

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**Representação do Processo Saúde-Doença entre os  
Pentecostais da Assembléia de Deus em Feira de Santana**

**Autora:** Maria Izabel da Silva Sampaio

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Angela Alves do Nascimento

FEIRA DE SANTANA  
2003

Maria Izabel da Silva Sampaio

Representação do Processo Saúde-Doença entre os  
Pentecostais da Assembléia de Deus em Feira de Santana

Dissertação apresentada ao Mestrado de  
Saúde Coletiva da Universidade Estadual  
de Feira de Santana, para obtenção do título  
de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana  
2003

Ficha Catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteado

Sampaio, Maria Izabel da Silva

S181r Representação do processo saúde-doença entre os pentecostais da  
Assembléia de Deus em Feira de Santana / Maria Izabel da Silva  
Sampaio. - Feira de Santana, Ba: [ s. n.], 2003.  
106 p.

Orientação: Maria Angela Alves do Nascimento.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –  
Universidade Estadual  
de Feira de Santana.

Bibliografia.

1. Saúde - Pentecostais - Feira de Santana, Ba . 2.

“É necessário que não nos deixemos confundir pela exuberância dos símbolos e gestos, vindos de longe e de perto, de outrora e de agora, porque o tema da canção é sempre o mesmo. Variações sobre o tema dado. A religião fala sobre o sentido da vida. Ela declara que vale a pena viver. Que é possível ser feliz e sorrir. E o que todas elas propõem é nada mais que uma série de receitas para a felicidade. Aqui se encontra a razão por que as pessoas continuam a ser fascinadas pela religião, a despeito de toda a crítica que lhe faz a ciência. A ciência nos coloca num mundo glacial e mecânico, matematicamente preciso e tecnicamente manipulável, mas vazio de significações humanas e indiferente ao nosso amor. Bem dizia Max Weber que a dura lição que aprendemos da ciência é que o sentido da vida não pode ser encontrado ao fim da análise científica, por mais completa que seja. E nos descobrimos expulsos do paraíso, ainda com os restos do fundo do conhecimento em nossas mãos...”

(ALVES, 2002, p.119)

*Àquele que é poderoso para fazer infinitamente mais do que tudo quanto pedimos ou pensamos, conforme o seu poder que opera em nós, a ele seja a glória. (Ef. 3:20,21)*

## **Agradecimentos**

A Deus, por nunca me ter deixado nos momentos mais difíceis de dúvidas e até mesmo desânimo. Dando-me força suficiente para prosseguir e chegar até aqui.

Aos meus pais e familiares, pois sua presença em minha vida constitui o fundamento da edificação de minha existência.

Ao meu esposo Aldo, que me ajudou dando incentivo a minha produção, criticando e elogiando quando necessário.

A Maria Angela pela dedicação com que exerceu sua função de orientadora, ampliando a minha visão e auxiliando-me na descoberta de novos conhecimentos.

Ao casal Manoel e Angelita que se colocou a nossa disposição.

E, como não poderia deixar de ser, aos amigos assembleianos, que com bastante paciência cederam-nos seu precioso tempo durante as incansáveis conversas e entrevistas.

A todos vocês, muito obrigada.

## Sumário

Resumo .....	09
Abstract .....	10
1. Introdução .....	11
1.1 A construção do objeto .....	11
1.2 Problemática .....	20
1.3 Pressupostos .....	21
2. Referencial Teórico .....	22
2.1 Concepções do processo saúde-doença: uma construção histórica-dialética .....	22
3. Metodologia .....	37
3.1 Tipo de estudo .....	37
3.2 Campo de estudo .....	37
3.3 Técnica de coleta de dados .....	40
3.4 Sujeitos do estudo .....	44
3.5 Método de análise dos dados .....	56
4. Representações sociais do processo saúde-doença .....	64
4.1 Saúde: harmonia do corpo, espírito e alma .....	65
4.2 Saúde: uma vida de santidade aos pés de Cristo .....	71
4.3 Doença: desequilíbrio físico, emocional e espiritual .....	77

5. Processo saúde-doença na prática de cura dos assembleianos: intervenções da medicina acadêmica e medicina popular	84
6. Considerações Finais	94
7. Referências	96
Apêndices	101
Anexo	105

## Resumo

Estudo realizado no município de Feira de Santana, no Estado da Bahia, tendo como objetivos analisar a concepção de saúde-doença entre os assembleianos e identificar as influências recíprocas entre o discurso médico acadêmico e as práticas de cura religiosa, dentro da perspectiva da transformação social, e, ainda, compreender as formas de enfrentamento da situação de saúde, desde as medidas para manter e recuperar a saúde, bem como aquelas para combater as doenças. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, tendo como o referencial teórico às representações do processo saúde-doença dentro da perspectiva histórica-dialética. Os instrumentos de coleta de dados foram entrevista semi-estruturada, observação livre e documentos. Os sujeitos participantes do estudo estão representados por doze membros de três diferentes congregações da Assembléia de Deus. O método de análise foi à hermenêutica dialética, confrontando-se o referencial teórico e os dados empíricos, através das divergências, convergências e diferentes. Podemos inferir que, manter-se saudável ou restabelecer a saúde significa estar ou entrar em harmonia com o divino, sendo a doença entendida, também, como consequência direta do pecado, mas, não como fator único e absoluto. Há existência de uma inter-relação dialética entre a cultura popular-religiosa e a cultura dominante-científica, em que a compreensão da doença deixou de ser relacionada apenas ao mundo espiritual, passando a ser identificado, a partir de uma relação direta com o mundo médico-científico, a questões naturais. E, que mudança de hábitos e comportamento dos indivíduos que se integram ao grupo dos pentecostais, os quais, acreditam que, de modo geral, passam a levar uma vida mais saudável, fazendo com que sintam uma melhora na qualidade de vida, fazendo com que adoçam menos.

## **Abstract**

This study was made in Feira de Santana city, in Bahia State, We had as the aim, to analyse the conception of health-disease among the “assembleianos” and identify the mutual influences between the doctor- discuss and religious cure actions, in social transformation perspective, and, even, to understand the ways of face the real health situation, since the arrangement to keep and regain the health, as well as those arrangement to combat disease. This study show us a qualitative approach, it has as theoretical reference are represented health-disease it has as historic-dialectic. The instruments of collect of datas were an interview semi-structure, the free observation and documents. All the people who participate of this study are represented for twelve members of thee different congregations of “Assembléia de Deus”. The Method of analyses was hermeneutic, faced the theoretical reference and the empirical data's, through the divergences, convergences and differences among them. We can conclude that, keep ourselves healthy or cure any disease means to be or to come in the god harmony; understanding the disease as the main factor and absolute. It exists an interrelationship dialectical between a popular religious culture and scientific dominant culture, which disease comprehension doesn't interrelate only with spiritual world, can be identifying, from a direct relation with the doctor-scientific world, to natural questions. And habit changes and behavior of the people who belong to the group, who, in resume, can live more healthy way; they are getting better their life quality, therefore, keeping a good health and sicken less.

# **1 Introdução**

## **1.1 A construção do objeto**

Durante uma conversa informal com uma professora universitária, recém convertida ao pentecostalismo, ouvimos esta testemunhar sobre a sua concepção acerca do processo saúde-doença, a qual nos chamou atenção. A docente contou que no ano de 1998 havia se tornado “membro” da Igreja Assembléia de Deus, e que ao aceitar Cristo, uma nova vida havia se descortinado para ela, uma vez que, a sua existência a partir de então estava repleta de novos significados. Ela não se considerava a mesma pessoa de antes da conversão. Contou-nos, ainda, que após esta mudança religiosa, não mais havia adoecido, nem precisado ir ao médico, assim como tomar analgésico, coisa que era comum antes de converter-se ao pentecostalismo. Sua vida havia mudado para melhor; dizia-se sentir agora muito mais feliz.

Nós então ficamos curiosos diante de tal testemunho, e a indagamos acerca dos porquês do fenômeno da ausência das doenças. Ela então nos respondeu: “se a gente não peca, então não adocece, porque se estivermos vivendo no espírito, então, mal nenhum nos sobrevirá”.

Estas mudanças comportamentais em amigos e, mais tarde, em familiares recém conversos ao protestantismo pentecostal causaram-nos, a princípio, curiosidades e preocupações, ora pelas posturas fundamentalistas adotadas por esse grupo de neoconversos, ora pela mudança de comportamento nas relações cotidianas. Um, dentre tantos outros aspectos da conduta que a princípio pareceu-nos “estranha” e que chamou-nos a atenção de forma particular foi à relação que estas pessoas passaram a estabelecer com a doença.

Pareceu-nos intrigante que no limiar do século XXI, a crença religiosa pudesse suplantar a razão científica, pelo menos para este grupo. Foi difícil, ainda, entender como pessoas instruídas, com formação acadêmica, pudessem acreditar, em algumas situações, mais na eficácia de orações e imposição de mãos do que nos tratamentos médico-oficiais.

Este estranhamento é conseqüente da incorporação dos valores científicos como verdades inquestionáveis e biologizantes, negando por vezes determinantes culturais, religiosos, ideológicos, sociais dentre outros, inerentes a uma outra forma de interpretar o processo saúde-doença ou até mesmo o mundo, em um determinado contexto histórico.

Desta curiosidade, a princípio despreziosa, surgiu o desejo de entender o universo dos cristãos pentecostais e suas representações acerca do processo saúde-doença de forma científica.

Assim sendo, este trabalho que partiu da busca por uma melhor compreensão dos motivos de tal transformação comportamental apresentada pelos neófitos na fé, transformou-se numa pesquisa minuciosa acerca do tema: “Representação do processo saúde-doença entre os pentecostais da Assembléia de Deus em Feira de Santana”, tendo como objetivos analisar a concepção de saúde-doença desse grupo religioso e identificar as influências recíprocas entre o discurso médico oficial e as práticas de cura religiosa, dentro da perspectiva da transformação social, e, ainda, compreender as formas de enfrentamento da situação de saúde, desde as medidas para manter e recuperar a saúde, bem como aquelas para combater as doenças.

Dentro desta perspectiva, partimos do pressuposto de que a representação do processo saúde-doença está diretamente relacionada com a imagem que os indivíduos têm do corpo humano e que essa imagem pode ser construída na individualidade ou em grupo (BOLTANSKI, 1989). Em se tratando da construção desta representação em grupos, sabemos que estes criam maneiras simbólicas de apreensão da imagem corporal, normatizando o belo e o feio, o pobre e o rico, o dominador e o dominado, o doente e o sadio.

Essas regras de apresentação da imagem corporal variam de cultura para cultura, são construções simbólicas dinâmicas que vão se transformando ao longo da história de cada sociedade. Nesta perspectiva, de acordo com Novaes (1993, p. 96-97), “a dimensão simbólica é constitutiva da ação humana. Está sempre presente em qualquer prática social. Pode ser encontrada no discurso, pode ser vista no mito, no rito no dogma. É encontrado em objetos, gesto e na postura corporal”.

Partindo da premissa de que quase nada no homem é natural, a não ser, a sua capacidade de produzir cultura<sup>1</sup>, ou seja, de criar sistemas de símbolos e significados (HOEBEL e FROST, 1999), acreditamos que a definição que o grupo apresenta para o funcionamento do corpo é uma construção sócio-cultural. E que, as crenças acerca da doença e do que é capaz de curá-la também pode ser entendida como uma construção social, a qual está submersa em um padrão cultural específico. Uma vez que, para os indivíduos pertencentes a todas as sociedades, “o corpo humano é mais do que um simples organismo físico oscilando entre a saúde e a doença. É também o foco

---

<sup>1</sup> O termo cultura será entendido enquanto um conjunto de idéias, crenças, visões de mundo pensadas e/ou vivenciadas por determinados indivíduos que formam um grupo relativamente homogêneo. Desta maneira, podemos afirmar que em um grupo de indivíduos defensores dos mesmos valores culturais podem surgir diferenças sensíveis do ponto de vista social, econômico, étário, além de outros, sem que este grupo perca, necessariamente, o elo de ligação comum.

de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e funcionamento”. (HELMAN, 1994, p. 30).

Neste caso, a doutrina cristã pentecostal será tomada como um filtro decodificador das percepções do mundo sensível, isto é, do sistema cultural ao qual os indivíduos estão inseridos. (HOUTART, 1994). Desta forma, entendemos que numa dada sociedade, a adesão ao pentecostalismo altera, ou até mesmo, redefine a compreensão que os indivíduos têm acerca da própria cultura, uma vez que a aceitação ao pentecostalismo significa, também, mudar os antigos hábitos. (ROLIM, 1994).

Para analisar esses processos de construção da imagem do corpo e de seu funcionamento, faz-se útil o emprego de, pelo menos, dois conceitos. O primeiro deles, o de **grupos sociais** e o segundo de **representações sociais**.

Em se tratando do conceito de **grupos sociais**, é importante evidenciar a definição proposta por Marx e Engels (1998) sobre classes sociais. Segundo estes, a história de todas as sociedades já existentes é a história da luta de classes. Sendo que, durante quase todo o período que compreendeu as Idades Antiga e Média, foram encontrados sistemas organizacionais complexos, em que as sociedades estavam subdividas em várias classes e com variadas gradações de níveis sociais. Para Marx e Engels, somente após a Revolução Industrial, a sociedade européia, paulatinamente, foi se condensando cada vez mais em apenas dois grandes grupos antagônicos, isto é, “em duas classes que opõem frontalmente: burguesia e proletariado”.(MARX e ENGELS, 1998. p. 10). Entretanto, esclarecemos que essa oposição não se restringe apenas à questão econômica, abrangendo também o âmbito sócio-cultural.

E, nesta perspectiva trabalha Gramsci, autor que traz grandes contribuições para a análise desta questão, o qual partindo da teoria marxista afirma que todos os indivíduos são sempre homens-coletivos, isto é, pertencem a um determinado grupo quando compartilham da mesma concepção de mundo, ou seja, de um mesmo modo de pensar e de agir. Segundo Gramsci, na sociedade contemporânea são identificadas, pelo menos, duas culturas distintas entre si, a cultura popular e a cultura hegemônica que se enfrentam no cotidiano. Sendo que, a cultura popular é incapaz de opor-se de maneira completa a cultura hegemônica, uma vez que, “o homem ativo de massa atua praticamente, mas não tem uma clara consciência teórica desta sua ação, que, não obstante, é um conhecimento do mundo na medida em que o transforma”. (GRAMSCI, 1981, p. 20).

Gramsci (1981) afirma ainda que, quando a atuação prática dos populares se estabelece, surgem espontaneamente algumas inovações agregadas ao escopo cultural popular; estas incorporações espontâneas, muitas vezes se opõem à moral dos estratos dirigentes. Por outro lado, complementa o autor, sobrevivem aspectos culturais “fossilizados” de épocas anteriores, os quais mudam muito vagarosamente.

Portanto, a cultura popular não pode ser considerada nem de caráter conservador nem progressista. Sendo assim, a sua função sociopolítica varia de acordo com as condições históricas, uma vez que, dependendo das condições históricas, a classe popular pode desempenhar a ação conservadora ou progressista, não existindo, portanto, um caráter único identificatório para a atuação do grupo desprivilegiado. (MONTERO, 1985).

É importante ainda referir a discussão proposta por Bourdieu (1998), o qual apresenta uma análise interessante acerca das relações entre as classes sociais, ao

estabelecer a ligação entre o âmbito cultural das classes à posição que esta ocupa na estrutura social. Mas, no que tange a sua reflexão sobre o que diferencia as classes esta é limitada, mesmo porque ela restringe à identificação do grupo ao seu consumo, isto é, ao poder aquisitivo das classes sociais, não dando conta, assim, dos aspectos mais subjetivos desta diferenciação.

Ainda segundo este autor, os traços peculiares mais prestigiosos são aqueles que simbolizam nitidamente a posição diferencial dos agentes na estrutura social, como a vestimenta, o linguajar, e, sobretudo o estilo, o bom gosto e a cultura. Pois se apresentam como atributos essenciais da pessoa, “como um ser irreduzível ao ter, enfim como uma natureza, mas que é paradoxalmente uma natureza cultivada, uma cultura tornada natureza, uma graça e um dom”. (BOURDIEU, 1998, p. 16).

Esta análise remete-nos a uma discussão peculiar ao conflito de classes, ou melhor, ao estranhamento cultural e, por conseguinte, à supervalorização da chamada cultura de elite, identificada por muitos autores enquanto uma cultura pura, sadia, própria ao refinamento da tradição das famílias abastadas, dos ricos comerciantes, dos que possuíam poder político e, também, da nata intelectualizada; em contraponto a esta se encontra a cultura popular, a qual foi, durante muito tempo, entendida como distorção da verdadeira cultura, como manifestações grosseiras, repletas de máculas, sem valor intrínseco, produzida mediante a distorção da cultura de elite pela e para o povo, isto é, para os destituídos de riquezas, de poder político e de intelecto.

Partindo destas observações de diferenciação de grupos sociais, Burke (1992) propõe um novo modelo de análise, o qual traz uma grande contribuição para o entendimento do nosso tema. Este paradigma tem como característica a não homogeneização cultural entre as camadas sociais (sejam estas de origem popular ou

elitista), de modo que uma identificação das mesmas deve levar em consideração a sua complexidade. Em outras palavras, a diferenciação das classes não se restringe, apenas, ao âmbito econômico e/ou intelectual, podendo ser estabelecidas as suas subdivisões a partir de critérios muito mais particularizados, a exemplo do caráter étnico, religioso, de gênero, de idade, de estado civil e outros.

O nosso grupo de estudo será apreendido a partir desta complexa definição proposta por Burke. O eixo aglutinador da caracterização dos nossos sujeitos, será o aspecto religioso, visto que os dogmas religiosos, de forma geral, e, também, no caso específico dos pentecostais da Assembléia de Deus, normatizam as percepções de mundo, bem como a forma de conceber a imagem corporal, a idealização da saúde e da doença. Uma vez que, estes cristãos seguem um “manual” único de interpretação do mundo que os rodeia, que se traduz na leitura e exegese da Bíblia Sagrada. A compreensão do corpo, segundo esta interpretação, é de que ele é o templo do Espírito Santo, e como é a morada de Deus, então, o homem já não tem domínio sobre o seu próprio organismo. O indivíduo, agora, deve viver só para agradar a Deus, caso isto não aconteça, este deve pedir perdão pelos seus pecados, a fim de restabelecer a harmonia com o seu próprio corpo.

Portanto, a análise das representações simbólicas de uma experiência deve obedecer a estas especificidades, a fim de que não esqueçamos das subjetividades dos sujeitos.

O segundo conceito, o de **representações sociais**, deve ser entendido como sendo o sentido que o grupo atribui a um sistema de inter-relações dos padrões de comportamento aprendidos, os quais não podem ser resultados da herança biológica, uma vez que, são edificações culturais, imbuídas de significados, permeadas pelas

convicções sociais e pelas fluidas relações cotidianas. Devendo, portanto, ser tomada não como uma lei natural, mas como uma construção social - dinâmica e peculiar a cada grupo. Isto é,

as representações do mundo social assim constituídas, embora aspirem à universalidade de um diagnóstico fundado na razão, são sempre determinadas pelos interesses de grupo que as forjam. Daí, para cada caso, o necessário relacionamento dos discursos proferidos com a posição de quem os utiliza. (...) à revelia dos atores sociais, traduzem as suas posições e interesses objetivamente confrontados e que, paralelamente, descrevem a sociedade tal como pensam que ela é, ou como gostaria que fosse. (CHARTIER, 1988, p. 17-19).

Desta maneira, podemos aludir que as representações sociais não são estáticas, uma vez que estas são construídas cotidianamente no contíguo da vida social, considerando-se que, a dinâmica (re)produtiva de representações é um atributo intrínseco ao ser humano, devendo ser tomada como parte da atividade fundamental do ser, a qual se dá numa relação dialética entre as características humanas individuais e os condicionantes sociais. Sendo assim, afirmamos que, as representações estão sempre em (trans)formação, através das relações que os indivíduos estabelecem com o outro, haja vista que,

as representações são flexíveis, portanto, podem ser alteradas de acordo com mudanças que ocorrem no conjunto da vida social. É neste sentido que, para a Antropologia, há uma articulação entre a dimensão da vida social e as representações do universo cultural, isto é, as representações sociais são produzidas a partir das relações socialmente vividas e, simultaneamente, são elementos que constituem o social, uma vez que dão significado às ações humanas. (NASCIMENTO, 1997, p. 20).

A partir desta perspectiva, entendemos que a representação simbólica sobre o processo saúde-doença se dá na relação dialógica que os indivíduos mantêm com os universos sensível/ metafísico, não se limitando apenas a inter-relação com matéria, com a objetividade do organismo vivo, abarcando também, as subjetividades

dos indivíduos, dentre eles as suas crenças, desejos, hábitos, costumes, expectativas, e outros, caracterizando-se, assim, como a essência das relações sociais.

Quando falamos sobre a dinâmica social das representações que o indivíduo tem dos acontecimentos a sua volta e sobre si próprio, estamos nos referindo, também, a existência de mudanças no âmbito doutrinário da Assembléia de Deus (A.D.). Apesar do vagaroso processo de transformação dos sistemas culturais, haja vista que, esta mudança figurar-se muito lentamente, em comparação com a estrutura econômica que se dá de forma mais rápida, não podemos negar que ela acontece. Um exemplo que podemos citar, é a visível alteração da concepção acerca da doença.

No passado não muito distante, os assembleianos a compreendiam quase que exclusivamente como sendo fruto do castigo de Deus a seus filhos desobedientes. Hoje, porém, percebemos um alargamento desta visão, quando os membros da A.D. apontam para a possibilidade da etiologia da doença não se restringir ao pecado, podendo ser atribuído a causas naturais e congênitas. O que demonstra uma relevante mudança no domínio desta concepção pentecostal.

A partir do que foi exposto, não podemos estranhar que a representação simbólica sobre o processo saúde-doença constitua-se, hoje, em uma das mais dinâmicas linhas de estudo no campo da saúde e da cultura, a exemplo dos trabalhos de Novaes (1985; 1993), Laplantine; Rabeyron (1989); Laplantine (1991), Rabelo (1994), Helman (1994), Houtart (1994), Minayo (1994 a, b; 1996), Nascimento (1997) e outros. Entretanto, estes estudos ainda apresentam-se bastante incipientes quando relacionados a alguns grupos sociais específicos, seja pelo caráter fechado de tais grupos, seja porque só muito recentemente o meio acadêmico se deu conta do seu crescimento e importância social, como é o caso dos pentecostais.

Compreender, portanto, a natureza da visão pentecostal sobre a relação religiosidade-saúde-doença, mais que simplesmente devassar os significados de um universo social “restrito”, representa a possibilidade de abrir caminhos de diálogo com este universo. Um diálogo que, se realizado com sucesso, pode vir a facilitar e potencializar, por um lado, a inserção das práticas medicinais nessa comunidade e, por outro lado, humanizar e com isso aperfeiçoar essa prática médica, na medida em que esta se torna mais apta a interagir com o sujeito-paciente deste grupo específico.

Devemos ressaltar, entretanto, que nosso estudo torna-se relevante dada à inexistência de outros trabalhos que busquem compreender esta questão entre os pentecostais em nosso município, o que obviamente confere a essa pesquisa a expectativa do pioneirismo em relação ao tema em nossa realidade específica.

## **1.2 Problemática**

O entendimento da questão proposta por este trabalho – qual a concepção do processo saúde-doença para os pentecostais da Igreja Assembléia de Deus em Feira de Santana? Pressupôs a consideração e entendimento de outros elementos, a fim de elucidar os caminhos que deveriam ser trilhados pela pesquisa. Assim, consideramos como desdobramentos necessários à compreensão da questão principal, outras questões: de que forma os pentecostais enfrentam a situação saúde-doença? Quais são as medidas tomadas por esse grupo para combater as doenças, recuperar e/ou manter a saúde? Qual a inter-relação entre o discurso da medicina acadêmica e o discurso popular religioso do ponto de vista dos pentecostais sobre o processo saúde-doença? Qual a explicação religiosa dada pelos pentecostais da A.D. para a saúde e a doença?

### 1.3 Pressupostos

Para que haja elucidação das questões propostas, delineamos três pressupostos teóricos como norteadores da pesquisa.

O **primeiro pressuposto** é o de que o processo saúde-doença entre os pentecostais baseia-se na observância aos dogmas religiosos, ou seja, manter-se saudável ou restabelecer a saúde significa estar ou entrar em harmonia com o divino, sendo a doença entendida, também, como consequência direta do pecado, mas, não como fator único e absoluto.

O **segundo pressuposto** diz respeito à existência de uma inter-relação dialética entre a cultura popular-religiosa e a cultura dominante-científica, em que a compreensão da doença deixou de ser relacionada apenas ao mundo espiritual, passando a ser identificado, a partir de uma relação direta com o mundo médico-científico, a questões naturais.

O **terceiro pressuposto** se refere à mudança de hábitos e comportamento dos indivíduos que se integram ao grupo dos pentecostais, os quais, de modo geral, passam a acreditar que após se integrar ao grupo dos pentecostais, mantêm uma vida mais saudável. Esta crença na suposta melhora da qualidade de vida dos indivíduos, pode contribuir para que estes adoçam menos.

## 2 Referencial Teórico

### 2.1 Concepções do processo saúde-doença: uma construção histórico-dialética.

Sempre houve entre os mais diversos povos e épocas uma coexistência ora harmoniosa e complementar, ora conflituosa e antagônica entre o espiritual e o fenômeno físico da doença. A postura mais antiga e mais facilmente verificável numa dimensão histórica é a dos gregos antigos, os quais acreditavam que, a doença poderia manifestar-se como sendo fruto do castigo sobrenatural, como possessão pelo demônio ou punição dos deuses; e, até mesmo, como o resultado de causas naturais. “Para os gregos, a doença podia ser gratuita, mas podia ser também merecida (por falta pessoal, transgressão coletiva ou crime praticado por ancestrais).” (SONTAG, 1984, p. 57).

Aqui podemos identificar pelo menos, duas naturezas etiológicas para esse período. A primeira diz respeito à auto-culpabilização que o indivíduo se impõe, ou que é a ele imposta pela sociedade – seja pelo pecado cometido, ou pelo temperamento, ou ainda, pela má alimentação. Nestes casos, a doença é vista como uma penalidade justa, o homem torna-se responsável pela sanção a ele imposta. Sendo assim, a doença é compreendida como um acontecimento necessário à organização social, e poderá converter-se num instrumento pedagógico que deve ser utilizado na regulamentação das posturas inadequadas à conduta social.

Já a segunda etiologia presente no trecho em pauta, refere-se à doença como um infortúnio, esta é aceita como um acontecimento casual, ou uma obra do destino, sem que o homem tenha nenhuma influência sobre o acometimento da enfermidade, ele apenas é uma vítima dos fatores exógenos. (CANGUILHEM, 1990; LAPLANTINE, 1991).

Ao analisar a etiologia das enfermidades, de modo geral, Canguilhem (1990) também aponta a coexistência destas duas explicações historicamente hegemônicas para o fenômeno da doença: a moléstia como sendo resultado de algo externo, “a doença entra e sai do homem como por uma porta” (p.19), neste caso, o homem não pode ser responsabilizado pelo seu acometimento. Na segunda explicação a enfermidade apresenta-se como o resultado de questões endógenas, isto é, um conflito interno entre forças que se afrontam, “a natureza (physis) tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença”. (p.20).

Em se tratando da teoria exógena podemos afirmar que, ela compreende tanto as explicações sobrenaturais para o acometimento das doenças, quanto à explicação médico-científica miasmática, vigente nos séculos XVII a XIX. (REIS, 1991; CHALHOUB, 1996; SILVA, 2000).

A causação sobrenatural fundamenta-se na idéia de que forças mágicas benéficas ou maléficas atuam sobre os seres humanos, podendo enviá-los ou livrá-los das enfermidades, Deus pode enviar uma enfermidade a fim de que seus filhos se arrependam de seus comportamentos desprezíveis, ou o Diabo pode mandar uma enfermidade para atormentar a vítima.

A segunda explicação, se refere ao paradigma miasmático, as doenças decorriam das emanações de gases e vapores – os miasmas – os quais eram originados da decomposição de matéria orgânica, ou simplesmente do amontoamento deste material. Acreditava-se que estes gases permaneciam na atmosfera após desprenderem-se da matéria orgânica, dissipando-se pelos ventos ou se instalando em alguém. Neste caso, o indivíduo estava propício a adoecer.

O mau cheiro, o solo remexido ou escavado, terrenos úmidos como brejos e pântanos, até mesmo a aglomeração de pessoas poderiam ser identificados como fontes miasmáticas. Por isso, as pessoas desta época prezavam o ar livre, casas bem ventiladas, e moradias nas partes elevadas das regiões, desta forma, acreditavam está se protegendo das doenças infecciosas e de febres. (REIS, 1991; CHALHOUB, 1996; SILVA, 2000).

A teoria do equilíbrio/desequilíbrio (endógena) consiste no princípio de que o funcionamento saudável do corpo está sujeito a estabilização harmônica entre dois ou mais elementos no organismo, tais como alimentação, meio ambiente, agentes sobrenaturais e, também, forças internas. A mais difundida destas teorias é a humoral, de origem indiana e chinesa, a qual foi trabalhada e divulgada por Hipócrates, no século V a.C.. Segundo a teoria hipocrática o corpo era composto por quatro líquidos ou humores, a saber: o sangue, a fleuma, a bile amarela (colérico) e a bile preta (melancólico). Ou ainda, o calor, o frio, o seco e o úmido. A saúde seria a consequência da moderação ideal entre os quatro humores, e a doença, o desequilíbrio entre os mesmos. Segundo essa teoria a alimentação, o meio ambiente e as estações do ano podiam afetar na saúde das pessoas. (CANGUILHEM, 1990; HELMAN, 1994).

O tratamento das patologias consistia em restabelecer o equilíbrio entre os quatro líquidos, quando se suspeitava de excesso de um deles o tratamento poderia incidir na sangria, no jejum, em terapias do vômito e purgantes, mas quando havia escassez, deveria suprir as deficiências através de dietas ou remédios especiais.

Segundo Helman (1994), na atualidade a medicina humoral se baseia nas crenças leigas sobre o processo saúde-doença. Aqui na América Latina, por exemplo, essa teoria é denominada de teoria das doenças quentes e frias. O frio e o quente aqui

não correspondem à temperatura real dos elementos, mas a um poder simbólico contido na maior parte das substâncias, dentre elas o alimento, as ervas e os remédios. Neste sistema o restabelecimento do indivíduo depende no comedimento entre estes dois estados quente ou frios.

Essa crença, também está presente em outras culturas, a exemplo de Marrocos, Índia e China. Na Índia, um pouco mais complexo pois envolve outros elementos mas, possui o mesmo princípio de equilíbrio/desequilíbrio como representante do processo saúde-doença. Na China, por exemplo, a medicina tradicional via a saúde como o equilíbrio entre os elementos Yin e Yang. Yin, aspecto considerado feminino, é representado como escuro, úmido, aquoso e o Yang, o masculino, é tido como quente, seco e fogo. (HELMAN, 1994).

Apesar da medicina humoral ter desaparecido da medicina científica moderna, podemos dizer que o princípio do equilíbrio fundamenta a fisiologia contemporânea através da idéia de que a ausência ou o excesso de determinadas substâncias no corpo pode causar doenças, a exemplo das vitaminas, hormônios, enzimas, eletrólitos e outros. Tais desequilíbrios podem ser regularizados pela reposição da substância deficiente ou neutralização de seu excesso. (HELMAN, 1994).

É importante ainda salientar que, a coexistência destas representações que remonta períodos tão longínquos também se faz presente nos tempos atuais. E que esta convivência de representações se caracteriza por variar a sua predominância de acordo com o grupo e a época. Segundo Jacobina (1997, p. 3),

desde o mundo antigo, passando pelos períodos medieval e moderno até o contemporâneo, a medicina tem sido uma prática diferenciada socialmente... No mundo grego, por exemplo, havia uma medicina pedagógica e ortopédica para o cidadão livre, enquanto o escravo e o estrangeiro tinham uma medicina feita de modo tosco... Na Idade

Média havia também diferenças entre a medicina dos graduados nas universidades para a realeza e os senhores feudais... E uma medicina empírica e criativa, da tradição agrária, para os servos e pobres em geral.

Segundo Foucault (1996), os períodos antigo e medieval foram do tipo individualistas, visto que suas dimensões coletivas foram discretas e limitadas. O autor sustenta a hipótese de que com o capitalismo não ocorreu a mudança de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas o contrário; “que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVII e início de XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho”. (p.80).

Poderíamos ainda acrescentar que foram os conflitos e as negociações entre os grupos menos favorecidos e as elites dirigentes que criaram uma certa responsabilização do Estado com a saúde coletiva. A partir de reivindicações é que o Estado assume esta postura de “cuidar” da saúde da população, mas esta responsabilização auferida ao Estado não significou uma postura de total mudança no sistema de saúde, antes, porém, caracterizou adequações aos interesses dos diversos grupos sociais e do Estado. Pois, como reforça Donnangelo (1975, p. 6), “já não se trata, portanto, de uma resposta a interesses coletivos ‘comuns’, mas de um processo de acomodação de interesses de diferentes classes sociais, diretamente relacionando à continuidade do sistema”.

É importante ressaltar que a concepção de saúde dos grupos humanos faz parte de um processo histórico, e ao lidar com esta concepção, compreendemos que a mesma esteve e estará sempre muito próximo da mentalidade construída socialmente por estes grupos. Vale ainda lembrar que grupos distintos podem compartilhar de concepções semelhantes. Entretanto percebemos que, as transformações culturais são lentas, e, portanto, podem sobreviver por muitas e muitas gerações.

Sendo assim, não podemos estranhar que os mesmos elementos que orientavam o pensamento grego sobre a etiologia das doenças, encontram-se presentes, também, no início do século XX por ocasião da Revolta da Vacina, ocorrida no Rio de Janeiro, durante a epidemia de varíola. Na oportunidade, houve grande resistência das comunidades afro-descendentes à prevenção da doença através da vacina. (CHALHOUB, 1996). Essa resistência foi resultado da crença de que a varíola teria sido enviada por Omulu, divindade africana, possuidora do poder tanto de enviar quanto de livrar da enfermidade seus devotos. (VERGER, 1992).

Portanto, para estas comunidades a doença era resultado do comportamento espiritual e, não de uma causa exclusivamente física como acreditavam os médicos. Para os populares, a doença podia indicar mais que um simples defeito funcional do organismo, ela podia trazer consigo uma série de metáforas, signos e significados que não eram compreendidos completamente pela medicina acadêmica. (HELMAN, 1994. p. 105).

Todavia comungamos com Boltanski (1989) que as concepções “do que é adoecer” e “do que é estar saudável,” bem como as escolhas da intervenção sobre o corpo variam entre os indivíduos, grupos e classes sociais. Médicos e pacientes, por exemplo, podem possuir concepções distintas acerca da doença, ainda que tenham o mesmo escopo cultural.

Segundo Helman (1994), as teorias populares podem situar a etiologia dos problemas de saúde em um ou mais campos de significados. O primeiro deles, no universo do paciente individual, a causa é atribuída ao comportamento, às questões hereditárias, à fraqueza, ao desequilíbrio alimentar, à higiene ou ao estilo de vida. O segundo campo, no mundo natural, relaciona-se ao frio, ao calor, ao sol, à lua, aos vírus,

aos germens, à ação de parasitas e irritantes ambientais alérgicos, ou ainda, ao ferimento por acidente. O terceiro, no mundo social, identifica como a causa da doença à ação de feiticeiras, de bruxas e de mau-olhado, além de brigas, desentendimentos e contaminação da doença do outro. E, por fim no mundo sobrenatural, neste caso, às doenças são entendidas como resultado da vontade de Deus, ação de espíritos, fantasmas ou de demônios.

Na perspectiva do paciente, a doença é mais que um simples defeito funcional do organismo, ela traz consigo uma série de signos e significados que não são, ainda hoje, compreendidos pela medicina acadêmica. Segundo Helman (1994, p.105), “a doença (illness), assim como outra adversidade qualquer, é, normalmente, parte integrante das dimensões psicológicas, moral e social de uma cultura em particular.”

Para além desta perspectiva antropológica da doença, encontramos a definição atribuída à doença pelos médicos, cuja base cultural está pautada nos pressupostos do racionalismo científico. Para estes, as doenças devem ser vistas como uma causa que é física, que pode ser comprovada, experimentada, passível de teste e controlada objetivamente. E a função do médico, na maioria das vezes, é a de descobrir as influências lógicas da cadeia causal, que resultam no fato particular da doença.

De acordo com Helman (1994, p.102-103),

a definição médica de um problema de saúde, portanto, é, em grande parte, fundamentada nas mudanças físicas de estrutura e funcionamento do organismo que possam ser demonstradas objetivamente, e quantificadas com base nas mensurações fisiológicas ‘normais’. As mudanças anormais, ou as enfermidades (*diseases*), são consideradas ‘entidades’, com ‘personalidade’ própria caracterizada por sintomas e sinais particulares. Cada personalidade de uma enfermidade (*disease*) é construída por uma causa característica, um quadro clínico (sintomas e sinais), resultados de investigações hospitalares, uma história natural, um prognóstico e um tratamento apropriado.

Segundo Rabelo (1994), essa postura médica de imparcialidade e objetividade, a qual só consegue identificar órgãos passíveis de problemas detectáveis pelos exames, contrapõe-se à postura religiosa, visto que, a religião ao considerar o indivíduo como um todo, denota uma visão holística, dando aos fiéis respostas para os seus problemas não só objetivos como também às questões ligadas à subjetividade dos mesmos.

Para descobrir como se dá à distinção de concepções entre indivíduos pertencentes ao mesmo grupo cultural é necessário remontar o processo histórico. Segundo Laplantine e Rabeyron (1989), a história do processo de cura pode ser subdividida em dois períodos. O primeiro, inicia-se nos tempos imemoráveis, permanecendo até os dias atuais sem alterações. O segundo, teve sua origem no século XIX, quando o racionalismo científico toma conta de todos os saberes, assenhoreando-se do processo de conhecimento. Mas, vale lembrar que a medicina oficial surge num terreno dominado pelas crenças e mitos, portanto não podemos acreditar que a medicina oficial surge incólume às influências das curas alternativas, nem que os processos de cura não convencionais permanecem ilesos a todas as descobertas científicas.

Entretanto, na atualidade alguns cientistas da saúde têm buscado demonstrar que o processo saúde-doença não pode ser entendido exclusivamente a luz da objetividade científica positivista, com analisa Nascimento (1997. p.1), ao destacar que, autores como Canguilhem, Loyola, Donnangelo, Montero, Minayo, Boltanski e Foucault ao tentarem demonstrar que **estar doente** por um lado, e os sistemas de cura por outro, não constituem simplesmente uma ação técnica e objetiva sobre o complexo biofisiológico, mas consubstanciam, ao contrário, uma realidade mais complexa em que

as representações simbólicas, a organização social e a lógica dos interesses econômicos determinam, para além do biológico, os limites, o modo de aparecer o fenômeno mórbido, e os meios escolhidos para a cura.

Laplantine (1991) buscou quebrar esta velha dicotomia quando procurou compreender o processo saúde-doença, ressaltando a inter-relação entre o médico-científico e o mágico-religioso. Este autor salienta ainda a importância de tornar mais flexíveis as barreiras que separam o empirismo/do simbólico; a farmacopéia e as técnicas médicas/dos rituais de cura; a etiologia especializada/ da etiologia religiosa; a disease/da illness; o racional/do irracional; a doença/do mal e da desgraça; o orgânico/do psicológico. Neste sentido, a ciência não responde a todos os questionamentos postos pelos homens, haja vista que, o viés subjetivo não é, em grande medida, contemplado pelo científico, indo então o homem buscar estas explicações no universo mágico-religioso.

A despeito destas novas interpretações e do avanço científico, sabemos que entre os populares sobrevivem as concepções leigas acerca da doença, ainda que estas venham se modificando no contato com o científico.

A explicação religiosa cristã é um exemplo desta sobrevivência. Entre os pentecostais, por exemplo, a doença também é entendida como fruto do pecado, um mal que precisa ser derrotado mediante a ajuda de Deus. “A cura consistia, assim, não no retorno ao estado inicial, anterior à doença, mas na inserção do doente em um novo contexto de experiência” (RABELO, 1994, p.49). Mas, vale salientar que na Assembléia de Deus, assim como em outras denominações protestantes, tanto líderes como fiéis não ignoram a existência de doenças naturais, nem tampouco a eficácia de alguns tratamentos médicos. Argumentam que a inteligência e a capacidade intelectual dos

médicos em descobrir cura para as doenças foram dadas por Deus, e se Deus consentiu este benefício ao homem, não há mal nenhum em utilizá-lo. Porém, esse discurso não é predominante nos cultos para os fiéis, o que se ressalta mesmo é o poder divino em curar os enfermos através das orações, a fim de mostrar a soberania de Deus diante dos homens.

Para os cristãos, de modo geral, a legitimidade da percepção religiosa do fenômeno da doença pode ser encontrada logo nos primeiros livros da Bíblia, onde são identificadas diversas referências aos castigos e recompensas de Deus aos seus filhos, mas uma passagem em especial chamou-nos à atenção. Esta se encontra no capítulo 26 do livro de Levítico, no Velho Testamento, a qual diz:

[...] se andares nos meus estatutos, e guardardes os meus mandamentos, e os cumprirdes, eu vos darei as vossas chuvas a seu tempo, e a terra dará o seu produto, e as árvores do campo o seu fruto. [...] Darei paz na terra, e dormireis seguros sem que ninguém vos perturbe. Farei desaparecer da terra os animais nocivos, e pela vossa terra não passará espada. [...] Mas se não ouvirdes, e não cumprirdes todos estes mandamentos, e se rejeitardes os meus estatutos, e a vossa alma se aborrecer dos meus juízos, não cumprindo todos os meus mandamentos, e assim violardes a minha aliança, então eu vos farei isto: Porei sobre vós o terror, a tísica e a febre, que consomem os olhos e esgotam a vida. Em vão sementeis a vossa semente, porque os vossos inimigos a comerão [...] Se depois de tudo isto não me ouvirdes, eu vos castigarei sete vezes mais por causa dos vossos pecados. [...] Debalde se gastará a vossa força, pois a terra não dará o seu produto, nem as árvores darão o seu fruto.

Compreendemos que nestas afirmações ficam explícitas as condições impostas por Deus aos seus fiéis. No caso de obediência aos mandamentos caberão aos homens fartura de alimentos, paz no seu território e longevidade. Mas, se estes se rebelarem contra Deus, cometendo pecados ao desobedecerem aos seus mandamentos, então sobrevirão todas sortes de desgraças, como a escassez de alimentos, as guerras, as doenças e a morte. Nesta perspectiva, podemos inferir que todos estes castigos são para que os homens se arrependam das suas iniquidades e reconheçam a soberania de Deus.

Porém, se ainda assim, não demonstrarem o arrependimento, então Deus intensificará a sua ira sobre os homens.

Destes preceitos resulta a associação entre o fenômeno da doença e a noção de castigo divino, o que coloca o processo de cura dentro da visão religiosa, em relação direta com o arrependimento, a expiação do mal e, por fim, o perdão divino que determina o fim do castigo, isto é, da doença.

Tal corpo de idéias arraigou-se profundamente na cultura cristã ocidental, determinando, durante todo o seu desenrolar uma abordagem da doença associada à vontade divina e aos cuidados para compreender e executar as determinações do sobrenatural. Delumeau (1989) sustenta esta associação ao analisar o temor dos europeus frente às epidemias na Europa do século XVIII. De acordo com este, diante da necessidade de encontrar uma motivação para a doença, pelo menos três correntes explicativas se estabelecem e se sobrepõem.

[...] uma pelos eruditos, a outra pela multidão anônima, a terceira ao mesmo tempo pela multidão e pela Igreja. A primeira atribuía a epidemia a uma corrupção do ar, ela própria provocada seja por fenômenos celestes (aparição de cometas, conjunções de planetas etc), seja por diferentes emanações pútridas, ou então por ambos. A segunda era uma acusação: semeadores de contágio espalhavam voluntariamente a doença; eram preciso procurá-los e puni-los. A terceira assegurava que Deus, irritado com os pecados de uma população inteira, decidira vingar-se; portanto, convinha apaziguá-lo fazendo penitência. (DELUMEAU, 1989, p.138).

Outro indicativo da persistência deste pensamento sobre as recompensas e castigos divinos nos é apresentado por Chalhoub (1996) ao buscar compreender entre outros pontos, o comportamento da população do Rio de Janeiro durante as epidemias de febre amarela e varíola no decorrer do século XIX e início do século XX.

Ao analisar o período de calamidade provocada pela epidemia de febre amarela, o autor aponta alguns artigos de jornais diários e registros do parlamento que

defendiam a idéia de que a causa da epidemia era espiritual e, portanto havia necessidade de providência também espiritual, isto é, promoção de cultos, procissões, penitências, reforma e construção de templos a fim de aplacar a ira divina.

[...] a cólera divina fora despertada pelos vícios e pecados da população do Rio, e se prolongava porque continuavam os espetáculos públicos, festas, bailes etc. durante o desenrolar da epidemia. Um articulista ‘provava’ que ‘sem jejum e sem a abstinência não podemos aplacar a cólera, nem desarmar o braço da divina justiça. [...] Na assembleia provincial do Rio de Janeiro, um deputado dizia que a peste era castigo de Deus, ‘e castigo que talvez nós bem mereçamos’. Ele justificava assim o encaminhamento de um projeto, para ser discutido em regime de urgência, no qual a ira do Todo-Poderoso seria aplacada com a construção e reformas de igrejas em vários municípios da província. O regime de urgência foi imediatamente aprovado pelos pares. (CHALHOUB, 1996, p.62-63).

Ainda segundo Chalhoub (1996), nem todos porém, concordavam com este discurso. Os médicos, por exemplo, conhecidos na época como philosophos materialistas, acreditavam que “a epidemia é um fenômeno natural, é o resultado de várias combinações atmosféricas nocivas à vida animal” (p. 65), teoria miasmática. Cabia assim uma providência humana para o estabelecimento da profilaxia e do tratamento da doença. Muitos médicos acusavam a população de não permitir o tratamento adequado por acreditar que a doença era a resposta de Deus aos seus pecados e que se Deus permitia a enfermidade, só Ele era capaz de retirá-la. Porém, para os médicos, essa crença representava a ignorância popular frente ao conhecimento e a cultura, estabelecendo-se, desse modo, um ponto de tensão entre a concepção popular-religiosa e o discurso médico-científico.

Esse confronto entre ciência e religiosidade também é abordado por David (1996) que ressalta mais a tolerância entre os dois pontos de vista que o conflito entre os mesmos.

Apesar de David (1996) não fazer referência a circularidade<sup>2</sup>, ou seja, as influências recíprocas entre os discursos, podemos perceber que em algumas passagens do seu estudo este conceito está presente.

No início de agosto de 1855, o arcebispo da Bahia e primaz do Brasil, Dom Romualdo Antônio de Seixas, afirmava ter reconhecido a ‘mão de Deus’ na epidemia. Para ele, a divindade estaria manipulando a doença de maneira tão extraordinária que dificultava a descoberta de suas causas, de sua natureza e da sua identificação pela ciência médica(...). Assim como o bispo, os médicos também consideravam a moral (ou a ausência dela) e o medo como causas do cólera(...). Na terapêutica espiritual do arcebispo, a moral e a fé eram ingredientes fundamentais para combater a epidemia, pois, apesar de sua implacável punição, Deus poderia perdoar os pecados, ‘suspendendo o castigo` e salvá-los. (DAVID, 1996, p. 88 e 89) .

Os dois grupos – científico e religioso - aqui representados, na nossa compreensão possuem suas convicções bastante delimitadas, porém, não excludentes, aceitando-se mutuamente. Tanto o arcebispo mantém uma postura de respeito frente ao poder curador do conhecimento médico, ainda que subjugado à vontade de Deus, quanto os médicos atribuem a questão moral como sendo uma das causas da epidemia. Isto demonstra que, em determinados momentos, esses diferentes pontos de vista não são estanques, têm interferências recíprocas, sendo possível também identificar uma circularidade entre os mundos científico e religioso.

É necessário ainda mencionar que os cuidados médicos durante as epidemias eram variados e contraditórios entre si, uma vez que não existia certeza quanto às causas e aos tratamentos, portanto a medicina ainda estava muito desacreditada, restando à população o conforto espiritual.

Weber (1999) também trabalha a relação entre o discurso médico e o religioso numa perspectiva mais próxima de David (1996), ao demonstrar que alguns

---

<sup>2</sup> Esse conceito de circularidade cultural foi primeiro trabalhado por Ginzburg no livro *O queijo e os vermes* (1987), nesta obra o autor procura demonstrar a inter-relação constante entre a cultura popular e a cultura da classe dominante, num processo contínuo, onde se dão as influências mútuas entre as culturas.

médicos apesar da crença no poder das resoluções científicas, também eram afeitos a crença na vontade divina para a cura das doenças. Pois, para Weber (1999, p. 26),

ao longo do processo de reorganização das relações sociais da passagem do século [XIX para o XX], conviviam práticas consideradas superstições com práticas ditas científicas. Os próprios médicos, envolvidos em pesquisas e com um discurso progressista, eram indivíduos profundamente religiosos. Eles acreditavam em milagres e na intervenção divina para a cura de doenças. O conhecimento da Medicina, apesar de um discurso de objetividade, possuía explicações mágicas para uma série de fenômenos indecifráveis.

Vemos nesta citação que, apesar da autora afirmar que a concepção médica embora busque legitimar-se como verdadeira, objetiva e o único caminho capaz de levar a cura, não é absolutamente homogênea, uma vez que alguns médicos acreditam em milagre e na intervenção divina para a cura de doenças. Vale ressaltar que o discurso médico tampouco é o único discurso aceito pelo povo, o qual mantém formas variadas de cura, sendo que em alguns casos priorizam o tratamento alternativo, isto é o tratamento não-científico.

Numa perspectiva diferenciada desta, na qual há a inter-relação entre o científico e o religioso, Minayo (1994 b) aborda o tema, entendendo esses universos como inteiramente distanciados. Segundo a autora, as pessoas se voltariam para o mundo espiritual protestante por motivo de doença sempre que estivessem em uma situação-limite. De acordo com essa visão, para obter a cura através da espiritualidade o indivíduo precisa despojar-se de toda a objetividade científica para mergulhar na subjetividade da religião, a fim de demonstrar firmeza na fé e, portanto, ser merecedor da bênção divina.

Esta interpretação dada por Minayo (1994 b), a nosso ver, peca por não contemplar aspectos importantes da relação e dos discursos entre medicina e religião. Trata-se de interseções que não podem ser deixadas de lado, uma vez que, observar este

entrelace é importante para uma melhor compreensão da realidade a qual os indivíduos estão inseridos. Pois, esquecer da circularidade das idéias é trancar os agentes sociais em mundos rigorosamente distintos, incomunicáveis e, portanto, não dialético. Ignoraríamos, assim, a característica essencial da cultura humana, a da transformação.

Em se tratando de mudança na cultura humana, buscaremos inspiração na teoria dialética marxista, cuja hipótese fundamental é de que,

todas as relações firmes, sólidas, com sua série de preconceitos e opiniões antigas e veneráveis foram varridas, todas as novas tornaram-se antiquadas antes que pudessem ossificar. Tudo que é sólida derrete-se no ar, tudo o que é sagrado é profano e os homens são por fim compelidos a enfrentar de modo sensato suas condições reais de vida e suas relações com seus semelhantes. (MARX & ENGELS, 1998, p. 14).

Isto é, nada existe eterno e absoluto. Toda e qualquer existência humana é social e está à mercê de mudanças e de transformações.

## **3 Metodologia**

### **3.1 Tipo de Estudo**

O nosso objeto de estudo reside no campo da subjetividade, uma vez que busca compreender as representações de um grupo social, seus significados e produção de sentidos. Nessa perspectiva, a pesquisa proposta adotou o modelo de investigação *qualitativo*, o qual não visou tão somente numerar ou medir categorias homogêneas de uma realidade ou fenômeno, e por isso não priorizou apenas o uso de um instrumental estatístico como base de análise de um problema. Antes porém, se preocupou com o nível de realidade que não pode ser apenas quantificado, mas que deve ser analisado, compreendido, entendido como uma realidade em constante processo de mudança.

A pesquisa qualitativa lida com questões relacionadas ao universo de “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. (MINAYO, 1996, p. 21-22).

### **3.2 Campo de Estudo**

#### **Feira de Santana: uma contextualização histórica**

Feira de Santana, cidade do interior da Bahia, está situada aproximadamente a 108 km da capital do Estado. Sua estratégica localização como entreposto comercial ligando o litoral ao sertão foi, em parte, responsável pelo seu rápido crescimento populacional. Mas, as suas qualidades não se restringem à privilegiada localização rodoviária; um outro atributo que denota relevância para a

história de sua formação refere-se ao fator climático que une, ao mesmo tempo, características do clima tropical e semi-árido. O primeiro, favorável ao desenvolvimento agrícola, o segundo, ao da pecuária na região. Essa relação já foi observada por diferentes estudiosos, dentre os quais, o brasilianista Rollie E. Poppino, na obra *Feira de Santana*, de 1968, ao afirmar que

a posição geográfica de Feira de Santana, a meio caminho entre a costa e o interior, reflete-se na economia do município. Tal como no sertão propriamente dito, a criação de gado está grandemente desenvolvida (...). Ao mesmo tempo, a combinação da topografia típica, com diferentes solos e chuvas moderadas permitiu uma ampla variedade de produção agrícola tropical e semitropical, em Feira de Santana. (POPPINO, 1968, p.11).

A integração de fatores geográficos e naturais concorreu para que a cidade passasse rapidamente a ser identificada como importante centro produtor e, especialmente, comercial dos gêneros agropecuários, suficientes, tanto para suprir as necessidades internas do município quanto para abastecer a circunvizinhança.

Um pano de fundo semelhante pode ser também percebido em um outro clássico *Fidalgos e Vaqueiros* escrito por Boaventura (1989), que retrata a dinâmica social feirense. Este clássico teve como motivação primeira recompor a vivência cotidiana das famílias no Sertão, trabalhando as diferenças existentes entre o comportamento social da população rural estabelecida no Sertão - região predominantemente pecuária, com sua produção voltada para o mercado interno, responsável pela subsistência da região - e da população no litoral baiano, cuja dinâmica do setor econômico estava centrada na produção açucareira de exportação.

Em ambos os trabalhos (POPINO, 1968; BOAVENTURA, 1989), ficam evidentes a estreita relação entre a atividade comercial desenvolvida na cidade e o seu processo de crescimento e afirmação como pólo econômico regional.

Esse desenvolvimento pode ser percebido através de diferentes indicadores sociais, dentre os quais, sem dúvida, estão os índices populacionais. Há diferentes registros acerca da população feirense entre 1825 e as primeiras décadas do século XX, e no período deste estudo, em específico, duas referências destacaram-se por evidenciarem o ritmo de crescimento: a primeira, refere-se ao ano de 1889, quando se informa haver tão somente no perímetro da décima urbana, uma população de 4.454 pessoas, sendo então 1.835 homens e 2.619 mulheres; 2.231 pardos, 1.402 brancos e 821 negros. (CENEF, 1924.). O registro seguinte refere-se ao ano de 1900, e diz respeito à população do município como um todo, então contabilizada em 63.000 pessoas. (POPPINO, 1968, p. 245-246) A disparidade dos números por certo está relacionada ao fato de que o primeiro referia-se apenas à cidade enquanto que o último engloba também os distritos do município, mas por certo há neles um forte indicativo do aumento populacional da sociedade feirense.

Esse rápido crescimento também trouxe implicações para a vida religiosa de Feira de Santana, a princípio uma cidade predominantemente católica<sup>3</sup>, começa a dividir seu espaço com os protestantes. Nas primeiras décadas do século XX o crescimento do protestantismo é tímido; só em 1935 é que se instala a primeira Igreja Evangélica vindo mais tarde outras missões, e com elas mais algumas Igrejas se estabelecem no município. Esta tendência se modifica em 1950, quando na cidade surgiram duas igrejas batistas, uma presbiteriana, duas pentecostais e uma congregação adventista. (POPPINO, 1968, p. 282) A partir de então, o município passou a abrigar diversas denominações protestantes e muitos fiéis.

---

<sup>3</sup> “O cenário [Brasil] religioso encontrado pelos protestantes no século XIX era definido majoritariamente como católico, pois desde 1824 a Igreja Católica passou a ser religião oficial do Império brasileiro, no entanto o quadro religioso baiano estava fortemente marcado pelas religiões de origem africana. É nesse sólido bloco afro-católico que anglicanos e batistas conquistaram o seu espaço...” (SILVA, 1998).

Atualmente, o município de Feira de Santana conta com uma população de aproximadamente 480.949 habitantes, sendo 229.656 homens e 251.293 mulheres. Esse crescimento populacional também incide no aumento do índice de protestantes e na diversificação de denominações, cuja grande maioria destas vertentes já se encontra na cidade de Feira de Santana, com maior ou menor aceitação, fazendo assim, parte do cotidiano feirense. Só a Assembléia de Deus, conta hoje, com aproximadamente 16.000 congregados, a igreja Universal com 15.000 congregados. A estimativa é que estes números aumentem de acordo com o ritmo crescimento das últimas décadas.<sup>4</sup>

De acordo com Edward (2002), tendência semelhante está sendo constatada em todo país. O Brasil já foi considerado o país mais católico do mundo, mas atualmente está ficando cada vez mais evangélico, cerca de 15% da população brasileira hoje, é protestante. Isto significa um aumento de cinco vezes em relação aos idos de 1940 e, um aumento de 50% em relação à década de 1980, “esse ritmo indica que metade dos brasileiros poderiam estar convertidos em cinco décadas – um tempo mínimo quando se fala em avanço religioso.” (p.89).

### **3.3 Técnica de Coleta de Dados**

Foram realizadas consultas a fontes primárias e secundárias.

Como se trata de uma investigação qualitativa, foram feitas a entrevista semi-estruturada e a observação livre como técnicas de coleta de dados primários, partindo do pressuposto de que é indispensável à participação do sujeito, relatando sua experiência, manifestando seus signos e significados. Entendemos que esses

---

<sup>4</sup> Censo 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>: 2002.

procedimentos foram essenciais para que pudéssemos construir uma análise mais próxima da realidade dos sujeitos em estudo.

A entrevista semi-estruturada favoreceu para que o entrevistado alcançasse a liberdade e a espontaneidade necessária durante o diálogo, enriquecendo, assim, a investigação. Essa técnica permitiu-nos, a partir de questionamentos básicos, apoiados em alguns pressupostos que sustentam a pesquisa, garantir uma maior valorização das experiências dos sujeitos sobre o objeto, uma vez que, no decorrer das entrevistas, conforme suas respostas, novas hipóteses e direcionamento para o estudo foram surgindo, isso garantiu que não direcionássemos exclusivamente a pesquisa às pressuposições definidas, desta maneira, deixamos os sujeitos exporem suas opiniões acerca do tema proposto de forma livre, sem impedi-los de falar o tempo que achassem necessário sobre as questões solicitadas.

Cientes de que as entrevistas deveriam estar orientadas pelo objeto de estudo, elaboramos previamente um roteiro de entrevista (Apêndice 2), levando em consideração três pontos fundamentais, quais sejam, a identificação dos entrevistados: quanto ao sexo, a idade, o grau de instrução, ocupação; a caracterização religiosa: congregação que frequenta, a motivação integradora; e o processo saúde-doença: a concepção de saúde/doença, a classificação das doenças, os recursos terapêuticos e a relação com a medicina acadêmica.

A preparação para a realização das entrevistas teve um processo lento que exigiu bastante cautela. O primeiro passo foi esclarecer para os supostos entrevistados sobre o escopo da pesquisa, bem como a sua finalidade acadêmica. Pedimos a estes, aquiescência para proceder à entrevista mediante a assinatura de um termo de consentimento (Anexo 1), ressaltando, contudo, a importância e a contribuição

dos testemunhos para a conclusão do estudo. Após a aceitação formalizada, marcamos um horário para as entrevistas. No local e hora designados solicitamos a permissão para gravar os depoimentos, alertando para a posterior divulgação de trechos das falas, nas quais respeitaríamos a privacidade e o anonimato dos entrevistados, e, ainda acataríamos os demais princípios éticos da pesquisa com seres humanos de acordo com a Portaria 196/96 do Ministério da Saúde.

O ambiente, bem como o dia e a hora dos encontros foram escolhidos pelos entrevistados, no intuito destes se sentirem mais à vontade e a entrevista fluir com mais naturalidade. Antes mesmo de começarmos a gravar, levávamos um tempo conversando sobre o tema a fim quebrar as tensões impostas por uma máquina impessoal e constrangedora que é o gravador. Quando o entrevistado já se encontrava descontraído, dávamos então início a entrevista. Estas, por sua vez, ocorreram de maneira bastante agradável. Tomamos o cuidado de não alongar muito o processo, para evitar que o momento se tornasse enfadonho.

Conhecedores da complexidade do estudo, ante o tema e grupo escolhido e a fim de garantir a qualidade do mesmo, foi feita uma aproximação com os sujeitos e o meio ambiente, antes mesmo de ter dado início às entrevistas. E ainda, complementarmente, fizemos a observação livre tendo como prioridade somente a observação, a fim de melhor compreender e analisar os processos dinâmicos vividos pelo grupo, além de entender as particularidades do comportamento dos mesmos, absorvendo o máximo de informações sobre o ambiente e os sujeitos que fazem parte da pesquisa, sem contudo, precisar elaborar um roteiro de observação fechado. Durante este momento, buscamos ver os sujeitos em seu ambiente natural, observando a sua postura diante dos outros, tentando fazer um paralelo entre o que foi dito nas entrevistas

e a prática. Esta etapa de compreensão de objeto de estudo foi necessária, visto ser uma pesquisa que buscou trabalhar com um universo de significados, crenças, valores e atitudes de um grupo que se percebe diferente dos indivíduos que não fazem parte do seu universo religioso.

E, como já foi salientado, foram utilizadas fontes secundárias através das consultas documentais (jornais, revistas da escola dominical, livros devocionais) na possibilidade de compreender e esclarecer as questões levantadas para o qual se foi necessário à seleção e organização das informações. Estes documentos são considerados secundários na medida que são interpretações dos fiéis as escrituras bíblicas.

Em relação aos documentos, utilizamos o jornal *O Semeador*, nº 24, ano II, s/d (Doc.1); a revista *Geração JC*, nº 10, jul/ago de 1999 (Doc. 2); a revista *Dominical de Jovens e adultos*, 2002 (Doc. 3) e os livros *Por que Deus não me cura?* de Ron Dunn, 1999 (Doc. 4) e *Cura divina* de Rui Raiol, 1999 (Doc. 5). Além destas fontes utilizamos diversas referências bibliográficas, que abordavam a temática sob a ótica histórica, antropológica, sociológica e, ainda, médico-científica.

Concomitantemente a estas leituras, visitamos alguns templos pentecostais e nestas localidades aplicamos o formulário (Apêndice 1), a fim de levantarmos dados que pudessem nortear o projeto.

Após a definição dos sujeitos deste estudo – os pentecostais da Assembléia de Deus, o passo subsequente foi entrar em contato com os mesmos. Para tanto freqüentamos os cultos tradicionais e os de “maravilhas” (como são chamados os cultos destinados a cura). Com vista ao reconhecimento do campo de pesquisa e apresentação da pesquisadora ali naquela comunidade, no sentido de familiarizar-nos

com o grupo e compreendermos as concepções. Sobre o processo saúde-doença na perspectiva dos pentecostais da Assembléia de Deus.

Antes mesmo de darmos início à coleta de dados, realizamos o pré-teste do instrumento de pesquisa, adotando o critério de não fazê-lo com os possíveis sujeitos do estudo.

Em média as entrevistas duraram de 30 a 40 minutos, com exceção de uma, que levamos mais de uma hora, por vontade da entrevistada, pois desejou contar muitas experiências pessoais.

### **3.4 Sujeitos do Estudo**

Os sujeitos do nosso estudo são os membros da Igreja Pentecostal Assembléia de Deus em Feira de Santana, fiéis e líderes que passaram ou não pela experiência da cura através do Espírito Santo.

Escolhemos trabalhar com os pentecostais da Assembléia de Deus, devido à expressividade numérica deste grupo no município, que contava no período com aproximadamente 16.000 congregados e, também, por razão das especificidades doutrinárias, isto é, a crença na cura através da fé.

Fizemos entrevistas com doze pessoas, em três diferentes templos, coincidentemente com quatro congregados em cada templo. Buscamos compor nosso grupo de forma mais heterogênea possível, observando a idade, o sexo, a situação econômica e o grau de instrução, a fim de garantir informações representativas dos assembleianos em Feira de Santana. O número de entrevistas não foi delimitado a priori,

haja vista que, em pesquisa qualitativa o aspecto mais relevante situa-se na compreensão de representações simbólicas. Portanto, esta amostragem nos possibilitou abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

No quadro 1 apresentamos a caracterização dos 12 sujeitos entrevistados.

Quadro 1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONGREGADOS DAS ASSEMBLÉIA DE DEUS ENTREVISTADOS – Feira de Santana/Bahia, ago/2002

Nº	Situação Congregacional	Congregação	Sexo	Idade	Escolaridade
Ent. 1	Congregado	Sede	Feminino	31	2º completo
Ent. 2	Congregado	Sede	Masculino	33	2º completo
Ent. 3	Congregado	Sede	Feminino	58	1º incompleto
Ent. 4	Congregado	Sede	Masculino	78	1º incompleto
Ent. 5	Congregado	Avenida	Feminino	37	1º completo
Ent. 6	Congregado	Avenida	Masculino	62	Sem instrução
Ent.7	Congregado	Avenida	Feminino	17	2º completo
Ent. 8	Congregado	Avenida	Masculino	43	2º completo
Ent. 9	Congregado	Madureira	Feminino	42	1º incompleto
Ent. 10	Líder	Madureira	Masculino	27	3º completo
Ent. 11	Congregado	Madureira	Feminino	21	1º incompleto
Ent. 12	Congregado	Madureira	Masculino	34	3º incompleto

\* O número do entrevistado obedece à ordem crescente de cada entrevista realizada.

\*\*A congregação refere-se ao nome do templo visitado.

Dos doze entrevistados, um deles era pastor, que desempenha a função de liderança no templo da Madureira, os onze restantes são congregados nos templos Sede, Avenida e Madureira. Vale lembrar que todos os congregados desempenham uma função na sua comunidade religiosa, a função desempenhada depende dos dons concedidos por Deus a estes fiéis. A idade dos entrevistados variou entre 17 e 78 anos, aspecto importante para compreender as transformações das representações do processo saúde-doença, haja vista que os congregados mais jovens têm uma maior facilidade em incorporar aspectos de outras culturas, além do acesso dos mais jovens às informações científico-tecnológicas nas escolas/ universidades, no trabalho e outros.

A escolha deste grupo com características tão heterogêneas, não comprometeu o desenvolvimento da pesquisa, visto que, segundo os próprios pentecostais, “os fiéis são escolhidos por Deus para operar os milagres espirituais, sejam

estes pastores ou não, homens ou mulheres, jovens ou idosos”. O criador atribui dons que se manifestam quando os cristãos não estão em pecado, isto é, quando obedecem à vontade de Deus em suas vidas através da leitura, compreensão e obediência aos mandamentos bíblicos e, ainda, mediante as orações e os jejuns como meio para conseguir a purificação dos pecados.

A primeira Congregação a ser visitada foi a Sede dos assembleianos no município, um grande templo localizado no bairro Brasília; a segunda Congregação foi a da Avenida, situada na Avenida Getúlio Vargas e por fim a Congregação Madureira, estabelecida no bairro Coronel José Pinto. Nestas congregações fomos levados a entrevistar as pessoas que se apresentaram mais solícitas ao nosso intento. Acontecimento que foi de profunda importância para o desenvolvimento da pesquisa, pois a confiança de que os objetivos do estudo não comprometeriam a imagem da congregação foi indispensável para suscitar uma maior disposição dos que vieram compartilhar conosco suas experiências.

Antes de darmos continuidade ao esclarecimento da metodologia, é necessário elucidar para o leitor sobre alguns atributos peculiares da doutrina dos sujeitos do nosso estudo, discorrendo sobre duas questões básicas: o que significa ser pentecostal? Qual a origem deste grupo no Brasil e no mundo?

Vamos começar definindo o termo pentecostal. Essa expressão foi originalmente utilizada para designar à festa judaica das colheitas. Decorridas várias gerações, esse vocábulo passou a ostentar outro significado, isto ocorreu por volta da década de 30 da Era Cristã, ou seja, os últimos dias de Jesus Cristo aqui na terra. O filho de Deus revelou a seus apóstolos que quando os deixassem, Ele enviaria o consolador,

ou seja, o Espírito Santo. E, isto, segundo o texto bíblico (Atos 2), aconteceu no dia de Pentecostes,

(...) veio do céu um som, como de um vento veemente e impetuoso, e encheu toda a casa em que estavam assentados. E foram vistas por eles línguas repartidas, como que fogo, as quais pousaram sobre cada um deles. E todos cheios do Espírito Santo, e começaram a falar noutras línguas, conforme o Espírito Santo lhes concedia que falassem.

A partir de então, o termo Pentecostes passou a significar o dia em que o Espírito Santo desceu dos céus para habitar entre os homens que aceitassem a Cristo como Senhor e Salvador de suas vidas, a fim de que estes pudessem receber o Batismo pelo Espírito Santo<sup>5</sup> e operar milagres, assim como Jesus o fizera quando esteve entre os homens.

Mas a gênese do pentecostalismo, enquanto grupo religioso, só pode ser historicamente identificado a partir do século XVIII, quando o princípio da santificação começava a se fazer presente nos movimentos metodistas de avivamento nos Estados Unidos da América, inserindo a idéia de busca pela perfeição cristã, isto é, a segunda obra da graça, a qual se distinguia da salvação, considerada a primeira graça. Entretanto, a configuração plena do pentecostalismo só se deu nos primórdios do século XX, quando alguns cristãos experienciaram o falar em línguas estranhas e a pregar que Jesus havia deixado uma terceira graça, o batismo pelo Espírito Santo. (FREESTON, 1994; ROLIM, 1994; CAMPOS JR, 1995; CESAR & SHAULL, 1999).

---

<sup>5</sup> O **Batismo pelo Espírito Santo** significa receber dons. O cristão pode ser agraciado com um ou mais, dos nove dons espirituais: sabedoria, discernimento do espírito, ciência, fé, cura de doenças, operação de maravilhas, profecia, interpretação de línguas e falar em línguas estranhas. (MACEDO, 1989)

A primeira manifestação de glossolalia ocorreu na passagem de ano de 1901, durante uma vigília. Uma das alunas de Parham<sup>6</sup>, Agnez Ozman, sentiu o desejo de receber orações com a imposição de mãos (geralmente o pastor coloca as duas mãos sobre a cabeça do fiel para orar por ele). Com a prece, Ozman falou em outras línguas, dando-se assim, o início do pentecostalismo nos EUA. (CAMPOS JR, 1995).

Parham, sintetizador da doutrina que permitiu o surgimento do pentecostalismo era admirador do Ku-Klux-Klan, tinha práticas racistas como por exemplo, permitir que os negros ouvissem suas aulas somente do lado de fora da sala. Apesar de ter dado o primeiro passo concreto para a criação do pentecostalismo, não foi ele o grande responsável pela sua divulgação. Este mérito pertence a um negro, “W.J Seymour, um batista nascido como escravo, que era cego de um olho e trabalhava como garçom” (FRESTON, 1994, p. 69).

É em Los Angeles que Seymour se torna conhecido e respeitado, inclusive pelos pastores brancos que vão receber a ministração do líder negro. A convivência harmônica entre as distintas etnias não durou muito tempo. Questões doutrinárias começam a divergir, causando cisões, “os brancos que haviam recebido a ordenação na Igreja de Deus em Cristo (predominantemente negra) saíram para fundar a Assembléia de Deus (quase exclusivamente branca) em 1914” (FRESTON, 1994, p.70).

Neste ínterim, o pentecostalismo começou a ser difundido pelo mundo. Missionários foram enviados a diversos países, pregando e edificando novos templos. Houve uma rápida e expressiva difusão do movimento, o qual passou a atingir especialmente a população pobre, devido ao seu caráter imediatista que se propunha

---

<sup>6</sup> Charles Parham foi um líder religioso que aprofundou a discussão entorno do batismo do Espírito Santo. Fundou o Lar de Curas Betel (1898) e o Colégio Bíblico Betel (1900) na cidade de Topeka, Kansas. Ele buscava evidências bíblicas para o batismo pelo Espírito Santo. (CAMPOS JR, 1995, p.21-22).

resolver problemas do cotidiano como curar doenças, viabilizar emprego e melhorar o relacionamento com os familiares. (MACEDO, 1989; FRESTON, 1994; ROLIM, 1994).

Por seu caráter eminentemente emocional, o pentecostalismo sofreu várias críticas nos EUA. Este acontecimento pode ser explicado pelo fato da sociedade americana supervalorizar o autocontrole e a racionalidade, não comportando, assim, uma religiosidade que se baseia exclusivamente na fé. (SOUZA, 2000). E, em função disso, foi fácil associar o pentecostalismo aos pobres e aos negros, os quais eram vistos como inferiores.

Durante décadas, segundo Souza (2000. p. 30), o pentecostalismo foi considerado pelos estudiosos “como expressão de um comportamento neurótico produzido pela anomia social (...). Por esse motivo foi estudado a partir de seus aspectos psicológicos tomado enquanto problema social”. De certo, estas interpretações tiveram como base teórica o positivismo de Durkheim, o qual defendia a possibilidade de existência de fatos sociais anômalos, não regulares, patológicos, fruto de comportamentos doentios, que deveriam ser tratados, a fim de que a vida social voltasse à sua normalidade. Essa análise positivista foi posta em cheque por muitos pensadores, dentre eles, mais notadamente os marxistas.

No Brasil, o movimento pentecostalista teve início no ano de 1910. Período que chega ao país três imigrantes: o italiano Luigi Fancescon, fundador da Congregação Cristã nos EUA, que se instala em São Paulo; e dois missionários suecos, Daniel Berg e Gunnar Vingren, que se estabelecem em Belém do Pará e fundam a Assembléia de Deus. (ROLIM, 1994; CAMPOS JR, 1995).

Francescon, de início freqüentou uma congregação presbiteriana no bairro do Brás, em São Paulo. Mas, a sua tendência pentecostalista logo começou a evidenciar-se. A partir de então, não demorou muito tempo para que surgissem os primeiros conflitos entre suas concepções bíblicas e as concepções tradicionalistas dos presbiterianos. Após estas contendas, o missionário saiu da congregação e levou consigo alguns dissidentes. (ROLIM, 1994; CAMPOS JR, 1995).

Daniel Berg e Gunnar Vingren ficam hospedados no templo da Igreja Batista em Belém do Pará. Assim que dominam a língua portuguesa, os dois missionários começaram a expor suas concepções acerca da doutrina do batismo pelo Espírito Santo. A partir de então começam as divergências interpretativas das escrituras. Não tardou para que as primeiras manifestações pentecostais (glossolalia, profecias) começassem a aparecer. Ao ter início estes episódios, os missionários e seus adeptos, cerca de vinte pessoas, foram expulsas da congregação batista. Desde então, começam a realizar reuniões na casa de um paranaense adepto aos princípios pentecostalistas, e, no ano de 1914, o grupo inaugura o seu primeiro templo. (FRESTON, 1994; CAMPOS JR, 1995). É importante salientar que a A.D. no Brasil foi gerida, pelo menos até a década de 30, pelos suecos, e, só a partir dos anos 70 é que os norte-americanos passaram a influenciar o desenvolvimento da denominação no Brasil. (FRESTON, 1994).

Esse grupo dissidente protestante começou a se espalhar pelo Brasil desde suas origens. Mas, vale dizer que, essa difusão do protestantismo não foi feita por um único grupo coeso, isto porque ocorreram muitas dissensões dentro das próprias congregações, por vezes estas divisões se davam por questões secundária, tais como intrigas pessoais, discordância na interpretação de alguma passagem bíblica. Assim

sendo, tornou-se complicado classificar os grupos protestantes aqui no Brasil. Algumas tentativas tipológicas foram feitas, a exemplo do que foi proposto no seminário que ocorreu na Pontifícia Universidade Católica (PUC) em meados da década de 1990. Dentre os modelos apresentados, podemos apontar através do quadro 2 a tipologia dos grupos protestantes brasileiros como aceitável, mas, com algumas ressalvas, quanto a sua completude.

Quadro 2: DISTRIBUIÇÃO DA TIPOLOGIA DOS GRUPOS PROTESTANTES NO BRASIL

Protestantismo de Missão	Protestantismo de Migração	Pentecostalismo Clássico	Pentecostalismo Autônomo	Neo-denominacionalismo	Seitas
Congregacionais	Igreja Anglicana	Assembléia de Deus	Brasil para Cristo	Batista de renovação	Testemunhas de Jeová
Presbiterianos	Igreja Luterana	Igreja Pentecostal	Deus é Amor	Igreja Metodista Wesleyana	Mórmons
Metodistas	Igreja Reformada	Igreja de Deus	Casa de Bênção	Igreja Cristã Presbiteriana	Adventistas
Batistas		Congregação Cristã	Nova vida	Comunidade Evangélica	
Episcopais		Igreja do Evangelho Quadrangular	Igreja Universal do Reino de Deus	Igreja Renascer	
Luteranos			Igreja Cristo Vive	Comunidades Autônomas	

Fonte: BITENCOURT FILHO, José. Do messianismo possível: pentecostalismo e modernização. In. SOUZA, Beatriz Muniz de; GOUVEIA, Eliane H.; JARDILINO, José R.L. (org). Sociologia da Religião no Brasil. São Paulo: PUC/Sociedade Religiosa Edições Simpósio/ UMESP, 1998.

Um dos grandes problemas encontrados nesta tipologia reside em considerar os Luteranos como protestantismo de missão, uma vez que os Luteranos tiveram um crescimento vegetativo, atuando especialmente entre a comunidade teuto-brasileira e não possuindo aspirações proselitistas, portanto devendo ser classificado enquanto protestantismo de imigração.

Uma outra tipologia foi sugerida pelo CEDI/ISER (Centro Ecumênico de Documentação e Informação/ Instituto Superior de Estudos Religiosos), esta classificação apresenta-se com menos problemas que a anterior mas, não sem ressalvas, devido a sua incompletude. Porém, para o propósito deste estudo a tipologia subscrita apresenta-se mais adequada.

Quadro 3: DISTRIBUIÇÃO DA TIPOLOGIA DOS GRUPOS PROTESTANTES NO BRASIL

Protestantismo de Missão	Protestantismo de Imigração	Pentecostais	Pentecostais Autônomos	Carismáticos	Pseudoprotestantes
Congregacionais Presbiterianos	Igreja Anglicana Igreja Luterana	Assembléia de Deus Igreja Pentecostal	Brasil para Cristo Deus é Amor	Batista da renovação Metodista Wesleyana	Testemunhas de Jeová Mórmons
Metodistas	Igreja Reformada	Igreja de Deus	Casa da Bênção	Cristã Presbiteriana	Adventistas
Batistas		Congregação Cristã do Brasil	Nova vida		
Episcopais			Universal do Reino de Deus Evangelho Quadrangular Maranata Outros		

Fonte: CEDI/ISER Apud SILVA, 1998, p. 7-8.

Apesar de todas as discordâncias, os pentecostais de maneira geral, têm como princípios doutrinários básicos o batismo pelo Espírito Santo (dom proveniente de Deus); a preocupação com a santificação (seguir os desígnios de Deus através do cumprimento das Escrituras), a crença na conversão e a esperança da segunda vinda de Cristo.

Mas, a despeito deste eixo doutrinário, a homogeneidade não é garantida nem mesmo no interior de uma mesma denominação. A exemplo do que acontece na Assembléia de Deus que possui pelo menos dois ministérios: o de Madureira e o de Missão. Novaes (1985) aponta três ministérios - Madureira, Missão e Ipiranga. Porém, pastores da A.D em Feira de Santana os identificam como dois, contra argumentando que a denominação Ipiranga pertence ao ministério de Missão, sendo erroneamente considerada autônoma devido a sua grande extensão.

A distinção mais proeminente entre estes dois ministérios – Missão e Madureira - é que o de Missão foi influenciado mais diretamente pelos norte-americanos, conservando seus costumes mais rígidos. Já o ministério de Madureira, as suas origens são mais nacionalistas, a qual adotara uma tradição mais flexível, no que

tange aos costumes, a exemplo, da permissão de ordenar diaconisas e missionárias, costume que não é admitido na Missão. Os pastores chamam atenção para o fato de que a diferenciação se dá mais no âmbito administrativo, haja vista que cada uma possui uma convenção, mas alegam que as formas eclesiais e litúrgicas são semelhantes.

Mas apesar das divergências nas Igrejas pentecostais, vias de regra, os fiéis se manifestam através da glossolalia (falar em línguas estranhas), interpretação de línguas, curas, profecias, orações, exorcismos, palmas, cânticos e danças.

Desde seus primórdios no Brasil, os pentecostais buscam de forma consciente, diferenciar-se das pessoas do 'mundo' (os não crentes), "o povo de Deus não somente é diferente, mas é também melhor" (FREESTON, 1994, p. 68). Para conseguir o intento da diferenciação, vestem roupas, usam linguagens e possuem atitudes peculiares, argumentando que o crente não é deste mundo, portanto, não podem se aparentar com as pessoas do mundo e não devem se apegar às coisas materiais pois, estão aqui só de passagem e, portanto, precisam demonstrar através de seus corpos e atitudes a diferença de pertencer a outro mundo, ao mundo da espiritualidade. (VALLA, 2001). Aqui podemos inferir como a religião transforma a visão dos adeptos, ao funcionar como uma lente decodificadora dos padrões culturais de uma sociedade, servindo como diferenciador dos comportamentos sociais.

A despeito das aspirações de pertencimento exclusivo do mundo espiritual, não podemos analisar o fenômeno pentecostal fora do contexto histórico ao qual está inserido. Portanto, afirmamos que o pentecostalismo é um movimento peculiar à modernidade, identificando-se com as turbulentas transformações que ocorreram neste momento histórico- a primeira revolução industrial, e com ela a intensificação da pobreza, das epidemias, da prostituição, e do alcoolismo, juntando-se a isso a expansão

desordenada das cidades, a exploração da mão de obra trabalhadora, o desemprego, o crescimento da mendicância, a falta de políticas públicas nos setores de saúde, educação, moradia, além da falta de perspectiva de mudança do status quo. (ROLIM, 1994; MACEDO, 1989; NOVAES, 1985).

A união desses fatores pode ter gerado um clima de insegurança e incerteza diante do mundo sensível, fragilizando assim a massa de despossuídos, e, conseqüentemente, levando-a a ficar mais propensa a apegar-se à espiritualidade, uma vez que a fé traz conforto e alento para os que a ela procuram através das promessas de promoção de cura aos problemas físicos, sociais e espirituais. E, estas promessas estão referenciadas largamente na Bíblia, a qual diz:

Pedi, e dar-se-vos-á, buscai, e encontrareis; batei, e abrir-se-vós-á. Pois aquele que pede, recebe; o que busca, encontra; e ao que bate, se abre. Qual dentre vós é o homem que, pedindo-lhe pão o filho, lhes dará uma pedra? Ou pedindo-lhe peixe, lhe dará uma cobra? Ora, se vós sendo maus, sabeis dar boas coisas aos vossos filhos, quanto mais vosso Pai, que está nos céus, dará boas coisas aos que lhe pedirem? (MATEUS, 7: 7-11)

As mudanças comportamentais verificadas no cotidiano dos novos cristãos, e a observância de que este grupo representa uma fração social relativamente expressiva e crescente chamou atenção de muitos cientistas sociais, os quais passaram a buscar explicações mais cuidadosas para o fenômeno em evidência. As vertentes interpretativas do pentecostalismo dos anos 70 e 80, prioritariamente marxistas, atêm-se basicamente a relação do expansionismo do movimento em áreas onde imperam a pobreza e a miséria. Oliveira (1985) e Rolim (1994), chamam atenção ao expansionismo do pentecostalismo no Nordeste, e/ou nas zonas dos grandes centros urbanos que foram invadidas pelo amplo contingente de imigrantes nordestinos, fugidos das secas e em busca de melhores condições de vida. Machado (1996), Macedo (1989) e Novaes (1985) fazem ainda uma extensiva análise acerca da despolitização desse movimento, isto é, da

alienação política desses cristãos, além da falta de compromisso das lideranças do movimento pentecostalista com as questões sociais.

A segunda corrente interpretativa se debruça sobre grupos específicos, não mais sobre as classes de um modo geral. Procuram associar o “pentecostalismo com a ‘aflição’ não só dos pobres, mas também dos negros, desempregados, homossexuais, idosos, alcoólatras e mulheres” (FRY e HOWE apud MACHADO, 1996, p.3). Este estudo começa a descobrir a heterogeneidade no universo pentecostalista. O que é absolutamente natural perceber que a instituição religiosa está inserida numa sociedade repleta de diversidade de indivíduos com seus dramas peculiares. Mas, esse grupo de pesquisadores buscou apenas suprir as carências dos trabalhos dos anos 70 e 80, os quais se preocupavam, tão somente com o macro, mas estes pesquisadores da chamada segunda fase interpretativa pecaram em privilegiar exclusivamente as minorias e esqueceram de articular o específico com o geral.

Atualmente a terceira vertente, a partir das discussões geradas pelas duas abordagens anteriores, busca responder de maneira mais efetiva as indagações hodiernas. Percebemos entretanto, que as pesquisas ganharam um cunho mais dialético, privilegiando concomitantemente o geral e o específico, tentando unir os dois vértices: o conjuntural e o individual, oferecendo assim, melhores condições para responder as inquietações do nosso tempo.

Essa importância dada pelos pesquisadores ao pentecostalismo, deve-se ao fato de não figurar nem um século a presença deste grupo no Brasil para que ocorresse uma rápida e expressiva disseminação. Hoje existem pelo menos, uma centena de denominações pentecostais (NOVAES, 1985). Portanto, há milhares de congregações espalhadas por todo país. Apenas para ilustrar, a Igreja Universal do

Reino de Deus inaugura cerca de três templos por domingo. Sabe-se que em 1998 esta denominação contava com mais de três mil Igrejas espalhadas pelo Brasil inteiro.<sup>7</sup>

Em Feira de Santana, a expansão numérica de igrejas pentecostais também é bastante expressiva. Fizemos um breve levantamento preliminar de dados (Apêndice 1) durante o mês de novembro de 2001, com representantes de algumas congregações escolhidas aleatoriamente. Visitamos a sede de oito denominações diferentes e obtivemos os seguintes dados aproximados:

Quadro 4: DISTRIBUIÇÃO DAS IGREJAS PENTECOSTAIS VISITADAS PELA PESQUISADORA EM FEIRA DE SANTANA, nov/2001

Denominações	Ano de instalação	Nº de templos	Nº de congregados
Assembléia de Deus	1951	92	16.000
Igreja Universal do Reino de Deus	1983	80	15.000
Igreja Pentecostal Deus é Amor	1977	27	6000
Igreja Caminho ao Deus Vivo	1994	02	250
Igreja Pentecostal Brasil para Cristo	1983	02	200
Igreja Pentecostal Cristo é Vida.	1994	03	200
Igreja Missionária Quadrangular	1994	01	100
Igreja Evangélica Gênesis	2000	01	100

Estes dados, embora aproximados, servem para demonstrar a expressividade da presença pentecostal em Feira de Santana e que suas influências não se apresentam incólumes à sociedade, cabendo, portanto, conhecer esse grupo e suas crenças, a fim de que possamos compreender melhor a sociedade a qual estamos inseridos.

### 3.5 Método de análise dos dados

Os dados foram analisados com base no método de análise hermenêutica-dialética.

<sup>7</sup> Cristãos: evangélicos pentecostais. Disponível em: <<http://www.asreligioes.globo.com>: 2001.

A fim de elucidar este conceito, iremos analisar com maior cuidado a definição de dialética, apontando seus princípios básicos para um melhor entendimento da sua aplicação, quais sejam: “tudo se transforma”, “tudo se relaciona”, “há uma interpenetração dos contrários” (LAKATOS & MARCONI, 1985, p. 72). Podemos afirmar que tudo se modifica pois nada é absoluto, nem estático, e que todas as coisas estão em constante processo de formação e superação, portanto, o término de um processo é sempre o início de outro. A partir desta perspectiva, não podemos esperar construir definições permanentes para as relações sociais, antes porém, devemos buscar compreender a sociedade, levando em consideração a dinâmica de suas ações. E, esta dinâmica ocorre também devido a inter-relação das coisas; não existem fenômenos isolados, podemos afirmar que as coisas se formam e se transformam pois estão inseridos numa rede complexa de relações interdependentes. E, neste emaranhado ocorrem os conflitos de interesses entre grupos e/ou indivíduos. Um outro aspecto importante que não devemos esquecer, é a historicidade dos fenômenos, “tudo está sujeito ao fluxo da história” (LOWY, 1985, p. 14), uma vez que, não existem leis naturais, o homem é quem traça o seu destino através de suas escolhas e ações.

No que se refere à hermenêutica, podemos dizer que, a origem do termo não é muito recente, pois remonta a tempos longínquos, e, ainda, é importante ressaltar que a sua utilização não foi homogênea ao longo do processo histórico.

A hermenêutica moderna, segundo Gadamer, faz compreender o texto mas, também, deve explicar, ou dar indícios acerca do modelo da concepção social sobre o tema no momento em que o texto foi produzido e, também, no período que está sendo estudado, e, ainda, deve deixar evidente a importância das questões que o pesquisador faz ao texto. “o ponto central de toda compreensão se refere a relação

objetiva que existe entre os enunciados do texto e nossa própria compreensão do assunto”. (GADAMER, 1983, p.65).

Para Habermas (1987), a hermenêutica-dialética não determina técnicas de tratamento dos dados e sim a sua autocompreensão. Segundo este autor as comunicações são relações sociais históricas, que possuem como ethos a dinâmica, o antagonismo e a contradição entre classes, grupos e culturas. E, por isso a linguagem pode ser tomada, também, como meio de dominação e de poder social. “ela [a linguagem] serve à legitimação das relações de violência organizada” (p.21), visto que a linguagem pode ser utilizada como veículo ideológico, esta pode ser empregada muitas vezes para legitimar o modelo de dominação dos segmentos abastados, dos grupos que detêm maior poder. Portanto, para analisar um texto ou um diálogo é necessário levar em consideração o contexto de sua produção, as relações entre os grupos, a ideologia presente nos discursos e, ainda, como afirma Gadamer, as concepções do próprio pesquisador.

Mais tarde Minayo (1994a) retoma a discussão propostas por Gadamer e Habermas acerca do método de análise hermenêutica-dialética, e propõe uma síntese revisada desta discussão, salientando os pontos mais importantes do embate e consenso entre estes dois autores. A hermenêutica-dialética é considerada como um caminho de pensamento, e, não como um conjunto de métodos, que busca realizar uma reflexão acerca do objeto em estudo unindo a teoria com a prática, na tentativa de desvendar o que está por trás dos conteúdos manifestos, isto é, indo além das aparências, do que está sendo comunicado, buscando perceber suas ideologias e suas representações.

Para o desenvolvimento deste trabalho, a partir do que foi discutido com base na hermenêutica-dialética sistematizada por Minayo (1994a), vivenciamos três

etapas para a organização das idéias e desenvolvimento da análise do estudo discutidas a seguir:

### **1º momento: ordenação dos dados**

Nesta fase, organizamos o material a ser analisado, levamos em consideração os objetivos e questões da pesquisa. Iniciamos, com a leitura e compreensão das publicações existentes acerca do pentecostalismo no Brasil e, também, sobre a representação cultural do processo saúde-doença.

Realizamos ainda a transcrição das falas gravadas no mesmo dia da entrevista, o que facilitou o processo de compreensão dos depoimentos, uma vez que, as ações e os gestos não registrados pelo gravador, foram facilmente lembrados e contextualizados, frente o menor tempo gasto entre a entrevista e a sua transcrição, repercutindo na fidelidade aproximada ao real.

Após a transcrição, fizemos uma leitura cuidadosa do material, a fim de percebermos alguma “falha” na gravação, possibilitando, retornar ao entrevistado, felizmente não houve necessidade de refazer as entrevistas.

### **2º momento: classificação dos dados**

Após a ordenação dos dados, iniciamos a sua classificação. No primeiro momento contamos com a ajuda dos discentes e docentes da disciplina *Análise de Dados da Pesquisa Qualitativa em Saúde*, do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UEFS. O objetivo da experiência conjunta foi o de socializar a aplicação prática do conhecimento acerca da técnica de análise dos dados qualitativos.

Sob a coordenação e orientação das docentes da disciplina constituímos um caminho metodológico a ser seguido para a consecução da análise dos dados coletados, com base no método da hermenêutica-dialética.

Inicialmente apresentamos para os alunos da disciplina uma súpula sobre o estudo, contendo o objeto da pesquisa, os objetivos, os pressupostos, o referencial teórico, a metodologia e a problemática do estudo. Após esta explanação, os discentes foram divididos em quatro grupos, cada um deles com quatro pessoas para trabalharem os dados empíricos coletados. A partir de então foi feita por grupo a leitura flutuante das entrevistas. Em seguida, identificamos coletivamente seis núcleos de sentidos, a saber: **concepções de saúde, concepções de doença, motivos que levam os indivíduos a adoecer, procedimentos utilizados quando se adoecer, medidas de preservação da saúde e a relação médico-paciente.** Estabelecidos os núcleos de sentido, separamos os fragmentos das falas dos sujeitos que se relacionassem com estes núcleos. Posteriormente, montamos um quadro analítico, a fim de sistematizar as informações obtidas, conforme o quadro 4 a seguir.

Quadro 5: SÍNTESE DOS CONFRONTOS DOS DEPOIMENTOS DOS PENTECOSTAIS ENTREVISTADOS EM FEIRA DE SANTANA/BAHIA. Dez. de 2002

<b>Núcleos de sentido</b>	<b>Ent. 1</b>	<b>Ent. 2</b>	<b>Ent. 3</b>	<b>(...)</b>	<b>Ent. 12</b>	<b>Síntese horizontal (convergente, divergente, diferente e complementar)</b>
1. Concepções de saúde						
2. Concepções de doença						
3. Motivos que levam os indivíduos a adoecer						
4. Procedimentos utilizados quando se adoecer						
5. Medidas de preservação da saúde						
6. Relação médico-paciente						
<b>Síntese vertical</b>						

A partir de então realizamos as sínteses horizontal dos núcleos de sentido e evidenciamos os fragmentos dos depoimentos convergentes, divergentes, complementares e diferentes aos núcleos de sentido, elementos necessários para a elaboração das categorias analíticas.

A síntese vertical propiciou uma idéia dos núcleos de sentido de cada entrevista, uma vez que selecionamos as falas mais expressivas dos sujeitos de nossa pesquisa.

### **3º momento: análise e interpretação**

Após a elaboração das sínteses e com base nos referencial teórico, e nas questões norteadoras, delimitamos dois eixos interpretativos. O primeiro, acerca das concepções saúde-doença e o segundo, sobre as práticas de cura.

Do primeiro eixo interpretativo – concepções saúde-doença -, foram identificadas três categorias empíricas:

- **SAÚDE: harmonia do corpo, espírito e mente**
- **SAÚDE: uma vida de santidade nos pés de Cristo**
- **DOENÇA: desequilíbrio físico, emocional e espiritual**

No segundo eixo – **Práticas de Cura-**, identificamos apenas uma categoria empírica, aqui destacada:

- **Processo saúde-doença na prática de cura dos assembleianos: intervenções da medicina acadêmica e medicina popular.**

Este foi o momento de estabelecer um contato mais aprofundado com o material empírico, o que nos propiciou um olhar mais crítico sobre os dados. A partir de então, começamos a estabelecer de maneira mais sistematizada a relação dos dados empíricos com os pressupostos teóricos, levando-nos gradativamente a compreender o processo saúde-doença dos pentecostais da Assembléia de Deus em Feira de Santana.

Este momento caracteriza-se pelo desvendamento do conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. Sem excluir as informações estatísticas, nos voltamos para identificar as ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos que analisamos. Teve seu início com a coleta das informações, juntamente com a ordenação dos dados, alcançando nesta etapa sua maior intensidade, a partir da reflexão, intuição e estabelecimento das relações entre os dados e o referencial teórico.

Embora tivéssemos detido nossa atenção ao conteúdo "manifesto" dos documentos, não deixamos de aprofundar a análise, buscando desvendar o conteúdo "latente" que eles possuem na tentativa de desvendar as representações simbólicas do grupo de estudo. Essa análise exigiu um esforço minucioso de investigação e busca inesgotável compatível às peças de um quebra-cabeça complexo que não possui apenas uma forma específica de ser montado, uma vez que, rastrear pegadas de pessoas que estão integradas numa rede de comportamentos sociais variados e que no seu cotidiano contribuem tanto para preservar quanto para transformar as tradições culturais, é uma tarefa muito árdua. Sendo assim, tivemos a necessidade de ativar nossos atributos subjetivos a fim de interagir com o universo (des)conhecido, na tentativa de melhor compreender as relações sociais, políticas, econômicas e culturais de um mundo que possui uma lógica própria de organização. Portanto, decifrar as representações

simbólicas dos grupos, significa tentar compreendê-los nos seu aspecto mais escorregadio, por revelar as suas subjetividades.

## **4 Representações sociais do processo saúde-doença**

Neste capítulo analisaremos as experiências vividas pelos sujeitos deste estudo, que não exitaram em contribuir com esta pesquisa ao dividir momentos de profunda particularidade durante as entrevistas e cultos, ao relatarem suas histórias de vida e demonstrarem suas crenças. Por vezes experiências que significam o encontro do caminho adequado para a condução de sua história e, também, de seus familiares.

Ao perceber a importância da experiência religiosa para essas pessoas, reconhecemos a grande responsabilidade que temos ao atribuir uma interpretação aos dados coletados, por isso buscamos não inferir juízo de valor nos depoimentos analisados, apresentando com fidedignidade as concepções que estes sujeitos históricos explicitaram concretamente acerca do processo saúde-doença e suas implicações em suas vidas.

Diante desta responsabilidade, e, para que houvesse uma melhor compreensão do objeto em estudo, sistematizamos a análise dos dados empíricos (entrevistas e observações de campo) deste capítulo – Representações Sociais do processo saúde-doença em três subcategorias: Saúde: harmonia do corpo, espírito e alma; Saúde: uma vida de santidade aos pés de Cristo e Doença: desequilíbrio físico, emocional e espiritual.

#### **4.1 SAÚDE: harmonia do corpo, espírito e alma**

Antes de analisar especificamente o conceito de saúde entre os assembléianos é necessário fazer uma alusão à aceção do termo na contemporaneidade de forma mais genérica. No sentido lato, a idéia de saúde está relacionada diretamente ao significado da expressão qualidade de vida (MOREIRA, 2001). Mas, esta informação per si não é suficiente para garantir uma compreensão satisfatória do que é ter saúde, uma vez que o conceito qualidade de vida é bastante relativo. Se perguntássemos a um ecologista, por exemplo, qual é a sua definição de qualidade de vida, provavelmente, diria que qualidade de vida é estabelecer uma harmonia com a o meio-ambiente, preservando-o. Se fizéssemos o mesmo questionamento a um economista, supostamente responderia que qualidade de vida está intimamente relacionada ao padrão de consumo dos indivíduos.

Partindo deste pressuposto, entendemos que precisamos situar este conceito sócio-culturalmente, a fim de que possamos lhe atribuir um significado mais contextualizado, historicamente determinado. Mesmo porque, seus significados se transformam durante todo processo histórico, podendo variar de acordo com a época, a situação social, as características psíquicas e, também, de acordo com as crenças religiosas. O que nos pareceu como verdade absoluta no passado pode apresentar-se insuficiente no presente. Desta maneira, o conceito de qualidade de vida não pode dizer-se universal se não respeitar as peculiaridades sócio-culturais da sua definição.

Nesta perspectiva, entendemos que não podemos esboçar um conceito único e definitivo para o termo, visto que, as concepções – construções dialéticas entre o indivíduo e a sociedade – estão em invariável mudança, sendo assim, este se apresentará incompleto pois, poderá não contemplar a todas as representações que os sujeitos

possam ter. Entretanto, podemos inferir que, cada grupo pode esboçar uma definição própria, ainda que temporariamente. E, é acerca destas concepções que iremos discorrer.

Uma primeira categoria empírica identificada sobre o conceito que se tem de saúde pelos assembleianos, foi explicitamente sintetizada na fala de três dos entrevistados.

**Saúde** é quando se está bem fisicamente e espiritualmente... é quando você harmoniza o corpo, a alma e a mente. É quando você se sente bem... em paz. **É o perfeito estado físico, psíquico e emocional.** (Ent.1)

**Saúde** é o bem estar físico, emocional e espiritual. É o homem no seu todo estar bem, **não é apenas a ausência de doença mas, é na sua totalidade o homem estar bem, tanto na psique, que é a alma, quanto no corpo.** (Ent. 3)

(...) se a gente tem saúde, a gente está bem, em paz consigo mesmo e com todos. Existe, também a saúde espiritual, nessa dimensão espiritual se ela é satisfatória estamos bem, estamos em paz com Deus mas, se não é satisfatória podemos gerar sentimentos no nosso coração e, isso pode causar doenças na alma. (Ent. 7).

Ou seja, ter saúde significa estabelecer uma harmonia entre o corpo, a alma e o espírito. Percebemos que esta definição tem seus princípios ancorados na teoria do equilíbrio/desequilíbrio, que é considerada a base da medicina ocidental “racional” difundida por Hipócrates, a qual pressupõe uma estabilidade harmônica entre partes. Isto é, o organismo estabelece uma harmonia com um ou mais elementos, tais como a natureza, a divindade, a mente, o espírito, entre outros. Enquanto existe harmonia, existe saúde mas, se esse equilíbrio é desfeito, então o indivíduo adocece, e ao adoecer é necessário identificar a fonte do desequilíbrio a fim de encontrar o meio eficaz de cuidar desta parte causadora da doença e restabelecer assim a saúde. (CANGUILHEM, 1990; HELMAN, 1994; LABURTHE-TOLRA & WARNIER, 1997).

Mas, qual é a compreensão que os pentecostais da Assembléia de Deus têm sobre o organismo e suas partes constituintes?

Na concepção deste grupo sobre os elementos que compõem o organismo é de que existe uma trindade composta pelo corpo, alma e espírito. Esta compreensão está embasada nos princípios bíblicos que se referem à formação do homem. Segundo estes, Deus criou o homem de maneira especial, pois o formou à sua imagem e semelhança. Tal procedimento diferenciou o ser humano das demais criaturas, haja vista que os animais irracionais surgiram conforme a ordenação divina de acordo com sua espécie. “O homem, entretanto, ganhou corpo, alma e espírito se tornando, assim, distinto das demais coisas criadas por Deus. Tal situação leva-nos a um compromisso de ‘administrar’ bem o corpo que recebemos de Deus.” (Doc. 3 - ALENCAR, 2002, p. 9).

A conotação inferida ao organismo revela-nos que ele é uma espécie de moradia do Espírito Santo, “... o vosso corpo é santuário do Espírito Santo, que habita em vós, o qual possuíis da parte de Deus, e que não sois de vós mesmos?” (I CORÍNTIOS 6:19).

Em função deste significado, o cristão deve se alimentar adequadamente, cuidar da higiene pessoal, evitar excessos físicos e fugir da prostituição. “Não honramos a Deus quando desonramos nosso corpo, pois ele é o templo do Espírito Santo.” (Doc. 4 - DUNN, 1999, p.14). Esta prática de honrar o corpo, justifica em parte a aversão que os protestantes têm ao consumo de álcool e do cigarro, uma vez que, o consumo destes dois produtos, sempre significou a possibilidade do vício incontrolável e, na atualidade, estes têm sido freqüentemente associados a fatores de risco para a saúde.

(...) A preservação [da saúde], eu acho que, a boa alimentação ela, eu acho que é o melhor remédio, quando se faz uma alimentação a base de frutas, verduras e legumes. Evitando enlatados, evitando conservas de uma forma geral. Produtos industrializados, quanto mais a gente procura buscar os produtos mais naturais é... a tendência é adoecer menos. Por exemplo, tudo aquilo que agride ao corpo, agride ao sistema, né? Existe um sistema, nós temos um sistema, e esse sistema ele foi feito para ser usado corretamente, quando a gente, por exemplo, o cigarro, é uma agressão, você está afetando os pulmões,

conseqüentemente a corrente sanguínea e vai, gera uma conseqüência de... várias conseqüências. Enfim, evita-se o uso de drogas, como o cigarro, as bebidas, os enlatados. Recomenda-se o uso de frutas, legumes e verduras. (Ent. 1).

Durante as observações nos cultos, percebemos que para os pentecostais da A.D. não se deve maltratar o corpo, apenas por causa de uma consciência de preservação da vida mas, sobretudo, porque o organismo é a morada de Deus, e como morada do Ser Supremo, o indivíduo já não possui mais autonomia sobre ele, uma vez que este agora pertence à divindade. Assim sendo, o homem tem que fazer a vontade do Criador no propósito com o seu corpo. “Porque fostes comprados por bom preço; glorificai, pois, a Deus no vosso corpo, e no vosso espírito, os quais pertencem a Deus”. (I CORÍNTIOS 6:20).

No que se refere a alma, esta é concebida como o sopro divino que trouxe vida ao corpo: “... e soprou em seus narizes o fôlego da vida, e o homem foi feito alma vivente” (GÊNESIS 2:7). A alma age no mundo material mediante a existência de um organismo, sendo responsável pelos nossos atos (EZEQUIEL 18:20). Quando ocorre a morte, a alma deixa o corpo sem vida. A alma é individual, cada alma distingue-se uma das outras, ela é composta por três capacidades: a *vontade* que é o instrumento para nossas decisões e revela o poder de escolha; o *intelecto* que está relacionado nossa mente e manifesta nosso poder intelectual, dela surge a sabedoria, o conhecimento e o raciocínio; e as *emoções* que revelam nossos gostos, simpatias, amor, alegria, ódio e felicidade. (Doc. 3 - ALENCAR, 2002, p.14).

O espírito humano é o elemento que leva a criatura manter comunhão com o criador. É através dele que o homem se sobressai diante das outras espécies criadas, pois o espírito oferece ao homem a consciência de si mesmo e das suas

responsabilidades diante de Deus e com os outros indivíduos. Uma das características do espírito é a consciência, a qual expressa a natureza moral e espiritual do homem. A consciência é o arbítrio do espírito, seja no momento de acusar ou defender o homem das suas intenções ou atos. (Doc. 3 - ALENCAR, 2002, p.14 e 15).

É importante salientarmos que na hierarquia dos elementos que constituem o ser humano –, corpo, espírito e alma – o corpo é a menor parte, pois segundo os textos bíblicos, a preocupação do homem deve centrar-se no desenvolvimento do ser interior, que é constituído por elementos incorruptíveis – alma e espírito –, o corpo físico pelo contrário, se degenera após a morte, mas o espírito volta a Deus quem o deu (ECLESIASTES 12:7) e a alma dorme esperando o julgamento. Por isso, é necessário, para fortalecer o ser espiritual enfraquecer a carne, através do jejum e da oração.

Segundo a Escritura, existe uma rivalidade entre os desejos da carne e a vontade do espírito. Enquanto o espírito busca a Deus, a carne tende a satisfazer suas aspirações. Nesta batalha a alma entra como o setor responsável pelas escolhas humanas, pelos pensamentos e anseios. Uma alma (mente) sã, é aquela que busca o bem e desvia-se do mal. O homem cristão tem sua mente transformada, recuperada por Deus, santificada pelo Espírito Santo quando aceita a Jesus como Senhor e Salvador de sua vida. Por isso, o homem cristão tende a fazer a vontade de Deus, pois o Espírito Santo começa a atuar na vida dos que se convertem, e, esta atuação significa atribuir uma nova consciência ao cristão, indicando o que é permitido e o que não é, ou seja, do que agrada ou desagrade a Deus. (Doc. 4 - DUNN, 1999; Doc. 5 - RAYOL, 1999).

Na cosmovisão assembleiana, para que o bem estar do espírito, do corpo e da mente seja satisfatório, o homem precisa, primeiro, ter sua mente convencida,

mediante a fé de que precisa de Deus. Saciar a sede do espírito com a presença do Senhor guiando a sua vida e mantendo o corpo saudável, cuidando do mesmo com bastante comedimento. (Doc. 3 - ALENCAR, 2002).

O homem cristão se diz um homem modificado, renascido. O qual após a experiência com Deus se sente um novo ser, que deve aprender a se comportar de uma maneira diferente diante da sociedade.

De modo geral, os ritos de passagem denotam a sensibilidade das pessoas com relação ao dinamismo da própria existência humana. O peregrinar do homem através de sua existência envolve uma gama enorme de situações, de transformação, de passagem, de metamorfose. No plano biológico o indivíduo nasce, cresce, se reproduz, envelhece e morre. No plano social acontece algo semelhante. A ocupação das várias posições sociais implica em modificações substanciais na vida das pessoas. (MELLO, 1987, p.32).

As crenças anteriores, as certezas, os desejos, as concepções, os assembleianos acreditam que foram totalmente alteradas. Esta base doutrinária dos assembleianos encontra-se na Bíblia, a qual diz: “Se alguém está em Cristo, nova criatura é; as coisas velhas já passaram; eis que tudo se fez novo.” (II CORÍNTIOS 5:17). Sendo assim, o homem que acredita ter sido renovado pelo Espírito Santo de Deus, tem seu universo modificado pelas lentes da religião. Segundo Mello (1987), durante o decurso da vida, os indivíduos vivenciam variados ritos de passagem, sendo a experiência religiosa reconhecida como um destes ritos. Para este autor, estes momentos decisórios da existência humana servem para alimentar os elos sociais que vinculam as pessoas entre si. Portanto, a chamada “conversão” significa pertencimento a um novo grupo e, conseqüentemente, adoção de novos comportamentos sociais.

## 4.2 SAÚDE: uma vida de santidade aos pés de Cristo

Uma segunda subcategoria identificada sobre a concepção de saúde foi à idéia de “saúde enquanto o resultado de uma vida de santidade aos pés de Cristo” (Ent. 7). Esta concepção sugere uma compreensão espiritual do sentido da vida. A aceitação de Cristo é entendida como o nascimento de um novo período nas suas existências, sendo aceito pela antropologia como um rito de passagem. (MELLO, 1987). Isto é, os cristãos assembleianos acreditam que a prioridade é voltar-se para as coisas espirituais “buscai primeiro o seu reino de Deus e a sua justiça, e todas estas coisas vos serão acrescentadas.” (MATEUS 6:33), tais como saúde, alimento, moradia e até mesmo mais dias de vida sobre a terra. Este talvez seja um dos princípios bíblicos mais relevantes na conduta cristã, aquele que é bastante proferido e cobrado do cristão no seu dia-a-dia. Esse princípio, por várias ocasiões foi endossado pelos apóstolos de Cristo ao afirmarem que o homem não deve se preocupar com coisa material, apenas com a sua espiritualidade.

Essa idéia na atualidade é ainda bastante aceita e divulgada pelos cristãos protestantes, pois não foi incomum ouvir dos membros da A.D. durante as observações e entrevistas que após ter aceitado a Cristo como Senhor e Salvador de suas vidas, tenha havido uma mudança radical em suas existências, nos seus objetivos, nos seus valores, inclusive no que se refere à saúde.

Vale ainda acrescentar que a idéia de saúde para os cristãos pentecostais, especialmente para aqueles desprovidos de recursos financeiros, está associada à idéia de boa alimentação e de boa higiene.

**Saúde** é estar bem, bem alimentado... é cuidar bem da nossa higiene. Isso é ter saúde.(Ent. 5).

**Saúde** é o nosso cuidado no alimentar, nosso cuidado em tudo, com a higiene. Porque quanto mais a gente cuida do nosso corpo material, o cuidado é melhor. Porque tem pessoa, né? Que fuma, bebe e faz tudo, e depois diz que tá cuidando de si, mas não é... a gente tem de cuidar com alimentos... (Ent. 8).

Pressupomos desta maneira, que a relação que se estabelece entre a religião e a condição social não pode ser esquecida. Haja vista que, a história de vida dos sujeitos reflete em suas concepções de mundo, tendo estas pessoas passado ou não por mudanças profundas em suas vidas, como é o caso dos indivíduos que se convertem a um princípio religioso.

Apesar do dogma religioso causar intensa mudança na atitude comportamental dos indivíduos, isto não significa a supressão de suas experiências anteriores à conversão, antes porém, indicam elaborações de sínteses do mundo sensível e do universo religioso. Talvez seja um dos mecanismos mais evidentes da incorporação da cultura científica ao meio religioso e vice-versa, visto que a adesão ao protestantismo pentecostal vem se diversificando paulatinamente uma vez que, o perfil não pode ser caracterizado apenas por pobres e analfabetos, fazendo parte também deste grupo pessoas de posição social elevada e pessoas instruídas.

Para além destas concepções acerca de saúde, identificamos um entendimento distinto que, no entanto, chamou-nos a atenção. Este se refere à representação da saúde enquanto disposição para tudo, especialmente para trabalhar,

**Saúde** pra mim é... é coisa boa que às vezes... hoje, eu clamo por ela, porque a gente, eu até... na idade, até quarenta anos de idade, eu num... me preocupava, eu, eu fazia tudo, eu trabalhava, ia de lá, eu ia pra vigília, voltava da vigília de manhã. De manhã chegava em casa, cuidava das crianças e ia para o trabalho de novo. E ali eu dizia que tava sentindo, não sentia uma dor de cabeça, não sentia nada. (Ent. 8).

[tem saúde] a pessoa [que] tem disposição pra tudo... porque se a pessoa tem disposição é claro que a pessoa tá saudável, tá podendo trabalhar né? (Ent. 11) .

Apesar deste aspecto não ter sido predominante nos depoimentos dos membros da AD, Queiroz (1999) aponta que esta representação encontra-se presente no imaginário do trabalhador de forma mais abrangente, pois, “para a grande maioria desta população, estar doente não significa um evento exclusivamente biológico, projetando-se no efeito mais dramático que produz, qual seja, a incapacidade de trabalhar e a conseqüente ameaça à subsistência familiar.” (p.273). De modo que, se uma pessoa evidencia disposição e habilidade de trabalho, ele é considerado saudável.

Neste sentido, segundo Boltanski (1989) e Giovani (1980), entre as classes sociais de menor renda, a doença tenderia a ser percebida quando o indivíduo apresentasse uma incapacidade no desempenho social, representada principalmente pelo trabalho.

Percebemos ainda que a noção de trabalho apresentada por este grupo, não se restringe a idéia de atividade-castigo, comumente associada à etimologia do termo. Estando, porém, muito mais próximo à concepção de obediência aos princípios bíblicos “do suor do teu rosto comerás o teu pão” (Gen. 3:19) e do tão notório princípio capitalista moderno, de que o trabalho dignifica o homem, tornando-o cidadão.

Segundo Donnangelo (1976), a prática da medicina é um ato regulador da capacidade de trabalho, uma vez que a medicina constitui-se como uma prática social na estrutura capitalista, sendo identificada como fundamental na continuidade do processo de acumulação capitalista ou da reprodução das condições de produção.

(...) ao exercer-se sobre o corpo, definindo os limites de sua capacidade física e normatizando as formas de sua utilização, a medicina não apenas cria e recria condições materiais para à produção econômica mas participa ainda da determinação do valor histórico da força de trabalho e situa-se, portanto, para além de seus objetivos tecnicamente definidos. (DONNANGELO, 1976, p. 34).

Na sociedade brasileira quem tem um trabalho, tem uma dádiva, pois é através dele que o indivíduo pode conseguir os meios necessários à sua subsistência de forma honesta. Como o cristão tem que ser exemplo, ele não deve fugir a essa regra. Ademais, um indivíduo empregado é considerado um cidadão de “bem”, aceito socialmente, não recaindo assim sobre ele o estigma da desclassificação social.

Segundo Weber (1967), o protestante possuía a obrigação de trabalhar para a glória de Deus, além de criar seu reino sobre a terra, isto porque o cristão deveria ser a luz do mundo, o exemplo regenerado de homem para que os outros percebessem a ação de Cristo em suas vidas restauradas. Contudo, a análise weberiana partiu de dados estatísticos que evidenciaram a estreita relação entre os homens de negócio bem sucedidos e a crença protestante. A partir de então, buscou-se estabelecer uma vinculação entre a doutrina do protestantismo e o desenvolvimento do capitalismo.

Weber (1967), apontou que os valores éticos adotados pelos protestantes, tais como a austeridade, o dever e a vocação ao trabalho, comedimento com os gastos, atuavam de modo decisivo no comportamento dos indivíduos e na maneira de conduzir a criação dos filhos, optando sempre por atividade que estimulasse a obtenção de lucro. Na concepção weberiana, o protestante não é muito dado ao esbanjamento e nem se apega muito as coisas materiais, ajudando, deste modo, a acumulação de dinheiro e tornando-se assim um agente impulsionador do capitalismo. Para Aron (2000, p. 474), o que Weber quis demonstrar “é que a atitude econômica pode ser orientada pelo sistema de crenças, tanto quanto o sistema de crenças pode ser comandado, num dado momento, pelo sistema econômico.”

Um outro ponto que foi observado, é que para algumas correntes pentecostais, dentro da própria Assembléia, o sucesso econômico e a saúde física são

indicativos da bênção divina, de modo que a desgraça financeira e a doença podem simbolizar o pecado do fiel e, conseqüentemente, o castigo de Deus, como um alerta ao fiel de sua má conduta, a fim de que este se arrependa do seu pecado e volte a agradecer a Deus e torne a ser abençoado.

Um depoimento que apresentou-se diferente dos demais aqui analisados mas que reforçam as representações desse grupo sobre saúde, foi o de que é necessário “evitar as coisas proibidas” (Ent. 9), favorecendo, assim, ao pentecostal na manutenção de sua saúde.

Esta assertiva pode ser compreendida por dois caminhos interpretativos. O primeiro deles, está imbuído numa visão doutrinária-religiosa. Pela qual segue-se a classificação bíblica de alimentos limpos e de alimentos impuros. Por esta categorização são relacionados cinco grupos de animais – mamíferos, aves, répteis, animais marinhos e insetos, indicando quais são permitidos ou não para fazer parte da dieta alimentar das pessoas.

Eu cuido da saúde evitando muitas coisas. Evitando de comer coisas ‘ilícitas’, andando para meu trabalho, é uma légua para ir e outra légua para vir a pé, também, não perco noite, evito tomar sereno, ‘pro mode’ não gripar... e, também, num comendo tantas coisas que é ilícitas somente o que for próprio. (Ent.9).

Os mamíferos ruminantes que possuam a unha fendida eram considerados limpos mas se não possuíssem as duas características conjuntas seria considerado impuro, porque “dos que ruminam, ou que têm a unha fendida, não podereis comer os seguintes: o camelo, a lebre e o querogrilo, porque ruminam, mas não têm a unha fendida; imundos vos serão;” (DEUTERONÔMIO 14:7). As aves de rapina e predadoras são proibidas para o consumo, sendo as outras liberadas. No que se refere aos répteis, todos são considerados imundos, portanto desaconselhados para o consumo.

Quanto aos animais aquáticos, os considerados como limpos são aqueles que possuem barbatanas e escamas. Todos os crustáceos, mariscos e similares são excluídos. Dos insetos, o cupim, a formiga branca e o gafanhoto são os únicos recomendados para a dieta alimentar. (CHERRY, 2001).

Uma outra questão que se coloca na Bíblia acerca do alimento não indicado para o consumo cristão, é aquele sacrificado a ídolos, “mas, se alguém vos disser: Isto foi oferecido em sacrifício; não comais por causa daquele que vos advertiu e por causa da consciência;” (I CORINTIOS 10:28).

O segundo caminho interpretativo acerca da proibição de alimentos para o consumo, se relaciona com as descobertas científicas sobre os hábitos alimentares e seus efeitos para a saúde. O avanço científico fornece-nos informações preciosas quanto à dieta que devemos seguir para promover a saúde, ou ainda para recuperá-la. Neste caso, ainda que de forma não elaborada, existe uma certa circularidade entre a concepção religiosa e a concepção médico-científica, em que os agentes históricos reelaboram estes entendimentos de maneira contínua ao longo de suas vidas. Esta é uma mostra de como os conhecimentos popular e científico são reelaborados pelas pessoas no cotidiano social.

Tenho cuidado, eu tenho muito cuidado com o meu alimento, porque eu mesma agora tô com uma dieta aí para não comer isso, nem comer aquilo, aí eu tiro tudo... pra não comer... às vezes, como as coisas sem vontade, que coisas de dieta é ruim. Mas tem que obedecer. A gente obedece, né? Se não obedecer é pior, né? (Ent. 8).

Preservar a saúde na parte material: vários tipos de alimentação que não é necessário, que você sabe que aquilo prejudica e que não é necessário você não vai se atrofiar a comer aquilo que você sabe que vai ser prejudicial, fazer mal. (Ent 10).

### 4.3 DOENÇA: desequilíbrio físico, emocional e espiritual

Segundo Espinheira (1996, p. 11), a concepção do senso comum, bem como, da medicina científica sobre a doença é de que ela representa “a manifestação de incômodos ou mesmo dor ou dores em uma ou mais de uma região do corpo, a revelar infecções por microorganismos ou mau funcionamento de órgãos”.

Para Rabelo, Alves e Souza (1999), a doença constitui-se numa situação problema, que põe em xeque a atitude natural e exige dos indivíduos medidas normalizadoras. Em todas as duas definições a doença significa uma alteração no estado normal do indivíduo, em que precisa ser regulado.

Quanto à definição de doença, sugerida por uma grande maioria dos entrevistados, podemos dizer que ela é entendida como um desequilíbrio na “harmonia da perfeita máquina humana”,

**Doença** é exatamente quando esse corpo físico ele, é... Sente as reações também da doença da alma. (Ent. 1).

(...) a **doença** por sua vez, é quando há qualquer distúrbio em uma das áreas citadas, ou na, na parte física, emocional ou espiritual. Houve um distúrbio, houve uma anomalia, qualquer dificuldade, qualquer distorção no corpo, na alma, no espírito isto aí já se, já ... denominam doença. (Ent. 3).

Entretanto, no que se refere a causação das doenças, identificamos cinco princípios explicativos. O primeiro deles, está relacionado ao próprio Deus como o causador das enfermidades. O Ser Supremo envia a doença sobre os indivíduos para que estes se arrependam dos pecados cometidos. (Doc.5 - RAIOL, 1999; Doc. 4 - DUNN, 1999).

(...) a **doença** vem primeiramente da desobediência da nossa vida neste mundo. Não reservando o nosso corpo para os bons princípios e as boas coisas que Deus tem dado para conosco. E, acima de tudo, livrando dos, ‘dos começos dos mal’. E, quem está em Cristo Jesus é

nova criatura e se torna um novo homem, um novo corpo, uma nova vida... As doenças carnais... são as doenças emocional, são doenças que também o homem contamina muitas vezes nos beijos 'ilícitos'... nos abraços 'ilícitos'... doenças perigosas... na alimentação... O homem e a mulher adquirem essas doenças por bactérias, falta de um começo, de um princípio de zelo a ele mesmo (Ent. 9).

(...) as **doenças** são frutos dos pecados, que às vezes as pessoas pecam e 'cobrem' o pecado... pecados 'encobertos'. Ali, Deus castiga, Deus põe sobre ele um 'preço que ele tem que pagar'. (Ent. 11).

Para os entrevistados 9 e 11 a enfermidade é vista como consequência direta do pecado, isto é, um castigo de Deus para os fiéis que no momento estejam em estado de culpa.

Assim sendo, a enfermidade é entendida como fruto da vontade de Deus. E, esta vontade pode ser compreendida sob dois aspectos. O primeiro, quando à vontade de Deus assume um caráter de permissividade. Neste caso Deus apenas permite que coisas ocorram, sem que Ele esteja interferindo diretamente nos acontecimentos. O exemplo bíblico tradicional que referencia este argumento, é o caso de Jó. O Senhor permite que Satanás interfira na condução da vida de Jó, que tire seus bens, sua saúde e sua família. Deus apenas assiste como um telespectador, não permitindo, apenas que, o Diabo toque na vida de seu servo. (Doc.3 - ALENCAR, 2002).

O segundo aspecto é quando ocorre a ação de Deus na condução da vida dos indivíduos.

Se ouvires atentamente a voz do Senhor teu Deus, e fizeres o que é reto diante de seus olhos, e inclinares os ouvidos aos seus mandamentos, e guardares todos os seus estatutos, sobre ti não enviarei nenhuma das enfermidades que enviei sobre os egípcios; porque eu sou o Senhor que te sara. (ÊXODO 15:26).

Assim como Deus é responsabilizado pelas doenças acometidas aos homens, Satanás também é tomado pelo mesmo feito, porém com uma distinção: Deus envia a doença com a finalidade pedagógica de ensinar ao homem os caminhos do bem,

mas, o Diabo não possui finalidades nobres, ele quer atormentar e confundir o homem a fim de que este duvide da existência e da bondade divina. (Doc. 5 - RAIOL, 1999; Doc. 4 - DUNN, 1999).

O pecado que faz com que o corpo físico seja penetrado por estas forças malignas, porque são brechas deixadas. (Ent. 7).

Hoje em dia o mundo está, jaz no maligno, se ele jaz no maligno, ele tem doenças perigosas, a AIDS, a tuberculose, o câncer. (Ent. 8).

As doenças, elas... na sua... no seu... na sua origem, elas são conseqüências naturais do pecado. Todos nós adoecemos, porque todos nós trazemos a... natureza pecaminosa, porém existem é... doenças puramente espirituais, são investidas do maligno, ações malignas que atuam na vida do ser humano. (Ent. 12).

O pecado como podemos verificar nos relatos, provoca a ira de Deus e, também, deixa espaços para que o diabo domine a vida do pecador. Nos textos bíblicos encontramos referências sobre a doença como resultado da ação do Diabo.

Senhor, tem compaixão de meu filho, porque é epiléptico e sofre muito; pois muitas vezes cai no fogo, e muitas vezes na água. Eu o trouxe aos teus discípulos, e não o puderam curar. E Jesus, respondendo, disse: ó geração incrédula e perversa! até quando estarei convosco? até quando vos sofrerei? Trazei-mo aqui. Então Jesus repreendeu ao demônio, o qual saiu de menino, que desde àquela hora ficou curado. Depois os discípulos, aproximando-se de Jesus em particular, perguntaram-lhe: Por que não pudemos nós expulsá-lo? Disse-lhes ele: Por causa da vossa pouca fé; pois em verdade vos digo que, se tiverdes fé como um grão de mostarda direis a este monte: Passa daqui para acolá, e ele há de passar; e nada vos será impossível. Mas esta casta de demônios não se expulsa senão à força de oração e de jejum. (MATEUS 17:15-21).

Faz parte ainda do imaginário popular que Satanás pode infligir uma enfermidade a uma pessoa além da forma direta, ele, também, pode ser evocado a fazê-lo mediante a ação de feiticeiros, bruxos, seguidores dos credos africanos ou, também, os adoradores do demônio que buscam as forças do mal para atingir as pessoas que estão desprotegidas. (HOEBEL; FROST, 1999).

Durante os cultos percebemos que a liderança reforça a idéia de que quando as pessoas são atacadas pelo demônio, só Deus pode livrá-las deste mal, mas, o

Criador pode utilizar seus servos nesta batalha. Para tanto a Igreja precisa estar preparada para anular as ações demoníacas. Essa preparação se efetiva quando existe uma perfeita comunhão entre Deus e a Igreja, isto é, quando as pessoas se encontram sem pecados.

**Doenças espirituais, o único meio de ser tratado, ou como deve ser tratado é através da... de métodos espirituais: a leitura da palavra, a oração, o jejum e, sobretudo, estar aos pés do Senhor Jesus, porque quem tem poder para curar as feridas da alma, as doenças espirituais é Jesus. Homem nenhum consegue fazer isto, não obstante a psicologia se, se intitular como a ciência que estuda a alma, estuda o comportamento, estuda o homem na sua parte é, é... da psique, porém, esta parte da alma, esta parte espiritual só Jesus tem poder para curar, agora, por sua vez, Jesus usa, nos usa como homens dotados do conhecimento da palavra, de vida de oração para levar as pessoas a receber a cura espiritual. (Ent 3).**

Nestes casos em que Deus ou o Demônio são responsabilizados como causadores de doenças, compreendemos que a enfermidade é, em princípio, vista como algo externo, mas, ainda assim, o indivíduo é parcialmente responsabilizado pelo acometimento da enfermidade, uma vez que, a ação de Deus, neste caso, sobre a vida de alguém é para fazê-lo se arrepender de algum pecado. No caso do Diabo, ele pode aproveitar-se da fraqueza do indivíduo para apossar-se de sua vida a fim de disseminar sofrimento para o doente e seus familiares. Mas, nos dois casos, o indivíduo tem a culpa do pecado cometido. Ação cuja consequência é ativar a ira de Deus, ou as artimanhas ardilosas de Satanás.

O terceiro ponto diz respeito ao estilo de vida pessoal. No alimentar, na higiene, no consumo de álcool, no tabagismo. Neste caso a moléstia é responsabilidade completa do indivíduo ao levar-se em consideração o seu descaso com o corpo.

Existem doenças na naturalidade da vida por consequência da pessoa que fuma, que bebe, doença que vai contrair em virtude desses vícios. Doenças que são causadas por extravagância, por falta de boa 'mordomia' do corpo, de boa administração, de bons cuidados do corpo.... (ent. 3).

Não cuidar do seu corpo, não se alimentar bem, não comer frutas e verduras. Causa uma falta de vitaminas no corpo, ele enfraquece e a gente adoce. (Ent. 4).

Nestes depoimentos fica explícita a idéia de que o corpo reage aos maus tratos impostos a ele. Na atualidade, estudos científicos têm apontado para o acontecimento de que a maioria das doenças não ocorre subitamente, elas são alentadas pelos indivíduos durante anos, de acordo com o estilo de vida escolhido por estes. Quando os sintomas aparecem, o momento indica uma necessária mudança radical de hábitos, o que provoca um choque nos indivíduos.

A quarta causa da enfermidade reside na condição humana de criatura decaída e seu destino de decomposição. “O corpo recebeu um golpe direto na Queda e agora está sujeito a um processo de morte de degeneração.” (Doc. 4 - DUNN, 1999, p160). Os homens estão destinados a morte material e, esta morte ocorre por meio da enfermidade. Portanto, o assembleiano não se encontra livre dos males “naturais” que sua condição humana lhe impõe, apesar de sua crença em Deus.

Sendo assim, acreditam que o corpo está propenso a todo tipo de enfermidades cuja causa remete a “doenças naturais, de nascença, provocadas por vírus e bactérias” (Ent. 1). Uma outra crença presente ainda hoje no imaginário popular é de que “a doença [natural] pega pelo vento” (ent. 10). Esta hipótese baseia-se na teoria miasmática de que a enfermidade está no ar, no ambiente contaminado por odores pútridos.

O quinto princípio explicativo apontado como agente causador para o adoecimento foi a preocupação,

(...) se preocupa com alguma coisa, a gente que tem família, eu mesma que sou mãe, às vezes me preocupo com alguma coisa... com um filho. Que ele está desempregado. Eu, eu fico preocupada. Que os netos quer

alguma coisa e os filhos não podem dar, que eu também não tenho condição pra dá. (Ent. 8).

Neste caso, a doença está relacionada à ansiedade acerca da situação econômica da família. Para estes indivíduos que passam por dificuldades financeiras, a fonte primordial de preocupação está centrado na falta de dinheiro, ou na impossibilidade de obtê-lo por meios legais – trabalho.

Vale aqui reafirmarmos que, na concepção popular sobre doença, várias teorias se fundem, desde as mais antigas às mais recentes, num processo contínuo, em que as representações vão sofrendo mudanças, ora pelo desenvolvimento de novas teorias, ora pela releitura das antigas, num contínuo de elaborações e sínteses.

As falas dos assembleianos nos levam a crer que a doutrina cristã tem contribuído para o desempenho de uma vida mais saudável. A orientação dada aos fiéis para cuidar do corpo não exagerando nos alimentos prejudiciais à saúde, a condenação aos vícios – tabagismo e álcool -, a proibição do adultério e de ações promíscuas, o aconselhamento à prática de exercícios, demonstram que eles têm se preocupado com este aspecto da vida humana.

Existem doenças na naturalidade da vida por conseqüência da pessoa que fuma, que bebe, doença que vai contrair em virtude desses vícios. Doenças que são causadas por extravagância, por falta de boa mordomia do corpo, de boa administração, de bons cuidados do corpo.... é administrar bem o corpo. **A melhor medicina é a preventiva, não a corretiva. Correr, andar, não ter uma vida sedentária mas, está sempre viajando, tendo lazer, tirando férias, saindo com a família, se alimentando bem, não se alimentar muito.** (Ent. 3) .

A gente preserva a saúde como qualquer pessoa, fazendo as refeições nas horas certas. Aí vem a questão dos hábitos higiênicos. Dormindo nas horas certas. Porque, porque **a pessoa que não dorme bem não é saudável. Não bebendo, não fumando, tudo isso preserva à saúde.** (Ent. 6) .

Todas estas atitudes inegavelmente favorecem a manutenção da saúde, e isto se faz, pois, o cristão tem por obrigação espiritual se cuidar, haja vista que o “corpo é o mais importante instrumento que possuímos. Um corpo santificado, limpo e saudável é o que mais se encaixa no projeto original de Deus” (Doc. 5 - RAIOL, 1999, p. 117).

No jornal “*O Semeador*” (Doc. 1) de circulação nacional, há um espaço destinado a orientações de cuidados sobre a saúde. Em um dos seus fascículos três notas nos chamaram a atenção. A primeira delas foi acerca das gorduras, ao destacar os alimentos em que são encontrados os diferentes tipos de gorduras e quais são os tipos que devem ser consumidos com restrições. O segundo artigo fala sobre a importância do aleitamento materno e suas vantagens na prevenção de doenças no bebê. E a terceira nota traz dados sobre o câncer de mama, alertando para a necessidade do auto-exame, explicando como fazê-lo e, ainda, aconselhando a procurar o médico caso haja algum sinal da enfermidade, recomendando que toda mulher de faixa etária entre 35 a 40 anos deveria fazer a mamografia.

Estes dados poderão ser indicativos de que os pentecostais não se fecharam em uma redoma de princípios espirituais ortodoxos, pelo contrário, estão se adequando à nova realidade, buscando entender o mundo à luz da nova interpretação bíblica, haja vista que, a hermenêutica feita da bíblia também se transforma ao longo dos anos.

Hoje, esse grupo se encontra bastante aberto às descobertas científicas, não as vê como obras do demônio e, sim como permissão divina ao desenvolvimento de novos avanços a fim de que o homem tenha uma qualidade de vida melhor.

## **5 Processo saúde-doença na prática de cura dos assembleianos: intervenções da medicina acadêmica e medicina popular.**

Analisamos neste capítulo as práticas utilizadas por este grupo social para manter a e/ou recuperar a saúde, destacando a relação que estes sujeitos sociais estabelecem com a medicina acadêmica e, por fim, abordamos as práticas de cura utilizada na Assembléia de Deus e fora dela (consultórios médicos, indicações de familiares, de amigos e de vizinhos).

A medicina acadêmica é formada por um grupo legalmente acolhido pelas autoridades e, em grande parte dos países, é o único sistema garantido por lei, sendo composto por médicos de várias especialidades e por para-médicos, a exemplo dos enfermeiros e fisioterapeutas. (Doc. 4 - DUNN, 1999; Doc. 5 - RAIOL, 1999).

O médico é visto pelos assembleianos como uma autoridade constituída por Deus para a cura, esse princípio de que todo o conhecimento humano procede de Deus, pressupõe que a medicina deve ser considerada uma bênção divina.

Nesta perspectiva, os assembleianos reconhecem que a medicina tem ajudado ao homem a viver mais tempo e a evitar muitos sofrimentos. “Por intermédio dela [medicina], milhões de criaturas têm escapado da morte. Suas técnicas terapêuticas têm conseguido salvar a muitos; sua profilaxia, evitando verdadeiras tragédias.” (Doc. 5 -RAIOL, 1999, p. 90). Entretanto, é importante salientar que os médicos são considerados apenas instrumentos de Deus para realizar as descobertas que beneficiam toda a humanidade, eles não agem sem a bênção divina. Portanto, para este grupo, quem proporciona a cura é Deus, o médico é apenas um instrumento, conforme o destaque do depoimento do entrevistado 3.

**O médico é uma autoridade constituída por Deus.** A bíblia diz que não tem uma autoridade que não seja constituída por Deus. Ele não é salvador da vida, o dono de todo o conhecimento porque ele é um ser limitado, porque é um acadêmico, formou-se. **Ele é um ser instituído por Deus e, deve ser respeitado até por nós evangélicos que temos uma fé no Senhor Jesus, que cremos em milagres, que cremos em cura, mas os médicos têm que ser respeitados e, procurados também. Agora, a forma utilizada para os tratamentos das doenças nem sempre é correta. Não é cem por cento.** Primeiro porque partiu-se do homem, a própria filosofia diz que tudo que é humano é imperfeito, não são totalmente eficazes, às vezes algumas formas dão vidas, outra até prejudicam, é enquanto tivermos aqui como humanos somos sujeitos a todas essas questões. (Ent. 3).

Os médicos são considerados instrumentos de Deus para a efetivação da cura de doenças “naturais”<sup>8</sup>, estes não podem fazer nada em se tratando de problemas/doenças espirituais<sup>9</sup>, uma vez que, o único que tem autoridade para tratar destas enfermidades é o próprio Deus. Sendo que, o Criador presenteou e continua presenteando algumas pessoas com o dom de cura mas, estes indivíduos não têm a capacidade de curar sem a ajuda de Deus o qual opera a cura propriamente dita. Os homens, sejam estes cristãos ou não, são concebidos apenas como instrumentos nas mãos do Criador.

A orientação geral nas congregações da AD é de que o cristão tem que unir a ciência com a fé, sem contudo se esquecer da primazia de Deus na condução de suas existências. “Se adoecemos, antes de buscarmos qualquer recurso humano, o nosso dever, enquanto servos, é de correr aos pés do Senhor. (...) O nosso Deus não pode ser transformado numa UTT” (Doc. 5 - RAIOL, 1999, p.94). Portanto, não é aconselhável buscar a medicina antes de buscar a Deus através da oração, se for revelado que o crente deve ir ao médico, então ele deve ir, mas antes de qualquer atitude ele tem por obrigação buscar a Deus.

---

<sup>8</sup> Doenças naturais são àquelas provocadas por vírus, bactérias, má alimentação, dentre outros.

<sup>9</sup> Doenças espirituais são doenças provocadas por Deus ou pelo Diabo.

Como já foi mencionado, não há proibição ao uso de terapêutica médico-científica, desde que o fiel busque em primeiro lugar, a orientação divina. Percebemos que para quase todos os entrevistados, esse parece ser um procedimento corriqueiro:

**Em primeiro lugar, eu utilizo o recurso espiritual.** Em segundo lugar, é... eu utilizo o natural é... e por último, **no último caso, eu procuro o recurso químico.** Se for uma doença, assim aparentemente que não seja grave, a gente procura recursos naturais, chás, né... vamos supor... gripe, aí a gente faz chá e também associa com medicamentos químicos. Agora, quando a doença é mais grave, quando é uma coisa que a gente não sabe o que seja, o que ocasionou o que é... aí sim a gente procura o médico. (Ent. 1).

**Em primeira instância, nós proc... oramos. Oramos porque a nossa fé está acima de qualquer é... medicamento, de qualquer coisa. Oramos.** Bom, se através da oração não houver cura e, é algo que os médicos podem tratar, nós procuramos o, um médico especialista para tomarmos os medicamentos necessários e, como hoje, está em alta a fitoterapia o, os medicamentos naturais, nós estamos deixando de lado os antibióticos, os produtos químicos para nos tratarmos desta forma. Mas em primeira instância, oramos a Deus, no segundo momento, procuramos os médicos, porque se existem médicos devem ser procurados. (Ent. 3).

**Oro, peço a Deus para curar** e, ele mesmo (o parente doente) ora também se, se, por exemplo, é... for pra igreja, e assim não, não obter cura né? É bom né? procurar um médico. **Se a igreja não resolver, então, a gente tem que procurar um médico** (Ent. 4).

Mas, nem todos concordam com este proceder. Para alguns, os médicos devem ser procurados logo que apareçam os primeiros sintomas da enfermidade. Se algum medicamento foi prescrito e administrado e não tenha tido eficácia, poderá ser interpretado como um indicativo de que a doença é espiritual e, portanto, é necessário recorrer a Deus.

**Primeiro, vem, né? A questão médica... nós cuidamos logo de levar para o médico... nós cuidamos logo de levar para o médico.** Agora, **se o médico não der jeito, nós levamos à igreja** e lá a gente faz orações e com certeza, né? Que Deus é todo poderoso, Ele dá a cura. (Ent. 11).

**Em primeiro lugar eu procuro o médico,** mesmo porque, quando Cristo veio a terra, Ele curou pessoas que não haviam conseguido cura com os recursos materiais da época. **Agora, se a medicina não conseguir proporcionar a cura, então a gente pede a Deus.** (Ent. 12).

No pentecostalismo este assunto continua sendo uma questão bastante controversa, pois alguns acreditam que os médicos estão aí para proporcionar a cura de todas as doenças naturais,

se são doenças naturais, devem ser curadas através dos meios naturais, a gripe, a tosse dependem de vitamina C, então muita vitamina C. Se é uma outra doença que precise de antibiótico e de analgésico, que se utilize. (Ent. 3).

Segundo Espinheira (1996), a medicina religiosa reconhece os limites de sua atuação, ao estabelecer a distinção nítida entre “doença de médico” e “doença de santo”. Mas, é importante salientar que, nem todos estão convencidos desta distinção. Esta decerto é uma noção em evidente transformação, em que idéias contrárias preenchem o imaginário de um grupo popular.

Para outros, aos primeiros sinais de que o organismo não vai bem, o indivíduo deve se colocar aos pés do Senhor, pois ir a busca da medicina pode demonstrar fraqueza da fé. (Doc.4 - DUNN, 1999; Doc. 5 - RAIOL, 1999).

Quando uma pessoa recebe tratamento médico, e deste tratamento não resulta à remissão da enfermidade, isto é um indicativo evidente de que o infortúnio não é “natural”, precisando, assim, de um tratamento especial.

Essa postura de procurar primeiro o tratamento médico, como já foi salientado, é adotado apenas por uns poucos membros da AD entrevistados. Acreditamos que esta atitude se deve ao fato de que a maioria das doenças vivenciada por estas pessoas tenha sido tratada com recursos terapêuticos da medicina acadêmica e que, poucas destas tenham resistido a este tratamento, isto leva aos indivíduos a encarar de forma mais biologicista o fenômeno da doença.

Em contrapartida, existem determinantes que induzem à resistência evangélica ao tratamento acadêmico tais como a fragilidade do sistema de saúde caracterizado muitas vezes pelo despreparo e/ou escassez de profissionais no setor da saúde; o difícil acesso da população aos médicos e aos serviços hospitalares, a demanda reprimida, a burocracia nos serviços, a assistência desumanizada, dentre outros. Todos estes determinantes são empecilhos para a população carente, o que justifica em parte, resistir até as últimas conseqüências à decisão de procurar um médico. (MINAYO, 1994b; MONTERO, 1985; ROLIM, 1994; NASCIMENTO, 1997).

Apesar do distanciamento e da impessoalidade entre médicos e pacientes, o poder legado a estes profissionais é grande. No momento da consulta, por exemplo, o médico tem autoridade para invadir a privacidade do paciente, ordenando que este se dispa, interrogando sobre a sua conduta e examinando-os. Esse encontro em muitos casos provoca bastante constrangimento para o paciente, haja vista a sua orientação familiar de que é necessário guardar o seu próprio corpo, não se mostrando as claras a ninguém, nem mesmo aos seus respectivos cônjuges. (HELMAN, 1994; NASCIMENTO, 1997; Doc. 4 - DUNN, 1999).

Além disso, segundo Helman (1994), os médicos podem prescrever tratamentos e medicamentos perigosos, e privar algumas pessoas de sua liberdade - confinando-as em hospitais. No hospital, eles podem controlar rigorosamente a dieta e, também seu comportamento; os médicos podem rotular seus pacientes como doentes incuráveis, simuladores, hipocondríacos ou permanentemente recuperados. Este estigma pode entrar em conflito com o ponto de vista do paciente, podendo produzir efeitos importantes, tanto sociais (por confirmar o paciente no papel de doente) quanto econômico (por influenciar os pagamentos de seguro de saúde e pensões).

Por enquanto, o setor profissional apenas cuida do aparato físico do indivíduo, descontextualizando o sujeito. No consultório médico ou no hospital o paciente perde a sua identidade social e cultural, passa a ser um organismo com algum defeito, que precisa ser reparado.

A medicina acadêmica de forma genérica, ainda hoje, ambiciona identificar, classificar e mensurar uma doença e seus efeitos de modo padronizado, a fim de que esta unificação seja mundializada, como se o fenômeno da doença no indivíduo não tivesse suas particularidades culturais, sociais, econômicas e subjetivas. Por isso, entendemos que precisamos criar novos paradígmas da saúde, direcionados à necessidade social e que exijam do profissional de saúde diferentes posturas frente ao paciente, integrando o físico ao psíquico e ao espiritual no tratamento de saúde.

A medicina popular será compreendida como sendo o conjunto de representações e práticas relacionadas ao processo saúde-doença que se revele independente do controle da medicina oficial. O método terapêutico popular pode ser feito através de mecanismos espirituais ou seculares ou ainda, através da interação entre os dois.

Neste estudo identificamos duas áreas distintas para a atuação da medicina popular, quais sejam: a **medicina caseira**, baseada principalmente nas ervas medicinais, e a **medicina religiosa**, fundamentada na fé de que Deus pode livrar o homem de toda e qualquer enfermidade. Seus representantes são os herboristas, os pastores pentecostais, parentes e amigos. (HELMAN, 1994; WEBER, 1999).

No que se refere às ervas medicinais, podemos dizer que genericamente o termo compreende as diversas qualidades que compõem as plantas, a exemplo das

raízes, sementes, folhas e tronco de árvores, as quais são consideradas de efeito terapêutico. (QUEIROZ, 1999).

Há uma diversidade grande de plantas com efeitos terapêuticos sobre uma diversidade ainda maior de enfermidades. O uso mais difundido é através dos chás, cujo efeito, diz-se satisfatório pelos seus adeptos.

Outras esferas da medicina alternativa não foram citadas durante as entrevistas, a exemplo das técnicas homeopatia, do-in, ioga, aromaterapia e iridologia, o que nos levou a crer que os assembleianos entrevistados não fazem uso dos mesmos.

Entretanto encontramos uma referência acerca destas últimas terapias alternativas, identificada na revista Geração JC (Doc. 2 - GADELHA, 1999, p.39), onde traz um artigo acerca destas práticas. A autora desaconselha uso destas técnicas, argumentando que não são reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, e, alerta que,

(...) todas as chamadas terapias alternativas jogam com a credibilidade popular, com a credence e a falta de informação (...) muitos desses métodos alternativos levam o indivíduo a envolver-se com rituais de invocações de 'espíritos malignos', já que todos nasceram das filosofias orientais, sempre ligados a um sem-número de deuses.

Por vezes, os cristãos, também, recorrem ao auto-atendimento e a automedicação, com a ajuda de familiares e amigos. Uma assembleiana nos revelou que quando ela ou alguém da família adoece, utiliza vários recursos terapêuticos.

Primeiro eu busco a Deus, **eu oro... faço medicamentos naturais**, exemplo dos medicamentos naturais: faço chás, que é o remédio caseiro. Procuro, assim, **remédios que eles já tenham tomado e que fez bons efeitos** e, vai sendo curado. (Ent. 2).

A ambiência deste tratamento se dá normalmente no âmbito da família, recaindo sobre as mulheres a responsabilidade de cuidar do familiar adoecido e providenciar a alimentação adequada e outros tratamentos para o seu restabelecimento.

Segundo Helman (1994), cerca de 70% a 90% dos casos de tratamento de saúde ocorrem em casa, seja qual for a cultura. Sendo que essa terapêutica leiga é baseada em crenças populares sobre a estrutura, o funcionamento do organismo, a origem e a natureza da doença. Vale ressaltar que essas terapias incluem variadas substâncias, dentre elas as industrializadas, caseiras e a alimentar.

Em geral, as pessoas doentes transitam livremente entre as alternativas da medicina popular e da medicina científica/acadêmica, podendo ir e vir, especialmente quando o tratamento em uma alternativa não proporciona alívio ao desconforto físico ou abalo emocional. (HELMAN, 1994).

Helman (1994) e Nascimento (1997) ressaltam as vantagens da medicina popular frente ao tratamento médico científico. Uma delas é a atenção dispensada à família do paciente, uma vez que ela é vista como responsável pela cura do paciente, há uma relação de aproximação, afeto e informalidade, como também têm visões de mundo semelhantes. Uma outra vantagem citada por Queiroz (1993, p. 275) e que não poderia ser esquecido, é que a medicina popular poderá preencher os espaços vazios deixados pela medicina acadêmica, a exemplo, dos “mal-estares e indisposições consideradas não-graves, ou algumas doenças crônicas para as quais os médicos deixam de medicar”.

**Antes de testemunhar essas curas, eu sabia, mediante o relato dos Evangelhos, que Jesus promovia curas, mas nunca havia testemunhado este poder até aquela noite. Porém, uma inegável evidência desta cura divina aconteceu bem diante de meus olhos. Assim, como cristão e como médico, passei a aceitar a verdade de que Deus cura nos dias de hoje, de forma natural e sobrenatural ou milagrosa. (CHERRY, 2001, p.38).**

O que vem sendo reforçado por Dunn (Doc. 4 – 1999) ao afirmar que toda cura decorre de Deus, seja ela resultado de medicamento ou cirurgia, dieta alimentar, exercícios físicos ou intervenção divina, o corpo recebe a cura do Criador.

Na concepção religiosa Deus pode atuar de duas maneiras. A primeira é através da cura milagrosa, em que a cura ocorre instantaneamente. Os relatos sobre a vinda de Jesus a terra, apontam para o acontecimento do fenômeno da cura imediata.

Ora, certa mulher, que havia doze anos padecia de uma hemorragia, e que tinha sofrido bastante às mãos de muitos médicos, e despendido tudo quanto possuía sem nada aproveitar, antes indo a pior, tendo ouvido falar a respeito de Jesus, veio por detrás, entre a multidão, e tocar-lhe o manto; porque dizia: se tão somente tocar-lhe as vestes, ficaria curada, e imediatamente cessou a sua hemorragia; e sentiu no corpo estar já curada do seu mal. (Marcos 5:25-29).

Os pentecostais acreditam que os seguidores de Cristo, ainda hoje, podem operar milagres semelhantes aos de Jesus ou ainda mais miraculosos. Neste caso, Deus presenteia algumas pessoas com o dom de intercessão para a cura. Revestidos com este poder, os crentes “podem operar” a cura de maneira milagrosa e instantaneamente, no indivíduo que deseja se livrar de uma dada enfermidade.

Outro dia, **minha irmã, ela tava com uma dor no pescoço, né; e sentindo uma dor de cabeça tremenda é... eu tive lá na casa de meu pai, e pediram que fizéssemos uma oração. Fizemos. E, instantaneamente, ela disse que tinha passado a dor de cabeça. E, agradecemos a Deus. (Ent. 1) .**

A segunda modalidade de cura pode ser chamada de cura progressiva, aquela cura que ocorre gradualmente. Ela pode se dá mediante a ação de substâncias químicas, naturais ou simplesmente pela fé.

Essa concepção ganha seus reforços nas diversas passagens bíblicas, a exemplo da experiência de Daniel (10:14), no Velho Testamento, em que para responder a oração de Daniel, Deus envia um ser sobrenatural que lhe revela a cura, mas

que ocorrerá por meio de um processo que se manifestará num período futuro da sua vida. Ainda no Velho Testamento, (II Reis 5:10), Deus revela a Naamã por intermédio do profeta Eliseu, que ele seria curado, mas, para tanto era necessário ir até o rio Jordão e banhar-se sete vezes. (CHERRY, 2001).

No Novo Testamento, encontramos muitos relatos de cura processual. Em Lucas (17:14), relata-nos que dez leprosos alcançam a cura de forma progressiva.

No livro de João (9:1-7), Jesus utiliza como terapia o composto feito com saliva e terra, e, em seguida, ordena que o enfermo vá lavar os seus olhos no tanque de Siloé, só então ocorre a cura da cegueira que acometia este homem.

Para os assembleianos este é um indicativo de que é necessário em alguns casos, fazer uso de substâncias, ou ainda, seguir algum método peculiar para a obtenção da cura. “o comportamento de Jesus, ao não atender o pedido do povo quanto à imposição de mãos, parece demonstrar que cada caso exige um método próprio de cura” (Doc. 5 - RAIOL, 1999, p.144). Porém, os mais utilizados são a unção e imposição de mãos. Mas, a orientação geral é que independente do método escolhido a oração deve fazer-se presente em todos os casos.

Nas sociedades em que as causas das doenças ou infortúnios são creditadas a fenômenos espirituais, os tratamentos são holísticos, tratando dos vários aspectos da vida do paciente, a saber o relacionamento do paciente com os outros, com o meio ambiente e com o sobrenatural.

## 6 Considerações Finais

Neste estudo vimos que para os assembleianos se manterem saudáveis ou restabelecerem a saúde, significa estar ou entrar em harmonia com o divino. A doença, por outro lado, é entendida como consequência direta do pecado, mas, não como fator único e absoluto. A existência de uma inter-relação dialética entre a cultura popular-religiosa e a cultura dominante-científica, contribuiu para que a compreensão da doença deixasse de ser relacionada apenas ao mundo espiritual, e passasse a ser identificada às questões naturais, isto é, como o resultado de atitudes desregradas e maléficas à saúde.

As medidas adotadas pelos assembleianos para combaterem as doenças, bem como para recuperarem e/ou manterem a saúde são variadas, perpassando pelas questões naturais e religiosas. Em se tratando das naturais, são imprescindíveis a boa alimentação, a prática de atividades físicas, o uso de chás, medicamentos caseiros e tratamentos médico-científicos. Já no que se refere às medidas religiosas, é necessário se manter em harmonia com Deus, não pecando, garantindo, assim, equilíbrio entre corpo, alma e espírito.

Identificamos ainda, que a mudança de hábitos e comportamentos por parte dos indivíduos que se integram ao grupo dos pentecostais, os quais, de modo geral, cultuam uma vida mais saudável - eleva a qualidade de vida desse grupo, o que poderá contribuir na promoção da saúde e prevenção da doença.

Ao encerramos esta pesquisa sentimos a sensação de que parte do conhecimento acerca das concepções do processo saúde-doença entre os pentecostais estava desvendadas. Entretanto, guardamos conosco a angústia e a plena convicção de que há muito ainda por fazer. Haja vista, que as representações sociais estão em

constante transformação, sendo assim, portanto, reconhecemos que é impossível de construirmos uma versão definitiva acerca do tema e, por outro lado, temos a certeza de que alguns acontecimentos passam despercebidos pois não fizeram parte da problemática proposta para este trabalho. Desta maneira, acreditamos que serão necessários novos estudos em que aborde outros aspectos, a fim de que tenhamos uma compreensão mais ampla sobre o assunto.

Finalizamos este estudo com a impressão de que compreender as peculiaridades de um determinado grupo necessita mais que dedicação, é preciso antes de qualquer coisa, curiosidade e interesse pelo seu objeto.

## 7. Referências

ALBERTI, Verena. *História oral: a experiência do CPDOC*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1990.

ALENCAR, Eliseu F. de. *Mordomia cristã: administrando com equidade os recursos que Deus nos confiou*. (dominical: jovens e adultos). Rio de Janeiro: Ed. Betel, 2002. (Doc. 3).

ALVES, Rubem. *O que é religião?* São Paulo: Loyola, 2002.

ARON, Raymond. *As etapas do pensamento sociológico*. São Paulo: M. Fontes, 2000.

BÍBLIA SAGRADA. São Paulo: Vida, 1998. (tradução João F. de Almeida).

BITENCOURT FILHO, José. Do messianismo possível: pentecostalismo e modernização. In. SOUZA; GOUVEIA; JARDILINO (org). *Sociologia da Religião no Brasil*. São Paulo: PUC/Sociedade Religiosa Edições Simpósio/ UMESP, 1998.

BOAVENTURA, Eurico Alves. *Fidalgos e vaqueiros*. Salvador: Centro Editorial e Didático da EFBA, 1989.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1998.

BURKE, Peter (org.). *A Escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1992.

CAMPOS JR, Luís de Castro. *Pentecostalismo*. São Paulo: Ática, 1995.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CENEF – Coluna Vida Feirense. Jornal Folha do Norte nº 716 de 01/11/1924.

Censo 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>: 2002.

CESAR, Waldo. SHAULL, Richard. *Pentecostalismo e futuro das igrejas cristãs: promessas e desafios*. Petrópolis: Vozes; São Leopoldo: Sinodal, 1999.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHARTIER, R. *A história cultural: entre práticas e representações*. Lisboa: Difel, 1988.

- CRISTÃOS: evangélicos pentecostais. Disponível em: <[http://www.asreligioes.globo.com/religiao\\_pt/scripts/subgrupo.asp?area=0&idGrupo=12](http://www.asreligioes.globo.com/religiao_pt/scripts/subgrupo.asp?area=0&idGrupo=12)>. Acesso em: 29 out. 2001.
- CHERRY, R. *A cura pela bíblia: princípios e ensinamentos bíblicos para prevenção e cura de enfermidades*. Rio de Janeiro: Danprewan, 2001.
- DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX*. Salvador: EDUFBA/Sahar Letras, 1996.
- DELUMEAU, Jean. *História do medo no ocidente (1300-1800)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- DONNANGELO, Maria C. F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, Maria C. F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- DUNN, Ron. *Por que Deus não me cura?* São Paulo: Mundo Cristão, 1999. (Doc. 4).
- EDWARD, José. *A força do Senhor*. VEJA, São Paulo, Ano 35, n. 1758, p.89 – 95, Abr. 2002.
- ESPINHEIRA, C. G. D'Andrea. *Mal-estar na racionalidade: os limites do indivíduo na medicina e na religião*. (tese de doutorado). São Paulo: USP, 1996.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1996.
- FRESTON, P. *História do pentecostalismo*. In: ANTONIAZZI, A. [et al]. *Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- GADAMER, Hans-Georg. *A razão na época da ciência*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983.
- GADELHA, Silvia. *Geração JC: Medicina da nova era*. (p.38-39). Rio de Janeiro: Casa Publicadora das Assembléias de Deus. Ano I, nº 10, julho/agosto de 1999. (Doc. 2).
- GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição*. São Paulo: Cia das Letras, 1987.
- GIOVANI, G. *A questão dos remédios no Brasil*. São Paulo: Polis, 1980.
- GRAMSCI, Antonio. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.
- HABERMAS, J. *Dialética e hermenêutica*. Porto Alegre: Ed. LPM, 1987.
- HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HOEBEL, Adamson. FROST, Evertt. *Antropologia cultural e social*. São Paulo: Cultrix, 1999.

- HOUTART, François. *Sociologia da religião*. São Paulo: Ática, 1994.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Medicina social: conceito e história*. Salvador: Faculdade de Medicina, 1997. (mimeo).
- LABURTHER-TOLRA, Philippe; WARNIER, Jean-Pierre. *Etnologia – Antropologia*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de A. *Fundamentos da metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 1985.
- LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LAPLANTINE, François; RABEYRON, Paul-Louis. *Medicinas paralelas*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LOWY, Michael. *Ideologias e Ciência Social: elementos para uma análise marxista*. São Paulo: Cortez, 1985.
- MACEDO, Carmen Cinira. *Imagem do eterno: religiões no Brasil*. São Paulo: Moderna, 1989.
- MACHADO, Maria das Dores Campos. *Carismáticos e pentecostais: adesão religiosa na esfera familiar*. São Paulo: Autores Associados/: ANPOCS, 1996.
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *O manifesto comunista*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- MELLO, Luiz Gonzaga de. *Antropologia cultural: iniciação, teoria e temas*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.
- MINAYO, Maria Cecília de Sousa. (org) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994 a.
- MINAYO, Maria Cecília de Sousa. Representações da cura no catolicismo popular. In. ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994 b.
- MONTERO, Paula. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graau, 1985.
- MOREIRA, Wagner Wey (org). *Qualidade de vida: complexidade e educação*. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2001.
- NASCIMENTO, Maria Angela Alves. *As práticas populares de cura no povoado de Matinha dos Pretos – Ba: eliminar, reduzir ou convalidar*. (tese de doutoramento) Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1997.

NOVAES, Regina Reyes. Religião e Antropologia. In. BORDIN, Jussara. GROSSI, Esther Pillar (orgs). *Construtivismo pós-piagetiano: um novo paradigma sobre aprendizagem*. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

NOVAES, Regina Reyes. *Os escolhidos de Deus: pentecostais, trabalhadores e cidadania*, São Paulo: Marco Zero, 1985.

OLIVEIRA, P.R. *Religião e dominação de Classe*. Petrópolis: Vozes, 1985.

O SEMEADOR . Rio de Janeiro: Betel - Suplemento do Jornal "O Semeador", n. 24, p.2, Ano II s/d. (Doc. 1).

POPPINO, Rollie E. *Feira de Santana*. Salvador: Itapoã, 1968.

QUEIROZ, Marcos S. Estratégias de consumo entre famílias trabalhadoras. In. COIMBRA Jr., Carlos E.A.; MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs). *Cadernos de saúde pública: Abordagens antropológicas em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, V.9, n.3, Jul/set, 1999.

RABELO, Miriam Cristina M. Religião, ritual e cura. In. ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. *Experiências de doenças e narrativas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RAIOL, Rui. *Cura divina: promessa atual de Deus*. Rio de Janeiro: Casa Publicadora das Assembléias de Deus, 1999. (Doc. 5).

REIS, João José. *A morte é uma festa*. São Paulo: Cia das Letras, 1991.

ROLIM, Francisco Cartaxo. *Pentecostalismo: Brasil e América Latina*. Petrópolis: Vozes, 1994.

SILVA, Aldo J. Morais. *Natureza sã, civilidade e comércio em Feira de Santana*. (dissertação de mestrado). Bahia: UFBA, 2000.

SILVA, Elizete da. *Cidadãos de outra pátria: anglicanos e batistas na Bahia*. (tese de doutorado). São Paulo: USP, 1998.

SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOUZA, Sueli Ribeiro Mota. *Cura e terapia: experiência religiosa das mulheres da IPDA*. (dissertação de mestrado). Bahia: UFBA, 2000.

VALLA, Victor Vincent. *Religião e cultural popular*. Rio de Janeiro: Dp&A, 2001.

VERGER, Pierre. *Lendas africanas dos orixás*. Salvador: Currupio, 1992.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928)*. Bauru: EDUSC, 1999.

WEBER, Max. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Pioneira, 1967.

# APÊNDICES





### 3. Processo Saúde-doença

- Concepção saúde-doença

---

---

---

- Classificação das doenças: definições, princípios e explicação sobre as doenças.

---

---

---

- Recursos terapêuticos utilizados ou procurados para solução dos problemas de saúde (pessoal/familiar)

---

---

---

- As práticas e cuidados de saúde; crenças, condutas e regras utilizadas visando à saúde;

---

---

---

- Itinerário terapêutico: relacionamento com a medicina acadêmica;

---

---

---

Descrição das estratégias utilizadas na prática religiosa (procedimentos)

---

---

---

- Procedimentos adotados, cuidados e rituais.

---

# Anexo

## Anexo 1

### Termo de Consentimento<sup>11</sup>

Pelo presente documento, eu, \_\_\_\_\_, Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, domiciliando e residente nesta cidade de \_\_\_\_\_, declaro ceder ao Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade de Feira de Santana, sem quais quer restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, a plena propriedade e os direitos autorais do depoimento prestado pesquisadora Maria Izabel da Silva Sampaio, em \_\_\_\_\_. A Universidade estadual de Feira de Santana fica autorizada a utilizar, divulgar e publicar, para fins culturais, o mencionado depoimento no todo ou em parte, editado ou não, bem como permitir a terceiros o acesso ao mesmo para fins idênticos, com uma única ressalva de sua integridade e indicação de fonte e autor.

As informações não podem ser usadas para tipo de prejuízo ao informante, sendo garantido, assim, o anonimato do depoente.

Feira de Santana, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

(Depoente)

---

<sup>11</sup> Modelo sugerido pela equipe do Centro de Pesquisa e Documentação (CPDOC) da Fundação Getúlio Vargas. Cf. ALBERTI, Verena. História Oral: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1990. p. 98-99.