

# Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras<sup>1</sup>

Health, religion and culture: a dialogue based on Afro-Brazilian customs

## Márcio Luiz Mello

Doutor em ciências na área de saúde pública. Pesquisador do Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos do Instituto Oswaldo Cruz, da Fundação Oswaldo Cruz.

Endereço: Av. Brasil, 4365, Manguinhos, LITEB/IOC/FIOCRUZ, CEP 21040-360, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: mello@fiocruz.br

## Simone Santos Oliveira

Doutora em ciências na área de saúde pública. Pesquisadora do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.

Endereço: Av. Brasil, 4365, Manguinhos, CESTEH/ENSP/FIOCRUZ, CEP 21040-360, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: simone@ensp.fiocruz.br

<sup>1</sup> Apoio Financeiro: Bolsa CAPES, durante o Doutorado Sanduiche (Processo nº 1102-12-5).

## Resumo

Parte-se da constatação de que o modelo biomédico de atenção à saúde é incapaz de lidar isoladamente com a complexidade dos problemas de saúde. Sendo assim, 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. Este trabalho busca compreender as relações da religiosidade com a saúde e os processos de cura, procurando entender as formas como os indivíduos vivenciam a doença, o sofrimento, a dor e as práticas de cura. Trata-se de pesquisa exploratória de caráter etnográfico, com observação participante em um templo religioso afro-brasileiro, localizado no Rio de Janeiro. Um efeito fundamental da religião é alterar o significado de uma doença para aquele que sofre, não implicando necessariamente remoção dos sintomas, mas mudança positiva dos significados atribuídos à doença. A religiosidade dá sentido à vida, diante do sofrimento, ao criar uma rede social de apoio. 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 dessa 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; Promoção da saúde.

## 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 to 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 Disease; Religion; Anthropology of Health; Umbanda; Ethnography; Health Promotion.

## 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 forma de se pensar a atenção integral ao paciente. A integralidade, princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), busca 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 ele próprio.

Assim, recorre-se aos estudos das dimensões socioculturais 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 da saúde, no campo que se convencionou a chamar de antropologia da saúde e da doença (para alguns autores, antropologia médica), em que se incluem pesquisas sobre o sentido e os significados atribuídos pelas sociedades, culturas, religiões praticadas 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, considerando as formas como os indivíduos vivenciam e interpretam a doença, o sofrimento, a dor e as práticas de cura, especialmente as inscritas no campo afrorreligioso. Dessa forma, procuramos refletir sobre a maneira pela qual essas práticas religiosas dialogam ou podem dialogar, e quais as melhorias nas práticas e políticas de saúde a partir do conhecimento dessa relação.

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).

Nesse 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).

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 “[...] ninguém sabe muito bem o que é [...] 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, esse conceito impreciso pode resultar no equívoco de compreender as práticas culturais quer como isoladas, quer como não mutáveis, levando à sua reificação. Por um lado, as relações entre os serviços de saúde e essas diferentes práticas culturais refletem apropriações e circulação de discursos da biomedicina e tem-se 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 culturas,

as diversas religiões, o saber popular e as políticas públicas precisam ser aprofundados.

## 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 muitas 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 na antropologia pelo fenômeno saúde/doença se distancia da visão do modelo hegemônico, biologicista e mecanicista da medicina, aproximando-se 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, em que 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 e Landim, 2008; Nunes, 2006; Carvalho, 2005; Alves e 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 “[...] 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 à 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” (p. 206). A autora acrescenta:

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 1960. Segundo Alves e Minayo (1994), mesmo opondo-se ao modelo médico, a antropologia tomou como objeto de reflexão a multiplicidade dos recursos terapêuticos e das “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 da sociedade brasileira.

É possível então reconhecer que 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 infindáveis 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 de 89% da população brasileira concorda que religião é importante, 50% já se utilizaram de algum tipo de serviço religioso. Em 2009, apenas 6,72% da população brasileira afirmava não possuir religião<sup>2</sup>.

Não por coincidência, os problemas de saúde estão entre as principais razões que levam as pessoas a procurarem ajuda religiosa no país. Embora um brasileiro fale em doença, tanto em relação à etiologia quanto aos recursos disponíveis, frequentemente coloca em questão as distinções entre doença material ou física e doença espiritual (Ferreti, 2003; Fry e 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), da “especialista da alma” (mãe de santo, líder protestante ou católico) ou de todos esses especialistas simultaneamente. Especialistas religiosos são frequentemente chamados a lidar com os mesmos sintomas que os médicos, conforme comprovam diversas pesquisas (Puttini, 2008; Redko, 1997; Rabelo, 1993; Laplantine e Rabeyron, 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, 1997). Em pesquisa sobre a relação entre o pertencimento religioso enquanto fator de proteção da doença mental, Dalgalarondo (1997)

observou que grupos religiosos podem funcionar como uma intensa rede social de apoio, influenciando diretamente na tolerância da comunidade para 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 [...]” (p. 316), 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.

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.” (p. 67). E 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 o autor a religião, por meio de sua simbologia, em que uma veracidade é reconhecida, atua no estado de espírito e de saúde das pessoas:

Para 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

<sup>2</sup> Estes 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 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 pelo órgão.

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, ela deve aprender a lidar com o sofrimento. Nesse sentido, a religião permite compreender os recursos do ser humano para expressar emoções, compreender o mundo, influenciando positivamente 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 [...]” (Lévi-Strauss, 2003, p. 228); e isso, muitas vezes, é interpretado como a “cura”.

Nessa perspectiva, Laplantine e Rabeyron (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 terapêuticas e de cura, o que os autores denominam de medicinas paralelas (Laplantine e Rabeyron, 1989).

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, 2005). 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, 1967, p. 32), 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). Conceitos como o de estilo de vida, visão de mundo, projeto e campo de possibilidades podem ser utilizados também 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 e Aubrée, 2009). O doente - 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), socioculturalmente falando. Dessa 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.

Reconhecendo essas diferentes formas de práticas é que a Organização Mundial da Saúde 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 em combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades” (OMS, 2002, p. 17).

Iniciativas como essas 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 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 e 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. Dessa 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. O autor 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 [...]” (Geertz, 1999, p. 140) 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 em confirmação das interpretações das experiências vividas e parte da vida concreta e não de teorias abstratas, constituindo, dessa forma, uma sabedoria coloquial que valoriza a realidade. Tais experiências, quando no campo da saúde e da religião, fornecem

possibilidades de interpretação das doenças e das práticas terapêuticas (Geertz, 1999).

## Metodologia

A etnografia é a busca de estruturas de significados, contextualizadas por meio da descrição densa, de acordo com Geertz (1989). Realizou-se, então, uma pesquisa exploratória de caráter etnográfico num templo religioso afro-brasileiro. O grupo investigado compreende um terreiro de umbanda, 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 através da observação participante, 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, 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 mais afro-brasileira do país, com 2,04% de sua população<sup>3</sup>.

Entendemos não ser possível compreender as questões de saúde da umbanda sem entender a cosmologia e a organização social desse universo cultural. Assim, pensar a questão da doença e da cura no interior dessa 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. Não é intenção deste trabalho uma análise pormenorizada da umbanda, conseqüentemente nos limitaremos a algumas referências que permitirão o entendimento dessa 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 se trata de um conjunto de práticas capaz de acompanhar as rápidas transformações de

3 Pesquisa realizada pelo Centro de Política Sociais/FGV.

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 e 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 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). Após ser absolvido pela pluralista umbanda, o malandro Zé Pelintra 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 desse personagem e da umbanda foi em função do reconhecimento de sua importância histórica para a formação da identidade brasileira e de nossa realidade sociocultural (Birman, 1985).

## 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.*

Aprendemos 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. A umbanda se aproxima da promoção da saúde quando se constitui como rede de apoio, oferecendo “serviços” de cura, atuando nas diversas classes sociais, mesmo onde se tem acesso ao sistema de saúde oficial, incluindo o SUS.

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). Na 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 à solução para questões específicas e facilmente identificáveis. Muitas vezes, quando se busca uma religião, percebemos que se quer algo de difícil definição, se quer 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 promove a fragmentação e a especialização (Luz, 2005), a outra tenta oferecer integralidade, um cuidar do indivíduo como um todo, holisticamente.

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. Isso não implica necessariamente a remoção dos sintomas, mas a mudança positiva dos significados que a pessoa atribui à 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 recebem 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 e doenças causadas “por encosto” ou por “obsessão”. É interessante notar que as quatro categorias podem compor uma grande categoria de “doenças espirituais”, em oposição ao que denominaremos doenças físicas. No entanto, a 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, tendo 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 à 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, além de 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 Magnani (2002), que, ao estudar a doença mental e a cura na umbanda, afirma que:

*Tendo em vista 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 sua cura. *Assim, as entidades atenderão seus pedidos de saúde.* (Interlocutor 1) Existem também outros tipos de oferendas: as 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, à medida 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 ressignificação da vida, de cura e de saúde. Integram uma rede de suporte em saúde para os que se encontram em situação de enfermidade, ajudando-os no restabelecimento e propiciando-lhes 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 à 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 mun-

do do indivíduo. Isso não implica necessariamente a remoção dos sintomas, mas a mudança dos significados que a pessoa atribui à sua doença, podendo resultar ainda em alteração no seu estilo de vida.

Em suma, as práticas religiosas têm complementado as práticas médicas oficiais e, mesmo que às vezes estigmatizadas, subsistindo o 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, a 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 essa 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

- ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BAIRRÃO, J. F. M. H. Subterrâneos da submissão: sentidos do mal no imaginário umbandista. *Memorandum*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 55-67, 2002.
- BIRMAN, P. *O que é umbanda*. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985.
- CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, 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. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- COSTA, C. A. S. Antropologia e saúde: algumas considerações. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, Málaga, n. 4, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/cccss/04/casc4.htm>>. Acesso em: 5 jan. 2010.
- DALGALARRONDO, P. Is religion membership a protective factor in the course of psychosis: a clinical study from Brazil. *Curare*, Berlin, v. 12, n. 1, p. 215-219, 1997.
- FERRETI, M. M. R. Religiões afro-brasileiras e saúde: diversidade e semelhanças. In: SEMINÁRIO NACIONAL: RELIGIÕES AFRO-BRASILEIRAS E SAÚDE, 2., 2003, São Luís. *Anais...* São Luís: CCN-MA, 2003. p. 1.
- 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*, Rio de Janeiro, n. 6, p. 75-95, 1975.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- GEERTZ, C. *O saber local*: novos ensaios em antropologia interpretativa. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- GEERTZ, C. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência pública e a experiência privada. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.
- LAGES, S. R. C. Exu: o puer aeternus. *Rubedo: Revista de Psicologia Junguiana e Cultura*, Rio de Janeiro, ano 9, n. 35, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.rubedo.psc.br/artigosb/exusonia.htm>>. Acesso em: 1 jul. 2009.
- LANGDON, E. J. Mesa Redonda 5: medicinas tradicionais e políticas de saúde pública: sobre conceitos e relações. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA: BRASIL PLURAL: CONHECIMENTOS, SABERES TRADICIONAIS E DIREITOS À DIVERSIDADE, 27., 2010, Belém. *Guia de Programação*. Belém: Associação Brasileira de Antropologia, 2010, p. 23-24.
- 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.; 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: Tempo Brasileiro, 2003.
- 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, p. 145-176, 2005. Suplemento.
- MAGNANI, J. G. Doença e cura na umbanda. *Teoria e Pesquisa*, São Carlos, n. 40, p. 5-23, 2002.
- MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.189-218.

- MONTERO, P. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- NUNES, E.D. Sociologia da saúde: histórias e temas. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 19-51.
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LASALUD. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra, 2002.
- 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, 1967, p. 29-72.
- PUTTINI, R. F. Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 87-106, 2008.
- RABELO, M.C.M. Religion and cure: some thoughts on the religious experience of urban popular classes. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 316-325, 1993.
- REDKO, C. P. Religious idioms of distress in urban Brazil. *Psychiatry on Line Brazil*, São Paulo, v. 2, n. 11, 1997. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/an097/relig.php>>. Acesso em: 8 jan. 2010.
- 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, p. 249-259, 2010.
- SIMMEL, G. “As grandes cidades e a vida do espírito”. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 577-592, 2005.
- UCHÔA, E.; VIDAL, J.M. Medical anthropology: conceptual and methodological elements for an approach to health and disease. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.
- VELHO, G. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- VELHO, G. *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

Recebido em: 18/04/2012  
Aprovado em: 28/01/2013