

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

A experiênciã religiosa de famílias afrodescendentes de classe popular. Considerações teórico - metodológicas.

Leny Alves Bonfim Trad y Clarice Santos Mota.

Cita:

Leny Alves Bonfim Trad y Clarice Santos Mota (2009). *A experiênciã religiosa de famílias afrodescendentes de classe popular. Considerações teórico - metodológicas. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1731>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

A experiência religiosa de famílias afrodescendentes de classe popular

Considerações teórico – metodológicas

Leny Alves Bonfim Trad

Clarice Santos Mota (co-autora)

Pós-Doutorado (Université Lumière Lyon);

Doutorado (Universidade Federal da Bahia)

Instituto de Saúde Coletiva

Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBa)

lenytrad@yahoo.com.br, motaclarice@yahoo.com.br

Resumen

A emergência de novos movimentos religiosos e as diversas formas de viver a religião na contemporaneidade têm lançado o desafio de refletir teoricamente abordagens clássicas da sociologia da religião com olhar renovado. Atualmente, o interesse pelo fenômeno religioso atravessa diferentes disciplinas no campo das ciências sociais, incluindo tanto análises mais amplas sobre implicações políticas e sociais do fenômeno religioso em escala mundial, quanto a interpretação do discurso religioso e/ou experiência religiosa. O presente trabalho focaliza os desafios conceituais e metodológicos inerentes aos estudos situados neste segundo grupo, sugerindo a adoção de uma

perspectiva que integre a análise das experiências singulares dos sujeitos, com a compreensão dos contextos sociais em que tais experiências são produzidas. A discussão proposta tem como substrato empírico um estudo etnográfico sobre experiência religiosa e religião entre famílias afrodescendentes de classe popular, buscando identificar de que forma essa experiência repercute na atribuição de sentidos para a saúde, doença e cura.

INTRODUÇÃO:

A religião sempre foi um objeto de reflexão privilegiado para as Ciências Sociais e permanece hoje como um fértil campo de estudos. Estudar religião e religiosidade implica em conhecer a forma como a sociedade organiza suas crenças e práticas e a maneira como muitas ações humanas possuem um sentido imaterial e metafísico. As abordagens clássicas do estudo da religião, embora hoje questionadas e problematizadas, forneceram contribuições importantes para a compreensão do papel da religião na vida social.

Na perspectiva macrosocial, pode ser destacado entre os objetos privilegiados na produção especializada nesta área o estudo dos Sistemas Religiosos. Inserem-se neste eixo trabalhos que contemplam a história e o perfil de sistemas religiosos específicos (catolicismo, protestantismo, espiritismo, messiânico), bem como, a descrição e análise de símbolos, significados, crenças e dinâmica social peculiar aos diferentes sistemas.

Entre os objetos de estudo emergentes, além das discussões que abordam as implicações políticas do fenômeno religioso, observa-se uma produção crescente abordando os Novos Movimentos Religiosos (NMRs). Este eixo analisa o fenômeno, observado sobretudo nas últimas décadas, do deslocamento de adeptos de igrejas tradicionais para afiliar-se a novos grupos de natureza religiosa (Ramos, 2006). Podem ser localizadas neste movimento diversas correntes religiosas, caracterizadas pela transitoriedade e fluidez (Hervieu-Léger, 2005). Quanto às origens das igrejas ou religiões referidas nos estudos, alguns autores convergem na identificação de quatro categorias principais: origem cristã, afro/ameríndio, oriental ou esotérico (Caldeiro 2005).

Na perspectiva microsocialem destacamos o estudo sobre representações religiosas; que busca entender o que motiva a adoção de um sistema religioso e aquilo que remete diretamente à experiência religiosa de cada um. Focalizando especificamente a interface entre saúde e religião, localizamos entre as temáticas principais a relação entre práticas religiosas e diagnóstico, tratamento e cura de enfermidades. Os trabalhos abrangem temas como itinerários terapêuticos (Rabelo et al.), as curas religiosas (Cerqueira et al) e a diversidade religiosa (Bobsin 2003). São estudos baseados no entendimento de que as crenças e experiências religiosas podem desempenhar um papel significativo na produção de significados sobre saúde e doença e nos modos de enfrentamento de situações de aflição e enfermidades.

Alguns trabalhos procuram mostrar a diferença entre tratamentos ditos espirituais e tratamentos biomédicos, assinalando as peculiaridades de cada uma. Destaca-se aqui que para compreender as práticas médicas de uma determinada cultura é preciso analisar qual é a sua concepção de eficácia, já

que nem sempre ela é física, e “pode recobrir muitas outras dimensões” que vão além do “esquema biomédico ocidental” (Buchillet, 1991, p. 29). Quando pensamos, então, no papel das instituições religiosas no cuidado e proteção à saúde através de diversos estudos antropológicos percebemos que, com o apoio da crença religiosa, o fiel se sente capaz de enfrentar as dificuldades do processo de sofrimento e dar um novo significado àquela experiência. A cura, nesse sentido, “consiste em tornar pensável uma situação dada inicialmente em termos afetivos e aceitáveis para o espírito, as dores que o corpo se recusa a tolerar” (Lévi-Strauss, 1975, p. 228).

Os estudos desta linha de investigação evidenciam ainda que o contexto religioso é capaz de oferecer um sentido para a doença mais compatível com a realidade do indivíduo do que a explicação que o médico lhe oferece, que muitas vezes não é sequer compreendida. Lévi-Strauss (1975) explica esse fato mostrando que a fé que os fiéis depositam no curandeiro é resultante da compatibilidade cultural entre ambos. Retomando Lévi-Strauss, Rabelo (1993, p. 46) lembra que “para que os símbolos religiosos funcionem, isto é, produzam cura, é preciso que sejam compartilhados pelo curador, o doente e sua comunidade de referência”.

O presente trabalho focaliza os desafios conceituais e metodológicos inerentes aos estudos situados neste segundo grupo, sugerindo a adoção de uma perspectiva que integre a análise das experiências singulares dos sujeitos com a compreensão dos contextos sociais em que tais experiências são produzidas. A discussão proposta tem como substrato empírico um estudo etnográfico sobre experiência religiosa e religião entre famílias afrodescendentes realizado em um bairro popular de Salvador-Bahia, Brasil. A pesquisa procurou compreender a relação entre a filiação religiosa e as concepções/práticas de saúde, analisando de que forma o perfil religioso de famílias afro-descendentes interfere na sua forma de conceber e lidar com o processo saúde/doença.

O trabalho de campo se desenvolveu através da observação participante e entrevistas semi-estruturadas com integrantes de um grupo de famílias e lideranças religiosas locais. Vale destacar que o bairro investigado possui um número expressivo de espaços religiosos. Destacaremos para discussão trechos das narrativas sobre crenças e práticas religiosas vinculadas ao processo saúde-doença de algumas famílias investigadas.

No processo de análise de dados, levou-se em conta a recomendação de Harrison e cols. (apud Faria & Seidl, 2005, p. 385) de que os métodos de análise do enfiamento religioso devem considerar as suas multidimensionalidades, “incluindo as mediações cognitivas relacionadas ao evento em foco, os resultados esperados e as estratégias usadas para atingir esses resultados”. Cabe ressaltar que o estudo

foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA. Os nomes dos informantes referidos no texto são fictícios.

A ATRIBUIÇÃO DE SENTIDOS DA SAÚDE, DOENÇA E CURA: O PAPEL DA RELIGIÃO NA ESCOLHA DO TRATAMENTO

Os estudos da Antropologia e Sociologia da Saúde têm mostrado que aquilo que é definido como terapia depende do que é definido como problema (Csordas & Kleinman, 1996), de modo que a percepção que o paciente tem da sua doença interfere na sua forma de lidar com a enfermidade. Kleinman (1978) afirma que o processo de cura geralmente envolve duas atividades relacionadas: o controle efetivo da doença e a atribuição de um significado social para a experiência da doença.

Afirma-se assim a necessidade de identificar quais os sentidos atribuídos à saúde e a doença, buscando perceber de que forma isso interfere nas estratégias de cuidado que compõem o itinerário terapêutico. Convém ainda lembrar que os significados são construídos de forma intersubjetiva, no bojo das relações sociais, sendo sempre dinâmicos e sujeitos a reinterpretções. O processo de busca de uma explicação etiológica para um mal estar no corpo faz parte da construção de um sentido para a situação de aflição. A depender do contexto religioso, diferentes sentidos podem ser atribuídos ao processo de adoecimento e cura, como podemos perceber nos relatos abaixo.

“Epilepsia é uma doença espiritual. Epilepsia não tem cura, a medicina não tem cura pra epilepsia. (...) Não houve caso ainda de gente ser curada de epilepsia pela medicina. E já espiritual tem, pra vários casos. A medicina dá remédio pra poder controlar ali doença. Mas a epilepsia, que é uma doença espiritual (...) É um trabalho do diabo. É do diabo mesmo, é uma doença demoníaca. E ela só fica boa, eu conheço vários relatos, gente, de doentes que ficou curado na igreja”
(I)

“Às vezes você tem a doença que começa assim de uma hora pra outra, uma dor de cabeça, ter o corpo assim cansado você tem vontade de fazer as coisas mas não há ânimo pra fazer isso aí já pode pertencer a uma parte de orixá ou pode pertencer uma parte que às vezes lhe queimaram você naquela profissão que você está aí, você tá sendo mais inteligente que as turmas que você tá. Ou às vezes também você é média, você tem o orixá, como você não quer consenti aquilo, o orixá já começa já fazendo com que você faça tudo atrapalhado, porque você não quis aceitar ele, aí você começa a fazer tudo atrapalhado. E não dá certo e você dá aquele sono, dá aquela amolecimento, a cabeça dói” (H)

A atribuição de um significado espiritual a um episódio de sofrimento obedece a uma série de explicações que diferenciam doença espiritual da doença material. Essa distinção esteve bastante presente nos relatos, tanto daqueles frequentadores do candomblé, como das igrejas evangélicas. Isso evidencia uma percepção de doença que extrapola a dimensão físico-biológica e que pode estar relacionada com outras dimensões da vida, como a psicológica e espiritual.

“Tem coisas que acontecem, entendeu, que realmente é própria lá do candomblé. Mas tem coisas que acontecem que é da vida mesmo, sua vida pessoal (...), o mosquito da dengue te picou. É, não é do candomblé. Você não vai pro candomblé curar o mosquito da dengue. Não vai. Tem que ir pro posto de saúde mesmo. Tem pessoas que tem que cuidar, às vezes você tem um anjo da guarda que precisa ser cuidado e a pessoa não cuida aí então acontecem coisas na sua vida que são do candomblé” (A)

“Primeiro assim, seja, é, qual for a situação, primeiro a gente vai pra oração. A gente ora com óleo ungido. Aí se for assim, algo que não passe, que continue, aí a gente procura um médico. Porque tem a cura divina e também tem os médicos, não é?” (S)

É preciso pontuar, contudo, que a dicotomia doença espiritual *versus* doença material não é uma barreira intransponível; ao contrário, é uma fronteira dinâmica e flexível, que por vezes desaparece. Ao pensar na diferença entre práticas biomédicas e práticas religiosas, Laplantine (1989, p. 83) vai nos mostrar o quanto é ingênuo situar a ciência e as medicinas paralelas como dois mundos completamente separados. Ao contrário, para ele há “zonas limítrofes”, com fronteiras borradas.

Dessa forma, uma doença material pode ser resolvida com estratégias espirituais. Ao contar sobre sua infância sofrida, Nice relata um episódio de desnutrição e anemia, que para ela teria sido causado pela fome. Entretanto, mesmo atribuindo uma causa física ao seu sofrimento, ela relata ter se curado após os banhos dados por uma rezadeira:

“Eu tava mais de 15 dias em cima da cama sem me virar. Aí no 5º banho eu já tava normal, já tava boa. No 3º dia ou no 4º, mãe mandou que arrumasse dois pau pra eu andar como se fosse uma moleta. Foi 5º banho. Aí no 2º banho, no 3º banho eu tava engatinhando igual a criança. Aí no 5º banho eu já tava normal, já tava boa. No 3º dia ou no 4º, mãe mandou que arrumasse dois pau pra eu andar como se fosse uma moleta. Eu nunca acreditei que eu tava com nada. Era como se tivesse uma coisa dentro de mim” (N)

A dicotomia também se dissolve quando um mesmo episódio de adoecimento recebe ambas explicações, materiais e espirituais, como observamos no relato abaixo:

“O Senhor, ele permite enfermidades por causa de rebeldia, de teimosia. A palavra de Deus diz que a palavra de ordem é obedecer. Eu já tive um período de minha vida de muita desobediência, de uma vida desregrada, sabe? E hoje eu vejo. Eu já tive problema de circulação, por que eu tinha que ter um vida desregrada? Eu sabia que eu não podia fazer isso e aquilo outro, e eu fiz. Então as coisas acontecem por nossa causa. Deus permite. Nem tudo é o diabo. (...)Também é hereditário. Minha família, todo mundo tem problema de circulação, todo mundo passou por isso. Entendeu? Todo mundo sofreu com isso. (...)Tem doenças físicas que é espiritual” (I)

As doenças físicas também podem ser interpretadas como chamados espirituais, uma forma de levar o indivíduo a buscar a religião.

“Quando a carne está sofrendo por motivo maléfico, doença ou bens materiais, que é emprego essas coisas é o espírito que está defasado, não está encontrando o espírito com a carne, a carne sofre para que você venha buscar o seu lado espiritual” (R)

Também é importante mencionar que, embora o médico seja o especialista das doenças físicas, ele é muitas vezes considerado um mediador, cujo poder de curar foi concebido por Deus.

“Deus deixou, capacitou, deu sabedoria ao homem, né, deixou os médicos, porque, se Deus permitir que o médico que vai operar a pessoa pra ela ficar boa, Deus vai permitir, mas se for uma coisa espiritual, que não for pro médico, ele vai fazer dez cirurgias e não vai resolver, entendeu?” (J)

Quando se trata de buscar sentidos para a saúde e a doença, também observamos a dicotomia Doença leve *versus* Doença grave, usada para distinguir episódios diferentes e justificar os procedimentos escolhidos. A gravidade é quase sempre medida pela experiência e a observação dos sintomas, mas também pelo tempo que leva para obter a cura ou ainda pelo discurso presente na sociedade. Como nos conta uma informante, uma febre é geralmente considerada uma doença leve, mas pode assumir uma gravidade a depender dos sintomas observados.

“E por que a febre mais grave foi detectada como mais grave?Porque foi mais forte, porque realmente quando elas tem uma febrinha assim elas fica um tempinho, mas essa febre daí foi mais

forte, porque ela chegou a revirar o olho. Aí tenho pá mim que foi mais forte, da doença mais forte”

(C)

Vale lembrar que a fronteira entre doenças leves e doenças graves também podem ser flexíveis, na medida em que uma doença leve, como uma gripe, pode assumir caráter de gravidade.

“A doença às vezes é grave e eles (os médicos) até ilude as pessoas, e diz que não tem cura, né? Mas às vezes até tem. Agora, como Aids, não né? Que não tem cura não. Você tem que tomar medicamento, né? Só pra ir aliviando, né? Porque dizem que doe, né? Doença pra mim é esse negócio assim, câncer, essas coisas assim... as coisas graves (...) Às vezes, gripe se a gente não curar, às vezes, ó, pode virar uma pneumonia, uma coisa assim, né? Que vai juntando muito catarro no peito, né? Tem que curar” **(E)**

Quando as doenças são consideradas graves, o discurso religioso explica a cura pela ocorrência de um milagre, isto é, algo que difere do desfecho previsto. Nesses casos, a cura marca a ruptura com o passado e a construção de um novo contexto de experiência (Rabelo, 1994).

“uma doença grave, assim, câncer, a aids, que são doenças que não tem cura. E assim, pra gente obter essa cura, só através da fé mesmo. Ali, só orando, buscando, e o Senhor assim, opera um milagre na vida da pessoa” **(S)**

As curas milagrosas narradas pelos interlocutores da pesquisa não apresentam um padrão uniforme. Ao contrário, sofrem variações a depender do merecimento do fiel, da sua capacidade de crer na ocorrência do milagre e do tempo que levam para ocorrer. Em um dos relatos coletados, Silvia conta sobre uma ferida na perna de sua vizinha, que segundo ela estava bastante grave pela demora em cicatrizar. Através de orações e do uso do óleo ungido, ela conta como ocorreu a cura, enquanto explica a diferença entre “cura imediata” e “cura progressiva”.

“Cura imediata você tá, por exemplo, com uma dor de cabeça, a gente vem, ora com o óleo, como ele falou, né? 'Assim quando eu tirar minha mão você não vai sentir mais dor'. Aí a dor cessa e você não sente mais nada. Aí cura imediata. E cura progressiva o Senhor vai ali, trabalhando na sua fé. Você recebe a oração e o que você tá sentindo some na hora, mas o Senhor vai ali “trabalhano”, “trabalhano” e com o tempo é que você vê que você foi curada. (...) Vocês não tavam acompanhando o caso de Ive? (...) Que antes era um ferida grande, e ali, o Senhor, Ele diminuiu. Ta pequena, bem pequenininha (...) E aí, então, a cura dela foi progressiva” **(S)**

Para Minayo (1994) estes estados de aflição mobilizam o indivíduo a buscar a cura no contexto religioso, e mesmo que não a encontre como uma melhora do estado psíquico-físico, um novo sentido é dado à doença. O que se busca aqui é pensar numa “eficácia simbólica” (Levi-Strauss, 1975), que postula um simbolismo que não se limita ao “mágico”, mas que pode, inclusive, provocar alterações fisiológicas nos praticantes de rituais de cura. É preciso também lembrar que os sentidos atribuídos à saúde, doença e cura não são fixos, mas estão sujeitos a reinterpretações produzidas nas idas e vindas do itinerário terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessas narrativas é possível observar que as pessoas constroem sua forma própria de conceber e lidar com situações de aflição, fazendo releituras das representações presentes na sociedade, mas também construindo trajetórias singulares. É preciso levar em conta tanto as dimensões simbólicas que remetem aos sentidos, significados e representações do processo saúde-doença, como também as possibilidades sócio-culturais que viabilizam a implementação das trajetórias individuais, tais como os recursos financeiros, histórias de vida, presença de sistemas terapêuticos, entre outros (Velho, 1994). Além disso, é importante considerar a avaliação que os indivíduos realizam sobre os diferentes agentes ou serviços de tratamento/cura, processada em experiências prévias e que inclui atributos como facilidade de acesso, efetividade dos serviços ou eficácia terapêutica.

Referências bibliográficas

- **Bobsin** (2003) "Etiologia das doenças e pluralismo religioso" Estudos Teológicos, v. 43, n. 2, p. 21-43.
- **Buchillet** (1991) A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: Buchillet (org) Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Belém: CEJUP
- **Caldeiro, G** (2005). "Nuevos Movimientos Religiosos" Tomado de http://religion.idoneos.com/index.php/Religiones/Nuevos_Movimientos
- **Cerqueira et al** (2004), "Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais", Psicol. cienc. prof. v.24 n.3 Brasília set, p.82-91.
- **Csordas, T.; Kleinman, A.** The Therapeutic Process. In: Handbook of medical anthropology: contemporary theory and method. Greenwood Publishing Group, 1996
- **Faria, J.; Seidl, E.** (2005) Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão da Literatura. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005, 18(3), pp.381-389
- **Hervieu-Léger, D.** O Peregrino e o Convertido: A Religião em Movimento. Lisboa: Gradiva, 2005.
- **Kleinman, A.** Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In: Social Sciences and Medicine, vol. 12 (pp 85 – 93), 1978.
- **Laplantine, F; Rabeyron, P.L.** Medicinas Paralelas. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- **Levi-Strauss, C.** (1975) "Magia e Religião". In: Antropologia Estrutural I, pp. 183-254, RJ: Tempo Brasileiro
- **Minayo, Maria Cecília de Souza.** Representações de Cura no Catolicismo Popular. In: Saúde e Doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- **Moreira et al** (2006). Religiousness and mental health: a review. Revista Brasileira Psiquiatria; 28(3):242-50.
- **Rabelo et al** (1999) "Religião, Imagens e Experiências de aflição: alguns elementos para reflexão" Em: Experiência de Doença e Narrativa. 1a ed. Editora Fiocruz,. Rio de Janeiro: 264 p.
- **Rabelo, M** (1993) "Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas" Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 316-325, jul/sep..
- **Ramos, M** (2006). Nuevos movimientos religiosos en España: contexto y análisis del proceso de afiliación y desvinculación de sus miembros. Memoria para acceder al título de Doctor en Sociología. Universidad de Granada. España.
- **Silva** (2003) "crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: Impasse ou possibilidade?" Projeto de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

- o **Velho**, G. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. In: _____. Individualismo e cultura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. p. 15-37.