



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Borges da Silva, Carlos Alberto; da Penha Vasconcellos, Maria  
Da doença ao milagre: etnografia de soluções terapêuticas entre evangélicos na cidade  
de Boa Vista, Roraima  
Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 4, outubro-diciembre, 2013, pp. 1036-1044  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263667007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Da doença ao milagre: etnografia de soluções terapêuticas entre evangélicos na cidade de Boa Vista, Roraima<sup>1</sup>

From illness to miracle: ethnography of therapeutic solutions among evangelicals in Boa Vista, Roraima

## Carlos Alberto Borges da Silva

Doutor em Ciências Sociais. Pós-doutorando em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professor Doutor Nível II, da Universidade Estadual de Roraima. Endereço: Rua dos Crisântemos, 75, Pricumã, CEP 69309-660, Boavista, RR, Brasil.  
E-mail: rupununi@uol.com.br

## Maria da Penha Vasconcellos

Doutora em Saúde Pública. Professora Livre-Docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas Sociais em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.  
E-mail: mpvascon@usp.br

<sup>1</sup> Apoios Financeiros: Bolsa CAPES durante o estágio de Pós-Doutorado Sanduíche em Lisboa.  
Bolsa Pós-Doutorado FAPESP.

## Resumo

São várias as possibilidades de articulação entre doença, religião e cura. O artigo em questão constitui uma análise de narrativas sobre doença e cura pela religião, realizada a partir de abordagem etnográfica em 10 bairros de Boa Vista, Roraima, com indivíduos que afirmaram terem sido curados através de intervenção divina. Os resultados mostram que a doença não se reduz aos sintomas físicos universais da realidade empírica. Rituais mágicos de cura são, também, caminhos abertos à sua interpretação.

**Palavras-chave:** Cura; Milagre; Evangélicos; Boa Vista; Roraima.

## Abstract

There are several possibilities of linkage between disease, religion and healing. The article is an analysis of narratives about illness and healing through religion, based on an ethnographic approach in 10 districts of Boa Vista, Roraima, with individuals who claimed to have been healed through divine intervention. The aim is to show that disease is not limited to the universal physical symptoms of empirical reality. Magic rituals of healing are also paths open to interpretation.

**Keywords:** Healing; Miracles; Evangelical; Boa Vista; Roraima.

## Introdução

A humanidade se constitui pela consciência e habilidade em construir o próprio evento, a partir de experiências sociais que dão sentido ao mundo e à realidade circundante, pela elaboração de materiais simbólicos. Por ser uma capacidade intrinsecamente humana, a consciência insere o indivíduo na realidade, tornando-o matéria de pensamento (Kuper, 2002), ao mesmo tempo integrando-o ao amplo corpo de significados da complexidade do gênero humano.

O corpo, como parte desse processo, significa e é significado (Augé, 1988), por ser também constitutivo de uma realidade transfigurada e pensada simbolicamente como divina (Durkheim, 1924). Assim sendo, ele não é somente uma imagem cultural modificada e domesticada pela sociedade e seus valores, mas, essencialmente, forma e produto da cultura, um dado real e natural, como sustenta Marzano-Parisoli (2004), por permitir aos homens e às mulheres viver no mundo e encontrar os outros.

Manifestada no corpo, a doença igualmente se destaca como valor social simbólico extraordinário, ao reclamar a reordenação do desequilíbrio por ela produzido, pela reintrodução de seu equilíbrio. Qualquer que lhe seja a resposta terapêutica, também será geradora de consequências para o corpo social, e explicações ser-lhe-ão dadas para localizá-la dentro de uma ordem de fatores fornecidos pelo *consensus* coletivo (Lévi-Strauss, 1975). Por isso, a doença sempre será uma metalinguagem indizível, que imporá ao doente a necessidade de sua tradução em termos dizíveis, ajustando-a à realidade concreta. A intervenção religiosa é uma das possibilidades abertas como resultado dessa tradução, por permitir significar a doença pela determinação ou ajustamento de seus aspectos arbitrários, como foi dito por Mauss (1974), antropomorfizando-a por sua capacidade de transformar o indeterminado em determinado, de acordo com o modo de organização das culturas (Montero, 1985).

Dessa forma, narrativas sobre doença e cura pela religião são possibilidades de demonstrar que embora nossos corpos sejam uma unidade biológica complexa, submetida às leis da natureza, segundo Giddens (2005), eles não escapam às experiências sociais e às normas dos grupos de nosso pertenci-

mento. Para compreender essas formas de terapêuticas de cura, utilizou-se o método etnográfico entre evangélicos<sup>2</sup>, no transcorrer do primeiro semestre de 2011, em 10 bairros da cidade de Boa Vista, Roraima, com indivíduos que afirmaram terem sido curados através de intervenção divina.

## Procedimentos metodológicos

Boa Vista é uma cidade cuja população, segundo o Censo de 2010, soma um total de 277.684 indivíduos. Entre os 14 municípios que compõem o Estado de Roraima, é a mais populosa, concentrando 65,3 % dos habitantes distribuídos por mais de 50 bairros, que se desenham a partir das margens do rio Branco. A cidade se abre na forma de leque até os limites máximos de sua expansão, em direção norte, no término da Avenida Brasil, e início do trecho que dá continuidade à BR-174, rodovia que se estende até a fronteira Brasil/Venezuela.

O campo religioso da cidade é formado por uma variedade de igrejas, templos, centros e terreiros, que se somam às residências, também utilizadas para encontros religiosos frequentes, como as de religiosos umbandistas que reúnem apenas o grupo familiar e amigos para a prática da religião, ou mesmo as células das igrejas evangélicas, cujas pessoas se encontram nos finais de semana para as chamadas louvações ou estudos bíblicos em residências de acólitos. Para efeitos de quantificação desse campo religioso, consideramos, como unidades de culto: as que possuem prédio ou espaço próprio, distribuídas em 06 unidades católicas, 04 delas localizadas no centro da cidade; mais de três centenas evangélicas; 12 denominadas centros, sendo 04 espíritas, 01 da União do Vegetal, 01 pequena do Santo Daime, e 06 de Candomblé e Umbanda.

As práticas religiosas declaradas nesse campo religioso, segundo dados do censo (IBGE, 2002) são: 66,8% da população disseram-se católicos; 23,15% evangélicos; 0,04% pertencentes às religiões afro-brasileiras; 0,62% identificaram-se como espiritualistas; 0,32% como praticantes de religiões orientais; 1,21% para outras; e 7,78% para os sem religião. Em

2009, a população católica foi de 46,78%, 18,28% para evangélicos e pentecostais e 8,67% para outros evangélicos, que somados ficam em torno de quase 27%. A última amostragem revelou um crescimento do número de evangélicos de quatorze pontos em relação à primeira, num quadro em que não houve pontuação para as religiões afro-brasileiras, redução para 0,36% nas religiões espiritualistas e 0,33 para as asiáticas e orientais. É nesse cenário que se destacam os quase 400 templos evangélicos em Roraima, projetando-o como o Estado brasileiro com o maior número de praticantes, sendo a Assembleia de Deus a que mais se destaca em número de igrejas.

Parte das unidades de culto evangélico encontra-se nos bairros constituídos mais recentemente, formados por migrantes de baixa renda, oriundos em sua maioria das regiões do Norte e Nordeste, principalmente do Maranhão. A dinâmica da migração para Roraima, na segunda metade do século XX, esteve diretamente ligada às pressões socioeconômicas nos Estados de origem e por ofertas atrativas, como os assentamentos e colonização agrícolas, ou ainda decorrentes das políticas assistencialistas ou de indução do governo, iniciadas no começo da década de 1990, como sinaliza Pereira (2005), cujo contingente, predominante, pode assim ser distribuído: maranhenses, 92.042; paraenses, 34.250; amazonenses, 27.888; e cearenses, 14.018 pessoas.

Os bairros da pesquisa estendem-se em direção à Avenida São Sebastião e sentido Avenida Princesa Isabel. São eles: bairros Prof<sup>a</sup>. Aracelis Souto Maior, Nova Canaã, Dr. Silvio Botelho, Caranã e Jardim Primavera, formados a partir do final da década de 80; e os bairros Operário, Equatorial, União, Alvorada e Dr. Silvio Leite, criados principalmente por invasões acontecidas em meados da década de 90, até recentemente.

No mapa a seguir, os indicados pela seta verde são aqueles que se encontram nos limites máximos da expansão da cidade, formados por fluxos de migrantes chegados em épocas recentes, envolvidos em grande parte com trabalhos de baixo assalariamento, que invariavelmente somam aos seus rendimentos os recursos provenientes dos programas

2 O uso da categoria genérica evangélicos segue a metodologia do IBGE (2002), que os classifica conforme sua identificação doutrinária, em: históricos, pentecostais e outros.

Esses bairros têm em comum o fato de terem nascido sem planejamento urbano municipal, decorrentes de invasões e ocupações. Arruamentos, canalização de água e eletricidade, serviços ainda precários em alguns locais, foram implantados bem posteriormente, quase sempre em épocas de eleição, e são invariavelmente de baixa qualidade, que ficam comprometidos durante o período de inverno, ocasião de muita chuva em todo o Estado.

This map of Boa Vista, Roraima, Brazil, illustrates the city's urban expansion and infrastructure. Key features include:

- Geography:** The city is situated on the northern bank of the Rio Negro, with the Rio Branco flowing through the center. The Equatorial line is marked on the left.
- Highways:** Major roads shown include BR-295 (connecting to União), BR-174 (connecting to Caraná), and BR-401 (connecting to São Vicente).
- Urban Layout:** The city is divided into several districts and neighborhoods, including Jardim Caraná, Cauamê, Recreio, Dos Estados, Parque Anauá, Trinta e Um de Março, Aparecida, Canarinho, São Pedro, Mecejana, São Francisco, Jardim Floresta, Tancredo Neves, Santa Tereza, Jardim Primavera, Cambé, Liberdade, Burtis, Pôrumbá, São Vicente, Calunga, Treze de Setembro, Mal Rondon, Aquilino Mota Duarte, Bela Vista, Nova Cidade, Raízer do Sol, Jardim Tropical, Jockey Clube, Centenário, Profª Araceli Souto Maior, Operário, and Alvorada.
- Landmarks and Infrastructure:** The Aeroporto (airport) is located near the center, and the Estádio (stadium) is situated near the Rio Branco. The city is also home to several parks and recreational areas.
- Urban Expansion:** Arrows indicate the growth of the city, showing areas formed from the 1980s and areas formed from the 1990s.

Formam ainda uma região conhecida por aparecer nas reportagens policiais com certa recorrência, justamente por registrarem os mais altos índices de violência e criminalidade da cidade. No geral, essa população pode acessar a rede pública de assistência

É neste cenário que se desenrolou a pesquisa de campo. Como parte de observações mais amplas, que pretendiam conhecer as terapêuticas de cura não biomédicas na cidade, pela benzedura, pelas religiões afro-brasileiras, pelo Santo Daime e pela União do Vegetal, a cura por milagre em igrejas pentecostais revelou-se também importante como modalidade de cura. Cada um desses focos foi analisado separadamente e em momentos distintos. No caso da cura por milagre em igrejas evangélicas, a pesquisa iniciou-se com visitas a templos e reuniões de células para doutrinação religiosa, no qual menções sobre curas milagrosas eram, com frequência, relatadas. No início dos encontros, seja nas células ou nas igrejas, geralmente pequenas, éramos apresentados e o interesse da pesquisa informado aos presentes, que espontaneamente procurava-nos para relatar suas experiências de cura.

Assim, a coleta de dados se baseou em visitas de observação a templos e células em residência de acólitos, entrevistas diretas e indiretas realizadas uma única vez. Nas entrevistas diretas, foram utilizadas perguntas equivalentes para todos os entrevistados, apresentadas na forma de questionário, objetivando captar dados gerais de suas vidas, aspectos econômicos e características das respectivas unidades familiares. Também foram feitas perguntas pré-definidas, cujas respostas foram

Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.1036-1044, 2013 1039

registradas em gravador. As indiretas tiveram por finalidade conhecer, além do perfil dos entrevistados, os termos utilizados, as formas como a cura por milagre se efetiva e, principalmente, as pessoas da família que terminaram sendo parte da observação. O arranjo das entrevistas por esses vieses denota

uma perspectiva intencional na amostragem, pois como na observação direta, abrem possibilidades para outras leituras na medida em que permitem conhecer os interstícios da vida dos entrevistados, como rotinas, relações pessoais e familiares, expectativas e imaginários de vida.

**Figura 2 - Características dos entrevistados, Boa Vista, RR (meses 5 e 6 de 2011)**

Pa	Id	G	E C	E	NF	B	P	EO	ACR	I
MB	56	Fem	Casada	Pardo	5	Alvorada	Dona casa	MA	1984	Igreja pentecostal do Movimento Mundial
MC	56	Fem	Casada	Negro	3	Alvorada	Balconista	PA	2002	Assembleia de Deus
Ce	44	Casada	Casada	Indígena	5	Aracelis	Dona casa	RR	-	Assembleia das nações
El	29	Fem	Solt	Pardo	3	Aracelis	Dona casa	MA	2001	Assembleia de Deus
SV	41	Fem	Divorc	Pardo	3	Caranã	Recepcionista	MA	2000	Evangélica Quadrangular
MC	43	Fem	Casada	Pardo	3	Caranã	Dona casa	AM	1990	Batista
AM	16	Fem	Solt	Pardo	0	Equatorial	Estudante	PA	2002	Pentecostal
Na	17	Fem	Solt	Pardo	0	Equatorial	Estudante	AM	2000	Quadrangular
Ma	46	Fem	Solt	Negro	2	J. Primavera	Ser. Gerais	MA	1971	Viva em Cristo Jesus
Ei	46	Fem	Solt	Negro	2	J. Primavera	Ser. Gerais	MA	1971	Viva em Cristo Jesus
Eb	79	Fem	Viúva	Pardo	4	N. Canaã	Dona casa	MA	1991	Assembleia de Deus
VS	70	Mas	Casado	Negro	7	N. Canaã	Autônomo	MA	1996	Assembleia de Deus
Ho	49	Fem	Casada	Indígena	8	Operario	Doméstica	RR	-	IURD
JD	50	Mas	Solt.	Indígena	0	Operário	Ser. Gerais	RR	-	IURD
Ne	50	Mas	Casado	Pardo	3	Silvio Botelho	Autônomo	RR	-	Assembleia de Deus
Ba	48	Fem	Viúva	Negro	2	Silvio Botelho	Dona casa	CE	1998	Assembleia de Deus
ZM	38	Fem	Casada	Pardo	0	Silvio Leite	Atendente	MA	1997	Assembleia de Deus
Fa	59	Fem	Viúva	Pardo	12	Silvio Leite	Dona casa	MA	1997	Assembleia de Deus
Ir	34	Fem	Casada	Indígena	5	Bairro União	Copeira	RR	-	Assembleia de Deus
Mi	35	Fem	Casada	Negro	3	Bairro União	F. Pública	PA	1980	Assembleia de Deus

## Resultados e discussões

Os informantes do campo religioso dos bairros, matéria deste estudo, explicaram a desordem do corpo através de relatos de aflições e infortúnios, bem como apontaram o posterior restabelecimento pela intermediação do sagrado, chamado por eles de milagre. No geral, os relatos destacaram o momento inicial da doença como um amontoado caótico de desorganização da vida e do corpo, como sensações incompreensíveis, difusas e de difícil manipulação, principalmente diante do fracasso da cura médica:

*Eu já não sabia o que fazer, porque os médicos, os neurologistas não conseguiam fazer nada (MB).*

*Era um problema que os médicos não sabiam resolver (Na).*

*E ele não tinha como sair de lá, ele tinha dois coágulos no cérebro. Estava com o crânio quebrado, e o doutor falou mãezinha não tem jeito mais (El).*

São, sobretudo, relatos que demonstram menções dramáticas da ininteligibilidade da morbidez sobre o corpo e o desencanto com a solução médica.

No momento seguinte, o sagrado aparece como



resposta à necessidade de explicar a doença, entendendo-a fora das tentativas de evidências e formalização médica, pelo argumento de que é uma compreensão não factível a esse saber. Por isso, são histórias que desenham um itinerário que vai do fracasso da solução médica, depois de longa e penosa experiência com a doença, à cura mágica pela ação do divino, como demonstram alguns relatos:

*Aí minha mãe começou a me levar pra igreja. Aí eu orava e minha mãe falou com o pastor lá. E eu fui indo pra igreja, depois de certo dia eu passei a respirar normal, as dores pararam (AM).*

*[...] aí chegando lá, o pastor orou com óleo ungido, aí na mesma hora que ele orou, a minha pele ficou melhor, bem macia mesmo (Na).*

*[...] o pastor chamou quem quisesse ir pra frente, quem estivesse doente, aí eu fui. Aí ele falou pra repetir o exame de novo, realmente aí repeti, e o médico falou que eu não tinha mais. Fui curada, graças a Deus (Ma).*

*[...] e lá o pastor começou a pregar, falar da palavra de Deus. Foi o começo de minha caminhada pra casa de Deus, e foi ali que o Senhor começou a obra em minha vida, e lá que eu recebi, porque eu ia pra Manaus pra fazer o tratamento quando o Senhor fez a obra na minha vida (El).*

*[...] ela adoeceu, e o médico constatou que ela estava com câncer no útero. A igreja orou muito e Deus fez o milagre. O médico operou, né. Mas quando o médico operou, o mal já estava eliminado, e ela foi curada no ano passado (Eb).*

*[...] e eu não fui pra lá, eu fui pra igreja, e pedi: Senhor não deixa meu filho morrer. Parece que naquela hora Ele ouviu. Era um pedido de coração de mãe, né. Eu tava chorando quando pedi. Quando eu cheguei, ele já tinha saído da UTI (Ho).*

*[...] quando a medicina não tinha condições, eu clamei por Deus. E tinha estado de nervo também, porque a gente tem depressão, então tudo ali. E eu entreguei para Deus, disse: me cura Senhor. O mínimo que eu posso fazer é te obedecer e seguir a regra de Sua santa palavra, do meu jeito, né. Porque a gente não é perfeito, mas Ele, como é bom e maravilhoso, Ele me perdoa quando eu faço besteira. Mas quando eu tive o problema nos rins eu ainda*

*não estava na fé. Mas com a hepatite e dengue hemorrágica, eu já estava na fé (MC).*

*[...] eu tinha uns desmaios, eu desmaiava muito. Procurava o médico e os médicos não sabiam curar. Ele me curou depois de eu aceitar. Era uma enfermidade espiritual (Mi).*

*Em 1995 eu fui a Teresina e o médico disse que tinha uma válvula do coração que estava entupindo. Aí um tempo desse tinha uma pastora, que não era da igreja, estava ali mesmo visitando. Aí ela me abraçou e falou que Jesus estava me curando de um entupimento de veia do coração. Abraçada comigo ela disse isso. Foi o divino que tocou ela. Usei os remédios que ele me passou, depois voltei e repeti os exames, mas aí deixei o remédio (Fa).*

O que se evidencia é que primeiro a solução médica mostrou-se incerta e aleatória, por ser dependente das imprevisíveis circunstâncias da ação do medicamento sobre o corpo e da incompatibilidade entre o diagnóstico médico e as sensações reais sentidas pelo corpo; e segundo, os caprichos dessa aleatoriedade são ordenados pela ação divina com o direto reestabelecimento do equilíbrio do corpo, dado pela tradução de seus sintomas, em termos da linguagem do milagre da cura. Por ele, entende-se que se *eu era doente*, se *eu vivia no médico*, se *eu fui desenganoado*, as causas decorriam da desorganização não só do corpo, mas principalmente do espírito. Assim, a maneira como foram descritos os estágios iniciais da doença, embora se revelem expressões de uma desordem total da vida, projetados pela desilusão quanto ao recurso medicamentoso, seu equilíbrio e superação, tanto física como espiritual, deram-se pela ação e interferência do divino, culminando na cura em si.

Os relatos colhidos evidenciam que a mediação com o sagrado, visando à cura, é um processo que gera fundamentalmente inteligibilidade à doença. Manifestada e sentida no corpo, incompreendida pelo saber médico, ela se torna matéria transcendente, que a projeta para a dimensão da metalinguagem do divino. Tanto que, uma vez curado, e a ordem no corpo reintroduzida, concomitantemente dão-se a adesão e aceitação dos códigos da religião da cura. O processo, que vai, portanto, da doença à cura religiosa, impõe uma negociação entre o doente e

a religião, cuja linguagem é o idioleto de partilha da igreja de adesão do doente. A aceitação absoluta desse idioleto consubstancia o que é chamado por eles de fé, passo fundamental para a ocorrência do milagre e a consequente cura. Dessa forma, o milagre ocorre pelo estabelecimento do percurso que vai da aceitação do idioleto, que é a fé, até a consequente cura que reordena o desequilíbrio produzido pela doença, reintrodução do corpo saudável.

*Quando eu comecei a passar mal eu caía e perdia a mente. Por isso parei de trabalhar. De um momento ao outro, ia a mente, e a cada dia foi piorando, piorando. Já não podia andar só, porque a qualquer momento ia a mente. Comecei a esquecer de tudo e muita vez caía na rua. Quando eu estava cozinhando passava mal e se eu não me segurasse, caía. Isso dava cinco a seis vezes no dia, e me desesperei muito. Fui no médico, fiz tratamento, fiz exames, tomei remédio controlado. Aí não podia fazer nada, passava mal em casa, caía e urinava. Foi um momento de desesperação. Aí na igreja pedi a Deus, e o Senhor Jesus Cristo me curou. O Senhor milagrosamente me curou (Ba).*

Por serem projeções da mente, a matéria que lhe dá forma ao milagre da cura é uma complexa dramatização ritual, uma encenação, como disse Quintana (1999), uma linguagem oral-gestual (Gomes e Pereira, 2004) que será legitimada no conjunto das relações sociais, dando sentido à doença e aos infortúnios. Por isso, a fala que enfatiza a cura pelo milagre segue um padrão entre os indivíduos entrevistados, que vai da doença ao itinerário terapêutico, culminando com a cura milagrosa, como se relata:

*Eu sentia dor. Era asma, o médico disse. Minha mãe dava água direto. Eu comecei a ir pra igreja com uma tia, e depois de certo dia com a ajuda do Senhor Jesus Cristo não senti mais nada, fui curada mesmo e hoje sou uma devota (ZM).*

*Quebrei uma perna e fiz cinco cirurgias. Já estava pegando infecção. Cheguei a ir ao hospital três vezes na semana. Fizemos uma campanha de oração de uma semana na casa das irmãs da igreja aqui perto, e o Senhor me curou por Sua honra e glória (IC).*

Também se evidencia o caminho, ou itinerário terapêutico, que pode ser definido, segundo Fassin (1992), como os caminhos percorridos pelo doen-

te à procura de diagnóstico, que no entanto não segue um padrão. Por ter caráter intersubjetivo, constantemente é negociado em termos de sua significância, como demonstrou Loyola (1984a), em estudos sobre médicos e curandeiros no município de Nova Iguaçu e no bairro Santa Rita, Rio de Janeiro. Pelo seu ponto de vista, o “efeito bairro” embaralha parcialmente o jogo das variáveis socioeconômicas de distinção de seus habitantes, em decorrência de múltiplas opções terapêuticas: além de igrejas e templos, também terreiros, benzedores e curandeiros, por onde se desenham itinerários terapêuticos que podem envolver uma complexa rede social (Magnani, 2002). Para Gerhardt (2006), os itinerários consubstanciam o pluralismo terapêutico, por resultar de relações sociais não controladas pelas condutas individuais.

O itinerário terapêutico demonstra ainda que a doença é parte de um sistema de representações com uma lógica que não está absolutamente determinada pela explicação instrumental, justamente pela possibilidade aberta de transcendê-la através de conotações religiosas. Nos casos, em exame, uma vez fracassada a intervenção médica ou medicamentosa, o doente passou a explicar a doença por recursos exteriores ao saber médico. Prova que, a despeito dos equipamentos e técnicas cirúrgicas cada vez mais avançados, somados aos medicamentos revolucionários aplicados no tratamento de doenças antes mortíferas, uma proporção considerável dos desarranjos e das doenças do corpo é, todavia, tratada fora dos hospitais e da competência médica, como sinaliza Kleinman e colaboradores (1978), entre vendo ser a cura pela religião um caminho que merece mais explicações, como também em Wachsmann (1953), dada sua importância como terapêutica. O problema é que o saber científico, seguindo Lévi-Strauss (1989), por ser posterior a essa forma de conhecimento, sempre teve no saber, dito mágico, uma maneira embrionária de ciência, não o percebendo como um sistema bem articulado; independente da forma como se constitui a ciência.

A capacidade do indivíduo em projetar para fora do corpo as causas de seu desequilíbrio evidencia, primeiro, a natureza simbólica da doença, demonstrando não existir uma prática terapêutica exclusivamente científica ou tão só mágico-religiosa (Laplantine, 1991), uma vez que a cura por milagre



perpassa e até mesmo se correlaciona com o universo da chamada medicina oficial ou biológica; e, segundo, como salienta Loyola (1984a, 1984b), não é a falta de recursos econômicos do paciente que o faz procurar a cura religiosa, mas sim aquilo que se mostra incompatível com a medicina legitimada pelos cânones da ciência. O sentido dado às doenças e aos infortúnios através da cura milagrosa não exclui, assim, outros tipos de tratamento.

Ao sugerir que o estabelecimento da integração da ordem do corpo que, por vezes, pode ser acionado por explicações de natureza religiosa (ou mágica) quisemos apontar que as curas no âmbito das religiões, indiscutivelmente, são caminhos abertos para o entendimento de muitas doenças e desequilíbrios na ordem do corpo. Demonstra também que a capacidade do indivíduo em projetar para fora do corpo as causas de seu desequilíbrio evidencia a natureza simbólica da doença, que corresponde, de acordo com Lévi-Strauss (1989), mais às exigências intelectuais e menos à satisfação de necessidades, por estar inserido num sistema de crenças que explica a doença em termos de uma linguagem socialmente aceita.

Ao sugerir que o estabelecimento da integração da ordem do corpo, por vezes, pode ser acionado por explicações de natureza religiosa (ou mágica), quisemos apontar que as curas no âmbito das religiões, indiscutivelmente, são caminhos abertos para o entendimento de muitas doenças.

## Considerações finais

Sabe-se que o fato de o gênero humano interpelar o mundo pela linguagem, e não por suas características genéticas, como os animais, torna-o um animal inacabado. Daí sua dependência extrema de aprendizado, de dar à realidade significados simbólicos, transbordando-os para o interior da consciência, formando a memória que projeta o tempo, projetando nele, também, o corpo. As diversas concepções religiosas, como a reencarnação, a assunção ou a transmigração do corpo são projeções tropológicas e estratégias de significação religiosa, inscritas na memória de cada indivíduo pela gramática social de sua cultura.

As menções sobre dor e sofrimento e a posterior cura religiosa são, assim, eficientes provas de que o corpo não deve ser visto unicamente como unidade biológica, por ser ele parte indissociável de relações sociais abrangentes e que, fora delas, seria tão somente um não corpo. Constituem revelações que demonstram o sagrado como resposta dada à necessidade de explicar acontecimentos que escapam à ordem natural das coisas. São, enfim, projeções de uma dimensão imaginada, construída não com fatos e evidências, mas com materiais encontrados num nível de compreensão fora de qualquer exiguidade.

Por isso, a maneira como as pessoas lidam com os infortúnios, as aflições e todas as formas de desequilíbrio do corpo e da alma indica caminhos terapêuticos muitas vezes tidos como inadequados aos cânones científicos. Por causa disso, são lançados às profundezas penumbrosas das experiências cognitivas, lugar das superstições, credices e toda forma de pensamento sobrenatural, perdendo de vista a evidência de que o corpo, por ser parte de uma ordem moral e social, está inserido numa ordem maior, que é o mundo. A alteração em um, consequentemente, provocará transformações no outro.

Por fim, fica a sugestão de que o viés da leitura antropológica, captada pela etnografia, poderá ser definidor para repensar muitos dos padrões de saúde e doença, e para demonstrar que as duas importantes dimensões da enfermidade, a vida social e a pessoal, estarão intrinsecamente relacionadas numa ordem de fenômenos.

## Referências

- AUGÉ, M. *Le Dieu objet*. Paris: Flammarion, 1988.
- DURKHEIM, E. *Sociologie et philosophie*. Paris: Alcan, 1924.
- FASSIN, D. *Entre pouvoir et maladie en Afrique*. Paris: PUF, 1992.
- FRAVRET-SAAD, J. “Être affecté”. *Gradhiva: Revue d'Histoire et d'Archives de l'Anthropologie*, Paris, n. 8, p. 3-9, 1990.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.
- GIDDENS, A. *Sociologia*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- GOMES, N. P. M.; PEREIRA, E. A. *Assim se benze em Minas Gerais*: um estudo sobre a cura através da palavra. 2. ed. Belo Horizonte: Mazza, 2004.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico de 2000*. Rio de Janeiro, 2002. 1CD-ROM.
- KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 88, n. 2, p. 251-258, 1978.
- KUPER, A. *Cultura*: a visão dos antropólogos. Bauru: EDUSC, 2002.
- LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LEVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- LEVI-STRAUSS, C. *O Pensamento selvagem*. Campinas: Papirus, 1989.
- LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros*: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984a.
- LOYOLA, M. A. *Medicina popular*. Rio de Janeiro: Graal, 1984b.
- MAGNANI, J. G. C. De perto e de longe: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 11-29, 2002.
- MARZANO-PARISOLI, M. *Pensar o corpo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.
- MAUSS, M. *Sociologie et anthropologie*. Paris: Universitaire de France, 1974.
- MONTERO, P. *Da doença à desordem*: a magia da umbanda. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- PEREIRA, M. C. *A Ponte imaginária*: o trânsito de etnias na fronteira Brasil-Guiana. 2005. Tese (Doutorado em Antropologia Social), CEPPAC/ Universidade de Brasília, Brasília, 2005.
- QUINTANA, A. M. *A ciência da benzedura mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise*. Bauru: EDUSC, 1999.
- TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.
- WACHSMANN, F. *Milagre e fé na cura*: estudo clínico do misterioso poder dos curadores. Lisboa: Livraria Rodrigues, 1953.

Recebido em: 26/06/2012

Reapresentado em: 25/04/2013

Aprovado em: 20/05/2013