em: 08 set.2013.
- BEZERRA, J., *et al.* Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. **Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health**, v.26, n.5, p.440-446, 2009.
- BIRMAN, P. Memória, Política e Gestão religiosa do espaço: evangélicos em comunidade. Religião e Metrópole. *In*: MAFRA, C.; ALMEIDA, R. **Religiões e cidades**. São Paulo: Terceiro Nome, p. 168-193, 2009.
- BOPP, M.; WEBB, B. Health promotion in megachurches: an untapped resource with megareach? **Health Promot Pract**, v. 13, n. 5, p. 679-86, Sep. 2012. Epub 2012 Apr
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
- BUSS, I.T.S. *et al.* Promoção da saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-8, 2006 abr-jun.
- BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-38, 2003.
- CAILLOIS, Roger. L'homme et Le sacré. Paris, Gallimard, 2002.
- CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAMURÇA, M. Panorama religioso do catolicismo e do protestantismo no Brasil. **Rev Magis – Cadernos de Fé e Cultura**, n. 14, p. 2-12, 1996.

CAMURÇA, M. Entre sincretismos e “guerras santas”: uma tentativa de tipologia das relações travadas no cenário religioso brasileiro. **Rev USP**. São Paulo, n.81, p.173-185, março/maio 2009.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

DREHER, M.N. Um esboço da história do protestantismo no Brasil. *In*: CAMURÇA. **Curso de Verão**: Ano III. Edições Paulinas/Cesep, 1984.

FERNANDES, R.C. Religiões populares: uma visão parcial da literatura recente. **IUPERJ**, Rio de Janeiro, n. 18, 1982.

FERREIRA, A.G.N. *et al.* Promoção da saúde no cenário religioso: possibilidades para o cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre-RS, v. 32, n. 4, p. 744-50, dez. 2011.

FERREIRINHA, I.M.N.; RAITZ, T.R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 367-83, mar/abr, 2010.

FAIRCLOUGH, N. **The dialectics of discourse**. Trad. de Izabel Magalhães. Textus 14, pp. 231-242, 2001.

FERREIRA NETO, J.L.; KIND, L. Promoção da saúde: uma discussão teórico-metodológica com base em Foucault. *In*: FERREIRA NETO, J.L.; KIND, L. **Promoção da saúde**: práticas grupais na estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec, p. 23-53, 2011.

FLEURY-TEIXEIRA, P. *et al.* Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, pp. 2115-22, 2008.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Trad. Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. 4. ed., Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: o cuidado de si**. Trad. Roberto Machado. 10. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 19. ed., Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FOUCAULT, M. **O Uso dos Prazeres e as Técnicas de Si**. *In op.cit* vol V.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 36. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 291 p.

GOMES, E.C. Ser Única e Universal: materializando a Autenticidade na Cidade do Rio de Janeiro. *In*: MAFRA, C.; ALMEIDA, R. **Religiões e cidades**. São Paulo: Terceiro Nome, p. 111-132, 2009.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.

ISMAIL, Z.; DESMUKH, S. Religiosity and Psychological Well-Being. **Intern Journal of Business and Social Science**, v.3, n.11: June 2012.

KOCK, I.V. **A interação pela linguagem**. São Paulo, Contexto: 1997.

KRAUSE, N.; SHAW, B.; LIANG, J. Social relationships in religious institutions and healthy lifestyles. **Health Educ Behav**, v. 38, n. 1, p. 25-38, Feb., 2011.

MAGNANI, J.G.C. Religião e Metrópole. *In*: MAFRA, C.; ALMEIDA, R. **Religiões e cidades**. São Paulo: Terceiro Nome, p. 20-28, 2009.

MAGALHÃES, I. **Eu e tu: a constituição do sujeito no discurso médico**. Brasília: Thesaurus, 2000.

MAGALHÃES, I. Teoria crítica do discurso e texto. **Linguagem em (Dis)curso – LemD**, Tubarão, v. 4, n. esp, p. 113-131, 2004.

MALTA, D.C. *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-85, jan.-mar., 2009.

MARCONDES, W.B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 5-13, jan.-abr. 2004.

MENDONÇA, A.G. Um panorama do protestantismo brasileiro atual. *In*: LANDIM, L. (org.) **Sinais dos tempos**: tradições religiosas no Brasil. Rio de Janeiro: Iser, 1989.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. edição, São Paulo: Hucitec, 2010.

MOTA, C.S.; TRAD, L.A.B.; VILLAS BOAS, M.J.V.B. O papel da experiência religiosa no enfrentamento de aflições e problemas de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 42, set. 2012.

PANZINI, G.R. *et al.* Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista Psiquiatria Clínica**, n. 34, supl. 1, p.105-115, 2007.

PELBART, P. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. 1. reimp., São Paulo: Iluminuras, 2009. 433 p.

POGREBINSCHI, T. **Foucault para além do poder disciplinar e do biopoder**. Lua Nova, n.63, PP.179-201.

RAMALHO, V.; RESENDE, V. **Análise de discurso (para a) crítica**: o texto como material de pesquisa. Campinas: Pontes, 2011.

RESENDE, V. **Análise de discurso crítica e realismo crítico**. São Paulo: Pontes, 2009.

ROSA, M.S. Um bairro e várias percepções: diferentes lugares de reprodução social da vida. *In*: STOTZ, N.E.; VALLA, V.V. **Educação, saúde e cidadania**. 2. ed., Petrópolis, RJ, 1994, cap. 1, p. 15-18.

SILVA, K.L. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. 182 f. Tese (doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da UFMG; Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SILVA, S.S. *et al.* Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Rev Esc Enferm, USP** v. 43(Esp2), p. 1187-92, 2009.

SWATOWISKI, C.F. Dinâmicas espaciais em Macaé: lugares públicos e ambientes religiosos. *In*: MAFRA, C.; ALMEIDA, R. **Religiões e cidades**. São Paulo: Terceiro Nome, p. 51-67, 2009

TANG, T.S. *et al.* Training peers to deliver a church-based diabetes prevention program. **Diabetes Educ**, v. 38, n. 4, p. 519-25, Jul-Aug., 2009. Epub 2012 May 18.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURCI, M. A. **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. HMP Comunicação, 2008, 432 p.

TRICIA, S.T. *et al.* Training peers to Deliver a Church-Based Diabetes Prevention Program. **The Diabetes Educator**. May 18, 2012.

WILLIAMS, R.M. *et al.* A study of rural church health promotion environments: leaders "and members" perspectives. **J Relig Health**, v. 51, n. 1, p. 148-60, Marc. 2012.

YEARY, K.H.; KLOS, L.A.; LINNAN, L. The examination of process evaluation use in church-based health interventions: a systematic review. **Health Promot Pract**, v. 13, n. 4, p. 524-34, Jul. 2012. Epub 2011 Nov. 18.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO ESTRUTURADO

Roteiro 1

Nome:
Instituição religiosa a que pertence:
Cargo/função na instituição:
Tempo na ocupação do cargo/função:
Formação:
Trajetória:
1) O que você entende por promoção da saúde?
2) Quais ações de promoção da saúde são desenvolvidas por esta igreja?
3) Como você percebe a relação entre a igreja e a saúde? Qual o papel da igreja/religião na saúde das pessoas?

Roteiro 2

Nome:		
Idade:	Estado civil:	Ocupação:
Endereço:		
Problema de saúde:		
1) Cite as ações de promoção da saúde nas quais você está envolvido (na igreja ou em outros espaços):		
2) Fale sobre sua participação nessas atividades (por que você veio participar, quando começou, como tem sido participar dessas ações)		
3) Como você percebe a relação da religião com a saúde?		

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: PODER SOBRE A VIDA OU POTÊNCIAS DA VIDA: PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VINCULADAS ÀS INSTITUIÇÕES RELIGIOSAS

Prezado(a) Sr.(a),

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. O objetivo da pesquisa é analisar as práticas de promoção da saúde vinculadas às instituições religiosas. A pesquisa é realizada por mim, Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Roberta Viegas Magalhães, sob orientação da Professora Doutora Kênia Lara Silva.

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa por estar envolvido(a) com as ações realizadas nas instituições religiosas e também por ser representante dessas instituições. Sua participação na pesquisa faz-se necessária para melhor conhecimento das práticas religiosas de promoção da saúde nesses espaços. Para isso, é necessário esclarecer-lhe em relação a alguns procedimentos:

- a) A entrevista será audiogravada, para garantir a reprodução fidedigna das suas opiniões sobre as questões perguntadas.
- b) Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos para responder à entrevista. Caso não se sinta confortável, você deve relatar ao pesquisador imediatamente, para a suspensão da entrevista.
- c) Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- d) Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, às coordenadoras da pesquisa, Kênia Lara Silva e Roberta Viegas Magalhães, que podem ser encontradas na Escola de Enfermagem da UFMG no endereço Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG. CEP: 30130-100. Para mais esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, entre em contato

com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6.627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar, CEP: 31270-91. Tel: (0xx31) 3409-4592. *E-mail*: coep@prpq.ufmg.br.

- e) As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiro. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa.
- f) Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos ao participante.
- g) Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.
- h) Os benefícios da pesquisa referem-se à possibilidade da produção do conhecimento sobre a temática e a influência na definição de políticas públicas.
- i) Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.
- j) Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

Roberta Viegas Magalhães

Kênia Lara Silva

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o pesquisador sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__.

Nome/ assinatura do participante

APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Poder sobre a vida ou potências da vida: práticas de promoção da saúde em instituições religiosas

Pesquisador: Kênia Lara Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25677113.7.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 509.587

Data da Relatoria: 07/01/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de Mestrado a ser realizado por uma aluna da Escola de Enfermagem da UFMG, sob a orientação de docente da Escola.

Objetivo da Pesquisa:

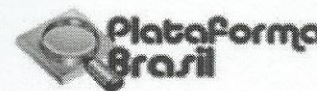
A pesquisa tem por objetivo analisar as relações de poder nas práticas de promoção da saúde vinculadas às instituições religiosas. A autora considera que as práticas religiosas podem promover a saúde, através da compreensão e inclusão dos participantes em atividades comunitárias e de promoção da ajuda mútua, mas podem também limitar a liberdade individual através da imposição de padrões de comportamento considerados desejáveis. O estudo pretende examinar as práticas de quatro comunidades religiosas (católica, batista, metodista e pentecostal) através de entrevistas semi-estruturadas com uma amostra de seus membros (20 pessoas). Os relatos obtidos serão submetidos a análise do discurso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos apontados pela pesquisadora limitam-se a algum constrangimento no decorrer da entrevista, mas fica claro no TCLE que o sujeito poderá interromper sua participação quando desejar.

APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 509.587

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta é bastante complexa, mas factível. Os roteiros de entrevista são simples, com questões genéricas que buscam captar a opinião dos entrevistados sobre a questão da pesquisa - as relações de poder implicadas em práticas religiosas de promoção da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está redigido de maneira adequada, em forma de convite, e esclarece suficientemente sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como sobre os direitos do entrevistado; parecer consubstanciado do departamento, folha de rosto, etc.

Recomendações:

A solicitação foi devidamente atendida: Apresentou TCLE para os representantes da instituição religiosa, uma vez que serão entrevista exploratória sobre o conjunto de práticas desenvolvidas em cada instituição.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela aprovação do projeto "Poder sobre a vida ou potências da vida: práticas de promoção da saúde em instituições religiosas" da pesquisadora Kênia Lara Silva

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 13 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)