



INTERFACES ENTRE SAÚDE E RELIGIÃO NO PROCESSO DE CURA: PERSPECTIVAS ANTROPOLÓGICAS EM DEBATE

INTERFACES BETWEEN HEALTH AND RELIGION IN THE HEALING PROCESS: ANTHROPOLOGICAL PERSPECTIVES IN DEBATE

Valquíria da Silva Barros¹

RESUMO: O objetivo deste artigo é discutir como as práticas terapêuticas populares intermediadas pela religião constituem-se em dispositivo para a construção dos sentidos sobre a doença e o vazio desencadeado pelo modelo biomédico, constituindo-se como estratégia que legitima e ameniza a incerteza diante das questões de caráter moral, pessoal, social e físico. Nesse sentido, a percepção da causa e da profilaxia para todos os males, sendo determinada por fatores culturais, é ancorada em redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e implicam em formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde. A pesquisa, de cunho bibliográfico, tem como base a abordagem da noção espírita de doença, ancorada na premissa do livre-arbítrio, que implica na percepção do corpo e na perspectiva moralizante que responsabiliza o indivíduo por todas as suas aflições e pressupõe a revisão comportamental como possibilidade de resignificação dos infortúnios da vida e de agenciamento da cura.

PALAVRAS-CHAVE: saúde; doença; terapêutica; religião

¹ Doutoranda no **Programa de Pós-Graduação em Humanidades, Culturas e Artes-PPGHCA-Unigranrio. Pesquisadora do** Laboratório de Ética em Pesquisa, Comunicação Científica e Sociedade-LECCS-Instituto de Bioquímica Médica Leopoldo de Meis-IBqM/CCS/UFRJ. **Mestrado em Educação, Gestão e Difusão em Biociências-MPEGeD/IBqM/CCS-UFRJ. Mestrado em Humanidades, Culturas e Artes-PPGHCA-Unigranrio. Pós-graduação em Economia-IE-UFRJ. Graduação em Comunicação Social-ECO-UFRJ.** <http://lattes.cnpq.br/5041687769952065>.



ABSTRACT: The aim of this article is to discuss how popular therapeutic practices mediated by religion constitute a device for the construction of meanings about disease and emptiness triggered by the biomedical model, constituting a strategy that legitimizes and alleviates uncertainty in the face of moral, personal, social and physical issues. In this sense, the perception of the cause and prophylaxis for all ills, being determined by cultural factors, is anchored in networks of symbols that articulate biomedical and cultural concepts and imply characteristic ways of thinking and acting in the face of a health problem. The research, of a bibliographic nature, is based on the approach of the spiritist notion of disease, anchored on the premise of free will, which implies the perception of the body and the moralizing perspective that blames the individual for all his afflictions and presupposes behavioral review as a possibility to re-signify the misfortunes of life and to organize healing.

KEYWORDS: health; disease; therapy; religion

2

INTRODUÇÃO

O corpo, a relação saúde-doença e as práticas terapêuticas constituem objetos cujo conhecimento não encontra um modo de acesso único. São fenômenos sociais e culturais como qualquer fenômeno humano e consistem em objetos de pesquisa que atravessam fronteiras disciplinares por envolverem dimensões da existência humana reivindicadas, cada uma delas, como próprias de áreas específicas do saber. Esta constatação corresponde à fragmentação que marca o campo científico entre as ciências humanas e as biológicas. Nesta perspectiva, Cynthia Sarti (2001, p. 3-13) destaca que

a fragmentação dos olhares transforma o corpo, a doença e a terapêutica em objetos radicalmente diferentes por serem construídos a partir de referências epistemológicas específicas, como as que distinguem o campo da biologia – fundado na suposição da objetividade do conhecimento empírico – e o campo simbólico da antropologia.

Neste sentido, de acordo com Luz (1988), com o predomínio, na medicina, de uma racionalidade tecnológica e instrumental, observa-se que o



modelo biomédico desvaloriza a relação médico-paciente como recurso terapêutico e desumaniza a prática médica e, privilegiando a tecnociência, evidencia o distanciamento do saber-fazer médico no ato de cuidar do sujeito. Verifica-se, no trajeto da medicina moderna, um deslocamento epistemológico e clínico com a substituição do saber sobre o doente pelo saber sobre a doença. A arte de curar doentes foi substituída pela ciência das patologias. A noção de saúde-doença vigente, essencialmente pautada no modelo biomédico, traz em seu interior o entendimento de saúde como ausência de doença, excluindo a dinâmica social e subjetiva do sujeito, culminando em um reducionismo biológico. Para Camargo Jr. (2007, p.68) “esta redução exclui do escopo de considerações sobre o processo saúde-doença, fatores sociais ou individuais, ditos subjetivos, com implicações para todas as intervenções da saúde”.

Nesta perspectiva, conforme salientado por Michel Foucault, o paciente, é necessariamente ocultado, pois,

para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente, conquanto, é preciso que, haja a necessidade de aquele que descrever uma doença tenha o cuidado de distinguir os sintomas que necessariamente a acompanham e que lhe são próprios dos que são apenas acidentes e fortuitos, como os que dependem do temperamento e da idade do doente (FOUCAULT, 2006, p. 50).

Nesse contexto, o paciente é considerado apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre, e a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses. Nessa perspectiva, o distanciamento médico, em busca da verdade sobre a doença, talvez tenha propulsionado a crise atual da medicina ocidental exatamente porque, conforme um dos versos do poema *Entre lágrimas se fala*, de Cecília Meireles (2002), “De tão longe não se escuta. Não se escuta e não se entende”.

Em resposta à leitura fragmentada de indivíduo investida pelo cartesianismo, a proposta de interpretação do processo saúde-doença, com suas bases ancoradas na perspectiva antropológica do relativismo cultural, proporciona uma percepção integral do ser humano, ao contrário da secção corpo-mente, elucidando sua relação com o meio social, o ambiente, as práticas



religiosas e recursos de combate às doenças. Neste sentido, para Queiroz e Canesqui (1986, p. 152) há um “elo inexorável entre doença, medicina, cultura e sociedade”, e, portanto, reiteramos que a antropologia cultural ao procurar compreender a natureza das interações entre biologia, sociedade e cultura, abre caminho para outras abordagens da doença, destacando a compreensão das origens sociais da doença, bem como as representações e metáforas dos sintomas, tratamentos e da própria doença.

Entre os aspectos culturais fundamentais para a construção e compreensão da relação saúde-doença, a religião é um campo importante a ser explorado. Nesses termos, utilizamos a concepção de religião elaborada por Geertz (2015), que define religiões como sistemas simbólicos que formulam conceitos de uma ordem de existência e geram motivações através de uma concepção que se reveste de uma aura de fatalidade, fazendo com que tais disposições pareçam realistas. Nesse sentido, possuem tanto uma dimensão mental quanto sentimental. Segundo o autor, entre o sentido e o símbolo ocorrem processos contínuos de articulação de códigos e informações que conformam a realidade existencial à lógica dos mitos. E, para além do interpretante individual, há o sistema de crenças que reúne e aloja em torno de si a estrutura simbólica que funciona como norte ideológico, conferindo sentidos de vida e existência no mundo objetivo. Dessa forma, o universo simbólico confere sentido aos fenômenos que documentam os acontecimentos de um grupo. Assim, a dinâmica da própria vida é regida pelos padrões da verdade mitológica, e o espaço onde vivem as crenças é o sagrado, cujos mitos se reatualizam (ELIADE, 2008). E se reatualizam em várias instâncias da sensibilidade, através dos sentidos.

Nesses termos, este artigo desenvolve uma reflexão sobre as contribuições da antropologia para a elaboração de um saber não-hegemônico, que considere as práticas populares de cuidados com a saúde e tratamento das doenças e males de toda sorte como legítimas.

Antropologia cultural e saúde: diálogo e possibilidades



A relação entre saúde e cultura não é um tema novo na antropologia. O primeiro antropólogo a analisar a medicina como categoria de pesquisa nas culturas não-europeias, chamadas “primitivas”, foi Rivers (1979). Ele se preocupou com a caracterização ou a classificação da medicina primitiva segundo categorias de pensamento, identificadas pelo autor como pensamento mágico, religioso ou naturalista. Rivers empregou-as para classificar as crenças sobre etiologia das outras culturas, afirmando que “partindo da etiologia, nos encontraremos guiados naturalmente ao diagnóstico e tratamento, como é o caso no nosso próprio sistema de medicina” (RIVERS, 1979, p. 7; 29; 51). Assim, Rivers se preocupou em identificar as medicinas primitivas como manifestações de modos de pensamento lógico nos quais o tratamento da doença seguiria a identificação da causa.

Langdon (2007) apontou que “o que diferencia esta perspectiva [do campo da saúde] [...] da etnomedicina tradicional é a relativização da biomedicina e uma preocupação com a dinâmica da doença e com o processo terapêutico”. Assim, Repensando a relação saúde-cultura, as novas discussões em antropologia questionam a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico e concebem saúde e doença como processos psicobiológicos e socioculturais. Segundo a autora, a nova proposta metodológica baseada na relação saúde-cultura tem resultado em mudanças importantes e enfoque na abordagem dos processos de adoecer. Entretanto, ainda existem conceitos que devem ser exaustivamente discutidos para alcançar-se um nível satisfatório no que tange a saúde e o cuidado e, entre esses conceitos, “[...] há três pontos de mudança: (1) o conceito da cultura como dinâmica e heterogênea, (2) a perspectiva da doença como um processo sociocultural, e (3) o conceito de doença como experiência.” Nesta abordagem, a doença não é vista como um processo puramente biológico-corporal, mas como o resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva de aflição; para tanto, é necessário entender a cultura como dinâmica e heterogênea e a doença como processo e como experiência (LANGDON, 2007, p. 1022).



Também central no conceito da cultura é o foco no indivíduo como um ser consciente que percebe e age. A doença, nessa perspectiva, é vista como uma construção sociocultural que inclui as percepções individuais e experiências particulares, por entender-se a subjetividade como produto das experiências e dos significados culturais circulantes no grupo. Reconhecer a subjetividade implica que nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais no seu pensamento ou na sua ação. É uma visão que permite a heterogeneidade, não só porque as culturas sempre estão em contato com outras que têm outros conhecimentos, mas também, porque os indivíduos dentro de uma cultura, por serem atores conscientes e individuais, têm percepções heterogêneas devido a sua subjetividade e experiência, que nunca é igual à dos outros (LANGDON, 2007, p. 1022).

Nessa perspectiva, a doença, segundo Langdon (2007), tomada como processo, não é um momento único nem uma categoria fixa, mas uma sequência de eventos que tem como objetivo entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida e, se possível, aliviar o sofrimento. A interpretação do significado da doença emerge através do seu processo, logo, para entender a percepção e o significado, é necessário acompanhar todo o episódio da doença: o seu itinerário terapêutico e as narrativas dos atores envolvidos em cada passo da sequência de eventos. O significado emerge deste processo entre percepção e ação. Um episódio apresenta um drama social que se expressa e se resolve através de estratégias pragmáticas de decisão e ação. A doença como experiência é entendida como um processo subjetivo construído por meio de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores. A doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais generalizados observados em uma realidade empírica, conforme previsto pela medicina cartesiana, mas um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura. A dor é um exemplo que ilustra essa premissa de forma simples, pois, sabe-se que membros de culturas diferentes experimentam e expressam suas dores de modo diferente, evidenciando seu caráter cultural subjetivo e vivencial que transborda sentidos simbólico-culturais.



A crescente complexidade do processo saúde-doença e a fragmentação observada na prática biomédica chamam a atenção para a necessidade de um olhar mais abrangente do profissional médico e dos sistemas de saúde sobre os fenômenos humanos e sua dimensão mais completa. Trata-se de compreender a dinâmica da relação do social, acrescido da tecnociência, como indissociáveis na produção da saúde. Talvez essas ausências sejam os indicativos para a crescente procura por terapias alternativas ou complementares que prestigiam o homem integral, através do atendimento humanizado, observando corpo, mente e espírito, na perspectiva de homem como ser relacional inserido num dado contexto social de uma cultura específica.

Neste sentido, ao tomarmos como base as abordagens que entrelaçam doença, cura e saúde e a dimensão religiosa, a percepção antropológica e sua inter-relação com a medicina sugere caminhos importantes para a discussão proposta neste artigo. Paula Montero (1985) ao pesquisar os modos de adoecer e de curar na perspectiva de frequentadores de um terreiro de umbanda, aponta que dentre as motivações que mais se destacaram na busca por tratamento alternativo religioso estavam atreladas à insatisfação com o sistema biomédico de atenção à saúde; ao fracasso do tratamento biomédico; à noção de complementaridade do tratamento religioso ao tratamento biomédico; à prevenção de males de toda sorte; a causas emocionais; na crença da doença com origens de ordem espiritual.

Sobre esse aspecto, Kleiman e colaboradores (1978) destacam que a procura crescente por terapias alternativas e complementares demonstra uma crítica direcionada à biomedicina e à sua perspectiva sobre a doença, justificando o sucesso das medicinas alternativas como uma resposta compensatória à incapacidade que a biomedicina tem demonstrado em considerar o ser humano integral, o que se expressa a partir do trecho abaixo

a procura por terapias ditas alternativas ou complementares, nomeadamente originárias de diferentes contextos geográficos, demonstra a crescente crítica direcionada à biomedicina e à sua perspectiva sobre a doença. O sucesso das medicinas alternativas se deve a uma resposta compensatória à incapacidade que a biomedicina tem demonstrado em considerar o ser humano como um todo (KLEIMAN et al., 1978, p. 08).



Luz (2008, p. 10), por sua vez, aponta que “a diversidade, o fragmentarismo, a colagem, o hibridismo e o sincretismo, são características culturais atribuídas à pós-modernidade, e estão seguramente presentes no grande mercado social da saúde contemporânea”. Para a autora justifica-se, portanto, a busca por novas possibilidades de tratamento face às dificuldades enfrentadas para conseguir um atendimento nas redes oficiais de saúde, à insatisfação com os resultados ou a crença nas práticas complementares como coadjuvantes na qualidade de vida.

A perspectiva apontada por Luz (2008) está em consonância com o posicionamento da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, ao ampliar a definição de saúde em 1983, desvinculando-se da ideia de “ausência de doenças”, ajustou o conceito de saúde ampliando seu sentido para uma definição para algo muito além da ausência de doença, incluindo-se o bem-estar mental, social e espiritual em sua definição. Assim, observamos a urgência de olhares multidimensionais sobre o tema, abrindo espaço para a abordagem de práticas não-biomédicas de cuidado e de interpretação dos processos saúde-doença. Sobre esta questão, Terrin (1998, p. 192), destaca: “Até que enfim chegamos ao ponto em que se está redescobrimo que uma oração pode contribuir para a cura mais do que uma injeção ou a ingestão de pílulas com certa composição química”.

Neste sentido, é importante discutir as chamadas abordagens não oficiais em relação aos cuidados com a saúde, tendo como foco a estreita interlocução entre religião e saúde, conforme salientado no tópico a seguir.

Entrelaçamento entre religião e saúde: entre as experiências corporais e experiências espirituais

No Brasil, é muito comum a procura por sistemas não oficiais de cuidado com a saúde e auxílio contra as doenças e, em muitos casos, a primeira opção não é o sistema biomédico, mas sim a medicina popular e os sistemas médico-religiosos. A sociedade brasileira desenvolveu uma relação intrínseca entre



religião e saúde, compondo formas alternativas de terapias calcadas no senso comum, que coexistem com a biomedicina em meio a constantes embates (MONTERO, 1985; MALUF, 2005).

As práticas mágico-religiosas de combate ao mal e à doença têm em seu repertório a paranormalidade e a prática da mediunidade que fazem parte de um sistema de crenças de religiões distintas permeando o imaginário da população com história de fantasmas e de espíritos, transitando entre o mundo dos mortos e dos vivos (PRANDI, 2012). Assim, na seara das terapias religiosas populares disponíveis, destacam-se as terapêuticas espíritas intermediadas por médiuns supostamente incorporados por espíritos de pessoas já falecidas a quem seria atribuída a recuperação da saúde física, mental e espiritual. Nesse contexto, torna-se fundamental a percepção do significado desse conjunto de diferentes experiências e crenças e de sua importância para as construções sociais da realidade do sistema cultural brasileiro (VELHO, 1994; 2003). Nesses termos, evidencia-se que religião e práticas terapêuticas se aproximam na busca da superação do sofrimento e que,

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

Enquanto na medicina ocidental o homem é tratado como corpo biológico separado do corpo social, sem interferência de aspectos do mundo espiritual, nas medicinas religiosas o homem é observado em sua totalidade, considerando-se sua subjetividade, a natureza e a cultura em oposição a tendência dissociadora do secularismo médico (LAPLANTINE, 1986). O doente (destaca-se neste estudo o brasileiro), combina várias formas de tratamento e alterna continuamente entre elas, muitas vezes, de maneira simultânea e não linear (RABELO, 1993). Muitas pessoas transitam entre vários sistemas religiosos, sem resultar na adesão ou no abandono de algum deles. Dessa forma, o indivíduo doente ou aflito pode recorrer a várias possibilidades de solução ou de ressignificação para o seu problema, perfazendo, portanto, o seu



próprio itinerário terapêutico, configurando-se a “cura” como um processo de busca contínua e não um processo de adesão (BARROS, 2016).

A religiosidade da contemporaneidade destaca uma imbricação entre terapêutica e espiritualidade, privilegiando experiências múltiplas e híbridas, definindo, segundo Guerriero (2009), verdadeiros itinerários peregrinatórios em busca de experiências místicas. Este processo torna-se cada vez mais evidente a partir de meados do século XX, quando, segundo Phillip Rieff (1990), a ascensão da “cultura terapêutica” inaugurada pela Nova Era colocou a emoção e a subjetividade como elementos primordiais para a compreensão de questões relativas a todos os aspectos da vida humana. A importância da relação entre as terapias religiosas e sua articulação com a noção de espiritualidade e de cuidado com o *self*, difundida pela cultura da Nova Era, vem sendo amplamente debatida na academia.

A noção de espiritualidade ganhou destaque no cenário religioso contemporâneo e, nesse novo contexto, destaca-se a ascensão da lógica da subjetividade ancorada na ideia do cuidado de si, cuidado com o corpo, com a mente e com o espírito, na perspectiva da auto atenção e do autocuidado, na busca da superação do sofrimento por meio da experiência religiosa. Nessa sequência, as mais diversas terapias espirituais compõem na contemporaneidade o leque de cuidados complementares à saúde (GIGLIO-JACQUEMOT, 2006; MONTERO, 1985).

A crescente busca por tratamentos de saúde alternativos e/ou complementares e seus aparentes sinais de êxito parecem evidenciar um alargamento das fronteiras do domínio biomédico e um possível recrudescimento da lógica epistemológica pós-moderna (SANTOS, 1998) e do paradigma ecológico (INGOLD, 2012). Inaugura-se, assim, um “novo-velho” olhar para o homem: o olhar sistêmico, que considera o homem como um ser que existe, mas, diferentemente do “homem-cogito” cartesiano; esse homem sistêmico é aquele “que existe-com” outros seres (humanos e não-humanos) e “que existe-em” algum lugar; um homem que afeta e é afetado por sua existência



e por seu modo relacional; um homem que caminha pelas malhas da vida (INGOLD, 2012) em um imenso rizoma (DELEUZE; GUATTARI, 2000).

A reconfiguração religiosa da contemporaneidade recoloca a experiência na transcendência, privilegiando a experiência espiritual (sensorial), as sensações corporais sobre a cognição, em detrimento de um comportamento confessional, situando-a mais no nível do cotidiano do que em acontecimentos extramundanos. As experiências religiosas centram-se no indivíduo, em seu equilíbrio psíquico e no seu bem-estar corporal. Observa-se uma imbricação entre terapêutica e espiritualidade, em que a verdade é construída e orquestrada pelo próprio sujeito, experimentador por excelência. Elas teriam, na atualidade, características bastante terrestres, na medida em que se situariam sobretudo no nível da liberação de medos, de angústias, de culpabilidades ou ainda na realização pessoal ou grupal, incluindo questões relativas à atribuição de sentido, obtenção de confiança, comunicação extrapolando a noção salvacionista das religiões tradicionais. Tais experiências são notadamente múltiplas e híbridas, definindo um verdadeiro itinerário na contemporaneidade na peregrinação em busca de experiências místicas, característica fundacional do Movimento Nova Era no Brasil (GUERRIERO, 2009).

Nessa perspectiva, o conceito da multiplicidade, a partir de Deleuze e Guattari (2000), anuncia novos horizontes para o diálogo entre as expressões religiosas e as experiências com o sagrado. Esta conceituação mostra capaz de superar as fronteiras que estabeleceriam uma separação radical entre religiões fechadas e as experiências religiosas diversificadas, uma vez que não há vivência religiosa e interpretação religiosa que não carregue consigo os fluxos de multiplicidade e suas interdiscursividades. Sendo múltipla e espalhando-se em diferentes direções, a experiência religiosa não guarda rigidamente septos nem tradições. Entretanto, dialoga e interage permanentemente com as diferentes esferas e circunstâncias do cotidiano, enfatizando o caráter múltiplo das experiências e das interpretações do fenômeno religioso. Daí a necessidade de superar-se a tutela dos significados fechados e exercitar-se os sentidos possíveis. Para Deleuze e Guattari (2000, p. 74), “O sentido não é nunca



princípio ou origem, ele é produzido. Ele não é algo a ser descoberto, restaurado, reempregado, mas algo a produzir por meio de maquinações”. Assim, tomando-se a lógica da metáfora de Deleuze e Guattari (2000), de que, as experiências e a vida, assim como os discursos, são rizomáticos e que se espalham e vivem em constantes segmentações não-arborescentes, ou seja, com estruturas meramente lineares e monocausais, torna-se desafiador pensar a experiência espiritual dos sujeitos em busca de solução para seus males.

As novas religiosidades, menos institucionalizadas e mais marcadas pelo secular, parecem impregnar a sociedade atual e competir com as versões tradicionais de religião. Observa-se nessas novas religiosidades a preeminência de alguns valores laicos, não-confessionais, estruturantes, como a “liberdade” individual (escolha, subjetividade, autonomia), que seriam cruciais para a definição de um “*ethos* religioso privado” e que não prescinde da adesão religiosa dos sujeitos sociais, mas de vivência. Uma característica marcante das experiências propostas pelos novos movimentos religiosos é a possibilidade de vivenciar a experiência com o sagrado de modo particular, sem o intermédio de um líder religioso ou facilitador (tradicionalmente conhecidos, como o zelador de santo, o padre, o pastor ou o rabino), considerando a experiência com o sagrado parte da constituição do ser humano e, por isso, podendo ser acessada, a qualquer momento, em qualquer lugar, de maneira solo. As crenças e as práticas religiosas passam a ser cada vez mais transitórias, provisórias e fluidas, não respondendo mais às diretrizes de uma instituição religiosa.

O rápido crescimento do número e da diversidade de grupos religiosos, de doutrinas, de filosofias, de novas religiões, de novas religiosidades e novas espiritualidades, nas últimas décadas, tem sido um fenômeno bastante significativo. Elementos culturais diversos articulam-se em fronteiras fluidas que conduzem a uma reinterpretação de práticas religiosas tradicionais, num processo de recriação e ressignificação dos sentidos do sagrado e de suas manifestações, ganhando assim, significado próprio (BAUMAN, 1998; 1999; 2001; 2009). Para Steil (2007), ao questionar as versões institucionais da experiência religiosa, sem, no entanto, negar o religioso em si, o movimento



Nova Era teria permitido um alargamento das fronteiras entre o religioso e outros campos sociais, especialmente na relação com a psicologia e com a saúde. Além disso, teria colocado em questão a própria definição de religião com a qual as ciências sociais vinham operando, centrada na instituição e na comunidade religiosa.

Considerando-se que, a noção de experiência com o sagrado na contemporaneidade se dá no corpo, este é, então, a última instância de produção de sentido do sagrado, pois, segundo Le Breton (2010, p. 08), é do corpo que “nascem e se propagam as significações que fundamentam a existência individual e coletiva” da humanidade e que “o corpo é o eixo da nossa relação com o mundo. O corpo produz sentidos continuamente, e, assim, insere o homem, de forma ativa, no interior de determinado espaço social e cultural”. Dessa forma, o corpo é tomado como instância última de produção de sentido do sagrado, pois, uma vez envolvido no processo da experiência espiritual é por intermédio do corpo que são apreendidas as sensações que dão sentido à vivência com o sagrado. Neste sentido, o corpo captura os modos de percepção e vivência do sagrado.

Portanto, a contemporaneidade inaugura uma configuração de uma nova tendência no modo de produção de sentido da experiência religiosa em que o corpo expressa as novas formas de subjetivação (de criação de modos de existência) e de relação com o sagrado – o corpo é tomado como instância última de produção de sentido do sagrado. Le Breton destaca que o corpo, estando no centro da vida cotidiana, é o intermediário que permite ao homem ver, ouvir, saborear, sentir, tocar e colocar significações precisas no mundo que o cerca,

Moldado pelo contexto social e cultural em que o ator se insere, o corpo é o vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída: atividades perceptivas, mas também expressão dos sentimentos, cerimoniais dos ritos de interação, conjunto de gestos e mímicas, produção da aparência, jogos sutis da sedução, técnicas do corpo, exercícios físicos, relação com a dor, com o sofrimento etc. Antes de qualquer coisa, a existência é corporal (LE BRETON, 2010, p. 07).

A experiência espiritual do homem contemporâneo é buscada por intermédio de sensações corporais, sua expressão máxima, viabilizada pelo



corpo. O processo de busca pelo sagrado calcado na experiência corpórea e na busca de sensações tem no corpo o *locus* privilegiado de produção de sentidos para a experiência religiosa. Os indivíduos contemporâneos buscam uma vertente religiosa que ofereça, por meio de práticas diversas, o “tratamento” para os males do corpo e da alma, assim como, se procura um remédio num balcão de farmácia. A terapêutica religiosa, característica das novas práticas religiosas contemporâneas, privilegia a ética “do cuidado de si” e do corpo, há muito negligenciada pela noção cartesiana de homem (FOUCAULT, 2006)

A experiência espiritual e religiosa na contemporaneidade vincula-se à experiência corporal, encontrando eco em tendências que privilegiem abordagens mediúnicas e paranormais. Eventos paranormais são populares no Brasil e, frequentemente, no imaginário do brasileiro, a eles são atribuídos eventos da vida cotidiana. As causas das doenças e as terapias religiosas são um exemplo. Segundo Maraldi, Zangari e Machado (2011, p. 395),

as crenças sobre o paranormal constituem a essência dos grandes sistemas de crença que dirigem atividades humanas individuais e coletivas através das gerações e, de um modo geral, todo ser humano é motivado a descobrir as causas dos eventos e acontecimentos, de forma a compreender seu ambiente e a si mesmo e os crentes parecem de fato apresentar uma tendência maior à construção de certos eventos e experiências como sendo paranormais.

No rol das terapias populares identificadas no Brasil, uma terapia que goza de legitimidade social inquestionável são as práticas oferecidas pelos centros espíritas. Classificadas como atividade de cura e de terapia, as práticas espíritas foram perseguidas no século XIX, sendo enquadradas no Código Penal de 1890, em seus artigos 156 a 158, como curandeirismo, charlatanismo, superstições e misticismo (GIUMBELLI, 1997). Segundo Arribas (2013, p. 11), “O espiritismo era visto como “heresia” para os católicos, como “charlatanismo” para os cientistas, como “crime” para o poder judiciário, como “doença” ou como “exercício ilegal da medicina” para o poder médico e como “notícia” para o poder jornalístico. Naquela ocasião, conforme pontua Roger Soares (2008), argumentava-se que o espiritismo “[...] colocava pacientes sob a responsabilidade de pessoas sem competência para tratá-las; impedia a



intervenção qualificada dos médicos (com seus saberes e suas práticas oficiais) e ainda podia ser diretamente prejudicial, agravando uma enfermidade” (SOARES, 2008, p. 145). Sobre a popularidade das práticas terapêuticas no Brasil, Laplantine e Aubrée (2009) argumentam que

No Brasil, os espíritos abundam e estão “soltos”, eles se encontram entre os indígenas, os rituais de pajelança, e os diversos grupos africanos com suas celebrações religiosas. Caboclos, pretos velhos, orixás, aliados a práticas terapêuticas e de previsão do futuro (jogo dos búzios), compõem um horizonte de expectativa religiosa que se contrapõe ao racionalismo científico e técnico (LAPLANTINE; AUBRÉE, 2009, p. 19).

Não excluindo os tratamentos biomédicos, a terapêutica espírita considera importante para o paciente que as terapias espiritual e biomédica ocorram paralelamente, introduzindo a noção de complementaridade. Dessa forma, negocia tensões nas fronteiras entre a medicina e a religião, conjugando noções da medicina oficial com as de “curandeirismo”, sob o prisma dos conhecimentos e das atuações sobre o corpo. Nessa perspectiva, em que pese a insistente definição de fronteiras que os sistemas terapêuticos procuram impor a si ou entre si, nota-se que há mais relação entre eles do que as separações conseguem expor, indicando um diálogo que negocia constantemente fronteiras e pertencimento, evidenciando como os pares de categorias religião e ciência, espiritualidade e saúde são constituídos contemporaneamente. Assim, considera-se não apenas os discursos, poderes e saberes oficiais (sejam eles religiosos ou científicos), mas também as práticas dos atores envolvidos nesses sistemas, sejam eles médicos, doentes ou religiosos.

O diagnóstico espírita baseia-se em um sistema de representações etiológicas, estreitamente ligado às relações que o indivíduo mantém com o mundo dos espíritos, sem descuidar exatamente das doenças cuja origem é reputada como “natural”. Segundo Marcelo Camurça (2016), as terapêuticas espíritas que se destacam são “[a] reforma íntima, prática do evangelho, meditação, uso da prece e fluidoterapia dos passes e da água fluidificada, [...] recursos de terapia espiritual, através dos quais o indivíduo visa harmonizar seu padrão vibratório - e do seu perispírito - com as vibrações e fluidos mais elevados



de planos espirituais superiores” (p. 232). O tratamento religioso, segundo a crença espírita, implica num trânsito entre espiritualidade e materialidade e visa a agir sobre o indivíduo como um todo, permitindo enfocar os corpos em sua dupla dimensão ontológica (material e espiritual). As relações entre materialidade e espiritualidade são a base da noção de homem na crença espírita e expressa na cosmogonia espírita, segundo a qual

a constituição do ser humano tem um aspecto triplo: sua constituição, além do corpo material e do espírito, um corpo sutil, denominado perispírito, invisível à visão humana, uma substância vaporosa que faria a ligação entre o espírito e a matéria, formando assim, a tríade espírito-perispírito-matéria, originando um conceito particular de saúde e a noção de uma medicina espiritual, que tem no desequilíbrio e desarmonia entre esses corpos, originados na encarnação atual ou anteriores, a etiologia de todos os males (GIUMBELLI, 2006, p. 236).

No que tange a lógica espírita, conforme destaca Cavalcanti (1983), o corpo retém a alma quando esta deva se encontrar encarnada a fim de vivenciar a experiência da vida no mundo material que lhe permita adquirir os aprendizados necessários para sua evolução.

Essa premissa endossa a atenção necessária ao corpo enquanto receptáculo da existência encarnada enquanto oportunidade de auto aperfeiçoamento e evolução. Portanto, o corpo, como viés evolutivo, deve atender ao chamado do cuidado de si, o que se encontra expresso por Allan Kardec (1944, p. 284),

[...] apoiar-me-ei em princípios elementares, e começarei por demonstrar a necessidade de cuidar-se do corpo que, segundo as alternativas de saúde e de doença, influi de maneira muito importante sobre a alma, que cumpre se considere cativa na carne. Para que essa prisioneira viva, se expanda e chegue mesmo a conceber as ilusões da liberdade, tem o corpo de estar são, disposto, forte. Amai, pois, a vossa alma, porém, cuidai igualmente do vosso corpo, instrumento daquela [alma]. Não castiguei o corpo pelas faltas que o vosso livre-arbítrio a induziu a cometer [...] (1944, p. 284).

A noção de livre-arbítrio atribui ao indivíduo a responsabilidade pelas suas escolhas e a doença é um misto de carma passado resultante de vidas com ações desequilibradas da na vida atual. Nesses termos, as noções de saúde e de doença estão intrinsecamente relacionados à lei espírita de causa e efeito que responsabiliza os indivíduos por suas práticas individuais e justifica todos os



males, corroborando com o que destaca Prandi (2012, p. 73 e 79) sobre o espiritismo e sua lógica intrínseca de que “Tudo aquilo por que passamos [...] é resultado de nossas próprias ações” e “[...] cada um é autor de seu próprio drama, o responsável por aquilo que efetivamente é, por seu sofrimento, e também sua felicidade”, indicando, assim, a noção implícita de etiologia da visão espírita. Desta forma, pode-se inferir que, no que se refere a relação direta com o sagrado, o humano, na perspectiva espírita, é um ser de construção e vivência, que se faz e refaz em cada gesto, cada símbolo e palavra; que se debruça em ritos e mitos; que promove o elo de encontro entre si e aquilo que busca e subjetivamente considera sagrado. É um ser de constante metamorfose e, por isso mesmo, desenvolve variações de sua própria expressão religiosa de vida.

Neste sentido, diferentemente do empiricismo típico do século XIX, a experiência corpórea na contemporaneidade é observada sob múltiplos aspectos. A relação tênue entre saúde, doença e religiosidade, tendo como ponto de inflexão o espiritismo, é fundamental para a compreensão das subjetividades que envolvem os indivíduos e suas diversas formas de estar no mundo.

17

Considerações finais

Na construção dos sentidos das práticas terapêuticas, os dispositivos religiosos e seus serviços fazem parte da construção dos sentidos do aparecimento da doença e das possibilidades de cura., conforme abordado na primeira parte do artigo. De acordo com a análise da literatura sobre o tema, percebe-se que o modelo biomédico esvazia a possibilidade de cuidado para os pacientes, que buscam, conforme seu arcabouço sociocultural, experiências em práticas não biomédicas. Assim, a perspectiva de relativizar os conhecimentos sobre os modos de adoecer e de tratar configura-se como um campo de debates sobre a necessidade da coexistência de diferentes práticas de cuidado e cura e sua importância para os indivíduos que vivenciam experiências limite.



Nessa perspectiva, chamou-se a atenção na segunda parte deste estudo, que discute as relações estabelecidas historicamente entre religião e medicina, espiritualidade e saúde. Assim, constatou-se que não é um tema ultrapassado, ao contrário, o que se deve salientar aqui não são analogias aleatórias entre medicina e religião que neguem suas especificidades e apostem numa união irrestrita desses domínios, mas apontar para as relações estabelecidas entre esses campos e como ambos são afetados reciprocamente pelas transformações históricas que os constituem. Desse modo, a análise daquilo que se acostumou a nomear indistintamente de religião ou ciência (e, aqui, notadamente a ciência médica), deve estar atenta aos mecanismos de produção de semelhança e diferença entre esses domínios, sem reificar as categorias nem apostar em sínteses ou rupturas rígidas demais que, de fato, dificilmente correspondem às tensões, negociações, conflitos e acomodações que fazem parte da ordenação da vida.

18

Referências

- ALMEIDA, Ronaldo de. Religião na metrópole paulista. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v. 19, n. 56 São Paulo out., 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v19n56/a02v1956.pdf>. Acesso em: 19 de março de 2017.
- ARRIBAS, Célia da Graça. O caráter religioso do Espiritismo. *Fragmentos de Cultura, Goiânia*, v. 23, n. 1, p. 3-16, jan-mar, 2013. Disponível em: http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/A_autores/ARRIBAS_Celia_tit_Carater_Religioso_do_Espiritismo-O.htm. Acesso em: 26 de março de 2017.
- BARROS, Valquiria da Silva. O corpo como sujeito de experiências em espaço sagrado nos processos de saúde-doença: cirurgias espirituais. Dissertação. (Mestrado Acadêmico em Humanidades Culturas e Artes) - Escola de Ciências, Educação, Artes, Letras e Humanidades. Programa de Pós-Graduação em Humanidades, Culturas e Artes, Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy” (Unigranrio), Duque de Caxias, Rio de Janeiro, 2016. 168 f.
- BAUMAN, Zygmunt. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- _____. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- _____. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- _____. *Vida líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- CAMARGO JR, K. R. C. Medicalization, pharmaceuticalization and health imperialism. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n.5, p.844-846, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500002 Acesso em: 16 de maio de 2015.



- CAMURÇA, Marcelo Ayres. Entre o carma e a cura: tensão constitutiva do Espiritismo no Brasil. *PLURA, Revista de Estudos de Religião*, v. 7, p. 230-251, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d1aa/9170fcaafa585e2a1bd7853814260cd2fe50.pdf> Acesso em: 16 de maio de 2015.
- CAVALCANTI, M. L. V. de C. O mundo invisível: cosmologia, sistema ritual e noção de pessoa no espiritismo. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
- DELEUZE, Gilles.; GUATTARI, Félix. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol. 1. São Paulo: Ed. 34, 2000.
- ELIADE, M. O sagrado e o profano. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, Michel. A Hermenêutica do Sujeito. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC, 2015.
- GUERRIERO, Silas. Novas configurações das religiões tradicionais: ressignificação e influência do universo Nova Era. Tomo, n. 14, p. 35-53, jan.-jul., 2009. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/497> Acesso em: 16 de maio de 2015.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. Médicos do astral, médicos da Terra: as relações da Umbanda com a biomedicina. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*. v. 11, n. 2, p. 83-98, 2006. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/8986> Acesso em: 16 de maio de 2015.
- GIUMBELLI, Emerson. O cuidado dos mortos: uma história da condenação e legitimação do espiritismo. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93131997000200011 Acesso em: 13 de junho de 2015.
- _____. Espiritismo e medicina: introjeção, subversão, complementaridade. In: ISAIA, Artur Cesar (Org.). *Orixás e espíritos: o debate interdisciplinar na pesquisa contemporânea*. Uberlândia: EDUFU; 2006. p. 283-304. Disponível em: <http://www.edufu.ufu.br/catalogo/livros/orixas-e-espirtos-o-debate-interdisciplinar-na-pesquisa-contemporanea> Acesso em: 16 de maio de 2015.
- INGOLD, Tim. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, ano 18, n. 37, p. 25-44, jan./jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832012000100002. Acesso em: 21 de setembro de 2017.
- KARDEC, A. Sede Perfeitos. In. *O evangelho segundo o espiritismo*. 115. ed. Rio de Janeiro: FEB, 1944.
- KLEINMAN, A., EISENBERG, L., GOOD, B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann. Int. Med.*, v.88, n.2, p.251-8, 1978. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/626456/> Acesso em: 17 de outubro de 2015.
- LANGDON, Esther Jean. Performance e sua Diversidade como Paradigma Analítico: A contribuição da Abordagem de Bauman e Briggs. In *Antropologia em primeira mão. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, UFSC*. Florianópolis: UFSC, 2007. Disponível em:



https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/378/o/artigo_94_rafael.pdf Acesso em: 17 de outubro de 2015.

LAPLANTINE, F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LAPLANTINE, F.; AUBRÉE, M. A mesa, o livro e os espíritos. Maceió: EdUFAL, 2009.

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

LE BRETON, D. A sociologia do corpo e a modernidade. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

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

LUZ, Madel. **Natural, racional, social:** razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

MALUF, Sônia Weidner. *Da mente ao corpo? A centralidade do corpo nas culturas de Nova Era.* ILHA Revista de Antropologia jul./dez., v. 7, n. 1-2, p. 147-161, 2005. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/1577> Acesso em: 17 de outubro de 2015.

MARALDI, E. O.; ZANGARI, W.; MACHADO, Fátima Regina. (2011) A Psicologia das Crenças Paranormais: Uma Revisão Crítica. Boletim – Academia Paulista de Psicologia, v. 31, p. 394-395. Disponível em: https://www.usp.br/interpsi/?page_id=75 Acesso em: 25 de maio de 2020.

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

PRANDI, R. Os mortos e os vivos: uma introdução ao espiritismo. São Paulo: Três Estrelas, 2012.

QUEIROZ, Marcos de Souza; CANESQUI, Ana Maria. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1986, vol.20, n.2, p.152-164. ISSN 1518-8787. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101986000200006>. Acesso em: 18 de setembro de 2015.

RABELO, M. C. M. Religion and Cure: Some Thoughts on the religious experience of urban popular classes. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), p. 316-325, jul-sep. Rio de Janeiro, 1993.

RIEFF, Phillip. O triunfo da terapêutica. São Paulo: Brasiliense, 1990. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1993000300019&script=sci_abstract Acesso em: 21 de setembro de 2017.

RIVERS, W.H.R. 1979. *Medicine, Magic and Religion.* New York, AMS Press.

SANTOS, B. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos Avançados*, 2(2), 46-71, 1998.

SARTI, Cynthia. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade* 10(1):3-13, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902001000100002&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em: 06 de abril de 2019.

SOARES, Rogers Teixeira. As Associações Médico-Espíritas e as Controvérsias entre a “Medicina Espírita” e a “Medicina Convencional” na Atualidade. *Sacrilegens, Juiz de Fora*, v.5, n.1, p.144-163, 2008. Disponível em:



<https://www.ufjf.br/sacrilegens/files/2009/06/5-8.pdf>. Acesso em: 06 de abril de 2019.

STEIL, Carlos Alberto. A modernidade fragmentou o campo religioso e fez emergir uma diversidade de religiões. IHU On-line. Revista do Instituto de Humanidades UNISINOS. Edição 220, mai., 2007. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/569380-peter-berger-e-a-religiao> Acesso em: 21 de setembro de 2017.

TERRIN, Aldo Natale. Nova Era: A religiosidade do pós-moderno. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. O sagrado off limits. São Paulo: Loyola, 1998.

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

_____. Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.