

“Práticas terapêuticas populares e religiosidade afro-brasileira em terreiros no Rio de Janeiro: um diálogo possível entre saúde e antropologia”

por

Marcio Luiz Braga Corrêa de Mello

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Simone Santos Silva Oliveira

Segundo orientador: Prof. Dr. Fernando Sérgio Dumas dos Santos

Rio de Janeiro, julho de 2013.

Esta tese, intitulada

“Práticas terapêuticas populares e religiosidade afro-brasileira em terreiros no Rio de Janeiro: um diálogo possível entre saúde e antropologia”

apresentada por

Marcio Luiz Braga Corrêa de Mello

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Coutinho Aleksandrowicz

Prof. Dr. Marcus Vinicius Campos Matraca

Prof. Dr. Alberto Lopes Najjar

Prof.^a Dr.^a Lucia Rotenberg

Prof.^a Dr.^a Simone Santos Silva Oliveira – Orientadora principal

Tese defendida e aprovada em 18 de julho de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M527 Mello, Márcio Luiz Braga Corrêa de
Práticas terapêuticas populares e religiosidade afro-
brasileira em terreiros no Rio de Janeiro/; um diálogo
possível entre saúde e antropologia. / Márcio Luiz
Braga Corrêa de Mello. -- 2013.
xiii,120 f. : il. color.

Orientador: Oliveira, Simone Santos
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Processo Saúde-Doença. 2. Antropologia. 3.
Religião e Medicina. 4. Assistência Integral à Saúde. 5.
Psicanálise. 6. Eficácia Simbólica. 7. Umbanda.
8. Candomblé. I. Título.

CDD – 22.ed. –

Dedico ao meu filho, João Paulo e aos meus pais, Carlos Ramiro (*In Memoriam*) e
Liege.

AGRADECIMENTOS

Neste momento tão especial tenho a alegria de agradecer a Deus por cada dia vivido, cada lição aprendida e todas as bênçãos que me concedeu, e pelo privilégio de conhecer tantas pessoas que contribuíram para que eu chegasse aqui, e que, ainda que não sejam citadas, merecem a minha sincera gratidão.

Aos meus pais, Carlos Ramiro (*In memoriam*) e Liege, pelo carinho, atenção e por representarem a origem de tudo o que sou.

À minha “madrinha” Margarida pelo carinho em todos os momentos.

Às minhas avós Arlette, Ignês (*In Memoriam*) e Neusa (*In Memoriam*) e ao avô Odilon (*In Memoriam*) por tudo que representam e representaram em minha vida.

À minha orientadora, professora Simone Santos Oliveira, pela ousadia, sensibilidade, e generosidade na orientação deste trabalho.

Ao meu co-orientador, professor Fernando Dumas pelos ensinamentos, principalmente durante as entrevistas.

Ao professor Gilberto Velho (*In Memoriam*) com quem tive a honra de compartilhar momentos de aprendizado em suas aulas no Museu Nacional - UFRJ

Aos professores Alberto Najar, Ana Maria Aleksandrowicz e Diana Lima pelos ensinamentos, incentivos e, por valorizar o potencial criativo das pessoas que os rodeiam.

À professora Clara Saraiva pela oportunidade e acompanhamento do estágio de doutoramento realizado no Centro em Rede de Investigação em Antropologia, em Lisboa.

À professora Tania Araújo-Jorge pela receptividade no Instituto Oswaldo Cruz, oportunidade de realização do doutorado, confiança e incentivos ao meu trabalho.

Aos meus professores do doutorado pelo que cada um representou em minha formação.

À Rita Linhares pelo incentivo e ajuda na elaboração do projeto inicial.

Aos dirigentes e frequentadores de todos os terreiros estudados, especialmente do Centro Espírita São Lázaro – Filhos de Obaluaê nas pessoas de Elson Matias e Solange Matias, por terem aberto a possibilidade de pesquisa.

À Vanise Costa pelos acalorados debates e grande aprendizado ao longo da pesquisa de campo.

Aos meus amigos e companheiros do doutorado, pelo convívio e aprendizado.

Aos meus amigos do SEGET-IOC pela compreensão e pelo apoio, em especial Wania Santiago e Seir Barros.

Aos meus amigos do LITEB-IOC pela receptividade, confiança e convivência diária.

À Stephanie Godiva e Adrielle Fernandes pela convivência e ajuda nas entrevistas.

Aos trabalhadores da Coordenação de Pós-graduação e Secretaria acadêmica da ENSP, principalmente Joselmo e Fábio, respectivamente.

A todos aqueles que, ao longo da minha vida, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

A presente tese é composta de três artigos que abordam, sob o prisma da antropologia da saúde, a importante relação entre saúde, cultura e religião na sociedade brasileira. O primeiro artigo teve como objetivo contribuir para a discussão da complementaridade existente entre o sistema de saúde oficial e as terapêuticas religiosas, procurando refletir sobre de que maneira as práticas culturais e religiosas dialogam ou podem dialogar com a biomedicina. Este artigo ressalta que um efeito importante da religião é a mudança do significado de uma doença para o doente, não implicando necessariamente na remoção dos sintomas, mas na transformação positiva dos significados atribuídos à doença e ao sofrimento. A religiosidade dá sentido à vida diante da doença ao criar uma rede social de apoio. A análise das informações coletadas nos permitiram afirmar que as práticas religiosas se constituem em lugares de acolhimento, de cura e de saúde para aqueles que as buscam, constatando que a prática religiosa tem complementado as práticas médicas oficiais na sociedade brasileira. O segundo artigo alia os conceitos de saúde/doença e práticas terapêuticas de terreiros de Umbanda, trabalhados no primeiro artigo aos de terreiros de candomblé no Rio de Janeiro e o relaciona a um dos maiores desafios do SUS: a realização do seu princípio normativo da integralidade. Consideramos a diversidade de práticas como um dos aspectos mais relevantes nos cuidados de saúde. Neste artigo, foi reconhecido o caráter misterioso da vida, destituindo o lugar de onipotência da biomedicina, o que assegura novas possibilidades, pois práticas não-convencionais podem ser complementares à biomedicina e contribuir para o enfrentamento dos desafios a uma atenção à saúde na perspectiva de sua integralidade. O terceiro artigo tem como pano de fundo o exercício de valoração de uma forma ampliada de se compreender a complexidade do processo saúde-doença: por um lado incorporando conhecimentos psicológicos, sociais e culturais aos biológicos, e por outro acrescentando à abordagem biomédica uma perspectiva de cunho mítico. Nele, nos detivemos na contribuição dos saberes que a Psicanálise pode, em nossa visão, contribuir com a Saúde em termos de exercício de intersubjetividade, considerando a Eficácia simbólica. Ao final desta tese, propusemos dois desafios. Primeiro, o de serem consideradas as práticas terapêuticas afro-brasileiras como tema de discussão na agenda das políticas públicas. O segundo desafio proposto acentua a importância do elemento psicológico na integralidade perseguida.

Palavras-chave: Processo saúde-doença, antropologia, religião e medicina, integralidade, Umbanda e Candomblé, eficácia simbólica, psicanálise.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fotografias da Entrada do Centro Espírita São Lázaro – Filhos de Obaluaiê – Santa Cruz, Rio de Janeiro/RJ.....	27
Figura 2 – Entrada do Centro em dia de Festa da Crianças.....	28
Figura 3 – Visão da rua.....	28
Figura 4 – Fotografia da Oração final na Festa de Seu Zé, todos de mão dadas – 2009.....	31
Figura 5 – Fotografia Assentamento de Seu Zé preparado para festa – 2010.....	32
Figura 6 – Fotografia do Altar	33
Figura 7 – Seu Zé e Malandrinho na Festa de Seu Zé - 2010.....	34
Figura 8 – Presentes ofertados à Seu Zé em sua festa – Festa Seu Zé – 2010.....	35
Figura 9 – Consulta com Seu Zé em Festa das crianças - 2010.....	36
Figura 10 – Mesa de Seu Zé – Festa de Seu Zé 2011.....	37
Figura 11 – Fotografia da Festa Seu Zé – 2011.....	37
Figura 12 – Festa de Seu Zé - 2011.....	38
Figura 13 – Seu Zé, dando consulta – Festa de Seu Zé 2011.....	38
Figura 14 – Fotografia da Consulta com Seu Zé, em sua festa - 2011.....	39

Figura 15 – Fotografia da Festa de Seu Zé – 2011.....	39
Figura 16 – Oração Final na Festa de Seu Zé – 2011.....	40
Figura 17 – Ritual de agradecimento e encerramento do Ano - Dez/2011.....	40
Figura 18 – Festa do Caboclo – Fev 2012.....	41
Figura 19 – Festa do Caboclo – Fev 2012.....	41
Figura 20 – Festa de Iemanjá – Praia da Barra - Fev 2012.....	42
Figura 21 - Barco com oferendas para Iemanjá.....	43
Figura 22 - Festa Seu Zé – Nov/2012.....	44
Figura 23 - Enfeites que foram distribuídos na Festa de Seu Zé – Nov/2012.....	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CEP Conselho de Ética em Pesquisa

COC – Casa de Oswaldo Cruz

CRIA – Centro em Rede de Investigação em Antropologia

ENSP Escola Nacional de Saúde

ESF Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

IESP – Instituto de Estudos Sociais e Políticos

IOC – Instituto Oswaldo Cruz

LITEB – Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PDEE Programa de Doutorado com Estágio no Exterior

PPCIS – Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais

PSF Programa Saúde da Família

RJ – Rio de Janeiro

SEGET – Serviço de Gestão do Trabalho

SUS Sistema Único de Saúde

TIC Tecnologias de Informação e Comunicação

UE União Européia

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UBS Unidade Básica de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNL – Universidade Nova de Lisboa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
PARTE I	
A Saúde e a Antropologia da Saúde no Brasil.....	6
Cultura e religião na sociedade brasileira.....	12
PARTE II	
Percurso metodológico.....	20
Alguns extratos do Diário de Campo: escrito e fotográfico.....	27
PARTE III	
Saúde, Religião e Cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras.....	46
Cura e cuidado na tradição afro-brasileira: contribuições para atenção integral à saúde.....	67
A Cura e o Sagrado: a Saúde Pública, a Antropologia e a Psicanálise dialogam sobre intersubjetividade e eficácia simbólica.....	88
PARTE IV	
Considerações Finais.....	110
Referências Bibliográficas.....	114
Anexo.....	118
Apêndice	119

Introdução

"Tudo o que é humano é ao mesmo tempo psíquico, sociológico, econômico, histórico, demográfico. É importante que estes aspectos não sejam separados, mas sim que concorram para uma visão poliocular. O que me estimula é a preocupação de ocultar o menos possível a complexidade do real." (Morin, 1984).

Esta tese está estruturada no formato de artigos. É composta de três artigos que, embora sejam independentes, se entrelaçam e revelam diferentes pontos do tema abordado. O primeiro artigo da tese já se encontra aprovado para publicação. Já, o segundo e o terceiro artigos encontram-se em processo de avaliação.

Cabe, de início, mencionar que a aproximação com o tema proposto se deu já ao longo do curso de doutorado, uma vez que havia ingressado no mesmo com outro objeto de pesquisa. Tal aproximação se deu durante a realização da disciplina "Leituras e Interpretações sobre a Formação do Brasil", cujo responsável principal é o professor Alberto Najar do Departamento de Ciências Sociais da ENSP. Principalmente na confecção do trabalho final foi se delineando um "novo" objeto de estudo: a abordagem da antropologia e sua relação com a saúde na sociedade brasileira. Fato este que me instigou a cursar outras disciplinas externas ao Programa de Saúde Pública, como "Sociologia e Antropologia da Religião" (IESP-UERJ), "Etno-história da Saúde e da Doença" (COC-FIOCRUZ), "Antropologia Urbana" (Museu Nacional-UFRJ), "Teoria Antropológica" (PPCIS-UERJ), "Antropologia da Religião" (UNL), entre outras.

Dessa forma, construímos um percurso teórico no campo da antropologia da saúde, levando substantivamente em conta fatores socioculturais e psicológicos, para além do modelo biomédico. Como Ferreira (2012) assinala, esta ênfase equivale à exploração de novas fronteiras conceituais e epistemológicas. Ao fazê-lo, buscamos dar aos conteúdos explorados, no campo das ciências humanas e sociais, ênfase no fator 'saúde' em relação ao fator 'doença' na compreensão das dinâmicas do adoecer. A escolha do termo "antropologia da saúde" também reflete nossa escolha sob este ângulo. Da mesma forma, na medida em que concordamos com a orientação segundo a qual a decisão epistemológica reflete aquela metodológica (Minayo e Deslandes, 2008), fomos impregnando, progressivamente, a pesquisa com as alianças interdisciplinares que foram sendo estabelecidas ao longo do percurso.

Uma primeira aliança disciplinar que exploramos foi entre a antropologia da saúde (tendo por base a concepção de cultura de Geertz, segundo a qual esta se constitui como uma rede de significados, abrangendo os múltiplos fenômenos sociais) e a religiosidade (sob o prisma dos processos de cura verificados sob a égide desta). A religiosidade – em especial a multifacetada religiosidade brasileira – incorpora, de forma paradigmática, a preferência pela saúde, na medida em que ao resignificar a doença, a partir de rituais, o faz em prol de uma vida percebida como mais plena. Assim, foram-se impondo os terreiros de Umbanda e Candomblé do Rio de Janeiro como campo de pesquisa, que levaram posteriormente aos estudos de antropologia urbana. As ideias de Velho e de Simmel também foram importantes, pois o entendimento de como valores individualistas e a participação a múltiplos núcleos de pertencimento sociocultural, no que diz respeito as trajetórias de cura de cada pessoa, alicerçaram o nosso gradual envolvimento com outra parceria interdisciplinar; desta vez com a psicanálise.

A riqueza cultural da sincrética sociedade brasileira foi cada vez mais se revelando o pano de fundo ideal, perfeitamente ajustado aos personagens retratados na tela que se esboçava para a defesa de uma tese: a de que a racionalidade mítica expressa em diferentes rituais de cura fosse ganhando relevo significativo em relação ao modelo biomédico hegemônico. Nos termos de uma ampla definição de ‘religiosidade’, nossa sociedade dá particular sustentação simbólica à crença em espíritos, assim como endossa a veracidade de mecanismos, como os de transe, possessão e mediunidade, que permitem aos indivíduos em sua dimensão terrena incorporar as forças de caráter sobrenatural “desencarnadas”. Observa-se que, desta forma, “dribla-se” o aspecto sombrio da morte. A vida se impõe soberana, por sobre a “barreira provisória” da extinção das funções fisiológicas, muitas vezes referida pelos religiosos como sendo a “passagem”. Não nos detivemos nas investigações antropológicas deste pormenor por privilegiar um dos focos centrais da tese, a cura como resignificação dos sintomas, mas devemos ressaltá-lo agora, dentro da justificação epistemológica que promovemos da força de uma Antropologia da Saúde, cujo eixo é a vida-saúde ao invés da doença-morte.

É necessário lembrar da cumplicidade que insistimos existir no Brasil entre a medicina convencional e as práticas religiosas. Uma delas é que muitas vezes os nossos profissionais de saúde são membros ativos-participantes de uma crença específica, ou se favorecem de uma atmosfera que a todas acolhe em caráter solidário.

Dadas estas premissas, segue-se a escolha da metodologia etnográfica para estudar os terreiros de Umbanda e Candomblé do Rio de Janeiro para acompanhar prolongada e minuciosamente as situações e revelar os significados dessas vivências. Assim como a utilização das histórias de vida, que ressaltam a singularidade de um indivíduo, de um lado, e o contexto social e histórico em que está inserido, de outro.

O primeiro artigo, “Saúde, Religião e Cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras”, construído em parceria com a professora Simone Oliveira, foi submetido ao periódico científico Saúde e Sociedade em abril de 2012 e aprovado para publicação em janeiro de 2013 (anexo). Esse trabalho teve como objetivo contribuir para a discussão da complementaridade existente entre o sistema de saúde oficial e as terapêuticas religiosas, procurando refletir sobre de que maneira as práticas culturais e religiosas dialogam ou podem dialogar com a biomedicina. Aponta-se a necessidade de melhorias nas práticas e políticas de saúde, a partir do conhecimento dessa relação, ao se considerar as formas com que os indivíduos vivenciam e interpretam a doença, o sofrimento e a dor, especialmente as inscritas no campo afro religioso. O artigo traz uma crítica ao modelo biomédico; um histórico do reconhecimento da relevância dos aspectos culturais para a saúde e das contribuições das ciências sociais, em geral, e da antropologia, em particular para o campo da saúde pública; considerações sobre a relação religião e saúde no Brasil e no Rio de Janeiro. É o resultado da primeira etapa do doutorado, ou seja, de uma pesquisa exploratória qualitativa de caráter etnográfico num templo religioso afro-brasileiro (terreiro de Umbanda) que discute o contexto religioso da Umbanda e sua relação com a saúde na cidade do Rio de Janeiro. Nesse artigo, como uma primeira aproximação do campo, procuramos sinteticamente dar ênfase aos fundamentos da religião umbandista e aos aspectos cosmológicos deste universo cultural, principalmente em relação à forma como classifica-se a doença e a saúde, nos limitando a algumas referências que permitissem o entendimento desta religião e sua inserção na pesquisa.

O segundo artigo, “Cura e cuidado na tradição afro-brasileira: contribuições para atenção integral à saúde”, também em parceria com a professora Simone Oliveira, foi submetido a outro periódico científico. Esse manuscrito alia os conceitos de saúde/doença e práticas terapêuticas de terreiros de Umbanda, trabalhados no primeiro artigo aos de terreiros de Candomblé no Rio de Janeiro e o relaciona a um dos maiores desafios do SUS: a realização do seu princípio normativo da integralidade. Nele, a partir da noção vitalista de saúde proposta por Canguilhem (2009), utilizamos a abordagem

etnográfica do primeiro momento, complementada com o registro de histórias de vida de dirigentes e frequentadores de diferentes terreiros. Apresenta-se os resultados e sua análise, organizados sob a forma de três eixos temáticos de acordo com os objetivos da pesquisa de doutorado. Essa etapa diferencia-se particularmente da estudada no artigo anterior em função da maior heterogeneidade dos conceitos acerca da saúde/doença, uma vez que abarca duas religiões diferentes (as duas religiões afro-brasileiras de maior importância no Brasil), o que possibilitou a ampliação de nossa compreensão sobre a relação do universo afro-brasileiro com a saúde. Conduzimos um estudo que valoriza os saberes afro-descendentes, considerando suas práticas terapêuticas como possível tema de discussão na agenda das políticas públicas de saúde.

O terceiro artigo, “A Cura e o Sagrado: a Saúde Pública, a Antropologia e a Psicanálise dialogam sobre intersubjetividade e eficácia simbólica” em parceria com a professora Ana Maria Alecsandrowicz, foi submetido a outro periódico também em abril de 2013 e tem como pano de fundo o exercício de valoração de uma forma ampliada de se compreender a complexidade do processo saúde-doença: por um lado incorporando conhecimentos psicológicos, sociais e culturais aos biológicos, e por outro acrescentando à abordagem biomédica uma perspectiva de cunho mítico. O diálogo que propomos partiu da constatação da amplitude ainda não reconhecida o suficiente dos territórios da Saúde Pública na contemporaneidade, tanto na produção conhecimentos pertinentes aos seus campos de atuação quanto em sua colocação em prática, no nível da gestão e no plano do atendimento a indivíduos e grupos sociais. Aqui, nos detivemos na contribuição dos saberes em que a Psicanálise pode, em nossa visão, contribuir com a Saúde em termos de um específico exercício de intersubjetividade, incrustado nos aspectos urbanos mais contemporâneos da Cultura, exercendo a Eficácia simbólica dentro deste outro universo simbólico. Entendemos a ‘cura’ enquanto resignificação positiva da vida e um dos vórtices conceituais mais desafiadores no processo saúde-doença. Intentamos aproximar saúde pública, antropologia e psicanálise, trazendo novos ingredientes ao debate. Esse terceiro artigo, além de tentar abrir “novos caminhos e reflexões”, foi uma síntese da tentativa de aproximação do pesquisador com um outro campo do conhecimento científico e com os estudos da professora Ana Maria Alecsandrowicz. Aproximação esta iniciada na disciplina “Leituras e Interpretações sobre a Formação do Brasil” no programa de Saúde Pública da ENSP/Fiocruz que teve prosseguimento por ocasião da 28ª Reunião Brasileira de Antropologia (RBA) com a elaboração do trabalho “Diálogos entre a Antropologia e a Psicanálise sobre a eficácia

simbólica nos processos de cura” e apresentada no Grupo de trabalho “Religiões e percursos de saúde no Brasil hoje: as ‘curas espirituais’.

Considerando a tese como um todo, o objetivo geral do estudo foi compreender as relações da religiosidade com a saúde e os processos de cura, especialmente as inscritas no campo afro religioso, em suas relações com a prática biomédica. Introduzimos, ao final do percurso, a possibilidade de levar em consideração as possíveis relações entre a Psicanálise e o Sagrado em função de seu alcance terapêutico em termos de eficácia simbólica.

Destacam-se, no estudo, os seguintes objetivos específicos:

- Entender os conceitos de doença/saúde/práticas terapêuticas dos frequentadores em terreiros de Umbanda e Candomblé no Rio de Janeiro;
- Identificar as práticas de cura na Umbanda e Candomblé;
- Compreender as relações entre as práticas de cura dos terreiros e o sistema oficial de saúde.

A Saúde e a Antropologia da Saúde no Brasil

“não há racionalidade biomédica independente do ambiente cultural e histórico de seu exercício” (Minayo, 2008, p. 206)

No início do século XX, sobretudo em sua segunda metade, os antropólogos aportaram uma grande e importante contribuição para o campo da Saúde. Dentre eles, podemos considerar algumas reflexões de Lévi-Strauss sobre a morte, a saúde, a dor, a cura no interior de sistemas simbólicos e das relações sociais, e de Marcel Mauss sobre as relações entre o fisiológico, o emocional, as práticas culturais e o contexto social (Mello, 2011; Minayo, 2008; Lévi-Strauss, 1989; Mauss, 1974).

Tanto no Brasil, como no exterior, atualmente existem diversos periódicos científicos especializados em Antropologia da Saúde que coexistem com outros periódicos mais gerais que também publicam nesse diversificado universo. Dentre eles, podemos citar a *'Medical Anthropology'*, a *'Social Science & Medicine'*, a *'Culture, Medicine & Psychiatry'*, o *'Medical Anthropological Quarterly'*, a *'Ethos'*, a *'Culture & Psychology'*, o *'Bulletin d'Ethnomédecine'* e o *'Journal of Psychohistory'* (antigo *'Journal of Ethnopsychiatry'*), o que representa bem a pujança desse tema (Duarte & Leal, 1998).

Ao longo deste trabalho, utilizamos a nomenclatura Antropologia da Saúde. No entanto, cabe ressaltar que alguns autores, inclusive brasileiros, preferem nominá-la de Antropologia Médica. Entretanto, nos restringiremos a citar a definição de Antropologia Médica feita por Helman (2009), que se denomina antropólogo médico. Ao longo de seu trabalho procura demonstrar o significado clínico dos fatores culturais e sociais na doença e na saúde, na medicina preventiva e na educação em saúde, bem como na administração real de cuidados de saúde. Para o autor,

“A antropologia médica estuda a forma como as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde, os tipos de tratamento nos quais elas acreditam e a quem recorrem quando adoecem. Ela também é o estudo de como essas crenças e práticas relacionam-se com as alterações biológicas, psicológicas e sociais no organismo humano, tanto na saúde como na doença. A antropologia médica, por fim, é o estudo do sofrimento humano e das etapas pelas quais as pessoas passam para explicá-lo e aliviá-lo.” (Helman, 2009, p.11).

Portanto, por essa definição, depreende-se que a antropologia médica é um ramo da antropologia social e cultural, mas que suas raízes estão profundamente ligadas à medicina e a outras ciências naturais, pois está relacionada com uma gama de fenômenos biológicos, especialmente em relação à doença e à saúde. Como área, ela situa-se, nem sempre sem tensões, na sobreposição entre as ciências sociais e naturais, retirando seus achados desses dois grupos de disciplinas (Helman, 2009). No entanto, para Ferreira (2012), “(...) *as diferentes denominações pelas quais passou o campo: antropologia médica, antropologia da doença, antropologia da saúde ou antropologia do corpo, estão longe de ser simples denominações, pois desvendam fronteiras epistemológicas e metodológicas*” (Ferreira, 2012, p. 15). Assim, no Brasil, autores e grupos de pesquisa se dividem principalmente entre as concepções anglo-saxônica e francesa. Os de formação anglo-saxônica preferem considerá-la como Antropologia Médica, enquanto os de formação predominantemente francesa, a conceituam como Antropologia da Saúde e da Doença e problematizam o sentido do conceito de antropologia médica, enxergando nele, certo reducionismo e submissão disciplinar às Ciências da Saúde. Ao contrário, retiram o tema do interior da área médica e elevam-no a uma perspectiva metacultural e comparativa dos fenômenos da doença, da saúde e da cura (Minayo, 1998). Esta é a razão pela qual preferimos utilizar neste trabalho o termo “Antropologia da Saúde”, ou seja, em nossa concepção, o termo Antropologia da Saúde representa melhor este campo de interface entre antropologia e saúde.

No Brasil, em linha com o que se passou no conjunto das ciências sociais, a Antropologia da Saúde constitui um campo de conhecimentos em expansão, em efervescência e em construção de sua identidade. Este ramo da Antropologia está se constituindo como uma rede de produção e de reprodução do saber e práticas que se incorporam ao campo da saúde. Alguns autores a denominam de ‘interdisciplina’, não somente por causa do entrecruzamento com as ciências da saúde, mas também pelo seu caráter de estudar as redes de organizações formais e de relações informais, onde se interligam religião, doença, saúde e cultura de um povo ou comunidade, buscando compreender e identificar os percursos dos sujeitos em situação de sofrimento (Medeiros, 2002; Minayo, 1998).

Nessa direção, Duarte & Leal (1998) afirmam que

“... a Antropologia da saúde/doença teve que reconstruir, por sua própria conta e com base em seus próprios materiais, as

polêmicas que antes haviam atizado as áreas mais tradicionais do parentesco, da religião, da organização política ou da sexualidade.” (Duarte & Leal, 1998, p. 17).

É grande o número de pesquisadores a frente de estudos da Antropologia da Saúde nos diversos centros de ciências sociais no Brasil; esse número vem crescendo e, exigindo a reordenação do campo, com vistas à maior visibilidade e integração. Assim, uma das características dessa área é a forte proximidade dos saberes biomédicos, epidemiológicos ou psicológicos e de suas instituições (Duarte & Leal, 1998).

É sabido que o direcionamento desta disciplina no Brasil se ressent de uma clareza maior com relação à abordagem do conceito de saúde “*como referência identifi catória*” (Minayo, 1998). Quanto a isso, Canesqui (2003) afirma que

“Apesar da insistente busca da interdisciplinaridade, entre as próprias ciências sociais e destas com a Saúde Coletiva, a antropologia médica ou antropologia da saúde buscam identidades segundo as preferências e vocações de alguns proponentes, sejam dos mais preocupados em estabelecer fronteiras e limites mais nítidos e precisos para estes empreendimentos disciplinares, ou que reorganizam uma rede de estudiosos no assunto, sejam dos que preservam os espaços disciplinares mais pragmáticos, mediante forte interlocução interdisciplinar com a epidemiologia, o planejamento de serviços de saúde e psiquiatria.” (Canesqui, 2003, p. 110).

Assim, na relação entre a antropologia e a saúde como ciências, é preciso elucidar os vários níveis de interação e os diferentes graus de aproximação, devendo eles conservar, de forma refletida e orientada, a convivência de vários tipos de pesquisa – a básica, a estratégica e a operacional - à medida que os dois primeiros podem atender às demandas setoriais da saúde, sem ser desprezada a enorme relevância da pesquisa básica na antropologia social, ressaltando a existência de uma salutar tensão entre investigação teórica (tipicamente antropológica), a estratégica (que geralmente toma um tema específico, articula-o no âmbito da antropologia e da biomedicina, buscando dar subsídios para a implementação de políticas públicas) e a operacional (que visa as necessidades específicas de intervenção para promoção, prevenção e tratamento de saúde da população); e entre a disciplinaridade capaz de fortalecer essa área específica e o diálogo interdisciplinar com os outros saberes que se colocam na parceria exercida no complexo campo da saúde, como, por exemplo, a psicanálise (Canesqui, 2003; Minayo, 1998).

Neste contexto, ou se focaliza a saúde dentro dos limites do sistema médico hegemônico oficial, tendo um objeto mais delimitado e restrito; ou então, o ampliaremos para conceber a saúde enquanto o conjunto de ações e processos que a sociedade promove para se manter saudável. Neste segundo caso, o leque se abre para incluir não somente a medicina oficial e a saúde pública, mas também todos os processos terapêuticos em uso nas diversas comunidades e segmentos de uma dada sociedade, e os valores e crenças que dão sustentação sociológica tanto aos comportamentos de tolerância às doenças, como aos esforços de buscar a cura (Medeiros, 2002).

Canesqui (1994) faz um histórico da década de 1980, reafirmando os países que mais influenciaram a produção antropológica nacional na saúde: Estados Unidos (que entre as suas contribuições mais recentes está a discussão de *disease*, *illness* e *sickness*, com distinções entre a manifestação patológica ou biológica da doença, a percepção individual ou subjetiva da doença e a ordem cultural), França (que privilegia o significado e as representações da doença, sua causalidade, as medicinas tradicionais e a medicina moderna, capaz de analisar as formas elementares da doença e da cura, numa perspectiva metacultural e comparativa) e Inglaterra (onde a Antropologia aproximou-se da Medicina Social e da Saúde Pública, com referência ao planejamento dos serviços de saúde, tendo nos seus desdobramentos, como ramo da Antropologia Social, alguns centros universitários que capacitavam médicos e antropólogos em cursos de pós-graduação, incluindo disciplinas específicas de Antropologia Médica ou Antropologia Social e Medicina).

No Brasil, os primeiros passos desse movimento mostram a diversidade teórica que orientou os temas pesquisados: os sistemas terapêuticos populares; as relações entre religião e cura; o código do ‘nervoso’ em classes trabalhadoras urbanas; representações populares sobre saúde e doença; pesquisas sobre instituições e práticas psiquiátricas ou saberes ‘psi’; a resistência à dominação médica; hábitos alimentares, além de outros temas como relação da clientela com os serviços de saúde e representações dos profissionais de saúde.

Já, em outra revisão da bibliografia, esta publicada na década de 90, Canesqui aponta significativo aumento dessa produção, com aprofundamento e aperfeiçoamento no uso de alguns conceitos e metodologias, entre eles o de representação social e itinerário terapêutico, e a diversificação das temáticas ao se incorporar estudos sobre gênero, sexualidade e reprodução, AIDS, doenças específicas e experiências de

enfermidades. A autora pontua ainda os impasses e tensões entre as diversas posições teóricas e vocações intelectuais na busca de uma identidade nacional para a área, ressaltando que é salutar a convivência de vários tipos de pesquisa (Canesqui, 2003, 1994).

A partir de mapeamento de estudos que contemplam o tema religião e saúde em uma revisão mais atual considerando publicações do século XXI, na base científica de publicação eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), foram encontrados 17 (dezessete) referências utilizando-se as palavras-chaves: saúde, religião, cura e antropologia. Após leitura dos títulos e resumos selecionamos 7 (sete) estudos que se aproximam mais especificamente com a temática desta pesquisa, principalmente com relação à contribuição que as ciências sociais em geral e a antropologia em particular podem oferecer na dinâmica da religião e dos processos terapêuticos (Mota e Trad, 2011; Alves *et al*, 2010; Puttini, 2009; Dalgalarrrondo, 2007; Cerqueira-Santos *et al*, 2004; Roehe, 2004; Rabelo *et al*, 2002).

A construção das noções de saúde e doença a partir de uma visão religiosa do mundo e as influências dessa concepção na relação dos pacientes com a Medicina ou com a busca de poderes sobrenaturais no neopentecostalismo é o que pesquisaram Cerqueira-Santos *et al* (2004). Neste estudo descreveram a doença como interferência de espíritos de mortos ou entidades e demônios nos doentes. O perigo de se reduzir a cura mágica a apenas um ritual dissociado da participação do doente foi apontado por Rabelo *et al* (2002). Estudos estes que têm em comum o fato de que o tratamento e a atenção são voltados para o corpo e de que o ritual procura afastar algo negativo e aproximar algo positivo para a proteção do indivíduo. Já, para Mota e Trad (2011), a terapêutica religiosa constitui uma das alternativas de cura, incluindo as condutas relativas ao cuidado com o corpo e com a saúde.

Diversos pesquisadores brasileiros têm estudado as relações entre religiosidade e transtornos mentais com grande diversidade metodológica desde o final do século XIX. No entanto, ainda falta um diálogo mais próximo com as ciências sociais nestes estudos; essa é a conclusão de Dalgalarrrondo (2007) em seu panorama da produção sobre saúde mental e religião no Brasil. Em seu estudo sobre psiquismo e religião com integrantes de um grupo de auto-ajuda, Roehe (2004) observa que a experiência religiosa é determinante no processo de recuperação, a ponto de vir a confundir-se com este; enquanto que Puttini (2009) descreve o acordo entre administradores religiosos espíritas e profissionais de saúde durante a implementação de um projeto que incluía assistência

espiritual no interior de uma instituição filantrópica voltada à saúde de portadores de deficiências múltiplas, e relata um caso de cura que sobre ele concorreram duas versões explicativas para a recuperação do paciente na UTI: como bem simbólico, a versão religiosa, que entendeu a reabilitação sendo cura espiritual, e a versão médica, que compreendeu o restabelecimento do paciente como resultado da biomedicina.

Alves *et al* (2010) mostram que a participação religiosa está relacionada a efeitos benéficos para pessoas que estão em recuperação de doenças físicas e mentais. Por outro lado, a religião também pode ser associada a resultados negativos e usos impróprios de serviços de saúde, como fanatismo, asceticismo, mortificações e tradicionalismo opressivo.

Desta forma, concordamos com, Canesqui quando afirma:

“Não é mais invisível a antropologia da saúde/doença no Brasil, e os esforços nesta direção parecem bem-sucedidos, se forem permanentes, apesar das diferentes vocações intelectuais, cujo convívio mais indica a vitalidade da nova especialidade do que a sua inviabilidade, embora se espere, no âmbito da saúde coletiva, que as ciências sociais dialoguem entre si permanentemente e com as demais disciplinas, sem que se apartem nos limites estreitos das rígidas fronteiras especializadas.” (Canesqui, 2003, p. 122).

Portanto, verificamos que é nesse contexto que vem se consolidando a aproximação da Saúde Coletiva com a Antropologia para se entender a construção cultural da saúde e da doença, elaborada por diferentes grupos culturais.

Cultura e religião na sociedade brasileira

“O Brasil não é para principiantes.”

Antônio Carlos Jobim

O conceito atualmente mais amplamente aceito de cultura, com certeza, representa uma expressiva contribuição da antropologia para o campo das ciências humanas e sociais. A cultura não exclui as diferenças, mas vive delas. Assim, cada cultura deve ser entendida em seus próprios termos. Essa é a base do relativismo cultural.

“Cultura é um conceito que só existe a partir da constatação da diferença entre 'nós' e os 'outros'. Implica confirmação da existência de modos distintos de 'construção social da realidade' com produção de padrões, normas que contrastam sociedades particulares no tempo e no espaço. (...) o pressuposto básico para sua utilização [como conceito] é a possibilidade de identificar um 'conjunto' de fenômenos socioculturais que possa ser diferenciado e contrastado com outros 'conjuntos' a que também denominamos 'culturas'.” (Velho, 2003, p. 63-64).

Cabe considerar também o conceito de cultura tal como defendido por Geertz (1989, p. 15), apoiando-se na definição de Weber, que considera o homem um *“animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”*. Para Geertz, a cultura são essas teias bem como sua análise, não sendo, portanto, uma ciência experimental em busca de leis, mas uma ciência interpretativa, em busca do significado. O conceito de cultura ao qual Geertz se atém

“(...) denota um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporados em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida.” (Geertz, 1989, p. 66).

No entanto, cultura é um conceito impreciso, definido de várias maneiras e empregado de várias formas (Geertz, 2001). Segundo Whyte (2005),

“Cultura tem muitas definições. Em sua versão mais abrangente, engloba parentesco e outras estruturas organizacionais; mitos, crenças e atitudes partilhadas por muitas pessoas; práticas rituais e cerimônias amplamente difundidos; padrões usuais de interação e atividades; formas de ganhar a vida; ferramentas e tecnologias usadas, e assim por diante.” (Whyte, 2005, p. 360).

Como sabemos, a Antropologia surgiu na Europa na segunda metade do século XIX, num contexto de estudo relacionado ao colonialismo e à expansão do domínio das nações centrais com a intenção de conhecer as múltiplas dimensões do ser humano nas sociedades colonizadas, algumas vezes marcadas pelo “exotismo” aos olhos do europeu. Assim, desde esse momento, os estudos se concentravam em sociedades não ocidentais, realizados por pesquisadores dos países centrais, as chamadas sociedades “primitivas”, denominação esta, em função da influência da perspectiva evolucionista que predominava no campo científico à época. Neste sentido, a Antropologia definiu como objeto de estudo grupos sociais que não pertenciam à civilização ocidental (Laplantine, 2007; Lima e Sarró, 2006).

Passado esse momento inicial, a Antropologia passou a afirmar a especificidade de sua prática disciplinar, não por um objeto empírico definido – o “primitivo” - mas através de uma abordagem epistemológica. Sendo assim, o objeto da Antropologia deixa então de ser caracterizado pela distância geográfica, cultural ou histórica particular, na medida em que ela passa a ser definida como uma certa perspectiva, um certo enfoque, um certo olhar sobre o mundo, buscando compreender o homem como um todo, tanto em sua particularidade quanto em sua enorme diversidade (Patriarca, 2012; Laplantine, 2007; Oliveira, 2006).

Assim, após esse momento inicial, ocorreu uma mudança de perspectiva na qual o olhar antropológico pode se estender a todas as sociedades, inclusive às sociedades industriais e urbanas, ambiente cultural do próprio antropólogo, e que veio a consolidar o importante campo da Antropologia Urbana.

A cidade é o ambiente natural do homem livre, onde o indivíduo encontra nas possibilidades, na diversidade de interesses, e na “vasta cooperação inconsciente da vida cidadina”, a possibilidade de realizar múltiplas escolhas (Park, 1971, p. 67). Para Velho (2003),

“Os indivíduos modernos nascem e vivem dentro de culturas e tradições particulares, como seus antepassados de todas as épocas e tradições geográficas. Mas, de um

modo inédito, estão expostos, são afetados e vivenciam de valores diferenciados e heterogêneos. Existe uma mobilidade material e simbólica sem precedentes em sua escala e extensão.” (Velho, 2003, p.39).

Simmel (2005) no início do século XX já salientava que nas metrópoles havia um intenso e frequente trânsito dos indivíduos por domínios diferenciados. Assim, as diferenças culturais surgem com diversos interesses e preocupações constantes, gerando conflitos nas sociedades modernas, pois os indivíduos têm interesses distintos, ao contrário do que acontece nas sociedades tradicionais (Velho, 1978). Aliás, *“um dos pontos básicos de Simmel é mostrar que o desenvolvimento dos valores individualistas está associado à possibilidade do indivíduo poder transitar entre diferentes grupos, não sendo englobado, diríamos nós, apenas por um deles.”* (Velho, 2000, p.18). Esses diversos interesses e preocupações, aliados às possibilidades de mobilidade podem gerar muitos conflitos, sofrimentos e aflições, mas cada sociedade encontra sua maneira particular de resolvê-los (Fry e Rowe, 1975).

“Sofrimento e aflição são genéricos a todas as sociedades e cada sociedade desenvolve formas institucionais para seu controle e resolução. Os tipos de sofrimento, a percepção de “sintomas” e os modos de “tratamento”, contudo, variam de uma sociedade para outra e se relacionam a diferenças observáveis na estrutura social.” (Fry e Howe, 1975, p. 1).

Na sociedade brasileira, uma das principais expressões da cultura e também uma maneira particular de resolver seus conflitos é a religião. Segundo DaMatta (1984), religião

“é um modo de ordenar o mundo, facultando nossa compreensão para coisas muito complexas, como a ideia de tempo, a ideia de eterno e a ideia de perda e desaparecimento, esses mistérios perenes da existência humana (...), marca do talvez o lado impessoal de nossas relações com Deus. Um lado de fato, onde a intimidade eventualmente pode ceder lugar às regras fixas que conduzem a uma impessoalidade nos cultos que legitimam de qualquer modo as crises de vida.” (Da Matta, 1984, p.113).

Em se tratando de trânsito religioso, Almeida (2004), em seu estudo sobre a mudança do campo religioso no Brasil nas últimas décadas, mais especificamente na região metropolitana da cidade de São Paulo, afirma:

“O campo religioso contemporâneo metropolitano se apresenta com uma significativa e ampla circulação e competição, cujos resultados são zonas de transição entre sistemas religiosos. (...) a mobilidade e a diversificação religiosas são mais acentuadas nos grandes centros urbanos.” (Almeida, 2004, p. 20).

Talvez seja por este motivo que o Brasil possui uma ampla e fantástica variedade de crenças e de práticas religiosas disseminadas em sua população e o povo brasileiro é profundamente um povo religioso e místico. Frequentemente dizemos que “Deus é brasileiro”. Tais características remontam a raízes históricas: nunca é demais lembrar que o ritual de tomada de posse das terras conquistadas pelos portugueses se fazia pela instalação da cruz, representando um novo nascimento, repetindo, assim, o batismo, o ato de criação. Com efeito, o catolicismo foi um poderoso instrumento de organização e de controle da vida brasileira por longo período, tendo estruturado uma união entre o Estado e a Igreja, que somente foi rompida por ocasião da proclamação da República; mesmo assim, esse rompimento se deu muito mais no plano da formalidade do que da prática (Perez, 2011).

Por outro lado, o cristianismo luso-brasileiro também deu lugar ao culto dos escravos. A religião para Freyre (2005), *“tornou-se o ponto de encontro e de confraternização entre as duas culturas, a do senhor e a do negro; e nunca uma intransponível barreira.”* (Freyre, 2005, p. 356). Tal característica do catolicismo abriu espaço para o sincretismo vindouro. Ou seja, entre nós existiu uma efetiva confraternização de valores e de sentimentos. Assim, as crenças e práticas de origem africana conheceram seu apogeu primeiramente sob a forma mais tradicional, o candomblé; posteriormente, sob a forma mais sincrética, a umbanda (Perez, 2011).

Portanto, é praticamente impossível falar de religião no Brasil sem falar do próprio país, ou seja, a religião ocupa um lugar central na vida coletiva brasileira. Essa religiosidade pode nos dizer muito sobre a sociedade em que vivemos, e sobre o povo que somos. Diversos autores têm refletido sobre essa questão. Da Matta (1984), nos fala sobre a ampla e limitada variedade de experiências religiosas no Brasil:

É ampla porque ao catolicismo romano e às várias denominações protestantes, somam-se outras variedades de religiões ocidentais e orientais, além das variedades brasileiras de cultos de possessão cuja tradição é uma constelação variada de valores e concepções (...). É limitada, porque essa formas mais diversas coexistem tendo como ponto focal a ideia de relação e a possibilidade de comunicação entre homens e deuses, homens e espíritos, homens e ancestrais.” (Da Matta, 1984, p. 114).

De acordo com Fry e Howe (1975), a complexidade das formas sociais no Brasil é igualada apenas pela multidão de crenças religiosas e doutrinas políticas que são invocadas para explicá-la. Maggie (2001) afirma que a religião é o elo de ligação entre os vários grupos que compõem a sociedade brasileira, salientando que, entre nós, as religiões mediúnicas atingem pessoas de todas as classes sociais. Há uma pluralidade de cultos nas grandes cidades, desde os diferentes rituais afro-brasileiros, espíritas, catolicismo e suas novas manifestações, variedade de igrejas e movimentos protestantes neo-pentecostais, evangélicos, orientalismos, santo daime etc (Velho, 2000).

A origem de nossas crenças nos remete aos escravos e culturas africanos, a tradições cristãs ligadas ao exorcismo, à bruxaria e a outras práticas e crenças seculares, caracterizando uma considerável complexidade sociológica e profundidade histórica do país, o que exige um grande esforço de compreensão e análise (Velho, 2003).

Na sociedade brasileira, transe, possessão e mediunidade são fenômenos religiosos recorrentes. Seja no candomblé, na umbanda, no espiritismo, no pentecostalismo e em outros grupos religiosos, entidades, espíritos, guias, o Espírito Santo, orixás se incorporam, se comunicam com indivíduos de nossa população (Velho, 1991).

Portanto, uma das características mais gerais da cultura na sociedade brasileira é a crença em espíritos e em sua manifestação (Maggie, 2001), seja de antepassados ou de entidades diversas (Velho, 1991). Assim, é também por meio dessas características da cultura, sua diversidade e extensão que essa sociedade se expressa e pensa sobre si própria.

Neste sentido, torna-se fundamental a percepção do significado desse conjunto de diferentes experiências e crenças e de sua importância para as construções sociais da realidade em nosso sistema cultural (Velho, 1991). Com efeito, em nosso país, há uma multiplicidade de recursos terapêuticos dentro e fora do campo médico oficial, alguns

deles associados ao campo religioso. Portanto, religião e práticas terapêuticas se aproximam na busca da superação do sofrimento no Brasil.

“O campo religioso contemporâneo metropolitano se apresenta com uma significativa e ampla circulação e competição, cujos resultados são zonas de transição entre sistemas religiosos. (...) a mobilidade e a diversificação religiosas são mais acentuadas nos grandes centros urbanos.” (Almeida, 2004, p. 20).

No Brasil, especialistas religiosos são frequentemente chamados a lidar com os mesmos sintomas que médicos e psicólogos, tendo como referência permanente e sempre presente em suas ações, sejam elas, terapêuticas ou não, algum domínio e controle dos espíritos, com *“uma margem de imprevisibilidade na relação com o sobrenatural, mais ou menos benigno ou maligno, mas de algum modo manipulável”* (Velho, 2003, p. 66). Em vários momentos da história do Brasil, mesmo a partir do século XIX e até os dias atuais, é sabido que importantes segmentos sociais, não somente populares, procuravam e ainda procuram

“em momentos de aflição, não os doutores médicos, nos seus consultórios, nem os doutores da Igreja, nas suas matrizes, nos seus confessionários, nos seus colégios, mas os babalorixás, os orixás, de algum modo correspondentes negro-africanos desses médicos e desses padres brancos” (Freyre, s/d apud Perez, 2011, p. 154).

De acordo com Maggie (2001), as consultas são impressionantes por sua eficácia simbólica; que, por sua vez, está ligada a percepções diferentes da relação indivíduo biológico e sociedade (Velho, 2008). Há uma enorme e densa ênfase na relação entre este mundo e o outro em todas as formas de religiosidade brasileiras. Uma característica que nos identifica é que cada uma de nossas formas de religiosidade é suplementar às outras e mantém com elas uma relação de complementaridade (DaMatta, 1984).

Podemos dizer que o sincretismo religioso é possivelmente a “religião do povo brasileiro” e que a “alma” brasileira é caracterizada pela tolerância, o respeito e a valorização de todas as religiões, que o nosso povo é multiconfessional e admite múltiplas pertencas religiosas, sendo essa característica uma marca importante da identidade nacional.

“No caminho para Deus e na relação com o outro mundo, posso juntar muita coisa. Nele posso ser católico e

umbandista, devoto de Ogum e de São Jorge. Posso juntar, somar, relacionar coisas que tradicional e oficialmente as autoridades apresentam como diferenciadas ao extremo. Tudo aqui se junta e se torna sincrético, revelando talvez que, no sobrenatural, nada é impossível.” (DaMatta, apud Boff, 2001, p. 194).

No Brasil, muitas pessoas transitam simultaneamente entre vários sistemas religiosos, sem resultar no abandono de algum deles (Almeida, 2004); como também ocorre em tratamentos médicos e psicoterapêuticos. Tal fato não se constitui em um paradoxo, em se tratando de um país caracterizado pelo sincretismo (“*interpenetração de civilizações*”, nas palavras de Roger Bastide) e de uma sociedade complexa contemporânea. Desta forma, o indivíduo aflito pode recorrer a várias possibilidades de solução para o seu problema, perfazendo, portanto, o seu próprio itinerário terapêutico, desenvolvendo racional e conscientemente o seu projeto de cura, de acordo com as condições expressas no campo de possibilidades que poderiam parecer incompatíveis sob a perspectiva de uma ótica linear, acionando diferentes aspectos de sua experiência e personalidade social, fornecidos por um vastíssimo repertório simbólico e cultural (Velho, 2003).

A “cura” passa a ser um processo de busca contínua e não necessariamente um processo de adesão (Mello e Oliveira, 2013). Essa verificação de até que ponto a participação em um estilo de vida e em uma visão de mundo implica uma adesão significativa para a demarcação de fronteiras e elaboração de identidades sociais nas sociedades complexas, é, na opinião de Velho (2003), uma das questões mais interessantes e polêmicas. Segundo o autor, “*é evidente que existe uma básica diferença entre identidade, socialmente já dada, seja étnica, familiar etc. e uma adquirida em função de uma trajetória com opções e escolhas mais ou menos dramáticas*” (Velho, 2003, p. 97).

Cabe ressaltar que os projetos individuais de cura sempre interagem com outros dentro de um campo de possibilidades. Tais projetos são complexos e operam a partir de premissas e paradigmas culturais compartilhados por universos específicos. Em tese, os indivíduos podem ser portadores de projetos diferentes e até mesmo contraditórios. A pertinência e relevância desses projetos são definidas de acordo com o contexto (Velho, 2003). Assim, “*as trajetórias dos indivíduos ganham consistência a partir do delineamento mais ou menos elaborado de projetos com objetivos específicos.*” (Velho,

2003, p. 46-47). No entanto, “*por mais esotérico e particular que seja, um projeto tem de se basear em um nível de racionalidade cotidiana em que expectativas mínimas sejam cumpridas*” (Velho, 2003, p. 30). Tais premissas também são válidas em se tratando dos itinerários terapêuticos como projetos de cura.

PARTE II

Percurso Metodológico

“para que serve a ciência se não for para diminuir o sofrimento da humanidade?” Galileu Galilei (1564-1642)

O cerne desta pesquisa vinculou-se às conclusões obtidas por meio de trabalho de campo e sistematizadas por meio do método qualitativo. Ao seu final, e diretamente associada a tais conclusões, procedeu-se a um ensaio, gênero eminentemente teórico e especulativo, no sentido de alargar o âmbito interdisciplinar debate, também sob o aspecto da variedade de seus possíveis estilos de elaboração intelectual.

A pesquisa em saúde tem sido recentemente acompanhada por um crescente interesse quanto à utilização de métodos qualitativos, e seus instrumentos de pesquisa aplicados durante todo o século XX pelas ciências sociais e na antropologia, em particular, no estudo de diferentes grupos culturais (Caprara e Landim, 2008). Ao comentar sobre essa crescente utilização do instrumental antropológico em trabalhos de campo em saúde, Minayo (1998) reflete:

“Considero que esta é uma das formas que a área da saúde descobriu de se aproximar das abordagens compreensivas, delas se apropriando seja para humanizar a medicina, seja para encontrar respostas ou fazer ainda mais perguntas sobre as crises e dificuldades que o setor atravessa.” (Minayo, 1998: 38).

A abordagem qualitativa *“supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente ou situação que está sendo investigada, via de regra através do trabalho intensivo de campo”* (Lüdke e André, 1986, p.11). Para Goldenberg (2005),

“Na pesquisa qualitativa a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória etc.” (Goldenberg, 2005, p. 14).

Minayo *et al* (2002) consideram que a pesquisa qualitativa trabalha com um *“universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”* que não podem ser quantificados, pois não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O pesquisador deve utilizar diferentes técnicas de pesquisa buscando um número maior de informações, a mais completa possível, tendo por objetivo apreender a totalidade de uma situação e descrever a complexidade de um caso concreto nos próprios termos dos indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que a vivenciam (Goldenberg, 2005).

Dentro da moldura teórico-metodológica da pesquisa qualitativa, o método etnográfico vem sendo crescentemente utilizado por diversos autores para estudar uma variedade de temas na área da saúde (Caprara e Landim, 2008), incluindo as interpretações e práticas das populações e outros que compõem hoje o abrangente campo da Saúde Coletiva (Paim e Almeida Filho, 1998).

No caso desta pesquisa, utilizamos o método etnográfico, conjugando-o com as técnicas de história oral¹, em que consideramos a memória, a identidade e o senso comunitário, baseadas nas histórias de vida de dirigentes e frequentadores dos terreiros.

A etnografia

Franz Boas ao ensinar que no campo tudo deveria ser anotado meticulosamente e ressaltava que um costume só tem significado se estiver relacionado ao seu próprio contexto. Assim, o objetivo do pesquisador é compreender a vida do indivíduo dentro da própria sociedade em que vive. Para Bronislaw Malinowski, a convivência com os informantes é o melhor instrumento que o antropólogo dispõe para compreender o significado das lógicas particulares características de cada cultura. As propostas metodológicas de Boas e Malinowski influenciaram decisivamente a aplicação de técnicas e métodos de pesquisa em ciências sociais (Goldenberg, 2005; Boas, 2004; Malinowski, 1978).

Nesta pesquisa, utilizamos uma abordagem metodológica etnográfica para estudar terreiros afro-brasileiros no Rio de Janeiro, focalizando pessoas que buscavam cura para suas doenças. Inicialmente através da observação participante, tivemos a intenção de acompanhar prolongada e minuciosamente as situações e revelar os

¹“Antes de 1948, portanto, quando ainda não se havia definido sequer o termo ‘história oral’ e nem a Universidade de Colúmbia havia organizado seu arquivo fundador, nos Estados Unidos dos anos 1918-20, a Escola de Sociologia de Chicago pensou normas que poderiam dar sentido a uma prática que se mostrava aberta para o entendimento dos cidadãos comuns: as ‘histórias de vidas’.” (Meihy, 2010, p. 106).

significados dessas vivências para os indivíduos. Essas observações foram registradas em diário de campo, que segundo Magnani (1997),

“(...) pode ser pensado também como um dos instrumentos de pesquisa. Ao registrar, na linha dos relatos de viagem, o particular contexto em que os dados foram obtidos, permite captar uma informação que os documentos, as entrevistas, os dados censitários, a descrição de rituais, - obtidos por meio do gravador, da máquina fotográfica, da filmadora, das transcrições - não transmitem”. (Magnani, 1997, p.3).

Dessa forma, buscou-se como referência os dois momentos que constituem a prática etnográfica, caracterizados por Geertz (1999), quais sejam “experiência próxima” e “experiência distante”. O caderno de campo situa-se na intersecção de ambos: ao transcrever a experiência da imersão, corresponde a uma primeira elaboração, ainda vernacular, a ser retomada no momento da experiência distante.

“Quando já se está “aqui”, o caderno de campo fornece o contexto de “lá”; por outro lado, transporta de certa forma para “lá”, para o momento da experience-near, a bagagem adquirida e acumulada nos anos gastos “aqui”, isto é, na academia, entre os pares, no debate teórico” (Magnani, 1997, p.3).

No entanto, a prática da etnografia deve ser mais do que mera coleta e compilação de dados observados. O pesquisador deve fornecer informações detalhadas do contexto em estudo de modo que o leitor tenha base para fazer julgamento da possibilidade de transferência para outro contexto. Esta prática implica

“(...) estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante. Mas não são essas coisas, as técnicas e os processos determinados, que definem o empreendimento. O que define é o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma “descrição densa” (...).” (Geertz, 1989, p. 15).

O trabalho de campo foi realizado em duas etapas. A primeira se deu ao longo dos anos de 2009 e 2010, com visitas espaçadas e diversas permanências de dias inteiros e finais de semana com participação em sessões, rituais e festas. Nesta perspectiva,

grande importância foi conferida à observação dos eventos, dos rituais que permitiram desvendar elementos ou aspectos referentes às regras, à cultura do grupo. Além dos rituais nos terreiros, houve idas a cachoeiras e praias e a realização de obrigação pelo pesquisador. O pesquisador participou também de curso em centro de Umbanda, como parte da preparação para a pesquisa, seguindo orientação do dirigente do terreiro.

Nesta etapa, o grupo investigado pertencia a um terreiro, localizado no Rio de Janeiro – RJ, mais especificamente o Centro Espírita São Lázaro – Filhos de Obaluaê, em Santa Cruz, bairro da zona oeste da cidade. O terreiro em questão é frequentado por pessoas de diferentes faixas etárias, profissões, níveis de escolaridade, etnias e classes sociais, dentre as que compõem a sociedade carioca e brasileira. Portanto, caracterizando uma diversidade etno cultural com intenso processo de interação entre indivíduos diversos. O terreiro estudado funciona apenas nos finais de semana, ocasião em que seus frequentadores se deslocam de vários bairros centrais da cidade do Rio de Janeiro, onde moram, para participar das sessões e eventos.

Consideramos o método etnográfico adequado para a pesquisa em tela ao concordarmos com a relevância do que Caprara e Landim (2008) destacam, quando afirmam que

“A etnografia contemporânea, portanto, deixa espaço à subjetividade do etnógrafo, à utilização da primeira pessoa no texto etnográfico, à colocação de considerações auto-reflexivas. Produz auto-reflexão também entre os membros do grupo estudado.” (Caprara e Landim, 2008).

Este primeiro momento da pesquisa foi registrado no diário de campo do pesquisador que teve a função de

“registrar, do modo mais fiel e detalhado possível, cada ida ao campo: “muitas vezes são as informações do diário de campo que nos dão subsídios para analisar os dados coletados de outra forma. Deve-se manter a lógica de um diário de viagem, no qual se escreve todo dia sem restrições” (Víctora, Knauth, Hassen, 2001, p.73 *apud* Caprara e Landim, 2008).

Entrevistas de história de vida

A segunda parte da pesquisa se iniciou em julho de 2011 até o início de 2012, na qual foram realizadas entrevistas e relatos de histórias de vida com dirigentes e frequentadores desse e de outros terreiros, fossem eles de Umbanda ou Candomblé.

É regra comumente aceita nos manuais de métodos de pesquisa que o pesquisador deve coletar depoimentos representativos do maior número possível de pessoas que compõem os grupos, instituições ou sociedades estudadas. A técnica da entrevista é a mais utilizada para isso. Contudo, na compreensão de uma realidade singular, com características próprias, Geertz (1999) aponta para a possibilidade de existência de saberes locais, que só poderão ser apreendidos com base no lugar onde foram construídos. Seguindo esta orientação, o pesquisador deve estar preparado para lidar com uma grande variedade de problemas teóricos e com descobertas inesperadas, reorientar as questões da pesquisa, e, quando for o caso, modificar o caminho metodológico durante o seu trabalho. Deve continuamente localizar novos informantes, pois é provável que surjam problemas que não foram previstos no início da pesquisa e que se tornam mais importantes que as questões do início do estudo; o que foi feito no caso em tela.

No caso do estudo das religiões, o próprio campo com suas diferentes formas de organização internas e estruturas hierárquicas, pode impor limites à prática de entrevistas formais nas comunidades (Silva, 2000). Por isso, neste trabalho, deixamos que a lógica interna dos religiosos nos conduzisse, nos apontasse o caminho. Seguindo esse princípio, os informantes principais foram escolhidos, de acordo com as situações de campo. Foram entrevistadas 11 (onze) pessoas de 9 (nove) terreiros diferentes. Essa ampliação do universo pesquisado se deu em função de muitos dos religiosos, sejam eles dirigentes ou frequentadores, terem relacionado em suas falas a aproximação e até mesmo a complementação das práticas realizadas por eles em busca de saúde nessas duas religiões. Aliás, muitos umbandistas se referiam à sua iniciação no Candomblé como forma de legitimação para suas práticas na Umbanda; outros referiam-se à Umbanda como sua iniciação ao universo afro-brasileiro, que mais tarde, os levaria ao Candomblé.

A utilização das histórias de vida nos remete a uma discussão mais ampla sobre a questão da singularidade de um indivíduo, de um lado, e o contexto social e histórico em que está inserido, de outro. Cada vida pode ser vista como singular e universal simultaneamente, expressão da história pessoal e social, representativa do seu tempo, seu lugar e seu grupo, síntese da tensão entre liberdade individual e condicionamento dos contextos estruturais e sociais (Goldenberg, 2005; Ferrarotti, 1983).

“(...) cada indivíduo é uma síntese individualizada e ativa de uma sociedade, uma reapropriação do universo singular e histórico que o envolve. Se cada indivíduo singulariza em seus atos a universalidade de uma estrutura social, é possível 'ler uma sociedade através de uma biografia', conhecer o social partindo-se da especificidade irredutível de uma vida individual.” (Goldenberg, 2005, p. 37).

Acreditamos que por meio do registro da vida de uma pessoa podemos penetrar e compreender “por dentro” o seu mundo. Reconstituir as histórias de vida dos indivíduos que frequentam os templos afro-brasileiros no Rio de Janeiro em busca da recuperação e manutenção de sua saúde foi sem dúvida um frutífero caminho para conhecer suas origens, seus valores, seus interesses, sua visão de mundo, suas estratégias de saúde, seus itinerários terapêuticos, seus projetos de cura etc. Ao analisar suas histórias de vida, nos defrontamos também com as questões que esse grupo enfrenta, principalmente no que diz respeito às condições de vida e de saúde.

No entanto, é necessário reconhecer que as biografias, autobiografias e Histórias de Vida não desvendam a totalidade da vida de um indivíduo, mas uma versão da parte de si que este prefere mostrar, ignorando a parte que pode ser desagradável para ele, mas de interesse para o estudo. Becker (1994), ao analisar o valor das biografias, atribui destacada importância às interpretações que as pessoas fazem de sua própria experiência como explicação para o comportamento social. Portanto, o método biográfico em ciências sociais pode ser uma forma de revelar, por meio das vidas e das ações sociais das pessoas, uma época histórica (Goldenberg, 2005; Becker, 1994).

Utilizamos também os depoimentos como mais uma via de acesso ao sentido da prática religiosa na busca de saúde. O religioso, em sua vivência particular, exemplifica e ilustra características gerais sobre o sentido da religião do seu ponto de vista.

Realizamos entrevistas em profundidade com diversos informantes, buscando aprofundar algumas de nossas impressões. Temos que ressaltar, porém, que não tínhamos um roteiro específico para cada entrevista; assim os objetivos da pesquisa nos guiaram. Foram feitas perguntas abertas com a função de levantar as histórias de vida dos entrevistados, por meio de um diálogo fluente. Isso porque as entrevistas não trataram de assuntos específicos, mas da pessoa do entrevistado, sua história de vida e sua visão de mundo. Uma das principais qualidades dessa abordagem foi a flexibilidade de permitir ao informante definir os termos da resposta e ao entrevistador ajustar as perguntas. No entanto, para que essa técnica seja bem empregada é importante que haja

fontes capazes de responder a questão central do trabalho, por meio de um diálogo. O que nos propomos com as entrevistas neste trabalho foi deixar o entrevistado tão a vontade para que “passeasse” por suas lembranças, sem limites impostos por nós. Em cada entrevista foram contadas histórias riquíssimas sobre a vida das pessoas e suas relações com a religião e a saúde.

Cabe alertar para o fato de que a grande maioria dos terreiros visitados ficava situado nas áreas mais pobres da cidade. Ao longo de uma das entrevistas, tal fato foi apresentado como resultante do processo de urbanização da cidade, que gerou encarecimento das áreas antes ocupadas pelos terreiros mais ao centro da cidade e que tem como consequência a falta de lugares “naturais” adequados aos cultos e patrimônios afro-brasileiros.

O desenho do estudo, portanto, se serviu do diálogo das Ciências Sociais com a Saúde Pública, especificamente a antropologia que, como coloca Durham (2004), pretende a partir de um “*material provocativo e estimulante*” repensar a realidade social (Landim e Caprara, 2008).

As análises das entrevistas foram feitas buscando identificar categorias sugeridas pela leitura e releitura das próprias entrevistas, articuladas aos objetivos da pesquisa e interpretadas à luz do referencial teórico. Organizamos os resultados a partir de eixos temáticos agregadores, entre os quais 3 (três) se sobressaíram: 1) a doença e as causas; 2) as práticas terapêuticas religiosas e 3) a religião como relação de complementaridade com a biomedicina. Além desses três, cabe mencionar: 4) as concepções e a oposição saúde X doença, biológico X cultural; 5) a terapêutica religiosa como símbolo ambíguo de saúde e doença; 6) a terapêutica religiosa e a eficácia simbólica e 7) as práticas e a relação de adesão. No entanto, para efeito dos artigos apresentados foram utilizados apenas os três primeiros, os demais serão trabalhados posteriormente.

Em suma, a observação participante, o diário de campo e as entrevistas foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa.

Alguns extratos do Caderno de Campo: escrito e fotográfico

A seguir apresento algumas passagens dos cadernos de campo da pesquisa no terreiro “Centro Espírita São Lázaro – Filhos de Obaluaê”. Tanto os textos dos cadernos como as fotografias estão datados e são apresentados obedecendo a sequência cronológica.

O primeiro contato: 16/08/2009

O primeiro contato foi uma sensação que já me introduziu numa certa atmosfera afetiva. Cheguei ao Centro Espírita São Lázaro – Filhos de Obaluaê, após mais de uma hora e meia de viagem. O Centro está situado no Bairro de Santa Cruz, Rio de Janeiro, um bairro simples e característico da Zona Oeste carioca. Ao chegar na rua, ainda do lado de fora do terreno, ouvi uma música que era cantada. A sessão já havia começado. Ao entrar, fui amigavelmente recebido por uma das médiuns que mais tarde incorporaria um Caboclo (não sei o nome, apenas lembro-me que era nome de uma tribo indígena brasileira). Cheguei uma hora atrasado em relação ao que tinha sido informado como início da sessão. Imediatamente, veio em minha direção, uma senhora que era incumbida de anotar o nome das pessoas que iriam “falar com o caboclo”. Acomodei-me na parte lateral da casa onde se realizava a sessão e onde tem um gongar, que é um altar, pois na direção do ritual estavam todos os lugares ocupados. Ainda durante os ritos iniciais, fui orientado a ir “tomar um passe”. Entrei numa fila, onde as mulheres ficavam à frente, depois as crianças e por último, os homens. Íamos entrando no templo, dois a dois, onde se tinha um médium de cada lado assistido por outro médium, dando passe nas pessoas. Fui orientado a retirar os sapatos antes de adentrar no templo. Chegando minha vez, uma médium incorporada, de punhos cerrados, contornou todo meu corpo. No final, estendeu as mãos para que eu as beijasse, cada uma delas. Acredito que esse ato seja em sinal de respeito e agradecimento de minha pessoa para com aquela entidade. Depois do passe, o ritual continuou por mais ou menos uma hora até o momento de um pequeno intervalo. Fui, durante esse intervalo, apresentado à mãe-de-santo do centro, uma simpática senhora que se mostrou bastante receptiva à minha intenção de estudar um mito da Umbanda. Inclusive, me prometeu uma “apostila do Centro” para que eu entendesse melhor como as coisas ali funcionavam. Nesse momento, me fez algumas perguntas sobre o meu conhecimento da Umbanda, sobre a minha religiosidade. A seguir, me explicou pacientemente o seu surgimento. Também

fui apresentado ao seu esposo, o médium que “recebe” Seu Zé Pelintra. O qual, sabendo de meu estudo, me fez algumas perguntas a respeito de Seu Zé: “Sabe da onde o Seu Zé veio? Aonde ele morreu? Por que morreu?”. Algumas das respostas por mim dadas eram diferentes, pelo menos, na forma, que ele respondia. Ao final da conversa e pouco antes de recomeçar o ritual, o “burro” (como o Seu Zé quando incorporado designou durante nossa conversa na semana seguinte, a pessoa que o incorpora) do Seu Zé falou “Volte aqui para conversarmos mais sobre isso”. Seu Zé não incorporou naquele dia. Depois do intervalo, começaram as “consultas” com os Caboclos. Aquela mesma senhora que tinha me perguntado se iria “falar com o Caboclo” me perguntou: “Com que Caboclo você vai se consultar?”. Pedi uma sugestão. e ela me “encaixou”. Chegada a hora, fui chamado ao templo. Estando lá, o Caboclo me deu outro “passe”, pediu que o ajudasse a explicar o que eu teria ido fazer ali e falou sobre o propósito da Umbanda, sobre a caridade, deu vários conselhos para minha vida, durante mais ou menos vinte minutos e no final falou: “Seu Zé quer falar com você. Foi ele quem pediu para você vir até aqui.” E perguntei: “O fato de eu estar estudando Seu Zé Pelintra tem alguma coisa a ver com isso? E ela me respondeu, perguntando: “O que você acha?”. A seguir falou: “Se você quiser vir falar com Zé Pelintra, pergunte a moça lá fora quando ele vem e pode vir. Ele que mandou te dar esse recado. Mas se não quiser, tudo bem. Você quem sabe.”. Me deu mais um passe, me abraçou e me mostrou por onde eu deveria sair. Em meio a toda a sessão me senti muito bem, em real estado de paz e leveza. Quando já estava me aprontando para ir embora, o médium que recebe Zé Pelintra veio em minha direção perguntando: “Quem quer falar com Seu Zé aí?”. Respondi: “Eu”. Logo, ele completou, “então esteja domingo que vêm aqui às nove horas da manhã que ele virá dar “consulta”. Hesitei um pouco, mas confirmei que iria. Estava agendado, enfim, o encontro com Seu Zé Pelintra. Nem precisei perguntar mais nada a ninguém como tinha me aconselhado o Caboclo. Fui embora.

**Figura 1 - Fotografia da Entrada do Centro Espírita São Lázaro – Filhos de Obaluaiê
– Santa Cruz, Rio de Janeiro/RJ**



Figura 2 - Entrada do Centro em dia de Festa da Crianças



Figura 3 - Visão da rua



O Encontro com Zé Pelintra na Umbanda

23 de agosto de 2009

Em direção à Santa Cruz, na Avenida Brasil, fui observando o quão precária e carente era esta região. Passei por alguns bairros tradicionais e humildes da cidade do Rio de Janeiro, entre eles, Realengo, Bangu, Vila Kennedy, Campo Grande até chegar em Santa Cruz. Avistei muitas favelas e muita pobreza. Chegando, às três horas da tarde, a sessão de consulta com Seu Zé já tinha começado. Seu Zé estava incorporado desde a manhã, quando teria feito alguns trabalhos de “cura”, foi o que disse uma das médiuns. Imediatamente, veio uma moça anotar meu nome, me colocou na fila de espera para “consultar” com Seu Zé. Fui o último nome da lista e o último a me consultar, lá pelas sete horas da noite. Depois de certo tempo, a mãe-de-santo veio, me cumprimentou e ofereceu—empadas e refrigerante. Eu já estava faminto. Minha preocupação foi lembrá-la da apostila que tinha prometido. Imediatamente, foi até a parte interna do Centro e, após alguns minutos, retornou com a “Apostila do Centro”, como estava escrito na capa. Emprestou-me e pediu que eu fizesse cópia daquele material. Depois perguntei se podia fazer algumas perguntas sobre o Centro tais como: “Há quanto tempo surgiu? Como surgiu? Como teria sido sua trajetória na Umbanda?”, etc. “O Centro surgiu em minha casa em Jacarepaguá e foi aos poucos crescendo em número de frequentadores e médiuns. Depois de certo tempo, ficou inviável realizar as reuniões lá em casa. Foi quando a sede passou a ser em Jaconé (na cidade de Saquarema-RJ). Era muito longe para a maioria dos frequentadores e teve a necessidade de transferir para um lugar mais perto. Isso se deu há mais ou menos cinco anos, quando minha sobrinha pôde emprestar parte desse sítio, aqui em Santa Cruz (aonde é hoje) para fazermos as reuniões”.

Até hoje, as instalações do Centro passam por melhorias. Uma de suas médiuns informou que pretendem ampliar a Casa, que já está ficando pequena.

A mãe-de-santo era uma antiga frequentadora da “Nação” (como se refere ao Candomblé, que afirma que é uma dança e não a religião) e tinha feito sua “cabeça” lá. Somente, após esse período na Nação é que se tornou umbandista.

Fui chamado nominalmente para a sala onde se encontrava Seu Zé. Fui aconselhado a retirar os sapatos. Logo quando entrei, Seu Zé - vestido com camisa listrada horizontalmente em vermelho e branco, calça branca, sapato marrom, chapéu panamá com uma fita vermelha e fumando - se levantou, apertou minha mão de maneira “malandra”, fazendo os trejeitos da malandragem carioca e deu um caloroso abraço. Surpreendentemente, ao conhecê-lo, não fiquei nervoso. Pelo contrário, me senti à

vontade. Seu Zé chama atenção por seu carisma que cativa as pessoas que vão procurá-lo, sempre procurando confortá-las em seus problemas. Seu transe se deu de maneira tranquila e silenciosa. O ambiente parece com uma mesa de boteco, onde Seu Zé Pelintra bebe deliciosamente sua cerveja. À mesa tem também alguns petiscos como salaminho e azeitonas, um cinzeiro (já estava cheio, imagino que Seu Zé tenha fumado muito durante aquele dia de “trabalho”) e um baralho. Também à mesa, uma prancheta com um bloco e um lápis, onde Zé Pelintra sugeriu que eu escrevesse o que precisasse de nossa conversa.

Meu primeiro pedido a Seu Zé foi que permitisse gravar a “consulta”. Zé Pelintra negou justificando que “a religião não permite, e a religião é uma coisa muito séria. O espiritismo é uma coisa muito sagrada”. A seguir, Zé me perguntou: “Que 'estusado' eu estava fazendo?”. Foi quando expliquei o que pretendia. Sempre em uma conversa muito respeitosa, agradável e tranquila. Percebi seu jeito cuidadoso com que trata seus fiéis, seus “filhos”. Acredito, pela receptividade que senti, que seu Zé tinha ficado honrado por eu tê-lo como protagonista; fato este que viria a comprovar mais tarde, quando prometeu me ajudar nos estudos. Em meio a minha explanação, perguntou se eu sabia o seu nome, onde tinha nascido e quando tinha sido sua primeira aparição como espírito. Sem deixar responder, completou: “Sou o José Alves dos Santos. Foi na Mesa da Jurema, mesa de Egum. Nasci no sertão de Pernambuco. Vou te dar um livro que vai te contar tudo sobre mim. E num outro dia, quando não tiver muita gente, você vem para conversar comigo sobre o que precisar”. A seguir, chamou a mãe-de-santo do terreiro (que fez reverência a ele ao entrar na sala) e pediu que encontrasse o tal livro. No que foi prontamente atendido. Logo, emendou outra pergunta, mostrando uma navalha que também estava em cima da mesa e que eu não tinha percebido: “Você sabe por que malandro usa camisa de seda? Porque a navalha desliza na seda”, fazendo o caminho com a navalha em sua camisa. Outra pergunta pra mim: “Sabe onde Zé Pelintra morreu?”. “Em Santa Teresa”. E balançou positivamente a cabeça para mim e deu uma piscada com o olho. E completou: “Na subida do Morro”. Explicou que na “religião” (Umbanda) existem as sete falanges da malandragem, da qual Zé Pelintra é o “chefe”.... Com um ar de satisfação confidenciou: **“Quanto mais o povo eleva meu nome, mais eu cresço espiritualmente. O povo tem que saber quem eu sou e o que eu faço”**. Perguntei: “Quem é o senhor? O que o senhor faz?”. **“Eu sou Zé Pelintra Malandro e eu cuido do meu povo”**. “Mas quem é seu povo?”, perguntei. **“É todo o brasileiro. Eu privo da maldade, ajudo a arrumar emprego e ajudo os inocentes a**

saírem da cadeia”.... Terminou, dizendo: “Pode contar comigo.”. Sugeriu também que voltasse lá outras vezes e sempre que precisasse. Percebi mais uma vez que são por suas palavras, por seu carisma e carinho com que Seu Zé cativa as pessoas que vão procurá-lo, sempre procurando confortá-las em seus problemas. Assim, Seu Zé a mim pareceu uma entidade complexa, ambígua, carismática, mas, sobretudo, fascinante e encantadora.

A “consulta” durou mais ou menos quarenta minutos, e durante, algumas pessoas, todas trajadas de branco, vieram verificar se a cerveja de Seu Zé estava gelada, encher o seu copo e trocar os petiscos. Também vieram esvaziar o cinzeiro. Percebi nessas pessoas um imenso respeito por Seu Zé, pois todos ao entrar pediam licença e se colocavam à sua disposição.

Meu último pedido antes de me despedir foi se poderia tirar uma fotografia dele com sua vestimenta. Mais uma vez respondeu: “a religião não permite”; mas pronta e generosamente se curvou e pegou um álbum com as fotografias de todas as festas de Zé Pelintra naquele centro e ~~me~~ entregou, dizendo que eu escolhesse a que gostasse mais. Então me levantei, agradei, apertei sua mão à sua moda, recebi um caloroso abraço e uma última palavra: **“Somos todos filhos do mesmo pai. Há um povo que conta comigo. Malandro toma conta e dá conta”**. Seu Zé pôde se revelar um Mestre flexível e modelar.

Figura 4 - Fotografia da Oração final na Festa de Seu Zé, todos de mão dadas - 2009



13 de novembro de 2010

Assentamento é a materialização das energias por meio de altares compostos por diversas imagens e elementos de reverência às entidades e orixás. São também a representação de formas de compreender o universo religioso.

No terreiro se tem um mundo sagrado, onde se realizam os rituais. Internamente, o terreiro divide o espaço da residência do pai ou mãe de santo. O altar e imagens de adoração, os lugares de culto e acolhimento aos “clientes” ficam localizados em uma pequena sala. Não existe uma separação rígida entre sagrado e profano, e sim, uma certa invasão do sagrado na vida cotidiana. Se reserva um lugar no quintal na frente da casa para a realização das “giras” (como os frequentadores chamam as sessões da umbanda) e o acolhimento aos clientes e visitantes. Todo o terreiro é caracterizado por elementos simbólicos demarcados em lugares específicos, que demandam energias específicas. Cada entidade possui seu assentamento, um espaço de culto e reverência para a realização das obrigações. O espaço do terreiro é pequeno, bem arborizado e afastado da cidade. A maior parte dos assentamentos fica localizada na entrada e lateral esquerda do terreiro, sendo um local de constante visitação e culto por parte dos dirigentes (o chefe do terreiro e sua esposa) para a realização da magia de seus “trabalhos”. “Trabalho” é um rito mágico-religioso, utilizado para vários fins, como por exemplo, para solucionar

problemas de saúde e amorosos. Para entrar em um assentamento devo estar sempre acompanhado do líder ou de um filho de santo da casa, fazer reverência (gestos rituais) e entrar descalço em respeito à entidade ou orixá que está representado ali.

Figura 5 - Fotografia Assentamento de Seu Zé preparado para festa - 2010



O altar é também chamado de “peji” e tem imagens das entidades espirituais da Umbanda e orixás do Candomblé, misturados aos santos católicos, como Nossa Senhora, São Jorge, São Sebastião, Cosme e Damião, São Lázaro, dentre outros. Tem também as guias, as flores, as quartinhas, os nomes de pessoas escritos e fixados junto às imagens e outros elementos simbólicos. Ao demonstrar o altar principal do terreiro, Sr. Elson afirma: “a Umbanda é a religião do povo brasileiro, acolhe todo mundo, não discrimina ninguém; é a religião da caridade. Aqui tem índio, negro, branco, malandro, prostituta... que precisam se desenvolver espiritualmente”. O terreiro de Sr. Elson é “regido pela proteção de Seu Zé Pelintra e pelo orixá Obaluaê, que no sincretismo com os santos católicos representa São Lázaro.”

Figura 6 - Fotografia do Altar



Para um frequentador, Exu representa “a energia do terreiro”, quem leva e traz todas as energias, positiva ou negativa, não separa o bem e o mau; é responsável pela defesa e a cura. Os exus são destemidos e encaram qualquer tipo de situação, inclusive de doença. Eles tratam todos sem distinção, buscando sempre o “bem estar” de quem o procura. É essencial para a superação de suas “aflições”. O assentamento de um Exu possui ferramentas de ferro com a figura ilustrativa do pontos riscado por meio de um ritual. O ponto riscado é revelado pela entidade incorporada durante o ritual. A entidade também revela sua identidade, que é figurada na ferramenta que compõe o assentamento. O vermelho e o preto são as cores características da casa de Exus. Perfumes, chapéus, velas, colares (guias) ambientam o espaço. Neste terreiro, a entidade mais cultuada é Seu Zé Pilintra, que trabalha com várias “demandas”. É quem mais trabalha no terreiro, um malandro. No entanto, para o dirigente do terreiro, Seu Zé não é um Exú e sim um encantado, malandro que vem do nordeste do Brasil para o Rio de Janeiro viver na “malandragem, no jogo, é amigo e protetor das prostitutas da Lapa” (Sr

Elson, 2010). Durante as giras, os adeptos costumam cantar vários pontos para Seu Zé; cantos estes que têm um impacto afetivo.

Sr Elson relata sobre a importância de Seu Zé Pilintra para o seu terreiro. Presenciei vários momentos em que a entidade se fazia presente nos momentos de aflições e aconselhamento aos filhos de “sangue” e de “santo” do dirigente. Muitas vezes, ao longo das consultas, reservadamente, ele conduz seu “cliente” ao assentamento de Seu Zé e, pacientemente, escuta e aconselha quem o procura. No entanto, o chefe do terreiro relata as perseguições e discriminação sofrida por Seu Zé em tempos remotos.

Figura 7 - Seu Zé e Malandrinho na Festa de Seu Zé - 2010



Figura 8 - Presentes ofertados à Seu Zé em sua festa – Festa Seu Zé – 2010



Figura 9 - Consulta com Seu Zé em Festa das crianças - 2010



Figura 10 - Mesa de Seu Zé – Festa de Seu Zé 2011



Figura 11 - Festa Seu Zé – 2011



Figura 12 - Festa de Seu Zé - 2011



Figura 13 - Seu Zé, dando consulta – Festa de Seu Zé 2011



Figura 14 - Consulta com Seu Zé, em sua festa - 2011



Figura 15 - Festa de Seu Zé – 2011



Figura 16 - Oração Final na Festa de Seu Zé – 2011



Figura 17 - Realização de ritual de agradecimento e encerramento do Ano - Dez/2011



Figuras 18 e 19- Festa do Caboclo – Fev 2012

As linhas energéticas para cada tratamento depende do tipo de doença e a identificação estabelecida pelo pai ou mãe de santo – intermediado pelas entidades e orixás - e o enfermo em questão.





Figura 20 - Festa de Iemanjá – Praia da Barra - Fev 2012



Figura 21 - Barco com oferendas para Iemanjá



Figura 22 - Festa Seu Zé – Nov/2012



Figura 23 - Enfeites que foram distribuídos na Festa de Seu Zé – Nov/2012



Capítulo 1

Saúde, Religião e Cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras

Márcio Luiz Mello²

Simone Santos Oliveira³

Resumo:

Resultado de uma pesquisa qualitativa de caráter etnográfico com observação participante num templo religioso afro-brasileiro, localizado em um bairro do Rio de Janeiro, este trabalho busca compreender as relações da religiosidade com a saúde e os processos de cura, procurando entender as formas com que os indivíduos vivenciam a doença, o sofrimento, a dor e as práticas de cura. Como o modelo biomédico de atenção à saúde é incapaz de lidar isoladamente com a complexidade dos problemas de saúde, produz-se maior interesse pelas ciências sociais aplicadas ao campo da saúde para se pensar a atenção integral ao paciente e a integração dos conhecimentos biológicos, sociais e culturais na compreensão das doenças. Essa aproximação reforça a relação dinâmica entre religião e saúde. Um efeito fundamental da religião é alterar o significado de uma doença para aquele que sofre, não implicando necessariamente na remoção dos sintomas, mas na mudança positiva dos significados atribuídos à doença. A religiosidade dá sentido à vida, diante do sofrimento, ao criar uma rede social de apoio, mas não só. Constatamos que a prática religiosa tem complementado as práticas médicas oficiais. As informações coletadas nos permitem afirmar que as práticas religiosas se constituem em lugares de acolhimento, de cura e de saúde para aqueles que as buscam. Apontamos para a necessidade de aprofundamento de estudos desta temática que venham a se somar enquanto possibilidades de ajuda e alternativa de “cura” às pesquisas da prática biomédica.

PALAVRAS-CHAVE: SAÚDE E DOENÇA, RELIGIÃO, ANTROPOLOGIA DA SAÚDE, UMBANDA, ETNOGRAFIA

²Doutorando em Ciências na área de Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública. Tecnologista em Saúde Pública do Instituto Oswaldo Cruz, da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: mello@fiocruz.br

³Doutora em Ciências na área de Saúde Pública. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: simone@ensp.fiocruz.br

Health, Religion and Culture: A Dialogue Based on Afro-Brazilian Customs

Abstract:

Resulting from a qualitative study of ethnographic characteristics, with participatory observation in an Afro-Brazilian religious temple located in a neighborhood of Rio de Janeiro, this investigation attempts to understand the relationship between religion, health, and the healing process, trying to comprehend the ways in which individuals experience illness, suffering, pain, and healing practices. Since the biomedical health model is unable to cope with the complexity of existing health problems, there is a greater interest in the way that social sciences can be applied to the medical field, allowing greater attention to be paid to patients, as well as the integration of biological, social, and cultural understanding of disease. This approach reinforces the dynamic relationship between religion and health. A fundamental effect of religion is to alter the meaning of disease for the sufferer, not necessarily implying the removal of symptoms, but a positive change regarding the potential outcomes of the disease. Religion gives meaning to life when one is suffering, creating a network of social support. We have found that religious worship supplements official medical practice. The information collected allows us to confirm that religion provides a place of refuge, health, and healing for those in need. We note the necessity for further research that can be added to existing biomedical studies, so that people have a greater chance of being helped during the healing process.

Keywords: Health and illness, religion, Anthropology of Health, Umbanda, Ethnography

Saúde, Religião e Cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras

Introdução

O modelo biomédico de atenção à saúde isoladamente não é capaz de lidar com a complexidade dos problemas de saúde da população brasileira, além de não considerar as características locais de cada região de um país continental como o Brasil. A análise desse modelo produz um interesse maior do campo da saúde pela aplicação das ciências sociais como uma forma ampliada de se pensar a atenção integral ao paciente, bem como a integralidade, princípio fundamental do SUS, buscando conjugar conhecimentos biológicos, psicológicos, sociais e culturais na compreensão do processo saúde/doença. Sob a ótica das ciências sociais pode-se pensar o modelo biomédico a partir de outros modelos que não o próprio. Assim, recorre-se aos estudos das dimensões sócio culturais da saúde/doença como campo do conhecimento, sobretudo no Brasil, que possui uma ampla variedade cultural, de crenças e orientações religiosas disseminadas na sua população. Existem muitos estudos, com diferentes enfoques realizados nos institutos de pesquisa em ciências sociais e saúde, no campo que se convencionou a chamar de Antropologia da Saúde e da Doença (para alguns autores, Antropologia Médica), onde se incluem pesquisas sobre o sentido e o significado atribuídos pelas sociedades, culturas, religiões praticadas etc, quanto às doenças e suas terapêuticas. Este trabalho busca contribuir para a discussão da complementaridade existente entre o sistema de saúde oficial e as terapêuticas religiosas. Dessa forma, procuramos refletir sobre de que maneira as práticas culturais e religiosas dialogam ou podem dialogar com a biomedicina, e quais as possíveis melhorias nas práticas e políticas de saúde, a partir do conhecimento dessa relação, considerando as formas com que os indivíduos vivenciam e interpretam a doença, o sofrimento, a dor e as práticas de cura, especialmente as inscritas no campo afro religioso.

A articulação dos serviços de saúde com as práticas culturais e de “medicina tradicional” tem sido promovida pelos documentos internacionais desde a Declaração da Alma-Ata da Organização Mundial da Saúde – OMS, formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, no Cazaquistão em 1978, e estimulada globalmente pelas políticas públicas.

“Experiências individuais relativas à saúde e à doença não têm sido relatadas apenas em publicações científicas. Os pacientes estão se manifestando e usando suas experiências como argumentos a serem considerados na elaboração de políticas de saúde.” (Herzlich, 2004, p. 386).

Neste sentido, em 1996, a OMS e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO reconheceram oficialmente a relevância dos aspectos culturais para muitos fatores da saúde internacional. Essas duas entidades propuseram que a saúde e a cultura fossem abordadas de forma mutuamente integradas na perspectiva do benefício de pessoas e países (Helman, 2009).

No século XX, principalmente em sua segunda metade, antropólogos como Claude Lévi-Strauss e Marcel Mauss, já aportavam importantes contribuições para o campo da Saúde:

“... estudos empíricos dos citados autores e de outros antropólogos vêm evidenciando o que todos sabemos por meio do senso comum e do bom senso: o fato de que as doenças, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva, mas que sua vivência pelas pessoas e pelos grupos sociais está intimamente relacionada com características organizacionais e culturais de cada sociedade.” (Minayo, 2006, p.205).

Porém, não é simples definir cultura, pois *“ninguém sabe muito bem o que é cultura. (...) Não apenas é um conceito fundamentalmente contestado, (...) como é também definido de várias maneiras, empregado de formas múltiplas e irremediavelmente impreciso.”* (Geertz, 2001, p. 22). Assim, este conceito impreciso pode resultar no equívoco de compreender as práticas culturais quer isoladas, quer como não mutáveis, levando a sua reificação. Por um lado, as relações entre os serviços de saúde e as diferentes práticas culturais e religiosas refletem apropriações e circulação de discursos da biomedicina e o campo da Saúde como espaço político de atuação. Por outro lado, tanto as dificuldades operacionais quanto de atuação dos profissionais de saúde com grupos culturais não dominantes são marcadas por tensões que subentendem uma lógica de universalização e normatização dos procedimentos em saúde (Langdon, 2010). Assim, a reflexão sobre as relações entre os serviços de saúde, as diferentes sociedades e culturas, as diversas religiões, o saber popular e as políticas públicas precisam ser aprofundadas.

A relação entre ciências sociais, antropologia e saúde

Com o desenvolvimento da corrente interpretativa da antropologia, surge uma nova concepção da relação entre indivíduo e cultura, e torna-se possível uma verdadeira integração da dimensão contextual na abordagem dos problemas de saúde (Uchôa e Vidal, 1994).

O campo da Antropologia da Saúde, ao valorizar as variadas interpretações do fenômeno saúde/doença, procura entender as formas por meio das quais os indivíduos expressam e interpretam o sofrimento e a dor, bem como os sistemas terapêuticos.

Esse crescente interesse da Antropologia no fenômeno saúde/doença se distancia da visão do modelo hegemônico, biologicista e mecanicista da medicina, e se aproxima da análise pelo viés sociológico e cultural das diferentes terapêuticas, suas conformações institucionais e especialidades diversas. É possível destacar uma pluralidade de pensamentos e práticas de cura presentes nas sociedades, onde o papel da cultura aglutina os elementos de crenças e costumes de vários grupos. Existe uma grande variedade de interpretações discursivas de médicos e pacientes em que a doença pode ser estudada em seus aspectos simbólicos, muitas vezes, por meio das próprias narrativas dos sujeitos adoecidos conforme se verifica em diversos estudos (Costa, 2010; Caprara, Landim, 2008; Nunes, 2006; Carvalho, 2005; Alves, 1994; Minayo, 1994).

Sabemos que a experiência da doença é ao mesmo tempo individual e social; ela pertence ao domínio do privado e ao espaço público e *“a história da saúde é também a história dos países e cidades, do trabalho, das guerras e das viagens”* (Herzlich, 2004, p. 384).

O significado de estar doente pode ser entendido como a percepção de sensações e sintomas desagradáveis (cansaço, dor de cabeça, dor no corpo, sono, fraqueza, falta de apetite, febre) que, identificados pelo médico ou pelo paciente, também representa a doença como uma construção social e mutável, de acordo com o grupo social e com a identidade cultural. Diferentes doenças podem ser encaradas diferentemente por pessoas de um mesmo grupo e de maneira análoga por pessoas de grupos diferentes.

“Os 'discursos' dos pacientes acerca da saúde e da doença narram experiências pessoais e privadas que são, no entanto, “socializadas”. Eles esclarecem alguns aspectos das relações entre o indivíduo e seu grupo em contextos

biográficos específicos marcados pela doença.” (Herzlich, 2004, p.386).

Ou seja, mais do que uma configuração biológica, a doença também é uma realidade social e culturalmente construída e o doente é, sobretudo, um ser social.

Estudos antropológicos empíricos e comparativos têm contribuído para problematizar o modelo hegemônico biomédico quando ele é colocado para a sociedade como “a verdade”, ou a “única verdade”, ou quando se menospreza o saber e a experiência do paciente quanto a sua doença, como se ali não houvesse também uma “verdade”, como afirma Minayo (2006), “*o que significa dizer que não há racionalidade biomédica independente do ambiente cultural e histórico de seu exercício*” (Minayo, 2006, p. 206).

“Dentro da lógica da metodologia estruturalista a partir da qual evidencia a semelhança entre pensamento científico e pensamento mítico, Lévi-Strauss [1963] contribuiu para pensarmos os vários sistemas terapêuticos exercidos nas sociedades complexas, inclusive o modelo hegemônico. O autor chama atenção para o fato de que os contextos sociais e individuais dos processos de cura têm esquema mental semelhante. Todos dependem da eficácia simbólica criada pela relação de confiança interativa entre o médico, o paciente e as expectativas sociais em torno do modelo praticado. O que significa dizer que não há racionalidade biomédica independente do ambiente cultural e histórico de seu exercício.” (Minayo, 2006, p. 206).

A Antropologia da Saúde organiza os símbolos e as categorias das doenças por meio de fontes produtoras de sentido - biológicas, sociais, culturais ou religiosas. Procura trilhar caminhos, às vezes, nada convergentes, enfatizando a importância de entender a vida cotidiana e as visões das pessoas que vivem em comunidades de diferentes padrões culturais e sociais, além de estudar como estas se relacionam com a saúde e a doença. De acordo com Costa (2010), permite compreender os indivíduos a partir de uma visão holística, que abrange tanto seu contexto cultural, quanto suas subjetividades ao se aprofundar em um entendimento mais próximo da realidade do processo de adoecer.

Portanto, a Antropologia da Saúde considera as diferentes visões de mundo do doente e do profissional de saúde, as atitudes coletivas em face aos problemas de saúde, o sentido da doença visto pelo doente à luz das regras e normas da sociedade conforme

traduzidas em códigos morais ou religiosos e, por fim, o ideal social do que é ser saudável (Minayo, 2006).

A Relação Saúde e Religiosidade no Brasil

No Brasil, as ciências sociais em saúde, incluindo a sociologia, a antropologia, a ciência política e a história, conseguiram se desenvolver e se estabelecer como área de pesquisa e docência em tempo relativamente curto – cerca de três décadas –, sendo que muitos de seus autores realizam suas investigações na interface da sociologia, da antropologia e da história.

Diversos autores têm se dedicado a mapear e a caracterizar o campo de estudos dedicado à saúde na antropologia feita no Brasil desde os anos 60. Segundo Canesqui (1994), mesmo opondo-se ao modelo médico, a antropologia tomou como objeto de reflexão a multiplicidade dos recursos terapêuticos e as “novas” modalidades dentro e fora do campo médico oficial, possibilitando o surgimento de conhecimentos e práticas que se mesclam, recriam e se impõem no contexto amplo da sociedade brasileira.

Uma das características mais gerais da cultura na sociedade brasileira é a crença em espíritos e em sua manifestação, seja de antepassados ou de entidades diversas. Quanto a isso, Velho (2003) afirma que

“(...) a grande maioria da sociedade brasileira é constituída de católicos fiéis à Igreja de Roma. No entanto, são infundáveis e frequentes as situações em que católicos recorrem a centros espíritas, terreiros de umbanda e candomblé. Quando não o fazem diretamente, usam parentes e amigos como intermediários. Doença, emprego, amor são algumas das questões que podem levar católicos, protestantes tradicionais, judeus, ateus, agnósticos etc a procurar apoio, conselho e solução com espíritos de luz, pretos velhos, Ogum, Xangô, e, por que não, exus e pombas-giras” (Velho, 2003, p. 25).

No Brasil, a maioria das pessoas acredita na ação do sagrado na prevenção e na cura de enfermidades. Cerca 89% da população brasileira concorda que religião é importante, 50% dela já se utilizaram de algum tipo de serviço religioso. Em 2009, apenas 6,72% da população brasileira afirmava não possuir religião⁴.

⁴Estes dados foram resultados de pesquisa realizada pelo Centro de Políticas Sociais/FGV que se utilizou da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2009 do IBGE, pois até o momento da escrita deste

Não por coincidência, os problemas de saúde estão entre as principais razões que levam as pessoas a procurarem ajuda religiosa no Brasil. Embora um brasileiro fale em doença, tanto em relação à etiologia quanto aos recursos disponíveis, frequentemente colocará em questão as distinções entre doença material ou física, e doença espiritual (Ferreti, 2003; Fry, Howe, 1975).

A lógica do discurso religioso, ao classificar as doenças em material e espiritual, traz embutida a supremacia do espiritual (Montero, 1985). Mesmo assim, esta diferenciação é muito tênue e a maioria das doenças pode ser classificada nas duas categorias ou mudar de categoria de acordo com a resposta diagnóstica e a própria terapia recebida (médico, líder religioso), ou a decisão de buscar ajuda com o “especialista do corpo” (médico, farmacêutico etc) ou o “especialista da alma” (mãe de santo, líder protestante ou católico), ou a decisão de buscar todos esses especialistas simultaneamente. Especialistas religiosos são, frequentemente, chamados a lidar com os mesmos sintomas que os médicos, conforme comprovam diversas pesquisas (Redko, 2010; Puttini, 2008; Rabelo, 1993; Laplantine, 1989; Loyola, 1984).

Estudos revelam, por exemplo, que pessoas que sofrem de transtornos mentais procuram instituições religiosas como parte de seus mecanismos de auto-ajuda (Redko, 2010). Em pesquisa sobre a relação entre o pertencimento religioso enquanto fator de proteção da doença mental, Dalgarrondo (1997) observou que grupos religiosos podem funcionar como uma intensa rede social de apoio, influenciando diretamente na tolerância da comunidade com a pessoa em sofrimento psíquico; o que poderá repercutir na sensação de acolhimento e bem-estar por parte do enfermo.

Estudos da religiosidade das classes populares urbanas têm apontado para o papel central dos cultos religiosos enquanto espaços terapêuticos. Rabelo (1993) argumenta que em bairros populares de Salvador, a pluralidade de cultos que oferecem serviços de cura “*salta aos olhos*”, levantando a importante questão de se compreender como os indivíduos se utilizam de tais serviços para lidar com a experiência da aflição. Nesses estudos, o argumento central é que as terapias religiosas curam ao organizarem a experiência caótica do sofredor e daqueles diretamente envolvidos em sua cura ou responsáveis por ele, apresentando a eficácia simbólica tal como conceituada por Lévi-Strauss.

artigo, as estatísticas referentes ao Censo 2010 (tradicionalmente a base de dados usada nos estudos acerca da religiosidade do brasileiro) ainda não tinham sido disponibilizadas por este órgão oficial.

Em sua antropologia interpretativa, Geertz (1989) afirma que *“os símbolos sagrados funcionam para sintetizar o ethos de um povo (...) e sua visão de mundo. (...) a religião ajusta as ações humanas a uma ordem cósmica imaginada e projeta imagens de ordem cósmica no plano da experiência humana”* (Geertz, 1989, p. 67).

Geertz (1989) define religião como

“um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas” (Geertz, 1989, p. 67).

Para Geertz (1989), a religião, por meio de sua simbologia, na qual uma veracidade é reconhecida, atua no estado de espírito e de saúde das pessoas. O autor afirma que

“Pra um antropólogo, a importância da religião está na capacidade de servir, tanto para um indivíduo como para um grupo, de um lado como fonte de concepções gerais, embora diferentes, do mundo, de si próprio e das relações entre elas – seu modelo da atitude – e do outro, das disposições ‘mentais’ enraizadas, mas nem por isso menos distintas – seu modelo para a atitude. A partir dessas funções culturais fluem, por sua vez, as suas funções social e psicológica” (Geertz, 1989, p. 90).

Comenta também, sob a ótica da religião, que o sofrimento não é eliminado. Assim, a pessoa deve compreendê-lo, tolerá-lo e suportá-lo. Ou seja, mais do que ser consolada, deve aprender a lidar com o sofrimento. Neste sentido, a religião permite compreender os recursos do ser humano para expressar emoções, compreender o mundo, influenciando positivamente (na maioria das vezes) suas situações de vida, ajustando as ações e experiências humanas. O discurso religioso possibilita pensar os problemas dentro de uma lógica ordenada, oferecendo um critério de classificação e representando uma integração dos acontecimentos desordenados, tornando suportáveis *“para o espírito as dores que o corpo se recusa a tolerar”*, e isso, muitas vezes, é interpretado como a *“cura”* (Geertz, 1989).

Nesta perspectiva, Laplantine & Rabeiron (1989) argumentam não haver prática exclusivamente médica ou mágico-religiosa; e sim recursos distintos e não contraditórios que se classificam em dois níveis de interpretação e que se inter-

relacionam: de um lado os processos etiológicos-terapêuticos, e de outro, as questões do sentido e do significado. Assim, apesar da hegemonia do modelo biomédico, há espaço social para a coexistência de diferentes formas de terapêuticas e cura, o que Laplantine e Rabeiron denominam de Medicinas Paralelas⁵.

Principalmente em uma sociedade complexa moderno contemporânea, na qual os indivíduos possuem diferentes estilos de vida e visões de mundo (Velho, 1994), recebem grande quantidade e diversidade de estímulos e estão na interseção de diferentes mundos (Simmel, 1971), mas que, podem compartilhar definições comuns de realidade e, operarem na mesma província de significado, socialmente construída (Schutz, 1979), além de possuírem crenças e valores comuns e interagirem por meio das mesmas redes de significados em diferentes contextos e experiências (Geertz, 1989), podendo variar seu grau de adesão e comprometimento. Indivíduos estes, que podem viver e transitar em “mundos que se tocam, mas não se penetram” (Park, 1979), demarcados em geral por fronteiras culturais. Podem desempenhar múltiplos papéis sociais, associados dinamicamente a experiências e a níveis de realidade diversificados, em múltiplos contextos e situações diferenciadas (Velho, 2003).

Ao discutir essa problemática da sociedade complexa moderno-contemporânea, Velho (2003) utiliza o conceito de projeto, relacionando-o com o conceito de campo de possibilidades. Para o autor, “*nessa dialética os indivíduos se fazem, são constituídos, feitos e refeitos, através de suas trajetórias existenciais.*” (Velho, 2003, p.8). Tais conceitos como o de estilo de vida, visão de mundo, projeto e campo de possibilidades podem também ser utilizados nas análises das escolhas terapêuticas feitas pelos indivíduos em busca de saúde.

Existe um horizonte de expectativa religiosa que se contrapõe ao racionalismo científico e técnico (Laplantine, Aubrée, 2009). O doente e sobretudo o brasileiro, em geral, combina várias formas de tratamento e alterna continuamente entre elas, muitas vezes, de maneira simultânea e não-linear (Rabelo, 1993). Desta forma, o indivíduo doente ou aflito pode recorrer a várias possibilidades de solução para o seu problema, perfazendo, portanto, o seu próprio Itinerário Terapêutico. Sendo assim, a “cura” passa a ser um processo de busca contínua e não um processo de adesão.

⁵LAPLANTINE, F. & RABEYRON, P. L., (1989). *Medicinas paralelas*. São Paulo: Brasiliense.

Reconhecendo essas diferentes práticas é que a OMS tem buscado a incorporação do conceito de medicina tradicional como estratégia importante para a melhoria da saúde das populações e o define como

“prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades” (OMS, 2002, p.17).

Iniciativas como essa, da OMS, impulsionaram no Brasil a institucionalização de novas políticas por parte do Ministério da Saúde, como por exemplo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

Tal contexto mundial e brasileiro acentua a discussão e exige aprofundamento do conceito de integralidade - um dos princípios do SUS - dando ênfase aos aspectos sociais, simbólicos e culturais, pois *“Os resultados obtidos pelas práticas integrativas demonstraram-se positivamente efetivos, ainda que estas práticas não ultrapassem às oriundas da medicina oficial.”* (Separavich, Canesqui, 2010, p. 253).

Aplicada ao processo saúde-doença e à busca de saúde em templos religiosos, a teoria interpretativa não pretende responder às perguntas que fazemos, mas permitir-nos dizer, olhar, compreender e interpretar respostas dadas, na forma de um diálogo interativo entre os sujeitos. Desta forma, a cultura fornecerá os elementos para que eventos da vida, como os da saúde, por exemplo, sejam compreensíveis. Assim, o estudo de interpretação cultural é um esforço de aceitar a diversidade entre as diferentes formas que os seres humanos constroem suas vidas no processo de vivê-las (Geertz, 1989; 1999).

Com relação à saúde, podemos afirmar que as práticas terapêuticas variam de acordo com a cultura da pessoa e é com base nessa cultura que ela explica seus sofrimentos e suas doenças, faz escolhas de tratamento e avalia seus resultados, ressignificando sua situação de vida.

Entendemos que, na interpretação, o principal deve ser o universo de significados das experiências individuais. Assim, para Geertz, a análise das ações cotidianas permite dar significado ao mundo e essas ações que dão significado

constituem o que ele chama de senso comum. Geertz define o senso comum como uma forma realizável do discurso de um sistema cultural, o qual implica uma “ (...) *ordem única, passível de ser descoberta empiricamente e formulada conceitualmente (...)*” por meio do conhecimento das formas que assume nos diferentes locais. Portanto, no estudo da cultura, o “senso comum” deve ser considerado, pois o pensamento que surge a partir dele constitui-se na confirmação das interpretações das experiências vividas e parte da vida concreta e não de teorias abstratas, constituindo, desta forma, uma sabedoria coloquial que valoriza a realidade. Tais experiências, quando no campo da saúde, da cultura e da religião, fornecem possibilidades de interpretação das doenças e das práticas terapêuticas (Geertz, 1999).

Metodologia

Realizou-se uma pesquisa exploratória qualitativa de caráter etnográfico num templo religioso afro-brasileiro (terreiro de Umbanda). A etnografia é a busca de estruturas de significados, contextualizadas por meio da descrição densa (Geertz, 1989). O grupo investigado compreende um terreiro, localizado no Rio de Janeiro – RJ, mais especificamente o Centro Espírita São Lázaro – Filhos de Obaluaê, em Santa Cruz, bairro da zona oeste da cidade. O trabalho de campo se deu por meio da observação participante, que vem sendo realizada ao longo dos anos de 2009 e 2010, com visitas espaçadas e organização das observações em diário de campo. A produção de dados se deu também por meio de entrevistas abertas, conversas informais e materiais pessoais dos frequentadores e dirigentes do centro, bem como pelo registro audiovisual.

No estado do Rio de Janeiro, apenas 15,95% da população se diz sem religião. Além disso, esse estado é o que apresenta o maior percentual de frequentadores de religiões afro-brasileiras com 1,61% e de religiões espíritas 3,37%. Sua capital, a cidade do Rio de Janeiro é a segunda capital mais afro-brasileira do país com 2,04% de sua população⁶.

Entendemos não ser possível compreender as questões de saúde da Umbanda sem entender a cosmologia e a organização social deste universo cultural. Assim, pensar a questão da doença e da cura no interior desta religião implica em considerar sua cosmologia, seus rituais e a prática de seus agentes. Portanto, fazem-se necessárias algumas referências, ainda que sintéticas, sobre os fundamentos da religião umbandista.

⁶Pesquisa realizada pelo Centro de Política Sociais/FGV.

Não é intenção deste trabalho uma análise pormenorizada da Umbanda e conseqüentemente nos limitaremos a algumas referências que permitirão o entendimento desta religião afro-brasileira e sua inserção na pesquisa.

O termo de origem banto “umbanda” denomina uma religião brasileira que reflete a história e a sociedade do país e trata-se de um conjunto de práticas capaz de acompanhar as rápidas transformações de uma sociedade cada vez mais planetária, pluralista, multicultural e inter-racial (Bairrão, 2002; Ligiéro e Dandara, 1998; Freyre, 2005; Birman, 1985).

Essa religião sincretiza os espíritos dos indígenas nativos, dos orixás africanos, dos santos protetores do catolicismo, bem como retrabalha a ideia de reencarnação à luz do espiritismo kardecista (Laplantine, 2001).

No trabalho de campo, realizamos consultas com o Zé Pelintra, entidade mais cultuada no terreiro estudado. A investigação foi impulsionada por uma percepção inicial sobre o Zé Pelintra, mito do panteão umbandista, o “malandro divino” (Ligiéro, 2004). O malandro Zé Pelintra, após ser absolvido pela pluralista Umbanda se transmuta em importante entidade-herói e se transforma em “luz”, energizando as almas convalescentes de gente do povo (Lages, 2007; Ligiéro, 2004).

O critério de escolha do personagem Zé Pelintra e da Umbanda foi em função do reconhecimento de sua importância histórica para a formação da identidade brasileira e de nossa realidade sócio cultural (Birman, 1985). A partir desta aproximação inicial emergiu a temática saúde e seu relacionamento com a Umbanda.

O Contexto Religioso da Umbanda e a Saúde no Rio de Janeiro

O Zé Pelintra que conhecemos no trabalho de campo chama atenção por seu carisma e pelo acolhimento com que cativa as pessoas, tentando confortá-las em seus problemas, sempre pronto para ajudar a todos que a ele recorrem. Durante uma das consultas, Seu Zé nos surpreendeu com o seguinte depoimento ilustrativo:

“Eu cuido do meu povo (...). Eu privo da maldade, ajudo a arrumar emprego, ajudo os inocentes a saírem da cadeia, as pessoas a terem saúde, dou conselhos (...). Há um povo que conta comigo (...). Quanto mais o povo eleva meu nome, mais eu cresço espiritualmente. O povo tem que saber quem eu sou e o que eu faço.”

Apreendemos ao longo de nosso trabalho que as pessoas procuram a Umbanda para resolver diversos tipos de problemas, sejam eles de saúde ou não. Um grande

número de pessoas, por motivo de doença, recorre aos cultos umbandistas em busca de alívio para as doenças do corpo e aflições da alma. Uma das formas que a Umbanda se aproxima da promoção da saúde é quando o terreiro se constitui como rede de apoio, oferecendo “serviços” de cura, acolhendo pessoas pertencentes às mais diversas classes sociais, mesmo nas quais se tem acesso ao sistema de saúde oficial.

Para a Umbanda, o que faz a pessoa ter saúde ou adoecer é a manutenção ou o enfraquecimento do axé (palavra africana que significa força vital). O axé é transmitido às pessoas nos rituais pelas várias entidades espirituais que “descem” nos médiuns (fiel que faz a intermediação entre as divindades e os pacientes). Em uma sessão, a entidade se utiliza do corpo do médium (incorporação), e por meio dele realiza a consulta. A cada consulta, tanto o fiel, quanto o paciente “recebem” axé (Laplantine, 2001).

Com certeza, a resposta religiosa a problemas como perturbações mentais, dificuldades afetivas, doenças físicas etc., não se resume a solução para questões específicas e facilmente identificáveis. Percebemos que, muitas vezes, quando se busca uma religião, quer-se algo de difícil definição, quer-se uma explicação, acolhimento, conselhos, enfim, “um algo mais” como resposta e cura para as doenças, inquietações e angústias. É aqui que se diferencia essencialmente a prática biomédica hegemônica da prática religiosa umbandista: enquanto uma busca a fragmentação e a especialização (Luz, 2005), a outra tenta oferecer integralidade, um cuidar do indivíduo como um todo, holisticamente, considerando um conceito ampliado de saúde.

Um efeito fundamental da religião é alterar o significado da doença; na mesma medida pode levar à modificação da visão de mundo do indivíduo doente. Isto não implica necessariamente na remoção dos sintomas, mas na mudança positiva dos significados que a pessoa atribui a sua doença, podendo resultar, ainda, em alteração no seu estilo de vida.

Na Umbanda, as entidades espirituais atendem a tipos específicos de pedidos dos humanos. Em geral, exus atendem problemas que envolvem dinheiro e desavenças afetivas; caboclos e pretos velhos receitam remédios de ervas e dão conselhos. No entanto, para um de nossos informantes, “*exu também cura; depende da sua fé*”. Essas entidades são essenciais para se entender a cosmologia, as doenças e os processos de cura na Umbanda.

No terreiro estudado, os adeptos classificam as doenças em cinco categorias: doenças que trazemos de outras vidas (cármicas), doenças físicas e mentais

(interpretadas como consequência de mediunidade não ou mal desenvolvida), doenças causadas por outras pessoas, doenças causadas “por encosto” ou por “obsessão”. É interessante notar que todas essas quatro categorias podem compor uma grande categoria de “doenças espirituais”, em oposição ao que denominaremos doenças físicas. No entanto, essa categoria, “doenças físicas”, é construída por exclusão a partir da impossibilidade de classificação nas quatro categorias anteriores e das trocas culturais com a medicina hegemônica, e tem concomitantemente causas físicas e espirituais.

Nas palavras de um dos entrevistados, as doenças cármicas devem ser “*expiadas à medida que a pessoa vai evoluindo espiritualmente e moralmente; é uma forma de corrigirmos os erros do passado, de outras vidas.*”. As doenças causadas pela mediunidade, segundo uma entrevistada, se manifestam na forma de “*desmaios e dores de cabeça*”. São interpretadas como resistência a dar passagem a uma entidade espiritual que “*precisa se desenvolver*”.

”Eu andava na rua e passava mal, caía no chão de repente. Eu sabia que precisava desenvolver e trabalhar minha mediunidade, mas eu deixava pra lá. Eu tenho isso desde pequena quando frequentava o centro da minha mãe. É de família. Então depois que voltei a frequentar e vim neste centro aqui, passei a lidar melhor com isso e parei de desmaiar e cair a toa na rua.”

Aliás, essa experiência de perturbações como sintomas de mediunidade não desenvolvida constitui um fator frequente nas histórias de ingresso na Umbanda.

Em relação às doenças e aflições causadas por outras pessoas, são “*por causa da inveja ou de trabalhos de magia feitos por quem quer prejudicar*”, como definiu uma adepta. Já as causadas por encosto, foram assim definidas pelo dirigente do terreiro.

“É quando um espírito ruim ou atrasado, que está vagando por aí, vem nos influenciar e fica ao nosso lado, sugando nossa energia, causando fraqueza, dor de cabeça, desmaio, colocando ideias ruins na nossa cabeça. A gente está bem e de uma hora pra outra, ficamos mal”.

As outras doenças que acometem as pessoas que procuram o terreiro e que não se enquadram em nenhuma das quatro classificações anteriores são as doenças físicas ou materiais. Nesse caso, quando os sintomas do doente sugerem enfermidades reconhecidamente orgânicas, as entidades aconselham e orientam outra alternativa de cura, geralmente associada ao sistema de saúde oficial ou medicina popular, em paralelo com o “tratamento” espiritual, pois mesmo nesses casos, há a dimensão espiritual, como

pode ser observado no depoimento abaixo, sobre a mensagem recebida por um médium ao realizar a consulta com uma entidade, conotando complementaridade entre as terapêuticas:

“Nós aqui estamos fazendo nossa parte. Você tem é que vir aqui,... trabalhar,... mas não pode deixar de ir no médico, o homem do casaco branco. Você continua com os banhos, mas tem que tomar os remédios.”

Pode-se identificar que as doenças para a Umbanda são sempre de origem espiritual. No terreiro, a medicina científica e a popular são geralmente encaradas como complementares, apesar da existência de tensões entre elas (Ferreti, 2003).

Os cuidados em relação à saúde oferecidos pela Umbanda podem variar de acordo com as causas da enfermidade ou aflição. Assim, são geralmente ofertados em forma de trabalhos de cura, solicitando aos pacientes oferendas às entidades espirituais, orações, banhos e limpeza do corpo e do espírito e orientações relativas à alimentação do doente com vistas ao seu reequilíbrio “energético”.

Nossas observações de campo em relação à doença na Umbanda, ainda que iniciais, nos permitem corroborar com Magnani (2002), que ao estudar a doença mental e a cura na Umbanda afirma que

“(...) para os umbandistas corpo e mente constituem uma unidade, pertencente ao mundo físico e contraposta ao plano espiritual, cósmico, a doença mental surge sempre no discurso sobre doença de forma geral. Encostos, faltas não expiadas em outras encarnações, mediunidade não desenvolvida, más influências de terceiros, trabalhos feitos - tudo isso pode acarretar perturbações tanto no corpo como na mente.” (Magnani, 2002).

É por meio de um sistema de “trocas” entre o mundo dos humanos e o das entidades, no qual a Umbanda é a mediadora, que se “alcança a cura”. Fomentando esse “sistema” estão as “obrigações” e oferendas que os doentes devem fazer às entidades que irão realizar a cura. “Assim, as entidades atenderão seus pedidos de saúde”. Existem também outros tipos de oferendas: as ofertadas em agradecimento pelas graças alcançadas.

Cabe ressaltar que não é necessário se iniciar na religião para se beneficiar de seus “serviços” terapêuticos. Assim, os centros possuem frequentadores assíduos, entre

fiéis e iniciados e outros que os buscam em episódios esporádicos. O que acontece é que muitas pessoas que obtiveram o que almejavam, muitas vezes se tornam assíduos frequentadores e se iniciam na religião.

Considerações Finais

Estudar a religião possibilita pensar a influência das crenças e práticas culturais na incorporação de certos hábitos na vida das pessoas, incluindo o cuidado com a saúde. O resgate de conceitos da Antropologia da Saúde nos convida a lançar um novo olhar para a compreensão do processo saúde-doença, rompendo com a dicotomia entre elas construída ao longo do tempo, na medida em que a saúde se fundamentou no discurso médico-científico ocidental.

Constatamos que, da mesma maneira que acontece em outras religiões, conforme trabalhos analisados, no terreiro estudado as práticas religiosas umbandista têm complementado as práticas médicas oficiais. Portanto, se constituem em lugares de acolhimento, de re-significação da vida, de cura e de saúde. Integram uma rede de suporte em saúde para os que se encontram em situação de enfermidade, ajudando no restabelecimento e propiciando uma melhor resposta a tratamentos da medicina científica. A religiosidade dá sentido à vida, diante do sofrimento, inclusive ao incentivar a criação de uma rede social de apoio, influenciando na aceitação da comunidade com a pessoa em sofrimento, dando a ela a sensação de acolhimento e bem-estar.

O estudo reforça a ideia de que um efeito fundamental da religião é a modificação da visão de mundo do indivíduo. Isto não implica necessariamente na remoção dos sintomas, mas na mudança dos significados que a pessoa atribui a sua doença, podendo resultar, ainda, em alteração no seu estilo de vida.

Em suma, as práticas religiosas têm complementado as práticas médicas oficiais, subsistindo mesmo que às vezes estigmatizada pelo modelo biomédico hegemônico. Apesar do terreiro ser instituição religiosa e não instituição de saúde em sentido estrito, seus agentes geralmente atuam no campo da medicina (popular ou alternativa). Ou seja, os terreiros são locais de Promoção da Saúde e evidenciam o caráter tênue e fluido das fronteiras entre o mundo oficial da biomedicina e o relativamente subterrâneo das práticas terapêuticas populares e religiosas.

Apesar de se tratar de um estudo exploratório, pesquisa de campo com a observação participante possibilitou uma compreensão mais próxima da realidade cotidiana das pessoas frequentadoras de templos religiosos umbandistas.

A consolidação e o aprofundamento de conhecimentos nessa área são importantes para a perspectiva de ampliação das possibilidades de promoção da saúde, considerando a perspectiva cultural. Sendo assim, apontamos para a necessidade de estudos com esta temática, que busquem apreender novos sentidos e significados da dor, do sofrimento e dos processos de cura, que venham somar as alternativas de “cura” das pesquisas na área da saúde.

Referências Bibliográficas

ALVES, P.C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde e doença. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C. (Orgs.). Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998, p. 107-21.

ANDRADE, J.T; COSTA, L.F.A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 3, Sept 2010.

BAIRRÃO, J.F.M.H. Subterrâneos da submissão: sentidos do mal no imaginário umbandista. Memorandum v.2, p. 55-67, 2002.

BAIRRÃO, J.F.M.H. Sublimidade do mal e sublimação da crueldade: criança, sagrado e rua. Psicologia: Reflexão e Crítica, v.17, p. 61-73, 2004.

BIRMAN, P. O que é Umbanda. São Paulo: Abril Cultural – Brasiliense, 1985.

CANESQUI, A. Os Estudos de Antropologia da Saúde/Doença no Brasil na Década de 1990. Ciência & Saúde Coletiva, v.8, n.1, p. 109-124, 2003.

CANESQUI, A. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, P.C. MINAYO, MC (Orgs.) Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora Relume Dumará, 1998, p. 13-32

CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v. 12, n. 25, 2008.

CARVALHO, A.M.T. O sujeito nas encruzilhadas da saúde: um discurso sobre o processo de construção de sentido e de conhecimento sobre sofrimento difuso e realização do ser no âmbito das religiões afro-brasileiras e sua importância para o campo da saúde coletiva. Tese de Doutorado – Programa de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

COSTA, C.A.S. Antropologia e Saúde: Algumas Considerações. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/cccsc/04/casc4.htm>>. Acesso em: 05 janeiro 2010.

DA MATTA, R. Carnavais, malandros e heróis. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

- DALGALARRONDO, P. Is religion membership a protective factors in the course of psychosis: a clinical study from Brasil. *Curare* (Berlim), v. 12, p. 215-19, 1997.
- DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (Orgs.) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- FERNANDES, I. O arquétipo do malandro: Zé Pelintra como imagem do trickster nacional. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.rubedo.psc.br/inicio.htm>. 2007. Acesso em: 01/07/2009.
- FERRETI, M.M.R. *Religiões afro-brasileiras e saúde: diversidade e semelhanças*. II Seminário Nacional: Religiões afro-brasileiras e saúde. São Luís: Anais, 2003.
- FREYRE, G. *Casa grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal*. São Paulo: Global, 2005.
- FRY, P.H.; HOWE, G.N. Duas respostas à aflição: Umbanda e Pentecostalismo. *Debate e Crítica*, v.6, p. 75-95, 1975.
- GEERTZ, C. *O Saber Local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. 2. ed. Tradução por Vera Mello Joscelyne. Petrópolis: Vozes, 1999.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.
- GEERTZ, C. *Nova Luz sobre a Antropologia*. Tradução por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- GEERTZ, C. *Obras e Vidas – o antropólogo como autor*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.
- HELMAN, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre. ARTMED, 2009.
- HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v.15, Suplemento, p.50-70, 2005.
- HERZLICH, C. Saúde e Doença no início do Século XXI: Entre a Experiência Pública e a Experiência Privada. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p.383-394, 2004.
- LAGES, S.R.C. EXU - O PUER AETERNUS. Juiz de Fora, Rubedo, 2007. Disponível em: www.rubedo.psc.br. Acesso em: 01/07/2009.
- LANGDON, E.J. Mesa Redonda 5: Medicinas tradicionais e políticas de saúde pública – sobre conceitos e relações. In: 27ª Reunião Brasileira de Antropologia – Brasil Plural: Conhecimentos, saberes tradicionais e direitos à diversidade. Belém. Associação Brasileira de Antropologia, 2010.
- LAPLANTINE, F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 241-259.
- LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P. L. *Medicinas paralelas*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LAPLANTINE, F.; AUBRÉE, M. *A Mesa, o Livro e os Espíritos*. Maceió: EDUFAL, 2009.
- LIGIÉRO, Z. *Malandro divino*. Rio de Janeiro: Nova Era, 2004.
- LIGIERO, Z.; Dandara. *Umbanda: Paz, liberdade e cura*. Rio de Janeiro: Record, 1998.

- LOYOLA, M.A. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: DIFEL, 1984.
- LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, Suplemento, p. 145-176, 2005.
- MAGNANI, J.G. Doença e Cura na Umbanda. *Teoria e Pesquisa*, São Carlos, v. 40/41, p. 5-23, 2002.
- MALINOWSKI, B. (1978), *Argonautas do Pacífico Ocidental*, Col. Os Pensadores, S. Paulo, Ed. Abril.
- MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S (org.). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*, 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 269 p.
- MINAYO, M.C.S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES PC, MINAYO MCS, organizadores. *Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora Relume Dumará, 1998, p. 29-46.
- MINAYO, M.C.S.. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: *Tratado de saúde coletiva*, CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs.). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p.189-218.
- MONTERO, P. Da doença à desordem: a magia na Umbanda. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- NERI, M.C. Novo Mapa das Religiões. Rio de Janeiro: FGV, CPS, 2011.
- NUNES, E.D. Sociologia da Saúde: Histórias e Temas. In: *Tratado de saúde coletiva*, Campos, G.W.S. et al. (orgs.). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p.19-51.
- OMS (2002). *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: OMS.
- PARK, R. E. A cidade: sugestões para a investigação do comportamento humano no meio urbano. In: VELHO, O.G. (org.). *O fenômeno urbano*. Rio de Janeiro: Zahar, , 1979, p. 29-72.
- PUTTINI, R. F. (2008). Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v.12, n.24, p.87-106, jan./mar.
- RABELO, M.C.M. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P.C.A.; MINAYO, M.C. (orgs.), *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 47-56.
- RABELO, M.C.M. Religion and Cure: Some Thoughts on the religious Experience of Urban Popular Classes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul/sep, v.9, n.3, p. 316-325, 1993.
- RABELO, M. C.; MOTTA, S. R.; NUNES, J. R. Comparando Experiências de Aflição e Tratamento no Candomblé, Pentecostalismo e Espiritismo. *Religião & Sociedade*, Rio de Janeiro, v.22, n. 1, p. 93-122, 2002.

REDKO, C. P. Psychiatry on line Brazil. Religious Idioms of Distress in Urban Brazil. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/relig.htm>>. Acesso em: 08 janeiro 2010.

RIBEIRO, D. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.

SCHUTZ, A. Fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.

SEPARAVICH, M.A.; CANESQUI, A.M. Girando a lente sócio antropológica sobre o corpo: uma breve reflexão. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 2, June, 2010.

SIMMEL, G. “As grandes cidades e a vida do espírito”. Mana: estudos de antropologia social, v. 11, n. 2, outubro, p. 577-592, 2005.

UCHÔA, E.; VIDAL, J.M. Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 497-504, oct/dec, 1994.

VELHO, G. Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

VELHO, G. Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

Capítulo 2

Cura e cuidado na tradição afro-brasileira: contribuições para atenção integral à saúde

Resumo:

Este trabalho teve como objetivo compreender as relações da religiosidade com a saúde, especialmente no campo afro-brasileiro. A partir de um estudo etnográfico e da abordagem de histórias de vida, identificou-se os conceitos de saúde/doença e práticas terapêuticas de terreiros do Rio de Janeiro. A diversidade de práticas é um dos aspectos mais relevantes nos cuidados de saúde. A religião atua como suporte para enfrentamento de dificuldades do cotidiano, mobilizando recursos individuais e coletivos para expressão das emoções, modificando também o entendimento das experiências. Reconhecer o caráter misterioso da vida e destituir o lugar de onipotência da biomedicina pode assegurar novas possibilidades, pois práticas não-convencionais podem ser complementares à biomedicina e contribuir para o enfrentamento dos desafios a uma atenção à saúde na perspectiva de sua integralidade. Apontamos para a importância de que sejam consideradas as práticas terapêuticas afro-brasileiras como tema de discussão na agenda das políticas públicas.

Palavras-chave: Saúde-doença, atenção à saúde, integralidade, religião, Umbanda e Candomblé.

Healing and care in Afro-Brazilian tradition: contributions to comprehensive health care

Abstract:

This study aimed to understand the relationship between religion and health, especially in the Afro-Brazilian. From an ethnographic study, we identified the concepts of health / illness and therapeutic practices of religious temple located in a neighborhood of Rio de Janeiro. The diversity of practices is one of the most important aspects in health care. Religion acts as a support for coping with the difficulties of everyday life, mobilizing resources for individual and collective expression of emotions, changing the understanding of the experiences. Recognize the mysterious character of life and dismiss the place of omnipotence biomedicine can provide new possibilities for

unconventional practices may be complementary to biomedicine and contribute to meeting the challenges of a health care perspective in its integrality. We note the importance of the consideration of the therapeutic practices Afro-Brazilian as theme of discussion in the public policy agenda.

Keywords: Health-disease, health care, integrality, religion, Umbanda and Candomblé.

La curación y el cuidado en la tradición afro-brasileña: las contribuciones a la salud integral

Resumen:

Este estudio tuvo como objetivo comprender la relación entre la religión y la salud, especialmente en el afro-brasileña. A partir de un estudio etnográfico, se identificaron los conceptos de salud / enfermedad y las prácticas terapéuticas de templos en Río de Janeiro. La diversidad de las prácticas es uno de los aspectos más importantes en el cuidado de la salud. La religión actúa como un apoyo para hacer frente a las dificultades de la vida cotidiana, la movilización de recursos para la expresión individual y colectiva de las emociones, el cambio de la comprensión de las experiencias. Reconocer el carácter misterioso de la vida y rechazar el lugar de la biomedicina omnipotencia puede proporcionar nuevas posibilidades de prácticas no convencionales como complementarias a la biomedicina y contribuir a afrontar los retos de una perspectiva de salud en su integralidad. Señaló la importancia de la consideración de las prácticas terapéuticas afro-brasileño como tema de discusión en la agenda de políticas públicas.

Palabras clave: salud-enfermedad, el cuidado de la salud, la integralidad, la religión, la Umbanda y el Candomblé.

I. Introdução

Os princípios doutrinários e essenciais do Sistema Único de Saúde são a universalidade, equidade e integralidade. A partir da Constituição de 1988, é legitimado o direito de todos os cidadãos brasileiros aos serviços de saúde, sendo dever Estado prover esse acesso. A única condição para que se tenha direito aos serviços e ações de saúde seria necessitar deles. No entanto, diversas racionalidades atuam na sociedade atual, comportando mais de um paradigma em saúde. Os diferentes grupos e indivíduos fazem uso de distintas racionalidades terapêuticas, de acordo com atribuições de sentido e significados específicos, coerentes com situações específicas de saúde/doença, as quais não obedecem necessariamente à lógica das “racionalidades médicas” (Luz, 2005).

Dessa forma, a relação de racionalidades médicas e terapêuticas, no SUS, se transforma em um de seus maiores desafios para a realização do seu princípio da integralidade. Este princípio tem como propósito considerar as dimensões biológica, cultural e social dos sujeitos, orientar as políticas e ações de saúde capazes de atender às demandas e necessidades no acesso à rede de serviços, a partir de uma escuta ampliada. Os diversos sentidos da integralidade apontam para um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde (Pinheiro, 2003). Essa abordagem integral, ampla e pluridimensional da saúde individual e coletiva por parte dos profissionais do SUS a todos os cidadãos que o utilizam, busca a superação da fragmentação do cuidado, que transforma as pessoas em partes, em simples órgãos doentes e, para isso, é importante a integração de ações.

No entanto, como apontam Tesser e Luz (2008), os desafios da integralidade dizem respeito eminentemente às racionalidades médicas atualizadas na biomedicina contemporânea, que generalizou uma atenção à saúde que fragmenta o corpo humano, suas doenças e riscos de adoecimento em conhecimentos dominados por vários especialistas. Para Tesser e Luz (2008, p.201), a biomedicina se encontra em uma situação peculiar: “bloqueada internamente pela sua própria conformação institucional e paradigmática, perdeu progressivamente, ou não desenvolveu sua capacidade de exercício clínico com alto teor de integralidade”.

Conseqüentemente, dentro desta lógica, uma única pessoa, em função de seus sintomas de doença, pode ser tratada por vários especialistas, sofrendo intervenções como se fosse mais de um paciente. Não pode assim existir um momento agregador das

várias concepções que geraram aquelas intervenções, onde a soma de tratamentos parcelados e especiais se integralize naturalmente naquela pessoa. Esse reducionismo do saber biomédico acaba por priorizar os determinantes biológicos em detrimento dos sociais na compreensão dos fenômenos saúde e doença. Portanto, justifica-se a utilização da abordagem da antropologia e a sua recorrência nos estudos ligados ao campo da saúde, pois permite respeitar um conjunto de significações culturais mais abrangentes e menos hegemônicas. A doença é, em primeiro lugar, uma fornecedora de uma possível leitura sobre a cultura e as relações sociais, onde “o fenômeno em si representa a síntese de uma complexidade dinâmica que se manifesta no corpo” (Rozemberg e Minayo, 2001, p.121). Nesta perspectiva, Rozemberg e Minayo (2001, p. 116) ressaltam que “um olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença”.

Para superar uma compreensão de saúde apenas como ausência de doença, e reconhecer o seu caráter dinâmico e biopsicossocial, apostamos na noção proposta por Canguilhem (2009). Essa concepção vitalista da saúde é associada à capacidade de produção de novas normas de vida, ressaltando a existência de uma dimensão do corpo humano só acessível ao próprio sujeito. No centro dessa noção, prioriza-se o diálogo com aqueles que vivem a experiência da dor e do adoecimento. O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa o mesmo para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (Scliar, 2007).

A reflexão e a consolidação de conhecimentos que problematizem o modelo hegemônico biomédico são importantes para a perspectiva de ampliação das possibilidades de melhorar a atenção à saúde. A partir da consideração das crenças, valores e contextos, o objetivo dessa pesquisa foi compreender as relações da religiosidade com a saúde e os processos terapêuticos, especialmente as inscritas no campo afro-religioso, identificando os conceitos de doença/saúde e as práticas terapêuticas de terreiros na cidade do Rio de Janeiro.

Para pensar a relação saúde e religião, nos aproximamos de um olhar antropológico, tendo como base o enfoque interpretativo de Clifford Geertz, que considera os fenômenos culturais como sistemas significativos passíveis de interpretação.

Dessa forma, o processo saúde-doença e a busca de práticas terapêuticas, sejam biomédicas, populares ou religiosas, como destaca Geertz (1989), fazem parte de um *contexto* cultural que envolve interpretações e reinterpretações contínuas de significados. Cabe considerar também o conceito semiótico de cultura tal como defendido por Geertz (1989, p. 39), apoiando-se na definição de Weber, que considera o homem um “animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”. Para Geertz, a cultura são essas teias bem como sua análise, não sendo, portanto, uma ciência experimental em busca de leis, mas uma ciência interpretativa, em busca do significado.

Portanto, as pessoas vivem dentro da cultura (“teia”, “rede”), de acordo com seus símbolos, códigos, conceitos etc, socialmente estabelecidos e a todo instante produzem seus significados e os ressignificam. A fim de explicar seu conceito de cultura, Geertz recorre à definição de etnografia. Para o autor, é a partir da compreensão prática da etnografia que podemos entender o que representa a análise antropológica como forma de conhecimento. Desta maneira, não são questões como métodos e técnicas que caracterizam a análise antropológica, e sim o tipo de esforço intelectual do antropólogo (Geertz, 1989).

Com relação à saúde, podemos afirmar que as práticas terapêuticas variam de acordo com a cultura (em que a pessoa vive) e é com base nessa cultura que ela explica seus sofrimentos e suas doenças, faz escolhas de tratamento e avalia seus resultados, ressignificando a todo o momento sua situação de vida (Mello e Oliveira, 2013). Ampliando esta perspectiva, Herzlich afirma que “por meio da saúde e da doença, temos acesso à imagem da sociedade, de suas 'imposições', tais como o indivíduo as vive. Englobada nesta imagem, a doença adquire uma significação” (Herzlich, 2005, p.60).

As causas dos problemas e sofrimentos e seus significados são em geral “obscuras ou desconhecidas para os doentes que esperam e valorizam um compartilhamento simbólico e um acolhimento emocional na relação com o curador”, como indicam Tesser e Luz (2008, p.197), revelando o que Lévi-Strauss chamou de *eficácia simbólica*. Eficácia que implica em processos de interação social e exige envolvimento de crenças e emoções. Os autores ressaltam que o que interessa “para o doente é uma resolução favorável de seus sofrimentos e adoecimentos”; e que “melhor quando facilitado por empatia emocional e por uma reorganização simbólica que não exija crenças ou práticas muito diferentes das habituais do seu universo cultural” (Tesser e Luz, 2008, p. 197). A doença é considerada uma desorganização cosmológica que

aflige o grupo e o curador cumpre seu papel, a partir da reorganização desta através da cura do paciente (Lévi-Strauss, 2008).

Tal contexto (da fragmentação e da biomedicina) acentua a discussão e exige aprofundamento do conceito de integralidade dando ênfase aos aspectos sociais, simbólicos e culturais, pois “os resultados obtidos pelas práticas integrativas demonstraram-se positivamente efetivos” (Separavich e Canesqui, 2010, p. 253).

II. Metodologia

Utilizamos a abordagem etnográfica, complementada com o registro de histórias de vida. O trabalho de campo foi realizado em terreiros afro-brasileiros no Rio de Janeiro em duas etapas. A primeira etapa se deu ao longo dos anos de 2009 e 2010, com visitas espaçadas e diversas permanências de dias inteiros e finais de semana, participação em sessões, rituais e festas. Nesta etapa, o grupo investigado consistiu em um terreiro em Santa Cruz, bairro da zona oeste da cidade. O terreiro em questão é frequentado por pessoas de diferentes faixas etárias, profissões, níveis de escolaridade, etnias e classes sociais.

A segunda etapa iniciou-se em julho de 2011 até o início de 2012, na qual foram realizadas entrevistas e relatos de histórias de vida com dirigentes e frequentadores de diversos terreiros, fossem eles de Umbanda ou Candomblé. Foram entrevistadas 11 (onze) pessoas, de 9 (nove) terreiros diferentes. As negociações para a realização da pesquisa e das entrevistas aconteceram de forma extremamente tranquila, não havendo grandes objeções por parte dos dirigentes ou frequentadores. Após o trabalho de campo, dialogamos com os alguns religiosos a respeito dos resultados sempre parciais, pois “quanto mais você aprende, mais coisas vê para aprender.” (Whyte, 2005, p.321).

Tendo como referência os dois momentos que constituem a prática etnográfica, caracterizados por Geertz (1999) “experiência próxima” e “experiência distante”, o caderno de campo situa-se na intersecção de ambas, que transcreve a experiência da imersão e corresponde a uma primeira elaboração, ainda vernácula, a ser retomada no momento da experiência distante.

Elegendo como prioritárias a profundidade e a literalidade dos depoimentos dos sujeitos, trabalhamos num contexto de lógica de descoberta. Desta forma, a análise foi feita com base em temas sugeridos pela leitura exaustiva das entrevistas. Uma vez agrupadas, contextualizadas e interpretadas, as entrevistas foram apresentadas segundo uma ampla rede de temas originada de sua própria análise. Para apresentação dos

resultados, organizamos sob a forma de três eixos temáticos: 1) a doença e as causas; 2) as práticas terapêuticas religiosas; 3) a religião como relação de complementaridade com a biomedicina. Cada um dos eixos temáticos foi então resumidamente descrito, tornando seu conteúdo mais explícito e, em seguida, expresso na forma de resultados da pesquisa.

III. Resultados e discussão

O Candomblé e a Umbanda são as religiões afro-brasileiras de maior importância no Brasil e caracterizam-se por serem religiões em que a adivinhação, a incorporação, o transe e a possessão por espíritos são dirigidas muitas vezes para a cura de doenças e manutenção da saúde. Inseridos numa intensa concorrência religiosa, esses cultos disputam não só atenção de sua clientela como apresentam diferentes concepções de origem. Para Saraiva (2010), no Candomblé há uma relação direta entre a pessoa e os seus orixás: “[...] os deuses e deusas descem sobre os seus cavalos para conviver e dançar com os humanos. [...] Estes deuses estão diretamente ligados a forças da natureza e a determinados tipos humanos”. (Saraiva, 2010, p.343). Isto explica porque em algumas de nossas entrevistas surgiram afirmações como:

“dependendo do Orixá, a pessoa está mais propícia a sofrer mais em determinada parte do corpo. Então, por exemplo, uma filha de Oxum, ela já tem tendências a ter problemas na barriga e nos pés também. Cada Orixá tem a sua parte frágil.” (Sr. Miguel).

Inclusive, muitos adeptos e iniciados incorporam simbolicamente características atribuídas aos orixás e mantêm uma relação de grande proximidade com eles; fato este que pode determinar a forma do indivíduo proceder nas diversas dimensões de sua vida.

Existem divergências em relação à nacionalidade do Candomblé. Para alguns, seria uma religião africana transportada nos navios junto com os escravos. Para outros, possui heranças africanas, contudo no Brasil adequou-se às condições do novo território, sendo portanto, uma religião afro-brasileira; com os quais concordamos. A essas diferenciações, agregam-se as características regionais, em cada local pode haver singularidades em cada casa de santo; o que contribui para as disputas entre os Pais e Mães de Santo.

“[por que a sua casa é diferente das demais?] Porque cada um faz o que quer. (...). Lá [na Bahia] eles mostram só o lado bonito do candomblé, aqui [Rio de Janeiro] mostramos o feio e o bonito. Eles dão show, aqui somos reservados. (...) O candomblé do Rio difere do de Salvador. O toque, o trabalho é diferente. Apesar de o candomblé ser uma coisa só, mas a maneira de trabalho é diferente.” (Mãe Celina).

Em se tratando da Umbanda, Saraiva (2010) afirma que “[...] as entidades incorporadas são arquétipos da sociedade brasileira, ligados aos aspectos históricos e culturais do país” (Saraiva, 2010, p.343). Nesta religião, os orixás (entidades sagradas) têm uma relação com os santos católicos, baseadas nas características comuns entre eles. Por exemplo, Pai Oxalá corresponde a Jesus Cristo, Iemanjá a Nossa Senhora, Oxum a Nossa Senhora da Conceição, Ogum a São Jorge. No entanto, seus mitos de origem não se sobrepõem, pois os orixás são originários de sistemas de pensamento africanos, enquanto os santos católicos, europeus.

Portanto, poderíamos dizer que o Candomblé é afro-brasileiro, e a Umbanda é brasileira e sintetiza o imaginário brasileiro da confluência de raças e da miscigenação, e, embora tenha alguns elementos africanos, não são estes que a definem enquanto religião (Saraiva, 2010; Bairrão, 2002; Ortiz, 1988; Fry, 1982).

Além disso, a multiplicidade de crenças disseminadas na população brasileira constitui uma cultura própria e complexa. Tais referenciais permitem ainda que não exista um “estilo único” de Umbanda e Candomblé. Neste contexto, é natural que a lógica de funcionamento, os rituais e, particularmente suas práticas relativas à saúde e à doença nessas religiões sejam diferentes entre si, conforme iremos destacar adiante.

A doença e as causas

O contexto afro-religioso no Rio de Janeiro é dinâmico e permanece em pleno estado de reinvenção, uma vez que, conforme observado, as práticas religiosas de cura são resultantes do sincretismo de várias práticas particulares de dirigentes dos terreiros, ou seja, o espaço de um terreiro apresenta uma visão de mundo particular e o permanente contato entre diferentes visões de mundo acabam por reelaborar essas visões. Como consequência, os frequentadores e dirigentes de terreiros afro-brasileiros possuem uma percepção própria (êmica) da doença, dos diagnósticos e dos tratamentos de saúde.

[No terreiro], quando é feitiço, encosto, a gente chama de bacu, quando é doença de médico, é camburucu. Mas quando é espiritual ... tem todo um tratamento espiritual....Os sintomas de bacu são não querer levantar, não ter vontade de fazer nada, isso se resolve com as ervas. Isso é Umbanda. ...'(Mãe Celina).

Uma consideração acerca da compreensão da busca de saúde nesses terreiros foi a diversidade de significados que os frequentadores atribuem à concepção de saúde-doença. Assim, a religião ajuda a atribuir um sentido à saúde, à doença e à cura, ressaltadas em formas simbólicas, refletindo a cosmovisão e o campo de possibilidades (Velho, 2003) presentes nas práticas sociais e culturais cotidianas dos frequentadores, revelando a influência do contexto sócio-cultural nas diversas e possíveis escolhas terapêuticas, seguindo seus próprios itinerários terapêuticos e projetos de cura, exatamente como observado por Geertz (1989). Tais características podem ser observadas nos depoimentos abaixo, onde se encontram diferentes concepções de vida, de doença e de saúde, sempre atreladas ao contexto em que se vive:

“[Essas pessoas que ficam malucas] é perturbação mesmo, tem casos que é trabalho, e tem casos que a pessoa já tem um problema espiritual e nunca buscou tratar, frequentar. Porque eu acho que toda pessoa tem que ter uma religião e acreditar em alguma coisa.” (Mãe Regina).

“[A doença] pode ser trabalho que fizeram do mal, de maldade, ... e trabalho que os outros fazem também é doença espiritual...[Existem] doenças que são do corpo mesmo” (Mãe Regina).

*“...tem doença de Deus mesmo, tem doença que o Orixá não cura, ele pode amenizar o sofrimento, é doença, doença mesmo....**a vida é uma doença incurável**, a gente já nasce doente, você nasceu e vai morrer um dia. Você tem um ciclo para seguir, acabou esse ciclo e pronto....A gente é humano, a doença faz parte da gente”. (Sr. Miguel).*

Em alguns casos a doença aparece não por acaso, mas como forma do orixá informar o caminho da religião. Para tal, não importa ter um herança religiosa afrodescendente, mas ser “escolhido” pelo orixá, como é o caso de Pai Luiz. Oriundo de

uma família evangélica, desde pequeno muito doente, sua saúde frágil levou seus irmãos a verem no candomblé possibilidade de cura.

“Eu era criança,... na escola... e tinha uma diretora que ... era filha do axé.. Então foi através dela, ela chamando a família que viu a necessidade e que disse que os meus desmaios não eram desmaios de doença... Foi ela que foi a intermediária para eu chegar à casa de santo. (...). aí eles tiveram que levar pra casa de santo... Não pode levar pro Salgado Filho [Nome de um hospital na zona norte do Rio de Janeiro], não estavam acostumados.. eu passava dias.. em coma.. Ou me levavam pra casa de santo.. Aí, eles já tinham essa consciência.. E acabaram levando pra casa de santo...”. (Pai Luiz).

Muitos pais e mães de santo entendem que o caminho (*odum*) para a iniciação está relacionado com a doença e a permanência da mesma, “*ou vem pelo amor ou pela dor*” (Pai Yango). Segundo estes, quando o orixá escolhe seu filho, direciona os caminhos para a religião. Assim, uma doença surgiria apenas como chamamento para que o indivíduo entre em contato com as crenças e incorpore a religião em sua vida. Porém, muitos frequentam o terreiro apenas para resolver seus problemas momentâneos recusando a iniciação. A estes, é reservada a “*entrada pela dor*”. Contrária a essa visão, Mãe Celina nos afirma:

Eu discordo, sabe porquê? Porque antes de tudo, antes do amor e antes da dor, existe o orixá. Ele que te puxa. Com dor, sem dor, com vontade, sem vontade, é o orixá que quer, ele que manda. .. se for pela dor, a gente ... faz um banho, ... ai tá bom..tá curado! E por amor, vai ficar na coisa só por amor?! [...] Sai no dia seguinte, o amor acaba. [...] É o orixá, quem manda na verdade é o orixá, quem determina é o orixá”

É importante observar que as causas apontadas para as doenças diferem de terreiro para terreiro, de frequentador para frequentador, muito em função da personalidade do líder religioso, vindo a ocorrer o que Prandi (2005) apontara em seu estudo. Mas estas diferentes formas de entender as doenças aparecem em combinações múltiplas, ao sabor da criatividade das pessoas; é a fusão de formas e tradições supostamente separadas. Muitas vezes tem-se a impressão de contradição na fala dos entrevistados; sensação que diminui quando trazemos a mente que outra racionalidade (Luz, 2005) que não a biomédica deve ser empregada para entender o processo saúde-doença à luz das religiões afro-brasileiras. Em relação ao aparente paradoxo, ou seja, à

utilização de várias lógicas ao mesmo tempo, concordamos com Laplantine e Rabeiron (1989) de que há espaço social para tais concepções.

“[A gente fica doente por causa dessa carga negativa] porque nós aceitamos ela, né? Na realidade às vezes o nosso corpo não está preparado pra impedi-las e aí nós acabamos aceitando, botando na nossa cabeça e aí acaba sendo prejudicial ao nosso organismo. [Isso é uma doença ...] nem pro espiritual nem pro físico né? Acaba sentindo físico também, mas se a gente tiver bem preparado espiritualmente a tendência é repelir essa possível carga negativa que jogam em cima da gente... a gente pode fazer uma prevenção dessas doenças a partir desse trabalho espiritual...” (Sr. Amaury).

Cabe ressaltar uma diferença crucial no que observamos nos terreiros do que vemos nas instituições oficiais de saúde. Existem algumas aflições que as pessoas sentem e que o sistema oficial não reconhece como doenças, pois não se trata de uma categoria diagnóstica oficial. Os chamados problemas psicossomáticos, as “doenças dos nervos”, ansiedade, angústia, depressão, queixas de dores no corpo e problemas com álcool e outras drogas, entre outras queixas inespecíficas, ou seja, “sofrimento difuso” (Valla, 2000) e que correspondem à cerca de 60% dos motivos de consultas registradas nos ambulatórios do SUS (Carvalho, 2005). É um conceito construído a partir da vivência concreta dos profissionais de saúde e que reflete uma apreensão direta e imediata (intuitiva) de um estado de desequilíbrio dos sujeitos. Ao mesmo tempo indica a dificuldade do Sistema de Saúde de solucionar os problemas vivenciados por seus usuários com os dispositivos que a medicina oferece. De fato, tanto o sistema de diagnósticos, quanto o sistema de intervenções terapêuticas e a racionalidade médica ocidental moderna (Luz, 2005) não parecem dar conta desse sofrimento inespecífico, mas bastante real, que ocupa o profissional de saúde no cotidiano do SUS. A fala abaixo resgata a situação de uma pessoa que depois de uma infrutífera procura por solução para seus problemas no SUS, buscou um terreiro de Umbanda:

“ (...) tem determinados ebós [oferendas dedicadas a algum orixá] que dizem qual a doença que você tá e o médico não sabe:... eu tenho um filho de santo que de repente ficou muito ruim, ... e foi no médico, fazia todos os exames e o médico: - Meu filho, eu não sei o que você tem. Foi quando ele veio pra cá, veio desfalecido, semi-morto, a esposa dele veio desesperada chorando, aí eu sentei na mesa do jogo, que me disse o que tinha que fazer, compramos as coisas ..., passamos nele, ele saiu daqui outro. Mas você vê nitidamente a transformação, tomou banho de ervas, ficou contente e foi

embora, mal sabia ele o que ia acontecer. No dia seguinte ou dois dias depois a mulher dele me liga:- Pelo amor de Deus, meu marido foi internado, tá no CTI. ...E eu sentei na mesa do jogo, aí o jogo me disse, agora o médico vai saber o que que ele tem, aí eu saí do jogo e disse ... tenha um pouquinho de paciência que a gente vai descobrir o que que ele tem; dois dias depois o médico disse que ele tava com problemas de rins. “ (Pai Yango).

Muitas vezes, é no terreiro que as pessoas encontram acolhimento, solidariedade e apoio necessário para resolução de problemas, sejam eles “espirituais” ou “materiais”, bem como para resignificar sua vida, se recompor enquanto indivíduo e enfrentar o tratamento biomédico, buscando a explicação para a doença nas representações religiosas, provavelmente como consequência da visão holística e ampliada que se tem do processo saúde-doença nesses locais. Nas palavras de um de nossos entrevistados:

“...existe uma doença muito forte chamada carência ...: carente de amor, carente de amizade, carente de família, carente de sexo, carente de tudo, às vezes a pessoa não tem doença nenhuma, tem uma carência muito grande. E o preto velho [entidades da umbanda associadas aos ancestrais africanos], ele é uma entidade que é aquela luz que te dá o colo, é aquela entidade que te traz uma palavra de carinho, que te traz uma palavra de esperança, uma palavra de conforto, às vezes, uma palavra que ele fala resolve o seu problema, te dá encorajamento, faz com que você não desista da vida, não desista da sua luta, do seu projeto, daquilo que você pensa, daquilo que você quer, daquilo que você segue. Eu atendo pessoas aqui, muitas com vontade de se matar que vem procurar o preto velho, e na hora, sem trabalho nenhum, uma conversa assim muda a cabeça da pessoa.” (Pai Yango)

Na fala acima também observamos a ideia de bem-estar baseada na concepção holística, em que corpo, emoção e mente estão integrados na pessoa. Aqui, se diferencia essencialmente a prática biomédica da prática religiosa, enquanto uma busca a fragmentação e a especialização, a outra tenta oferecer integralidade, um cuidar do indivíduo como um todo, holisticamente, considerando um conceito ampliado de saúde. Outra dimensão importante é a relevância que se dá ao processo de escuta, o que na maioria das vezes, não ocorre satisfatoriamente nos serviços de saúde (Valla, 2001).

Nas palavras abaixo, podemos observar concepções contextuais sobre as causas das doenças e seus tratamentos:

“Posso dizer isso bem tranquilo, 60 a 70% das doenças hoje no nosso país é espírito, a minha falecida avó trabalhou em um negócio chamado Pínel. 90% dos pacientes do Pínel hoje, todos têm problema de santo, não é problema de doença... [Doença psiquiátrica] é problema de santo, porque herdou carmas que têm que ser pagos, ..., aqui se trabalha muito com casos de doenças, problemas nos ossos, problemas de dor no joelho, dor nas pernas, problemas de diabetes, pessoas com problemas de pressão, até o câncer propriamente dito, problema de coração, problema de cabeça, as pessoas que são perturbadas, pessoas com acesso de loucura, gente que quer se matar, se jogar debaixo de um ônibus, de um carro, pessoas envolvidas até mesmo com o tráfico, são influências negativas..., não estou dizendo pra você que não exista a doença física, existe. Mas a maior parte delas são doenças espirituais.” (Pai Yango).

A oposição “doença material x doença espiritual” foi uma categoria muito recorrente nos depoimentos dos entrevistados. É com base nesta polaridade que os sujeitos entrevistados estruturam sua classificação do que sejam as doenças. Outros conceitos muito recorrentes foram “equilíbrio x desequilíbrio” e “energia” como sendo vital para a definição do que é saúde e do que é doença; ou seja, equilíbrio equivale a ter saúde, desequilíbrio, doença. Além disso, se passa de uma situação à outra, de acordo com os fluxos de energia que a pessoa recebe. A relação entre a doença e a noção religiosa de equilíbrio estabelece a ligação entre a biomedicina e a religião, possibilitando uma atuação mágico-religiosa, tal como Montero (1985) explica:

“O processo de mutação que transforma a noção médica de 'doença' na noção religiosa de 'desordem' termina pois numa inversão interessante: por um lado, a noção de 'doença espiritual' implica a negação da doença (ou de sua representação) tal como ela é atribuída à esfera da atuação do médico – [...] inverte as posições iniciais de importância e legitimidade. [...] Porque para o pensamento mágico-religioso a causalidade sobrenatural age sobre a causalidade natural, sobredeterminando-a.” (Montero, 1985, p. 126).

A fala abaixo ilustra essa observação:

“Os fluxos que determinam tudo. Esse campo da energia, do equilíbrio, do positivo e negativo, é que é o difícil.... As doenças espirituais, na verdade são, interferências no seu ciclo. E podem estar destinadas também, estar no DNA ...”(Pai Eduardo).

As práticas terapêuticas religiosas

A interação do indivíduo com a natureza e a utilização intensa de vegetais nos rituais e tratamentos que são realizados para a restauração da saúde são características gerais das práticas terapêuticas afro-brasileiras, o que resgata o processo histórico de formação do Brasil, conforme nos lembra Gurgel (2011) com relação aos indígenas que combatiam suas doenças por meio de ritos e plantas da flora local. Ou seja, costumes seculares e tradicionais em relação aos cuidados de saúde ainda estão presentes no cotidiano da população brasileira e convivem com o sistema de saúde oficial. Tais costumes não desaparecem mesmo quando são adotados os instrumentos da medicina moderna. Como vemos o uso de chás, ervas e plantas é comum no universo afro-brasileiro. Para nossos interlocutores, mesmo que as ervas medicinais não curem por completo a enfermidade, elas podem amenizar a doença e com isso aliviar a dor. Esse hábito foi sendo passado de geração a geração e hoje em dia muitas pessoas ainda fazem uso dessa tradição:

“Tinha uma plantinha que era pra vermes. Tinha pra qualquer coisa, dor de cabeça, de estômago. Era tudo coisa natural, aquilo amargava. O cara ficava bom porque esquecia, era muito ruim. O cara nem reclamava quando tava com dor de barriga, porque era chá de boldo, chá de macaé, quebra pedra, dor nos rins. E tudo nessa base, para qualquer coisa, erva cidreira. Agora os remédios tem até sabor. Tinha um que tomava pro cara vomitar, porque não tinha mais condição.” (Pai Luiz).

“Infecção de ouvido a gente esquentava a folha de saião, experimenta em mamadeira de neném, e espreme dentro do ouvido. Inflamação de barriga, inflamação de ferida, mamona, você coloca numa mamadeira para ferver, e pronto, as folhas da mamona, e banha todas as noites, problema de coceira, de cicatriz, aquelas manchas escuras.” (Mãe Celina).

“Existem banhos que são feitos com ervas aromáticas, e fora as rezas, tem muita reza que você fazia naquela época, principalmente com uma entidade chamada preto velho, uma entidade que gosta muito de rezar, de cuidar, de benzer, de cruzar com arruda, de cruzar com guiné.” (Pai Yango).

No candomblé é por meio da consulta aos búzios que os orixás revelam as causas das doenças e dos desequilíbrios, bem como a necessidade da realização de diversos procedimentos, rituais e obrigações pelo paciente, com vistas ao reestabelecimento do equilíbrio físico, emocional e espiritual do indivíduo, geralmente envolvendo as forças da natureza.

„primeiro eu jogo pra saber se é feitiço... O jogo vai determinar o que vai fazer com essa pessoa, mas sempre é a mesma coisa: ebó, banhos, e ervas, tudo tem que ter ervas, nem que seja um mate, uma garapa, tudo tem erva, bastante comigo ninguém pode... e é mais de um ebó, às vezes a pessoa toma mais pra poder se limpar” (Mãe Celina).

A religião como complementaridade: religião-biomedicina, material-espiritual

Diferentemente do que apontava Loyola (1984) na década de 80, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública não é mais a causa de as pessoas procurarem as agências religiosas de cura para a promoção da saúde. É impressionante esse fenômeno social da busca de outros meios de lidar com a saúde que não somente o oficial, ou melhor, sem que haja abandono ou negação do sistema oficial de saúde; muito pelo contrário, há uma busca simultânea das terapias oficiais, tradicionais e religiosas; o que caracteriza que os dois sistemas podem ser considerados complementares. Conforme se vê a seguir:

“Os meus tratamentos são sempre paralelos. Nunca deixo que pare o tratamento com o médico, nunca deixo.... as pessoas aqui ...vem com a receita médica, às vezes procuram um médico mas a maioria das vezes, começou a sentir ..., aí vem aqui primeiro, entendeu? Quando a gente sente que é uma coisa mais séria, um tumor, uma coisa que não é controlada por ervas, a gente manda pro médico e mesmo depois do chá eu sempre digo vai ao médico, continua vindo aqui. O meu filho, por exemplo, parou com o remédio ficou só com o chá e não precisou, nós temos vários diabéticos aqui que tomaram inclusive insulina, que continuam se tratando mas que ficaram sem a insulina com alguns chás bobos como o chá de berinjela pra alguns, entendeu? (Pai Luiz)

Com relação à complementaridade entre religião e medicina, para este grupo de entrevistados, é dado um maior protagonismo à religião, como pode ser observado abaixo:

“Eu inclusive, quando tem perna caída, criança com o olho grande virado, eu mando ir ao médico; eu rezo, dou o chá e depois mando ir ao médico, perna caída é a mesma coisa, vai pro médico e aí ele vai dizer se você está com tuberculose, pneumonia, com tudo e nada vai fazer efeito direito, você vai ficar emagrecendo, vai ficar emagrecendo e se não rezar não adianta, a gente reza e manda pro médico, até passa as garrafadas, as coisas, mas manda pro médico de qualquer jeito, porque as pernas caídas levam pra uma pneumonia e de uma pneumonia pra uma tuberculose.” (Pai Luiz).

Muitas pessoas se convertem às religiões afro-brasileiras por razões relacionadas à saúde, ou seja, grande parte das iniciações é de pessoas que acreditavam não haver mais opções terapêuticas no sistema oficial e se acharam “curadas” pela religião. Diversos são os relatos como o seguinte:

“Ela tinha câncer, e nós tivemos que correr, fazer algumas situações ritualísticas nela,... um trabalho espiritual. E somente com o tratamento dos odus [caminhos da vida], depois de um certo tempo, nós logicamente fazendo o trabalho espiritual e não deixando de ir ao médico, que é uma coisa que o preto velho exige, o lado médico e o lado espiritual caminhando juntos, depois de um certo tempo ela foi no hospital e o médico não soube dizer, não tinha mais nada, não soube dizer o que aconteceu com o câncer...; ela veio tratar, se cuidou, ela vem mais vezes, se cuida, faz o tratamento espiritual, dá comida a cabeça... Pode ser que ela venha a se iniciar, ou que ela fique se cuidando constantemente, fazendo suas rezas, fazendo suas orações, se dedicando o máximo de tempo possível e aguardar, cultivar o orixá, cultivar a energia da natureza, cultivar essa coisa tão bonita que é a nossa religião, que é a Umbanda e o Candomblé.” (Pai Yango).

Nas falas, uma questão importante foi a tensão e a dificuldade que os profissionais de saúde têm de lidar com a lógica religiosa, sua compreensão da doença-saúde, com as práticas e com os rituais terapêuticos, que, muitas vezes, os religiosos “precisam fazer” nas instituições oficiais de saúde. No entanto, para os entrevistados, essa dificuldade vem diminuindo ao longo do tempo e à medida que a sociedade se moderniza e avança na direção da liberdade e igualdade religiosa, diminuindo em muito os preconceitos contra as religiões afro-brasileiras. Porém, isso é apontado como um grande desafio. Segundo depoimento de um de nossos entrevistados: “antigamente era caso de polícia, nós éramos perseguidos,..., hoje nós temos a lei do nosso lado, eu sou

advogado e faço valer a lei [de liberdade de culto religioso].” Os seguintes trechos ilustram essa situação:

“Já fiz muitos ebós no Hospital Geral de Bonsucesso, no Hospital Rocha Faria, eu me meto com os enfermeiros, agora a maioria me conhece, eu não preciso mais da hora de visita, inclusive eu tenho duas filhas de santo que são enfermeiras ali, então é fácil quando alguém fica ali, eu pego ebó, passar o pano e trazer pra cá pra botar no pé do santo, então é muito fácil. Toda vez que precisa, ... de Campo Grande a Santa cruz ... sou eu que faço os ebós nos hospitais.” (Pai Luiz).

“A experiência que eu passei foi ... Um determinado cliente estava internado no hospital, e eu levei dentro numa bolsa, um pouquinho de pipoca, um pouquinho de canjica, ... alguma quantidade de ovos e vela, e a gente passa no cliente, o paciente deitado, você passa nele com uma certa reza que você faz...Em algumas determinadas situações dentro do hospital você pode fazer algumas coisas, até mesmo porque a legislação já permite isso, dentro do hospital e dentro do cemitério, você pode fazer uma reza, você pode cruzar, mas tem determinadas coisas que você tem que fazer dentro do terreiro.” (Pai Yango).

“Há uma relação muito grande com a casa do candomblé e o médico. Mas é preciso que se tenha muita fé...quando meu irmão tava no hospital fizemos um ebó lá. Foi horrível tinha muita gente passando...[levamos] pipoca, canjica, e ele tava na cama do hospital. E no dia seguinte ele levantou, mas a gente não deixa muito à vista. Ele tava numa enfermaria, mas só tinha ele. Os médicos e enfermeiros não viram, só um enfermeiro que era filho de santo.” (Mãe Raílda).

IV. Considerações Finais

A religião e a crença atuam como um suporte para o enfrentamento de dificuldades dos eventos do cotidiano e compõem outras possibilidades de terapêutica e cura. Sob a ótica da religião, o sofrimento não é eliminado, mas reinterpretado, busca-se outra forma de compreendê-lo, tolerá-lo e suportá-lo. Nesse sentido, a religião mobiliza recursos individuais e coletivos para expressão das emoções, ajustando as ações e modificando o entendimento das experiências.

Apontamos para a importância de que sejam consideradas as práticas terapêuticas afro-brasileiras como tema de discussão na agenda das políticas públicas.

Parte-se da constatação de que as práticas terapêuticas não-convencionais podem ser complementares à medicina convencional e não uma oposição, e que contribuem para o enfrentamento dos múltiplos desafios a uma atenção à saúde na perspectiva de sua integralidade. Nessa perspectiva, ambos, diagnóstico e terapêutica, devem estar a serviço da cura do doente e do reforço ou recuperação de sua saúde, superando a situação em que curas, sintomas e sinais são negados, omitidos ou reinterpretados “por serem inexplicáveis, não previstos ou contraditórios pelas teorias em vigor” (Tesser e Luz, 2008, p.198).

Em direção do que aponta Canguilhem (2005), o doente não pode ser dissociado de sua doença pois “o viver a doença para o doente” é também “falar dela segundo clichês ou estereótipos, isto é, valorizar implicitamente as recaídas de um saber cujos progressos são, em parte, devidos ao fato de o doente ter sido posto entre parênteses enquanto eleito da diligência médica” (p. 25). Reconhecer o caráter misterioso da vida e destituir o lugar de onipotência da biomedicina pode assegurar outras possibilidades de complementaridade, uma vez que a morte faz parte da vida e a doença é uma de suas expressões: “as doenças são os instrumentos da vida por meio dos quais o ser vivo, quando se trata do homem, se vê obrigado a se reconhecer mortal” (p.33). E a saúde, uma das possibilidades de sua expansão: “sem potência de expansão, sem uma certa dominação sobre as coisas, a vida é indefensável” (Canguilhem, 2005, p.44).

V. Referências Bibliográficas

ANDRADE, J.T.; COSTA, L.F.A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 497-508, Set. 2010.

BAIRRÃO, J.F.M.H. Subterrâneos da submissão: sentidos do mal no imaginário umbandista. **Memorandum** v.2, p. 55-67, 2002.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 12, n. 25, p. 363-376, Jun. 2008.

CARVALHO, A.M.T. O sujeito nas encruzilhadas da saúde: um discurso sobre o processo de construção de sentido e de conhecimento sobre sofrimento difuso e realização do ser no âmbito das religiões afro-brasileiras e sua importância para o campo da saúde coletiva. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2005.

FERRETI, M.M.R. Religiões afro-brasileiras e saúde: diversidade e semelhanças. In: II Seminário Nacional: Religiões afro-brasileiras e saúde. São Luís: **Anais**, 2003.

FRY, P. **Para Inglês Ver**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

GEERTZ, C. **Obras e Vidas – o antropólogo como autor**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

_____. **Nova Luz sobre a Antropologia**. Tradução por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. **O Saber Local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 2. ed. Tradução por Vera Mello Joscelyne. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.

GOMES, M.C.P.A. Projeto: Ylê ayié yaya ilera (Saúde plena na casa desta existência): equidade e integralidade em saúde para a comunidade religiosa afro-brasileira. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.14, n.34, p. 663-672, Set. 2010.

GURGEL, C. **Doenças e curas - o Brasil nos primeiros séculos**. São Paulo: Contexto, 2011.

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.15, Suplemento, p.50-70, 2005.

_____. Saúde e Doença no início do Século XXI: Entre a Experiência Pública e a Experiência Privada. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n.2, p.383-394, 2004.

LAPLANTINE, F.; AUBRÉE, M. **A Mesa, o Livro e os Espíritos**. Maceió: EDUFAL, 2009.

LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P. L. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Cosac Naify, 2008.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: DIFEL, 1984.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, v. 15, Suplemento, p. 145-176, 2005.

MELLO, M.L.; OLIVEIRA, S.S. Saúde, Religião e Cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Rev. Saúde e Sociedade**. No prelo 2013.

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

ORTIZ, R. **A Morte Branca do Feiticeiro Negro**. Umbanda e Sociedade Brasileira. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

PINHEIRO R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; CAMARGO JR., K.R. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2003. p. 65-112.

PRANDI, R. Música de fé, música de vida. In: _____(Org.). **Segredos Guardados: orixás na alma brasileira**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005. p. 56-74.

PUTTINI, R. F. Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.12, n.24, p.87-106, jan./mar, 2008.

RABELO, M. C.; MOTTA, S. R.; NUNES, J. R. Comparando Experiências de Aflição e Tratamento no Candomblé, Pentecostalismo e Espiritismo. **Religião & Sociedade**, v.22, n. 1, p. 93-122, 2002.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M.C.S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p.115-123, 2001.

SARAIVA, C. Filhas de santo em Lisboa: rituais, terapias e diálogos afro-brasileiros em Portugal. In:SARAIVA, C.; HAVIK, P., TAVIM; J.A. (Orgs.). **Caminhos**

Cruzados em História e Antropologia. Estudos de Homenagem a Jill Dias. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2010. p. 341-365.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SEIBLITZ, Z. M. Dentro de um ponto riscado: estudo de um centro espírita na Zona Norte do Rio de Janeiro. 1979. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1979.

SEPARAVICH, M.A.; CANESQUI, A.M. Girando a lente sócio antropológica sobre o corpo: uma breve reflexão. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, june, 2010.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.363-372, 2002.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.195-206, 2008.

VALLA, V. V. O que a saúde tem a ver com a religião? In: _____ (Org.). **Religião e Cultura Popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p. 113-139.

_____. Educação e saúde do ponto de vista popular. In: _____ (Org.). **Saúde e Educação**, Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 34-56.

VELHO, G. **Projeto e metamorfose**: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

WHYTE, W. F. **Sociedade de Esquina**: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

Capítulo 3

A Cura e o Sagrado: a Saúde Pública, a Antropologia e a Psicanálise dialogam sobre intersubjetividade e eficácia simbólica

Why do I continue to believe in the power of the unconscious? Why, in fact, has psychiatry as a healing discipline seemed more attractive to me than the acts of faith and redemption that religion sets out with such tempting theatrical display?¹

Resumo: Neste estudo, reforçamos uma forma ampliada de se compreender a complexidade do processo saúde-doença, por um lado incorporando conhecimentos psicológicos, sociais e culturais aos biológicos, e por outro acrescentando à abordagem biomédica uma perspectiva de cunho mítico. Para tal, aproximamos a antropologia da Saúde e a psicanálise, enquanto saberes que valorizam substantivamente a intersubjetividade, em torno de concepções e práticas nas quais um elemento Sagrado seria o cerne promotor da eficácia simbólica necessária à ‘cura’ percebida como resignificação da vida. Desta forma, contribuímos para a reflexão acerca de uma mais efetiva implementação da atenção integral ao paciente preconizada pela Saúde Pública.

Palavras-chave: saúde-doença, sagrado, intersubjetividade, eficácia simbólica, antropologia da saúde, psicanálise.

The cure and the sacred: dialogues between public healthy, anthropology and psychoanalysis on the effectiveness of symbols and intersubjectivity

Abstract:

In this study, we reinforce an enlarged understanding on the complexity of health-disease processes. On one hand we incorporate psychological, social and cultural knowledge to the biological one. In these terms, we approach Health anthropology and psychoanalysis, based in their common emphasis on intersubjectivity. On the other hand we add a mythical perspective to the biomedical approach. We believe that conceptions and practices concerning a Sacred element could be the kernel promoter of the effectiveness of symbols which might translate into therapeutic efficacy. According to this point of view, 'cure' would be a matter of giving life new significations. Thus, we contribute for the reflection about a more effective implementation of the integral attention to the patient politics recommended by the Public Health.

Key words: health-disease, Sacred element, intersubjectivity, effectiveness of symbols, Health anthropology, psychoanalysis

I – A Saúde Pública no século XXI: vastíssimos horizontes e fluidas fronteiras

A premissa que justifica o diálogo que propomos é a da amplitude ainda não reconhecida o suficiente dos territórios da Saúde Pública na contemporaneidade. Tanto na produção dos múltiplos e entrelaçados conhecimentos pertinentes aos seus vários campos de atuação quanto em sua colocação em prática, no nível da gestão e no plano do atendimento a indivíduos e grupos sociais. As tradicionais áreas de políticas e planejamento em saúde, de epidemiologia e de ciências sociais e humanas aplicadas à

saúde imbricam-se em termos da multiplicidade de formações por elas solicitadas para a efetiva eficácia de seus programas, em termos tanto da pesquisa quanto de suas aplicações concretas. Fazem parte, por exemplo, das ‘políticas de saúde’ as multifacetadas ‘questões de gênero’ e dentre as dimensões pesquisadas pela ‘epidemiologia’ constam já as variáveis da ‘religiosidade’; assim, temas que levam substantivamente em conta a subjetividade transbordam das áreas antes exclusivas das ‘ciências sociais e humanas’^{2,3}. É bom que isso já venha acontecendo, pois a complexidade dos problemas de saúde não pode ser vista apenas pela perspectiva do modelo biomédico e necessita de análises que incorporem, entre outras disciplinas, as ciências sociais, como uma forma ampliada de se pensar a atenção integral ao paciente, buscando conjugar conhecimentos biológicos, psicológicos, sociais e culturais na compreensão do processo saúde-doença⁴.

Deter-nos-emos, neste artigo, na contribuição dos saberes em que a subjetividade – ou, mais especificamente para o diálogo sugerido, a intersubjetividade – é convidada a participar da empreitada da Saúde, entendida conforme conceituada na I Conferência Internacional de Promoção de Saúde em Ottawa em 1986 - “o mais completo bem estar físico, mental e social determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais”⁵ - e não mais conforme sua clássica definição da OMS, “como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidade.” Não obstante a abertura excepcional desta demarcação, os saberes que valorizam substantivamente a intersubjetividade são colocados um pouco à margem, na maioria dos territórios da Saúde Pública. Esgueiram-se pelos meandros dos solos novos da Promoção da Saúde, desviando-se das intempéries ao abrigo das também fronteiriças – desta vez com os desfiladeiros da reflexão filosófica – considerações acerca da

Qualidade de Vida. Mesmo diante de limites a princípio mais próximos do cerne significativo único de cada indivíduo, como os que circunscreveriam as preocupações com a Saúde Mental, há a tendência ao recuo ante uma temida passagem do ‘verificável’ ao ‘incomensurável’, restringindo uma maior participação, por exemplo, da Psicanálise – talvez o polo extremo da investigação do que seria ‘Saúde’, no âmago da intimidade humana – do projeto comum⁶.

Contrariando esta tendência, endereçamo-nos à Saúde Pública como um todo, atravessando as fronteiras que dividem suas áreas de atuação, para atingir o Coração de suas Competências: a ‘cura’ enquanto resignificação positiva da vida, um dos vórtices conceituais mais desafiadores, no processo saúde-doença.

Talvez a disciplina na área das ciências sociais e humanas que, aos olhos da Saúde Pública, goze de maior credibilidade na defesa da importância da intersubjetividade no processo saúde-doença seja a antropologia. A tradição antropológica já a tem por estabelecida, dentro de sua investigação dos modos pelos quais as sociedades produzem, reproduzem e simbolizam suas estruturas e instituições, constituindo-se enquanto sistemas, técnicas, memórias e experiências acumuladas. Aqui estão incluídas as questões relativas à saúde e doença, que ecoam aquelas (que lhe são viscerais) de atribuição de significações culturalmente decisivas à vida e à morte⁷. Neste contexto, o Sagrado, compreendido como categoria antropológica⁸, desempenha função de primordial relevância. A ótica da antropologia relativiza, pois, o modelo biomédico hegemônico valorizando outros modelos que não o próprio, recorrendo aos estudos das dimensões sócio culturais da saúde-doença como campo do conhecimento, sobretudo no Brasil, que possui uma ampla variedade cultural, de crenças e orientações religiosas disseminadas na sua população⁴. Sob tal prisma, o modelo biomédico passa a ser pois, “*mais uma das propostas existentes sobre a relação saúde-doença*”⁹.

Lembremos, aqui, a pertinente citação de Rayanaut (apud Minayo⁷), segundo a qual, para se acharem soluções para o sofrimento físico, ser necessário se considerar, por um lado, a pessoa humana, para além de apenas o seu corpo biológico, como um ser que pensa, imagina, simboliza, vive de afetos e de fantasmas; por outro, como um indivíduo inserido em redes, estruturas, formas de pensamento coletivas que marcam e orientam o seu comportamento.

Na trajetória que interliga antropologia e entendimento dos processos saúde-doença, Lévi-Strauss¹⁰ traça uma linha divisória importante quando estabelece que só há um modo comum de operação da mente humana embora esta possa se exprimir em duas formas distintas de pensamento, o pensamento mítico e o pensamento científico, ambos, portanto, detentores de fidedignidade similar no que diz respeito a suas decodificações da realidade. Mais tarde, este padrão de compreensão é adaptado ao novo paradigma da complexidade, constituindo-se no que Atlan¹¹ chama de racionalidade mítica e científica. Frisemos, a partir de tais fundamentos, como o discurso mítico – que rege, quase exclusivamente, as interações de cunho religioso e afetivo – pode ser considerado em pé de igualdade com o científico em termos de sua importância, em especial no que diz respeito à eficácia simbólica, atuante nos processos de cura.

Neste diapasão, e em sintonia com a visão contemporânea do *continuum* corporeamente – anexando os terrenos da filosofia da mente e das Neurociências aos nossos horizontes interdisciplinares¹² – que estaria no cerne da compreensão contemporânea da eficácia simbólica, Minayo⁷ acrescenta: “Introduzindo o tema da cultura na interpretação das estruturas, da sociedade e também, do tema da saúde e da doença, a antropologia demarca um espaçamento radical, na medida em que o fenômeno cultural não é apenas um lugar subjetivo. Ele possui uma objetividade que tem a espessura da

vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário.” (grifos nossos).

É também da elaboração de Lévi-Strauss que nos valem, em um primeiro momento, para introduzir, aos poucos, a psicanálise no diálogo proposto. Com efeito, *O Feiticeiro e sua Magia*¹³ presta-se a uma contribuição essencial à altamente interdisciplinar antropologia da saúde quando desvenda o funcionamento psicossocial da eficácia simbólica, nome que Lévi-Strauss¹³ deu ao mecanismo terapêutico que produziria a cura por meio do sagrado. Este se organizaria em função de três aspectos complementares: a crença do feiticeiro na efetividade de suas técnicas; a crença do doente no poder do feiticeiro; a fé e a expectativa do grupo em relação ao feitiço e ao feiticeiro. A eficácia simbólica é criada nesta dinâmica de intersubjetividades que interliga o feiticeiro, o doente e sua comunidade. No próprio texto, Lévi-Strauss já aventa correlações possíveis com a psicanálise, em termos do mecanismo de ab-reação que é compartilhada por aquele que cura e aquele que é curado. Chama-se ab-reação à “descarga emocional pela qual um indivíduo se liberta do afeto ligado à recordação de um acontecimento traumático, permitindo-lhe assim não se tornar ou não continuar patogênico”¹⁴. Haveria, pois, um paralelismo essencial nas funções do xamã e do psicanalista – inclusive no que diz respeito à sua influência na reorganização estrutural do Inconsciente, do qual a comunidade circundante, evidentemente, participaria.

Ao contrário da antropologia, a psicanálise apenas ensaia apresentar à área da Saúde, nestes termos, suas contribuições em termos de exercício da intersubjetividade, embora esta categoria seja constituinte fundamental, na teoria e prática freudiana, tendo em vista a importância capital da dinâmica transferencial na relação analista-analisando e nos processos de cura percebida enquanto resignificação da vida. A noção psicanalítica de ab-reação (à qual Lévi-Strauss faz referência), estreitamente ligada à de

catarse nos primórdios da disciplina¹⁵, foi sendo reformulada e absorvida pelas formulações mais complexas relativas à transferência, de forma indissociável de outros constructos psicanalíticos. Interessa-nos, em especial, a transposição da noção psicanalítica de intersubjetividade do ambiente exclusivamente clínico para um contexto mais amplo, de acordo com a recente retomada, por parte da disciplina de sua vocação participativa na construção interdisciplinar do conhecimento¹⁶. A noção do sagrado, transmutado de Oculto, aliás, também ocupa um controverso (e indelével) lugar no processo de cura psicanalítico, no qual nos deteremos adiante.

Neste trabalho, com base nas colocações acima, a antropologia e a psicanálise justapõem algumas de suas indagações em torno dos processos de cura de interesse para a Saúde Pública, agora as inserindo no panorama intelectual complexo do século XXI, sobretudo por ser a Psicanálise uma disciplina e uma forma de ‘cura’, eminentemente urbana e, a princípio, ocidental. Para tal, afunilamos o nosso foco, deslocando a importância das associações entre o sagrado, a intersubjetividade e os processos de cura para suas expressões urbanas atuais. Embora este artigo seja teórico, baseamo-nos, em trabalhos de campo, em terreiros de umbanda e de religiões afro-brasileiras - por meio de observação participante e da pesquisa de campo¹⁷ - e consultórios psicanalíticos, em uma grande cidade brasileira, no caso o Rio de Janeiro¹⁸. De novo audazes, intentamos atualizar legados imortais a partir de uma dada releitura contemporânea de ‘intersubjetividade’ e ‘eficácia simbólica’, no que estas possam ser reconhecidas como fatores preponderantes em prol da Saúde em plagas intelectuais e institucionais ainda a serem melhor exploradas no universo da Saúde Pública.

II - A antropologia relê a religiosidade, o sagrado e a cura

No início do século XX, sobretudo em sua segunda metade, os antropólogos aportaram uma grande e importante contribuição para o campo da Saúde. Dentre os ‘clássicos da disciplina’, podemos apropriar-nos de algumas reflexões de Lévi-Strauss e Marcel Mauss. Segundo, Minayo⁷, “... estudos empíricos dos citados autores e de outros antropólogos vêm evidenciando o que todos sabemos por meio do senso comum e do bom senso: o fato de que as doenças, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva, mas que sua vivência pelas pessoas e pelos grupos sociais está intimamente relacionada com características organizacionais e culturais de cada sociedade.”. Portanto, esta novel vertente da antropologia ressalta que, mais do que uma configuração biológica, a doença também é uma realidade construída e o doente, é, sobretudo, um ser social⁴. Nas palavras de Herzlich¹⁹, “A doença é ao mesmo tempo a mais individual e a mais social das coisas.”.

Ao longo da evolução da chamada Antropologia da Saúde, os antropólogos começaram a contrapor às ideologias científicas dominantes sobre saúde, doença e cura, o caráter culturalmente construído desses conceitos e a valorizar as mais variadas interpretações do fenômeno saúde-doença, procurando entender as formas por meio das quais os indivíduos expressam e interpretam o sofrimento e a dor, bem como os diversos sistemas terapêuticos. A antropologia da saúde interfere nas interpretações da construção de sujeito e objeto, pressupondo uma forma de conhecimento prático que enfatiza a capacidade de expressão e reflexão do enfermo sobre sua doença^{19,20}. “Por meio da saúde e da doença, temos acesso à imagem da sociedade, de suas 'imposições', tais como o indivíduo as vive. Englobada nesta imagem, a doença adquire uma significação.”²¹.

Em síntese, a antropologia da saúde dá importância às várias ordens de significações culturais sobre saúde-doença quando considera e relativiza as visões de

mundo do doente e do profissional de saúde, as atitudes coletivas em face os problemas de saúde, o sentido da doença visto pelo doente à luz das regras e normas da sociedade, traduzidas em códigos morais ou religiosos, e o ideal social do que é ser saudável^{4,7}.

Uma conexão sutil, argutamente percebida por Minayo⁷ nos permite transferir nosso substrato epistemológico de Lévi-Strauss (conforme visto acima) à contemporânea linhagem interpretativa – na qual o nome de Geertz é paradigmático. Como bem o surpreende a antropóloga, a posição de Lévi-Strauss¹⁰, explicitando que, por utilizar uma mesma única racionalidade ‘humana’, civilizados e ‘selvagens’ merecem reconhecimento similar quanto à legitimidade de seus discursos, constitui-se em um dos primeiros passos a favor do relativismo cultural de que Geertz é um dos expoentes. Neste sentido, o conceito de cultura que Geertz esboça “(...) denota um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporados em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida.”²².

Para Geertz, as pessoas viveriam dentro das diversas culturas (“teias”, “redes”), sempre de acordo com seus símbolos, códigos, conceitos etc. socialmente estabelecidos e a todo instante produziriam seus múltiplos significados e os resignificariam. Então, o estudo de interpretação cultural passa a ser um esforço de aceitar a diversidade entre as diferentes formas com que os seres humanos constroem suas vidas no processo de vivê-las. Desta forma, a cultura fornece os elementos para que eventos da vida, como os da saúde, por exemplo, sejam compreensíveis em relação àquela sociedade^{17,22}. Já a categoria ‘religião’ – um dos alicerces de nossa pesquisa – é definida por Geertz, em sua antropologia interpretativa, como sendo: “um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens

através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de facticidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas.”²².

Geertz demarca explicitamente o lugar da intersubjetividade em sua teoria. Para o autor, “os sistemas ou complexos de símbolos (...) ao contrário dos genes, por exemplo (...) estão fora dos limites do organismo do indivíduo e, como tal, nesse mundo intersubjetivo de compreensões comuns na qual nascem todos os indivíduos (...).”²² [grifos nossos]. Portanto, relendo as palavras de Geertz, em prol de nossa tese, a intersubjetividade estaria no cerne mesmo do fenômeno cultural, que se expressa tanto pela ideologia, senso comum, arte, ciência etc como pela religião, *locus* de eleição dos símbolos do sagrado. “Os símbolos sagrados funcionam para sintetizar o ethos de um povo (...) e sua visão de mundo. (...) A religião ajusta as ações humanas a uma ordem cósmica imaginada e projeta imagens de ordem cósmica no plano da experiência humana.”²². O autor afirma que: “Pra um antropólogo, a importância da religião está na capacidade de servir, tanto para um indivíduo como para um grupo, de um lado como fonte de concepções gerais, embora diferentes, do mundo, de si próprio e das relações entre elas – seu modelo da atitude – e do outro, das disposições ‘mentais’ enraizadas, mas nem por isso menos distintas – seu modelo para a atitude. A partir dessas funções culturais fluem, por sua vez, as suas funções social e psicológica”²².

A religião, pois, por meio de sua força simbólica (catalizando ‘*disposições e motivações*’), faria parte do arcabouço conceitual das funções sociais e psicológicas – inclusive as referentes às concepções acerca da doença e aos cuidados para com a saúde – que interligam o indivíduo e o grupo.

Um aspecto que desejamos ressaltar na corrente interpretativa da antropologia, é a ênfase que ela dá à dimensão contextual na abordagem de todos os fenômenos culturais, inclusive dos problemas de saúde²³. Seria de acordo, pois, com o contexto cultural – sempre mutante e fluido nas grandes cidades (onde nosso trabalho de campo se sedia, nos terreiros “vizinhos” aos consultórios psicanalíticos) – dos indivíduos e dos grupos que as práticas terapêuticas variam e é com base nesse contexto que eles explicam seus sofrimentos e suas doenças, fazem escolhas de tratamento, avaliam seus resultados e ressignificam sua situação de vida. Obviamente, cabe a eles também incluir ou não a dimensão religiosa – e do sagrado – em seus processos de cura. Aplicada ao processo saúde-doença e à busca de saúde quer em templos religiosos, quer em outros *locus* do sagrado (onde aventamos incluir, sob certo aspecto, a psicanálise), a teoria interpretativa permite-nos dizer, olhar, compreender e interpretar respostas dadas, na forma de um diálogo interativo entre os sujeitos. Desta forma, a cultura fornecerá os elementos para que eventos da vida, como os relativos à saúde, por exemplo, sejam compreensíveis, em especial nos termos que implicam em uma sua mais expressiva resignificação⁴.

III – A psicanálise e o poder de cura do Oculto

Na Psicanálise, teoria e prática entrelaçam-se irreversivelmente. Seus eixos fundadores, em concordância com a sua vocação de pesquisa aplicada, são, respectivamente, a interpretação e a transferência. Neste sentido, a teoria freudiana merece os créditos e resente-se das falhas de sua radical originalidade e audácia inventiva. Toda a interpretação possível, na psicanálise, alicerça-se nos pressupostos básicos da teoria. O entendimento das dinâmicas entre as instâncias psíquicas

(inconsciente-consciente por um lado, id-ego-superego por outro), das vicissitudes dos processos psíquicos (como a regressão) e aquelas da libido (como o Édipo) etc. deve embasar a análise dos fenômenos estudados. Assim, a ‘explicação’ – categoria subliminar e secundária em relação à ‘interpretação’, que, não obstante, amiúde dela faz parte – das circunstâncias da religiosidade, do misticismo e da espiritualidade (em ordem decrescente de seu descrédito pela psicanálise) precisam adequar-se, inclusive, aos rígidos critérios da escolha epistemológica de Freud, que, buscando legitimação científica consoante sua época, se declarava empirista convicto.

Sob o ponto de vista da interpretação teórica, pois, a religiosidade e os conceitos a ela correlatos ‘classificam-se’ como patologias mentais ou, no máximo, estágios primitivos do desenvolvimento da mente retomados e reestruturados. O ponto de vista a respeito de Freud^{24,25} pode ser resumido em: 1. a relação com a figura de Deus corresponde, quando institucionalizada pela religião – à qual chama de neurose obsessiva da humanidade –, ao que no plano individual infantil seria a relação com o pai, conforme disposta pelo complexo de Édipo. E 2. a origem psíquica da religião é por Freud definida – reinterpretando aquilo a que seu debatedor e amigo Romain Rolland (poeta e scholar em hinduísmo) se referia como sendo ‘um sentimento oceânico’ – como um ‘vestígio’ do período em que o ego do infante, sendo incapaz de se separar do mundo externo, deste não se diferencia. Assim, o ‘sentimento oceânico’ – percebido como religioso – seria a restauração no adulto do ilimitado narcisismo da criança. Inúmeras revisões ao pensamento de Freud a respeito, ao longo de sua obra, não alteram significativamente estes postulados centrais^{26,27}.

Muda-se de prisma quando se aborda o tema pelo ponto de vista da transferência. Progressivamente adequada à teoria freudiana e definida como tal no quadro conceitual psicanalítico, a transferência, enquanto categoria psicológica, não é,

de forma alguma, exclusiva da psicanálise, tendo Freud¹⁵ custado um pouco a incorporá-la como aparato técnico. Esta é uma herança muito menos passível de depuração, sendo que, no início da psicanálise, a transferência, como categoria psicanalítica, precisou esquivar-se da suspeita de mistificação, pela sua semelhança, que alguns julgavam reconhecer, de práticas afetivas quais as do mesmerismo²⁸.

À medida que a disciplina foi-se estabelecendo como campo de saber específico, a transferência adquiriu um calibre ímpar institucional quando seu fundador foi transmutado em líder ‘espiritual’ infalível. Entenda-se aqui, tanto ‘espiritual’ quanto ‘infalível’ numa acepção leiga – nem por isto menos veemente, apaixonada e atuante. Ou seja, o líder ‘espiritual’ pode ser laico ao orientar a ‘mente’ – funções intelectuais e identificações e projeções afetivas – de seus discípulos. O ‘infalível’ associa-se à crença absoluta na eficácia do método, desde que perfeitamente aplicado, em função de um conhecimento suficiente da teoria; estas duas condições são, é claro, impossíveis, dada as reconhecidas falibilidades do ser humano e caráter de incompletude constante de qualquer teoria científica viva. Mas, ainda que potencial e assintótica, ou mitigada por considerações racionais, a presunção de Infalibilidade está no cerne indizível de qualquer crença – e mais ainda de sua institucionalização – mesmo que esta se classifique como sendo científica. Donde, a Psicanálise não pode se eximir de todo de uma vizinhança com a ‘espiritualidade’.

Este tópico já foi debatido extensamente, inclusive em termos de poder-se atribuir uma dimensão religiosa à Psicanálise, enquanto institucionalizada²⁹. Interessamos menos pô-lo na berlinda do que, ao invés, admitir que na transferência psicanalítica existe uma inerente atribuição de potência curativa, uma vez que a dimensão terapêutica é inalienável da disciplina. Tal potência seria Sagrada? Para as finalidades deste artigo, levando em conta o diálogo com a Antropologia da saúde proposto, preferimos entender

o Sagrado de uma maneira consoante ao modelo de Lévi-Strauss e, ademais, mais afim à tradição psicanalítica: o poder de cura estaria em um elemento Oculto, que se manifesta (ou não...), no diálogo intersubjetivo na clínica psicanalítica, através de um processo de eficácia simbólica bastante similar ao descrito por Lévi-Strauss.

Isto não desconsidera a importância da interpretação, segundo os códigos da teoria freudiana, como condutora do processo; seria esta que permitiria que se reconfigurem as redes de representação simbólicas onde se gesta o reconhecimento intelectual e afetivo por parte do analisando de sua condição de doente ou são. Mas a interpretação, embora intente utilizá-la a seu favor, não detém a força da libido – que só passa de potência à ato, na clínica, no Instante Terapêutico – para promover a ‘cura’ ou a percepção da remissão significativa dos sintomas pelo analisando, em termos fisiologicamente comprováveis ou não. Metaforicamente, os afetos envolvidos seriam o barquinho de Ra, que conduz o deus egípcio em seu trajeto diuturno pelo céu: não obstante a luz que dilui as trevas e revela o real pertencer à deidade-Solar, é o barquinho que, tépido e ágil, galga ondas e mantém Ra enxuto e ínclito, apto para o desempenho de sua régia função.

Esta compreensão das diferentes dimensões envolvidas no processo psicanalítico desafia a constatação frequente da aparente falha da psicanálise em promover as ‘curas’ pretendidas. Estas não dependem da ‘tomada de consciência (este termo geralmente entendido em sua exclusiva dimensão interpretativa intelectual)’ independente de uma ‘efetivação simbólica’ em curso. Gera-se e regenera-se através de um específico diálogo de intersubjetividades, processado nos recônditos do que nos permitimos chamar do Oculto, onde a Magia da transformação é ‘eficaz’ para o analisando e para o analista. O imperativo da intersubjetividade para a eficácia terapêutica pode ser avaliada na mesma

proporção em que a autoanálise teria alcance limitado, por eliminar a existência e a intervenção de uma relação interpessoal³⁰.

O que diferenciaria a psicanálise de práticas outras que lidam com o Oculto? O Oculto psicanalítico é circunscrito pelos padrões da racionalidade mítica que orientam a teoria e prática freudianas, uma vez que não se considera a hipótese de divórcio entre interpretação e transferência em seu tumultuado e frutífero casamento. Podemos escolher reconhecê-lo, por exemplo, no cerne de concepções nucleares freudianas (que não aquelas onde a ‘religiosidade é posta diretamente em questão), como na do id (que, aqui, privilegamos em relação à do inconsciente, mais ‘mecânica’ na concepção clássica freudiana, a despeito das incontáveis revisões posteriores). O id freudiano, não obstante participar do arcabouço e da dinâmica mental – com o ego e o superego – que Freud deseja inserir em uma estrutura científica, em si mesmo é definido por Freud, de acordo com a sugestão de Groddeck, como aquilo que nos faz sermos ‘vivididos’ por forças desconhecidas e incontroláveis³¹. Várias linhagens psicanalíticas viriam a alargar esta percepção, enfatizando os potenciais transformadores desconhecidos senão incognoscíveis atuantes na psicanálise em íntima – e indescritível, pois inefável – sintonia com expressões artísticas e espirituais e com o ‘dreamwork’³².

Sempre lembrando que se, em termos de interpretação, a teoria nos exige um rigor definido pelos parâmetros da tradição da disciplina, no campo da transferência a Palavra é mais fluida e cede, indiferente às ortodoxias de seu emprego, às exigências das relações transferenciais que, em conluio perpétuo com o Oculto, melhor se prestem à resignificação da vida – ou à Cura – do analisando.

Também é relevante neste quadro lembrar a formação psicanalítica. Por definição, o psicanalista acolhe o Oculto em seu coração e submete-se aos riscos de nele e dele retirar a potência curativa para si e para o seu analisando. Outra vez em consonância

com o modelo de Lévi-Strauss só passando por ‘rituais’ (íntimos, no caso, embora validados por uma determinada comunidade, a que compartilha o Weltanschauung psicanalítico com o terapeuta) de exorcismo de seus próprios demônios, o psicanalista está em condições de exercer – sempre em similar medida par si e para o analisando e de forma contínua, incompleta e infinita – a sua ‘Magia’.

IV - Considerações Finais

Neste trabalho, retomamos a defesa da importância da pesquisa em ciências sociais e humanas para o desenvolvimento das concepções e práticas terapêuticas sobre saúde, doença e cura. Demos mais um passo na aproximação de duas disciplinas frequentemente consideradas antagônicas, como a antropologia e a psicanálise, embora seja inegável a existência de apropriações e fertilizações recíprocas entre elas, há quase um século³³. Utilizamos como fiel de balança neste diálogo, a recente vertente da antropologia da Saúde; e, como seu elemento de compatibilização, a intersubjetividade, elemento eleito para contrastar as relações em torno do sagrado (ou do Oculto), tendo em vista sua eficácia simbólica, nos processos de resignificação da vida a que chamamos de cura.

A partir dessa análise, reforçamos que a forma ampliada de se compreender a complexidade do processo saúde-doença, incorporando conhecimentos psicológicos, sociais e culturais aos biológicos, pode ser mais um passo rumo à atenção integral ao paciente, pois, a pessoa humana, para além de possuir um corpo biológico, é um ser que pensa, imagina e simboliza, estando também inserido em redes, estruturas, formas de pensamento coletivas que marcam e orientam o seu comportamento. Este é um campo do saber que deve ser considerado e utilizado de forma complementar

enquanto possibilidade de ajuda e “cura” à abordagem biomédica. Assim, os saberes que valorizam substantivamente a intersubjetividade podem ser melhor explorados pela Saúde Pública, atravessando as fronteiras que dividem suas áreas de atuação, com uma maior participação da Psicanálise neste projeto, a exemplo do que ocorre com a antropologia.

Desta forma, o discurso mítico – que rege, quase exclusivamente, as interações de cunho religioso e afetivo – pôde ser considerado em pé de igualdade com o científico em termos de sua importância, em especial no que tange à eficácia simbólica, atuante nos processos de cura. Consideramos também que, por utilizar uma mesma única racionalidade ‘humana’, ‘civilizados’ e ‘selvagens’ merecem reconhecimento similar quanto à legitimidade de seus discursos¹⁰.

Para introduzir a psicanálise no diálogo proposto, justapondo algumas das indagações da antropologia e da psicanálise em torno dos processos de cura de interesse para a Saúde Pública, à luz do panorama intelectual complexo do século XXI, buscamos uma aliança, em um primeiro momento, na elaboração de Lévi-Strauss¹³ em *O Feiticeiro e sua Magia*, que desvendou o funcionamento psicossocial da dinâmica de intersubjetividades que interliga o feiticeiro, o doente e sua comunidade na eficácia simbólica. Sob tal inspiração, afinilamos o nosso foco, deslocando a importância das associações entre o sagrado, a intersubjetividade e os processos de cura para suas expressões urbanas atuais, baseando-nos em trabalhos de campo em terreiros de umbanda e consultórios psicanalíticos no Rio de Janeiro. Intentamos, assim, atualizar legados imortais a partir de uma dada releitura contemporânea de ‘intersubjetividade’ e ‘eficácia simbólica’, no que estas possam ser reconhecidas como fatores preponderantes em prol da Saúde.

À luz da antropologia interpretativa de Geertz²², com a ênfase que ela dá à dimensão contextual na abordagem de todos os fenômenos culturais, inclusive dos problemas de saúde, demarcamos o lugar da intersubjetividade - fora dos limites do organismo do indivíduo e, como tal, em um mundo intersubjetivo de compreensões comuns -, no cerne do fenômeno cultural, podendo se expressar, entre outras formas, pela religião, *locus* de eleição dos símbolos do sagrado. Religião esta que, por meio de sua força simbólica faz parte do arcabouço conceitual das funções sociais e psicológicas, inclusive as referentes às concepções acerca da doença e aos cuidados para com a saúde.

Vimos que é de acordo com o contexto cultural dos indivíduos e dos grupos que as práticas terapêuticas variam e é com base nesse contexto que eles explicam seus sofrimentos e suas doenças, fazem escolhas de tratamento, avaliam seus resultados e resignificam sua situação de vida, incluindo ou não a dimensão religiosa – e do sagrado – em seus processos de cura.

Permitimo-nos, por vezes, conceituar o termo ‘Sagrado’ de forma mais ampla, de maneira a associá-lo tanto ao modelo de Lévi-Strauss quanto à tradição psicanalítica. Aqui, segundo esta nossa liberdade interpretativa, consideramos que o poder de cura estaria em um elemento Oculto, que se manifesta (ou não...), no diálogo intersubjetivo na clínica psicanalítica, por meio de um processo de eficácia simbólica similar ao descrito por Lévi-Strauss. Poder de cura este, que gera-se e regenera-se através de um específico diálogo de intersubjetividades, processado no que nos permitimos chamar do Oculto, onde a Magia da transformação é ‘eficaz’ para o analisando e para o analista.

V – Referências bibliográficas

1. Roiphe A. *Loving Kindness*. New York: Warner Books; 1989.
2. Akerman M e Feuerwerker L. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver?. In: Campos GWS, Minayo MCS *et al*, organizadores. *Tratado da Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2008. p. 171-186.
3. Paim JS. La salud colectiva e los desafios de la práctica. In: Paho. *La crisis de la salud publica: reflexiones para el debate*. Washington: Publication Científica, nº 540; 1992, p.151-167
4. Mello ML, Oliveira SS. Saúde, Religião e Cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. *Rev. Saúde e Sociedade*. No prelo 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Promoção da Saúde: Declaração da Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México*. Brasília:MS; 2001.
6. Alberti S, Figueiredo, AC. *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2006.
7. Minayo MCS. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS *et al*, organizadores. *Tratado da Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2008. p. 189-218.
8. ATLAN H. *De la Fraude: le Monde de l'Onaa*. Paris: Seuil; 2010.

9. Valla VV. O que a saúde tem a ver com a religião? In: Valla VV, organizador. *Religião e Cultura Popular*. Rio de Janeiro: DP&A; 2001. p.113-139
10. Lévi-Strauss C. *O Pensamento Selvagem*. Campinas: Papirus; 1989.
11. Atlan H. *À Tort et à Raison: intercritique de la science et du mythe*. Paris: Éd. du Seuil; 1986.
12. Aleksandrowicz AMC, Levine DS. Neurociências e psicanálise: desafios conceituais e epistemológicos. In: Antônio VE, Siqueira-Batista R, organizadores. *Neurociências: diálogos e interseções*. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2012. p.605-630
13. Lévi-Strauss, C. *Structural Anthropology*. New York: Basic Books; 1963.
14. Laplanche J, Pontalis, JB. *Vocabulário da Psicanálise*. Santos: Martins Fontes; 1970.
15. Freud S. (1893-1895). *Estudos sobre a histeria*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. II. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
16. Aleksandrowicz AMC, Bellinello, S. O Coração da Psicanálise. *Estudos de Psicanálise*, nº36. Belo Horizonte. Dezembro de 2011.p. 15-27.
17. Mello ML. *Práticas terapêuticas populares e religiosidade afro-brasileira no Rio de Janeiro: um diálogo possível entre saúde e antropologia*. Projeto de Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP-FIOCRUZ. Abril, 2011.
18. Aleksandrowicz AMC, Mello ML. Diálogos entre a Antropologia e a Psicanálise sobre a eficácia simbólica nos processos de cura. In: *Anais da 28ª Reunião Brasileira de Antropologia*; 2012; São Paulo.

19. Herzlich C. Saúde e Doença no início do Século XXI: Entre a Experiência Pública e a Experiência Privada. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2004; 14(2):383-94.
20. Costa CAS. *Antropologia e Saúde: Algumas Considerações*. [artigo na Internet[2013]. [acessado 2013 fev 23]. Disponível em: <http://www.eumed.net/rev/cccss/04/casc4.htm>.
21. Herzlich C. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2005; 15(Supl):50-70.
22. Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1989.
23. Uchôa E, Vidal, JM. Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. *Cad. Saúde Públ.* 1994; 10(4): 497-504.
24. Freud S. (1927). *O futuro de uma ilusão*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
25. Freud S. (1930[1929]). *O Mal-Estar na Civilização*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
26. Simmonds JG. The Oceanic Feeling and a Sea Change. Historical challenges to reductionist attitudes to religion and spirit from within psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*. 2006; 23(1):128-42.
27. Parsons William B. *The enigma of the oceanic feeling. Revisioning the psychoanalytic theory of mysticism*. London: Oxford University Press; 1999.

28. Roussillon R. *Du Baquet de Mesmer au "Baquet" de S. Freud*. Paris: Presses Universitaires de France; 1992.
29. Symington N. Is psychoanalysis a religion? In: Ward I, organizador. *Is psychoanalysis another religion? Contemporary essays on spirit, faith and morality in psychoanalysis*. London: Freud Museum Publications; 1993; p.49-56.
30. Freud S. (1916-1917 [1915-17]). *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*. Edição standard brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. vol. XV. Rio de Janeiro:Imago; 1976.
31. Freud S. [1923]. *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*. Edição standard brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. vol. III. Rio de Janeiro:Imago;1976.
32. Fingarette H. *The self in transformation: Psychoanalysis, philosophy and the life of the spirit*. New York: Harper & Row; 1963.
33. Rinaldi D. *A Ética da Diferença: um debate entre psicanálise e antropologia*. Rio de Janeiro: Zahar-Uerj; 1996.

Considerações Finais

Essas considerações buscam articular os principais resultados dos três os artigos que compõem a tese. O primeiro reforça a relação dinâmica entre religião e saúde, e aponta para a necessidade de aprofundamento de estudos desta temática que venham somar as possibilidades alternativas/complementares de “cura” às pesquisas biomédicas. O segundo artigo analisa os conceitos de saúde/doença e práticas terapêuticas de terreiros do Rio de Janeiro e o último, reforça uma forma ampliada de se compreender a complexidade do processo saúde-doença (trabalhada nos dois artigos anteriores) e acrescenta à abordagem biomédica uma perspectiva de cunho mítico, aproximando a Antropologia da Saúde e a Psicanálise, modalidade terapêutica eminentemente urbana, enquanto saberes que valorizam a intersubjetividade, em torno de concepções e práticas nas quais um elemento sagrado seria o cerne promotor da eficácia simbólica necessária à ‘cura’ percebida como resignificação da vida.

Esse “exercício final” levanta questões. Assim, ao refazer essa trajetória, observamos que ainda há muito o que caminhar no sentido de aprofundar o conhecimento sobre a relação religião, cultura e saúde e encontrar soluções e novas possibilidades para garantir melhores condições de atendimento à saúde da população brasileira, considerando as especificidades dos diversos grupos sócio-culturais que a compõem.

Cabe ressaltar que ao longo dessa jornada, muitas foram as surpresas e descobertas que a investigação revelou, e que a convivência e a interlocução com os grupos estudados possibilitou. É preciso ressaltar também que nenhuma interpretação é capaz de dar conta da riqueza do convívio e troca com os sujeitos que de alguma forma participaram da pesquisa. Esses momentos se materializam principalmente na tentativa de "auscultar" as vozes dessas pessoas, muitas vezes estereotipadas, subterrâneas e pouco reconhecidas pela sociedade. Momentos esses que estão guardados na memória afetiva e que nos fazem lembrar que a grande “aventura” (Cardoso, 1986) do conhecimento pode começar em uma singular experiência humana que é a de narrar a maior de todas as aventuras - a vida.

O primeiro artigo desta tese ressalta que um efeito importante da religião é a mudança do significado de uma doença para o doente, não implicando necessariamente na remoção dos sintomas, mas na transformação positiva dos significados atribuídos à doença e ao sofrimento. A religiosidade pode dar sentido à vida diante da doença e

possibilita criar uma rede social de apoio. A análise das informações coletadas nos permitiu afirmar que as práticas religiosas se constituem em lugares de acolhimento, de cura e de saúde para aqueles que as buscam, em complemento às práticas médicas oficiais.

O segundo artigo, onde o caráter qualitativo da pesquisa é realçado, apresenta os resultados do estudo realizado em terreiros de Umbanda e Candomblé em que consideramos a diversidade de práticas como um dos aspectos mais relevantes nos cuidados à saúde. Reforçando uma das conclusões do primeiro artigo, observamos que a religião atua como suporte para enfrentamento de dificuldades do cotidiano, mobilizando recursos individuais e coletivos para expressão das emoções, modificando o entendimento das experiências. Neste artigo, foi reconhecido o caráter misterioso da vida, o que assegura novas possibilidades, pois práticas não-convencionais podem ser complementares à biomedicina e contribuir para o enfrentamento dos desafios a uma atenção à saúde na perspectiva de sua integralidade. Por fim, ressaltamos a importância de que sejam consideradas as práticas terapêuticas afro-brasileiras como tema de discussão na agenda das políticas públicas.

No terceiro artigo, eminentemente teórico, demarcamos o lugar da intersubjetividade no cerne do fenômeno cultural, que pode se expressar, entre outras formas, pela religião, *locus* de eleição dos símbolos do sagrado. Religião esta que, por meio de sua força simbólica faz parte do arcabouço conceitual das funções sociais e psicológicas, inclusive as referentes às concepções acerca da doença e aos cuidados para com a saúde. Vimos que é de acordo com o contexto cultural dos indivíduos e dos grupos que as práticas terapêuticas variam e é com base nesse contexto que pode se explicar sofrimentos e doenças: faz-se escolhas de tratamento, avalia-se seus resultados e ressignifica-se a situação de vida, incluindo ou não a dimensão religiosa – e do sagrado – nos processos de cura. Permitimo-nos, por vezes, conceituar o termo “Sagrado” de forma mais ampla, de maneira a associá-lo tanto ao modelo de Lévi-Strauss, quanto à tradição psicanalítica. Aqui, segundo esta nossa liberdade interpretativa, consideramos que o poder de cura estaria em um elemento oculto, que também se manifesta (ou não...), no diálogo intersubjetivo na clínica psicanalítica, por meio de um processo de eficácia simbólica similar ao descrito por Lévi-Strauss. Poder de cura este, que gera-se e regenera-se através de um específico diálogo de intersubjetividades, processado no que nos permitimos chamar do oculto, onde a magia da transformação é ‘eficaz’ para o analisando e para o analista. Aqui, ressalta-se a força

transformadora da intersubjetividade – uma das categorias essenciais a contrastar os discursos científicos (como o biomédico) e míticos (aqueles das também assim chamadas ‘Humanidades’). Através de uma elaboração, lembremos, eminentemente teórica, nas fronteiras do ensaio, a intersubjetividade é defendida como veículo da interferência eficaz no ‘mistério da vida’, considerando o contexto urbano que admite alianças terapêuticas entre terreiros e consultórios e também nos termos em que a psicanálise admite um elemento ativo “oculto”, segundo uma dada leitura de seu projeto de alívio do sofrimento psíquico.

Em suma, os resultados apontam para a importância da inter-relação da saúde, cultura e religião e também confirmam alguns aspectos evidenciados na literatura. Dessa forma, identificamos dois grandes desafios. O primeiro é o de serem consideradas as práticas terapêuticas afro-brasileiras como tema de discussão na agenda das políticas públicas. O aprofundamento necessário ao conceito de integralidade dando ênfase aos aspectos sociais, simbólicos e culturais, que entretanto, exige não só um entendimento mas, eventualmente, uma participação da instância pública em uma reorganização simbólica dos pacientes, consoante e ao mesmo tempo inovadora, com relação a seu universo cultural habitual. O segundo desafio acentua a importância do elemento psicológico nesta integralidade, enfatizando a possibilidade do diálogo com a Psicanálise, a partir da convergência possível de ser estabelecida entre o xamã e o psicanalista como intermediários no trato com os “espíritos” ou “instâncias psíquicas” no vocabulário psicanalítico.

Também não poderíamos deixar de mencionar os limites deste estudo, que em alguns casos, mesclam-se às suas forças. Por exemplo, a impossibilidade de utilização de todas as informações levantadas, como, por exemplo, as histórias de vida dos dirigentes dos terreiros estudados. Diante da inovação desta temática e do seu pouco lastro institucional, tratou-se de uma abordagem exploratória, não possibilitando o aprofundamento etnográfico das práticas de cura e dos itinerários terapêuticos. Outra limitação foi não ter tido tempo hábil para confecção de um quarto artigo que incorporaria aspectos comparativos entre Brasil e Portugal, no que diz respeito às práticas terapêuticas afro-brasileiras. Possibilidade esta, aberta pelas professoras Clara Saraiva e Simone Oliveira, em função da realização de estágio de doutorado no Centro em Rede de Investigação em Antropologia – CRIA da Universidade Nova de Lisboa.

Por fim, acreditamos ter contribuído para um maior conhecimento teórico e prático no campo da Antropologia da Saúde, visto ser uma dimensão importante para

o conhecimento dos sistemas de saúde no Brasil. Além de identificar e divulgar estudos atuais que possam constituir experiências capazes de contribuir para a construção de um sistema de saúde mais equânime, de melhor qualidade e voltado às necessidades de saúde da população brasileira, considerando suas condições sócio-culturais.

Referências bibliográficas

- AGUIAR, L. A. (Org). *Para Entender o Brasil*. São Paulo: Alegro, 2001.
- ALMEIDA, R. (2004). Religião na metrópole paulista. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 19, n. 56: 15-27.
- ALVES, P. C. & Minayo, M. C. (1994). Saúde e doença: um olhar antropológico, p.10, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- ALVES, R. N et al. The influence of religiosity on health. *Ciênc. saúde coletiva*, July 2010, vol.15, no.4, p.2105-2111.
- BECKER, H. S. (1994). Métodos de pesquisa em ciências sociais. 2.ed. São Paulo: Hucitec.
- BIRMAN, P. (1980). FEITIÇO, CARREGO E OLHO GRANDE: OS MALES DO BRASIL SÃO. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL. RIO DE JANEIRO: MUSEU NACIONAL.
- BOAS, F. – *Antropologia Cultural*. Celso Castro (org.), Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 2004.
- BOFF, L. (2001). Brasil de Fé. In: AGUIAR, L. A. (Org.). *Para Entender o Brasil*. São Paulo: Alegro, 2001. p. 191-198.
- BOTELHO, A.; SCHWARCZ, L. (Orgs.) Um enigma chamado Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- BROWN, D. (1977). “O papel histórico da classe média na umbanda”. *Religião e sociedade*, 1 (1). Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Religião, Instituto Superior de Estudos da Religião, Civilização Brasileira, pp. 31-42.
- CANESQUI, A. M. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, P.C.A.; MINAYO, M.C. (orgs.), *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 14- 32.
- CARDOSO, R. (1986). *Aventura antropológica: Teoria e Pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. *Psicol. cienc. prof.*, Set 2004, vol.24, no.3, p.82-91.

- DA MATTA, R. (1984). O que faz o Brasil, Brasil? Rio de Janeiro, Rocco.
- DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Rev. psiquiatr. clín.*, 2007, vol.34, suppl.1, p.25-33.
- FERRAROTTI, F. (1983). *Histoire et histoires de vie – la méthode biographique em sciences sociales*, Paris, Méridiens.
- FERREIRA, J. (2012). Prefácio à Edição Brasileira. Saillant F, Genest S, organizadores. In: Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 15-18.
- GOLDENBERG, M. (2005). A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record.
- GOMBERG, E. (2011). Hospital de Orixás. Salvador: EDUFBA.
- LAPLANTINE, F. (2007). Aprender Antropologia. São Paulo: Brasiliense.
- LIMA, A.P.; SARRÓ, R. (2006). Terrenos Metropolitanos. Lisboa: ICS-UL.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. (1986). Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U.
- MAGGIE, Y. (1992). Medo do feitiço: relações entre magia e poder no Brasil. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional.
- MAGGIE, Y. (2001). Guerra de orixá: um estudo de ritual e conflito. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- MALINOWSKI, B. (1978). Argonautas do Pacífico Ocidental. São Paulo, Abril Cultural.
- MAGNANI, J. G. (1997). O velho e bom caderno de campo. Revista Sexta Feira, n. 1, p. 8-12, maio 1997.
- MAUSS, M. (1974). Sociologia e Antropologia. São Paulo: EDUSP.
- MEDEIROS, B. T. F. (2002). "Quando busca de saúde e religião se entrecruzam: um estudo de caso" Revista ANTHROPOLÓGICAS, ano 6, volume 13(1): 75-90 (2002).
- MEIHY, J. C. S. B. (2010). História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (2008). Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

MORIN, E (1984). O problema epistemológico da complexidade. Lisboa: Europa-América.

MOTA, C. S.; TRAD, L. A. B. A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. *Saude soc.*, Jun 2011, vol.20, no.2, p. 325-337.

OLIVEIRA, R. C. (2006). O trabalho do antropólogo. São Paulo: Unesp.

ORTIZ, R. (2009). Introdução. In: LAPLANTINE, F. & AUBRÉE, M. *A Mesa, o Livro e os Espíritos*. Maceió: EDUFAL.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou um campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Públ.*, v.32, n.4, p. 299-316, 1998

PATRIARCA, M. Como nos tornamos antropólogos? Imprevisto e mutualidade na constituição do terreno etnográfico da saúde mental em Lisboa. *Etnográfica*, Out 2012, vol.16, no 3, p. 589-618.

PEREZ, L. F. (2011). *Festa, religião e cidade: corpo e alma do Brasil*. Porto Alegre: Medianiz.

PUTTINI, R. F. Violência simbólica no campo da saúde: relato de um caso de cura espiritual em um espaço terapêutico híbrido. *Saude soc.*, Dez 2009, vol.18, no.4, p.762-775.

ROEHE, M. V. Experiência religiosa em grupos de auto-ajuda: o exemplo de neuróticos anônimos. *Psicol. estud.*, Dez 2004, vol.9, no.3, p.399-407.

SANTOS, F. S. D; MUAZE, M. A.F. (2002). Tradições em movimento: Uma etnohistória da saúde e da doença nos vales dos rios Acre e Purus. Brasília: Paralelo 15.

SILVA, A. A., 2007. "Não é psicológico" ou "enrolados pela doença": uma abordagem antropológica sobre um atendimento aos "somatizadores". Campinas: PPGAS / IFCH / UNICAMP, dissertação de mestrado.

SILVA, V. G. (2000). O antropólogo e sua magia: trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões afro-brasileiras. SãoPaulo: Edusp.

VALLA, V. V., 2001. O que a saúde tem a ver com a religião? In: *Religião e Cultura Popular* (Victor V. Valla org.), pgs. 113-139, Rio de Janeiro: DP&A.

VELHO, G. (2000). “Individualismo, anonimato e violência na metrópole”.In: Horizontes Antropológicos. Porto Alegre, v. 6, n. 13, Junho.

VELHO, G. (1998) [1975].*Nobres & Anjos*: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Ed.FGV.

VELHO, G. (1991). Indivíduo e religião na cultura brasileira. Sistemas cognitivos e sistemas de crença. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n. 31, p. 121-129, out. 1991.

VELHO, G. (1978). Observando o Familiar. In: *A Aventura Sociológica* (NUNES, E. O. org). Rio de Janeiro, Zahar.

ANEXO

E-mail de aprovação:

Artigo I:

São Paulo, 28 de janeiro de 2013.

Prezado Senhor,

Por decisão da Comissão Editorial da *Saúde e Sociedade* seu texto intitulado “***Saúde, Religião e Cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras***” foi aprovado com base no parecer:

Parecer:

O artigo é interessante e construído claramente; a passagem entre argumentações teóricas e dados empíricos é fluida e o texto tem uma arquitetura narrativa dinâmica; as contribuições empíricas são originais, por quanto da ordem do quantitativo, sem aprofundamentos qualitativos que teriam enriquecido o texto. A escrita é fluente, com um estilo requintado e de bom nível linguístico. A bibliografia citada é pertinente. Por quanto o presente artigo seja o resultado de um estudo qualitativo, a respeito de conteúdo, parece-me, todavia de advertir a falta de exemplos pragmáticos, concretos, ligados a uma “etnografia” rigorosa, que poderiam dar ainda mais vitalidade ao texto.

Por quanto falte um pouco a força dos dados empíricos, a reflexão é interessante e original, e cabe nos objetivos da revista. Para estas razões recomendo a sua publicação.

A Conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas (comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente), portanto, não há data definida para publicação.

Atenciosamente,

Profª. Dra. Helena Ribeiro

Profª. Dra. Cleide Lavieri Martins

Editoras

Apêndice

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ / Escola Nacional de Saúde Pública –
ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO ENTREVISTADO

Projeto de Pesquisa: “Práticas terapêuticas populares e religiosidade afro brasileira no Rio de Janeiro: um diálogo entre saúde e antropologia”

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO ENTREVISTADO

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Esta pesquisa tem por objetivo compreender as relações da religiosidade com a saúde e os processos de cura, considerando as formas com que os indivíduos frequentadores da Umbanda no RJ vivenciam e interpretam a saúde, a doença, o sofrimento, a dor e a cura.

PROCEDIMENTOS E CONFIDENCIALIDADE:

Ao concordar em participar da pesquisa, você será entrevistado em um local de sua concordância. A entrevista será CONFIDENCIAL. Seu nome NUNCA será revelado. Os relatórios e resultados desta pesquisa serão apresentados sem nenhuma forma de identificação pessoal.

Para garantir a qualidade dos dados, solicitamos a sua aprovação para que a entrevista seja gravada. O pesquisador fará uma devolução sobre os dados analisados ao final da pesquisa.

CONSENTIMENTO:

Sei que minha participação é totalmente voluntária e que poderei recusar ou abandonar este estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Todas as informações por mim prestadas serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Eu li este formulário e recebi uma cópia do mesmo. A outra cópia foi entregue ao entrevistador.

Local: _____ Data: ___/___/___

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Márcio Luiz Braga Corrêa de Mello - Pesquisador responsável
Fundação Oswaldo Cruz/ENSP/Comitê de Ética em Pesquisa – (21) 2598-2863