A produção antropológica sobre a articulação saúde, religião e corpo: conquistas, ressalvas e perspectivas

Armelle Jacquemot

▶ **To cite this version:**

Armelle Jacquemot. A produção antropológica sobre a articulação saúde, religião e corpo : conquistas, ressalvas e perspectivas. Ilha - Revista de Antropologia, 2005, Saúde, Religião e Corpo, 7 (1,2), pp.113-124. hal-03123840

HAL Id: hal-03123840
https://hal.science/hal-03123840

Submitted on 28 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Public Domain

A produção antropológica sobre a articulação saúde, religião e corpo: conquistas, ressalvas e perspectivas

Armelle Giglio-Jacquemot

Resumo : O presente trabalho visa a discutir as contribuições à reflexão antropológica dos trabalhos que inscrevem seu objeto na articulação "saúde, religião e corpo". Considera que esses trabalhos levaram a interrogar a pertinência científica do recorte espontâneo, que postula a separação dos objetos da antropologia da saúde e da antropologia religiosa, conquista importante que deve ser, entretanto, nuançada pela constatação da adoção, sem distanciamento crítico até hoje, na leitura das sociedades estudadas por antropólogos, de dicotomias expressivas da separação que faz o conhecimento médico moderno entre o "médico" e o "religioso". Termina apontando para um campo de estudos que desenha perspectivas fecundas para o futuro: o de pesquisas voltadas para a dimensão religiosa de universos e situações terapêuticos que se apresentam e são vividos dentro de nossas sociedades como indiscutivelmente médicos e não religiosos.

Palavras chaves : religião, biomedicina, saúde, antropologia médica, antropologia religiosa, crença, naturalismo médico, comportamentos terapêuticos, culturas religiosas.

Introdução

Existem diversas maneiras de abordar e desenvolver uma reflexão sobre a articulação entre saúde, religião e corpo, vários enfoques a partir dos quais pode-se iluminar suas múltiplas facetas e diversos lugares desta interface que podem ser explorados. Por exemplo, a reflexão pode se concentrar mais especificamente sobre as relações entre doença e sagrado, ou sobre as relações entre medicina e religião, ou ainda entre saúde (cura) e salvação.

Destacando o último enfoque desta articulação, a reflexão também pode se focalizar sobre o corpo e a maneira como ele é concebido. O corpo é, ao mesmo tempo, realidade biológica, objeto investido de significações sociais e culturais e fundamento principal da identidade do sujeito. Entre o "corpo-objeto" das ciências da natureza e da biomedicina, inteira e exclusivamente submetido às leis da biologia, lugar de observação e de experimentação, e o "corpo-sujeito"[1], um corpo "vivido" e "próprio", inserido na concepção que cada um de nós tem de seu corpo, muitas representações, noções e conceitos se encontram, se misturam, se completam ou se contrapõem. Lugar das doenças e dos cuidados, ele é um espaço-cruzamento para onde convergem, nem sempre compatíveis, muitas significações e práticas.

Enfim, a discussão também pode se concentrar sobre a síntese dos trabalhos que exploraram a articulação "saúde, religião e corpo" até hoje, delineando as conquistas e desenvolvimentos, descobrindo as novas perspectivas de pesquisa e reflexão. É nessa perspectiva que se enquadra o seguinte texto que aborda brevemente a questão das

contribuições à reflexão antropológica dos trabalhos que inscrevem seu objeto na articulação "saúde, religião e corpo", enfocando, num primeiro momento, uma conquista fundamental, que é interrogar a distinção entre os objetos da antropologia médica e da antropologia religiosa, e fazendo, num segundo momento, algumas ressalvas que levam a considerar nuanças e a apontar algumas perspectivas de trabalho para o futuro.

Conquista

Um dos grandes méritos dos trabalhos que exploram a interface saúde, religião e corpo é o de ter levado a interrogar a pertinência científica do recorte que postula a distinção espontânea entre um objeto que seria da antropologia médica e um outro que seria da antropologia religiosa. Seus resultados colocaram em questão a compreensão etnocêntrica que opera e fundamenta essa distinção, transportada e transposta como tal dentro da antropologia sem distanciamento crítico.

Como aponta François Laplantine (1986, p. 347), a distinção entre a função médica e a função religiosa, concebidas como autônomas, diz respeito a uma disjunção que foi historicamente feita somente pelas sociedades ocidentais, isto é pelas sociedades das quais surgiram, durante muito tempo, os antropólogos. Da mesma maneira que a representação da doença individual, suscetível de ser isolada e interpretada como a morbidade específica de um indivíduo particular, é única no campo etnográfico de todas as sociedades conhecidas, esta disjunção entre o campo do médico – que adquire uma autonomia total – com o campo do religioso para se tornar uma prática específica e especializada, é própria de nossas sociedades. Ora, o ponto de vista da ciência médica, informado pelo modelo epistemológico biomédico, não pode ser o prisma através do qual os antropólogos olham para as outras sociedades no intuito de entendê-las.

A articulação do médico e do religioso, ou melhor, o entrelaçamento íntimo dos dois é, aliás, atestado pelo próprio caminho de muitos antropólogos que trabalham hoje na chamada "antropologia médica". Especialmente pelos que começaram a pesquisar objetos ligados à saúde, numa época em que não havia um domínio da an-

tropologia assim denominado e academicamente constituído como é atualmente. Isto é, uma época em que não se decidia fazer uma tese de doutorado em "antropologia médica", e em que não se escolhia o objeto "saúde" ou "doença", porque esse campo de estudo não existia, ou era ainda balbuciante. Antes de existirem as denominadas "antropologia médica", "antropologia da doença", "antropologia da saúde", segundo as perspectivas e as tradições nacionais, o encontro dos antropólogos com a doença era fortuito. Enquanto eles vinham estudar outra coisa, o mal, a infelicidade e as moléstias surgiam entre as pessoas com quem conviviam e eles assistiam às respostas que suas sociedades, seus grupos tinham elaborado e propunham a seus membros.

Entre esses antropólogos, muitos foram levados a se interessar por questões de saúde, doença e cura por via de pesquisas começadas no campo da antropologia religiosa. Foi o meu caso com a Umbanda. Somente comecei a orientar minhas preocupações sobre a doença na Umbanda depois de ter constatado, pelo trabalho de campo, o lugar central que ocupavam sua interpretação e seu tratamento no universo e nas atividades desta religião, e o papel fundamental que desempenhavam[2]. A partir desse primeiro interesse por questões relativas à saúde, encontrado de maneira inesperada num universo religioso onde só esperava encontrar "religiosidade", fui levada a investigar essas questões em universos "não religiosos", cuja dimensão religiosa não é manifesta (prontos-socorros, entre outros)[3]. Numa certa visão da separação em campos distintos dos objetos da antropologia, aqui criticada, se poderia dizer que passei da antropologia religiosa para a antropologia médica pela ponte da doença.

É também interessante constatar que o que o tal pesquisador considera como sendo um ritual religioso é estudado por um outro como sendo prática médica e vice e versa. Para retomar o exemplo da Umbanda, pode-se adotar o ponto de vista da antropologia religiosa. Pode-se ver na Umbanda uma religião "terapêutica" e até caracterizá-la como tal. Mas se se coloca do ponto de vista da antropologia médica, também se pode considerá-la como sendo uma "terapia religiosa". Em outros termos, o universo da Umbanda realiza uma

imbricação tão estreita da dimensão religiosa e da dimensão terapêutica que seu estudo implica a necessária articulação da antropologia religiosa e da antropologia médica, esses dois campos do saber antropológico sendo levados aqui a cooperar de maneira a iluminar as múltiplas facetas e dimensões dessa religião.

Os laços estreitos que existem entre saúde e religião, entre a maneira de administrar a doença e o pensamento religioso levaram certos autores até a declarar, de maneira hiperbólica, que a religião é uma medicina aplicada (Murdock *et al*, 1978) ou ainda que a antropologia médica é parte da antropologia religiosa (Zimmerman, 1995). A articulação dos registros da saúde e da religião é afirmada hoje por muitos autores, entre os quais, por exemplo, Jean Benoist (1993), quando ele escreve: "De Lourdes até o xamã, o divino e o médico sempre mostraram seu fundamento comum e a lembrança desta origem se encontra ainda na aura do médico", ou seja, na valorização dessa figura, e até mesmo na sua veneração.

A estreita relação que une saúde e religião não precisa ser mais demonstrada e o material etnográfico recolhido pelo mundo atesta seu entrelaçamento em todas as sociedades, isto é: não somente nas sociedades muito diferentes das nossas, chamadas em outras épocas de "primitivas" ou "exóticas", nas quais se costuma admitir sem dificuldade, desde sempre, que a medicina mergulha no sagrado, que todo terapeuta também é um sacerdote ou um feiticeiro, e que as pessoas não distinguem o infortúnio biológico dos outros infortúnios, e identificam o mal e a doença a partir de concepções sacrais do homem e do mundo; mas também nas nossas sociedades aonde a medicina dominante – a biomedicina – se afirma como o produto de uma ciência médica emancipada das crenças metafísicas, das especulações filosóficas e até do social, e é baseada sobre a objetivação das desordens do corpo; uma biomedicina cujo fundamento se encontra no ato de diferenciação entre a infelicidade biológica e as outras infelicidades, que se pensa fora das culturas e cujos representantes consideram-se os praticantes de uma ciência neutra e objetiva e nada mais.

Ressalvas

Essa conquista importante não deve ocultar a falta de distanciamento crítico presenciada ainda hoje em trabalhos antropológicos que exploram realidades inscritas na articulação "saúde, religião e corpo", cujos autores adotam a separação que faz o conhecimento médico moderno entre o que diz respeito ao "médico" e o que diz respeito ao "religioso", reproduzindo assim, na sua leitura das realidades estudadas, dicotomias expressivas do recorte ideológico entre natureza e cultura que perpassa suas sociedades.

Um bom exemplo disso são os trabalhos sobre as medicinas tradicionais ou populares que, freqüentemente, procedem a repartição dualista de dois campos de conhecimentos: "de um lado ´um saber mitológico´ vago e ambivalente, e do outro o saber ´objetivo´ do naturalismo médico" (Laplantine, 1986, p. 349).

As dicotomias utilizadas desvendam essa concepção opondo, para as mais comuns, o empírico e o símbolico; o racional e o irracional; o natural e o sobrenatural; o orgânico e o psicológico; o orgânico e o social; a doença e o mal (e o infortúnio); os conhecimentos e as crenças; o erudito e o especializado (medicina, saber)/ o leigo e o profano, o comum (medicinas, saberes); a etiologia natural e a etiologia mágico-religiosa (e social); a farmacopéia e as técnicas médicas/ os rituais. A essas duplas de oposições, menos explícitas, pode se acrescentar os "verdadeiros" doentes, as "verdadeiras" doenças, a "verdadeira" medicina (como saber objetivo isento de qualquer influência mágico-religioso)/ os "falsos" doentes e doenças, os charlatões [4].

Como constata F. Lapantine (1986, p. 349-350), se os médicos se encontram nos primeiros termos dessas dicotomias que caracterizam o saber objetivo do naturalismo médico, muitos antropólogos tendem a privilegiar, pelo menos como objeto de estudo, as realidades desenhadas pelos segundos termos, considerados, na visão biomédica que sustenta essa leitura da realidade, como hierarquicamente inferiores aos primeiros. Entretanto, nos dois casos é a mesma concepção da doença que está compartilhada e é o mesmo processo ideológico que está operando, o dos preconceitos do observa-

dor ocidental que se traduz, por parte dos antropólogos, por um etnocentrismo geralmente inconsciente.

A permanência, até hoje, desses preconceitos explica certamente por que a maioria dos trabalhos antropológicos que exploram a interface saúde, religião e corpo dirigem seu interesse para universos e situações terapêuticas nos quais o que está considerado nas nossas sociedades como "religioso" e como "médico" são explicitamente ligados: sua dimensão religiosa é manifesta e reconhecida; ela é até afirmada pelos que deles participam. Tratam-se de medicinas, comportamentos, práticas de cura e de prevenção, itinerários terapêuticos que mobilizam significações abertamente religiosas. Ao lado desses, existem também universos e situações terapêuticos que se apresentam e são vividos dentro das nossas sociedades como indiscutivelmente "médicos" e "não religiosos". É o caso, por excelência, da biomedicina. Sua eventual dimensão religiosa que pode, por exemplo, se manifestar nas práticas como nos comportamentos de seus terapeutas e doentes, não é explicíta e não é percebida nem por esses, nem pela sociedade e nem pelos antropólogos, que pouco se dedicaram a seu estudo até hoje, mesmo os que trabalham com a interface saúde/religião/corpo.

Perspectivas

Alguns trabalhos muito interessantes realizados sobre este segundo grupo de práticas parecem apontar para um campo de estudos fecundo para o futuro. É com esta última consideração que vou terminar, salientando certos resultados de uma pesquisa realizada por uma antropóloga francesa, Sylvie Fainzang (2002), sobre as marcas deixadas pelas culturas religiosas nos comportamentos dos pacientes da biomedicina.

Para investigar essa questão, a pesquisadora estudou, durante cinco anos, os comportamentos de pacientes de quatro origens religiosas – católica, protestante, judia e muçulmana – em relação a suas receitas médicas e seus remédios. Todos moram no sul da França, em meio rural e urbano, e pertencem a diversos meios sociais. As investigações foram realizadas no meio hospitalar (por ocasião de consultas em serviços especializados e de internações) e na casa dos pacientes.

Nesse estudo, as religiões não foram consideradas como corpos de crenças que determinariam uma certa maneira de administrar o corpo e o doença mas – e aí reside a originalidade do trabalho – elas foram encaradas como uma espécie de bojo cultural de onde os comportamentos individuais se originam. É a razão pela qual a autora fala em "culturas religiosas" e não em "religião", pois o estudo não trata do religioso propriamente dito, mas das influências das culturas religiosas sobre os comportamentos, independentemente da questão da crença e da adesão. Nessa perspectiva, pertencer a um dos quatro grupos investigados é participar de um sistema de valores e de uma cultura. O que interessa é entender como as culturas religiosas impregnam as práticas cotidianas externas ao domínio das práticas religiosas e, mais especificamente aqui, as práticas relacionadas ao campo da saúde. É também a razão pela qual foram considerados não somente doentes crentes das quatro religiões[5], mas também doentes não crentes, isto é, doentes que tomaram distância da religião de origem do seu meio familiar e, por conseqüência, da crença. A intenção era, comparando os dois tipos de doentes para cada religião, poder medir o que sobra dos valores religiosos fora da adesão e/ou das práticas religiosas.

Entre outras questões, a autora quer saber que tipo de relação os pacientes têm com os médicos e procura as respostas no uso feito pelos pacientes de dois objetos implicados na relação médica: as receitas médicas e os remédios, escolhidos por serem objetos geralmente presentes num episódio de doença, e porque seu uso objetiva a relação que os doentes têm com seus médicos. Os resultados mais surpreendentes do estudo mostram que existe uma relação estreita entre a atitude que as pessoas têm com o representante da autoridade religiosa e o representante da autoridade médica; revelam também que os comportamentos observados são os mesmos por parte dos crentes e não-crentes das religiões consideradas.

Constata a autora que é como se, dentro de cada grupo cultural (definido pela comum origem religiosa), houvesse uma transmissão e interiorização de certos valores e comportamentos em virtude dos quais o indivíduo aprende a se posicionar em relação à autoridade

em geral, cuja autoridade médica seria um avatar, e a autoridade religiosa, o paradigma. Em outros termos, o médico desempenha para seus pacientes um papel semelhante ao que desempenha o representante do culto de sua religião de origem[6]. Com ele, os paciente têm uma relação pensada a partir do modelo da figura que encarna a autoridade tal como é construída dentro das várias doutrinas religiosas, o que o processo de enculturação religiosa pode explicar na medida em que forja uma leitura da realidade através das categorias cognitivas próprias de cada religião.

Assim, pelos católicos praticantes, o médico é encarado como o padre: ele administra tratamentos e prescreve comportamentos; também recebe as confidências de seus pacientes e sua palavra é muito escutada e respeitada. Diferentemente, o médico tende a ser considerado pelos protestantes somente como o detentor de um certo saber que pode, eventualmente, ser consultado, como se consulta um pastor, mas sem lhe alienar suas escolhas. Na sua relação com o médico, os católicos observam uma submissão construída pela relação que aprenderam a ter com a autoridade religiosa. Entre os protestantes, não existe a mediação do pastor mas somente da Escritura. Enquanto o catolicismo se baseia no princípio de autoridade, o protestantismo se baseia no princípio do "livre exame". A atitude destes pacientes com respeito à autoridade médica se alinha à que eles têm com a autoridade eclesiástica pois, em relação às duas, nota-se a recusa de submissão ao seu poder.

No que diz respeito aos judeus praticantes, sua atitude com o médico é semelhante à que tem com o rabino: é habitualmente consultado, mas consultá-lo não implica obedecer. Os pacientes iniciam com o médico longas conversas nas quais eles manifestam seu desacordo sobre o diagnóstico e sobre o tratamento. Como o rabino, sua palavra é discutida e até contestada. Quanto aos pacientes muçulmanos, eles nunca contradizem a palavra do médico, pelo menos abertamente, da mesma maneira que eles nunca contradizem a palavra do *imame* ou do *mufti*. O respeito manifestado é um imperativo moral e social sempre reafirmado, mesmo se os pacientes contornam depois, em segredo, a prescrição dada pelo médico no que diz respeito ao com-

portamento a ser seguido. Sua atitude com o médico é bastante submissa à imagem de sua atitude com a autoridade religiosa.

Ora, observa-se esses comportamentos tanto por parte dos crentes, quanto por parte dos indivíduos afastados da crença ou da prática religiosa. Nota-se a mesma dissimulação[7] em relação ao médico por parte dos pacientes de origem católica, a mesma independência e distância crítica nos pacientes de origem protestante, a mesma necessidade de discutir e de negociar o tratamento nos pacientes de origem judia, a mesma deferência nos pacientes de origem muçulmana.

O que mostra esse estudo – para voltar ao ponto que iniciou seu exame – é que um paciente não precisa ter uma prática religiosa e nem precisa aderir à crença religiosa para ter, com os médicos, uma relação que se assemelha ao tipo de relação que os fiéis de sua religião de origem têm com seus sacerdotes. Crentes ou não, os indivíduos são impregnados tão profundamente por modelos culturais que tendem a ter com seus médicos o tipo de relação que sua cultura religiosa de origem atribui ao representante da autoridade, a saber, segundo as religiões consideradas, uma relação de submissão, de dissimulação, de resistência ou de negociação.

Conclusão

A pesquisa realizada por S. Fainzang aponta para dois fatos que merecem ser pensados e levados em conta com proveito pelos trabalhos que inscrevem suas preocupações no campo da reflexão sobre a articulação saúde, religião e corpo.

O primeiro é que as culturas religiosas influenciam os comportamentos dos pacientes, independentemente de sua adesão a uma religião, independentemente da crença. Até hoje, o interesse para os laços entre religião, saúde e corpo levou geralmente os antropólogos a considerar a questão da religião sob o ângulo de sua dimensão "símbolica" e sob o ângulo das práticas que ela induz. O problema dos laços entre religião e saúde está ligado, de maneira inelutável, à questão da crença. Esse trabalho mostra que uma reflexão sobre esses laços não pode e não deve mais se reduzir ao exame da incidência das crenças ou das práticas religiosas sobre as representações da doença, os comportamentos terapêuticos, os sistemas de cuidados e de saúde.

O segundo é que as culturas religiosas fazem sentir seus efeitos dentro do universo da racional e laica biomedicina, onde impregnam até a relação terapêutica médico/ paciente. Esse fato deveria incitar os antropólogos que estudam os lugares da interface saúde, religião e corpo a investigar com dedicação os universos terapêuticos onde a religião não está explícita e reconhecidamente presente, em particular o da biomedicina[8].

Notas

[1] Para retomar as duas figurações do corpo de Paul Ricoeur (*in* CHANGEUX et RICOEUR, 1998, p. 22).
[2] Interesse que devia desembocar na minha tese de doutourado (JACQUEMOT, 1998).
[3] Cf. Giglio-Jacquemot (2005).
[4] "Nós trabalhamos sobre as besteiras dos outros", me disse uma vez um antropólogo francês, respeitado no campo da antropologia médica, falando das medicinas e terapias não biomédicas.
[5] E entre eles ainda distingue os praticantes dos não praticantes.
[6] Quer ele seja praticante ou não, crente ou não.
[7] Sobre seus comportamentos reais em relação à terapia ou sobre seu recurso a outras medicinas e terapeutas.
[8] Nesse sentido, seria muito interessante, aliás, realizar a mesma pesquisa do lado dos médicos, investigando a eventual influência das culturas religiosas sobre sua relação com os pacientes, sobre suas práticas e representações no domínio da saúde (sua preservação, sua restauração).

Bibliografia

Benoist, J, *Anthropologie médicale en société créole*, Paris: PUF, 1993.
Changeux, J. P., Ricoeur, P., *Ce qui nous fait penser. La nature et les règles*, Paris: Odile Jacob, coll. « Poche », 1998.
Fainzang, S., « Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse », in: Massé, R. e Benoist, J. Eds), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris: Karthala, 2002, pp. 125-142.
Giglio-Jacquemot, A., *Urgências e emergências em saúde : Perspectivas de profissionais e usuários, Rio de Janeiro*: Editora Fiocruz, 2005.
Jacquemot, A., *Guides et Médiums au secours des Hommes - Etude des représentations et des pratiques liées à la maladie et à son traitement dans l'Umbanda à São Paulo (Brésil)*, Lille: ANRT, 1998.
Laplantine, F., *Anthropologie de la maladie*, Paris: Editions Payot, 1986.
Murdock, G. P., Wilson, S. F. , Frederick, V. , «World distribution of theories of illness», in : *Ethnology* (17) 4: 449-470, 1978.
Zimmerman, F., *Généalogie des médecines douces*, Paris: PUF, 1995.