



**POR QUE ADOECEMOS? OS DESAFIOS DE UMA APROXIMAÇÃO ENTRE RELIGIÃO E CIÊNCIAS
NATURAIS PERANTE A SAÚDE**

Fábio L. Stern¹

RESUMO

Este artigo apresenta algumas das formas comuns de se compreender a origem da doença através da razão religiosa discutindo os principais desafios de tais concepções frente a uma aproximação entre religião e lógica racional. Dividiram-se tais concepções em três categorias de etiologia mítica: a doença como fruto de causas naturais dentro do pensamento religioso, a doença como fruto de seres supremos e causas sobrenaturais, e a doença como fruto de causas psicossociais dentro do pensamento religioso.

Palavras-Chaves: Saúde. Doença. Ciência da Religião. Antropologia da Religião. Filosofia da Religião.

¹Bacharel em Naturologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina. Especialista em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Membro do Centro de Estudos de Religiões Alternativas no Brasil da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. E-mail: caoihim@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Ainda que a concepção mecanicista sobre a saúde domine as ciências médicas atualmente, Laplantine (2010), Capra (2006), Minayo (1988) e Lèvi-Strauss (1970) demonstraram que as pessoas nunca deixaram de recorrer ao subjetivo para compreenderem a enfermidade. Como “a doença nos leva às margens da vida, a uma erosão da existência, à mortificação e à crise do viver” (TERRIN, 1998, p. 195), os enfermos recorrem a um intercâmbio entre a razão médica e a razão religiosa para entender e explicar a causa de suas doenças – os porquês da finitude apontados por Laplantine (2010) dos quais a ciência não dá conta e aos quais, o pensamento simbólico é o caminho usual.

Como as religiões são construções sociais, admite-se que as compreensões populares da doença influenciam, e são influenciadas, pelo simbolismo religioso. Mas independente do sentido que uma população atribui à morbidade, “o homem [...] é, antes de tudo, um ser doente de corpo e espírito, um paciente e um sofredor que sabe que está doente e que pede, com absoluta prioridade, para ser ‘curado’”. (TERRIN, 1998, p. 149). Assim, estudos de etiologia mítica permitem uma maior compreensão do universo do sujeito, das instituições, da fé, da experiência religiosa e também da própria sociedade.

Por trás de todo mito da doença, subentende-se um mito da cura. Enquanto os mitos da doença explicam o porquê da enfermidade, os mitos de origem da cura, revelados ou implícitos, tratam da solução do problema, que pode ser ritualizado na expulsão da desordem ou do mal, na redenção da condenação, na salvação da culpa ou pecado, no restabelecimento da vida como abundância, ou ainda na libertação da própria existência através do autossacrifício, (SULLIVAN, SERED, 2005), temas que a medicina ortodoxa não abarca.

Desde o desenvolvimento do racionalismo e do pensamento cartesiano na Idade Moderna, a cura caminhou lentamente do domínio das ciências sociais e das religiões para as mãos das ciências naturais. Coroada pelo florescer do secularismo e da patogênese celular, a cisão entre práticas biológicas e curas sociais e religiosas gerou a noção de “medicina

verdadeira” e “medicina falsa” verificada por Laplantine (2010), relegando a dimensão simbólica das doenças à subalternidade.

No decorrer de toda a história da ciência ocidental, o desenvolvimento da biologia caminhou de mãos dadas com o da medicina. Por conseguinte, é natural que, uma vez estabelecida firmemente em biologia a concepção mecanicista da vida, ela dominasse também as atitudes dos médicos em relação à saúde e à doença . (CAPRA, 2006, p. 116).

Mas apesar de seus importantes avanços, o modelo etiológico-terapêutico das ciências naturais não supriu a necessidade humana de significar a vida e seus acontecimentos. Por isso, na segunda metade do século XX surgiu no Ocidente o interesse pelas medicinas populares. Enquanto as medicinas religiosas consideram a subjetividade do enfermo e totalizam humano, natureza e cultura em oposição à tendência dissociadora do secularismo médico (LAPLANTINE, 2010), pouco mudou na medicina ortodoxa desde o surgimento da teoria da patologia celular em 1858.

Embora a priori as considerações culturais sobre o adoecer tenham sido estudadas especialmente por antropólogos, Koenig (2005) demonstrou um aumento de quase 800% no número de artigos na Medline que relacionavam saúde e religião entre 2000 e 2002, quando comparado ao número de artigos de 1980 a 1982; enquanto na Psychlit o número cresceu 1.000% entre os dois períodos. De 747 estudos analisados pelo autor, 478 demonstraram estatísticas significativas em prognósticos melhores às intervenções médicas e às várias doenças, além de menores tendências quanto ao abuso de entorpecentes, suicídio, infarto, A.V.C. e problemas de pressão arterial entre religiosos quando comparados ao grupo de não religiosos.

Por antecipar a noção posterior da salvação ao plano presente, a cura possui um papel importante, talvez central, nas religiões. Conforme ressaltado por Terrin (1998, p. 151), “a história comparada das religiões não encontra em nenhum canto da terra [sic] um mundo religioso que não tenha também uma ‘função terapêutica’. Parece assim que não é possível desatrelar a saúde física daquela espiritual”. É por isso que tais estudos auxiliam, como conclui Minayo (1988), no desenvolvimento de atitudes práticas para os sistemas médicos, pois concentram importantes elementos desses grupos.

Mas Sloan et al. (2000) ressaltou que mesmo com o crescente interesse da medicina por tais práticas, os médicos são inaptos a “prescrever” atividades religiosas. Ainda há hiatos importantes a serem preenchidos para que se tenha uma prática em saúde que aproxime as ciências naturais da espiritualidade de seus pacientes visando um tratamento que contemple tanto as suas necessidades físicas quanto simbólicas. Tal como colocado por Smith (2002), não é fácil a nenhum dos dois lados cederem frente a uma situação de interdisciplinaridade, o que dificulta atualmente a participação de um “profissional espiritual” nos centros de saúde e vice-versa.

[...] argumentos de acadêmicos em vários campos (filósofos acadêmicos, historiadores e sociólogos da ciência, críticos literários, da cultura ou da sociedade, e teóricos de uma variedade de disciplinas científicas) dizem que os entendimentos tradicionais e as invocações de tais idéias são conceitualmente problemáticos (por exemplo, ambíguos, distorcidos, instáveis, baseados em pressuposições empíricas duvidosas, excessivamente rígidos ou fundamentalmente arbitrários) e que suas operações pragmáticas, assim entendidas e invocadas, são limitadas, pouco confiáveis ou no máximo ambivalentes. (SMITH, 2002, p. 12).

Reconhecidas tais tensões, esse artigo propõe a apresentação de alguns dos principais conceitos das razões religiosas populares sobre o adoecer. Debatê-los-ão com suas limitações, implicações e possibilidades frente à razão médica, abordando-os de modo transversal, abarcando as grandes noções de culpa, purificação, pecado, punição, maldição, higiene e provação.

Utilizou-se para tanto a definição de religião de Geertz (2004), na qual religiões são sistemas simbólicos que formulam conceitos de uma ordem de existência e geram motivações através de uma concepção que se reveste de uma aura de fatualidade, fazendo com que tais disposições pareçam realistas. Nesse sentido, possuem tanto uma dimensão mental quanto sentimental. Ninguém opta por uma religião de modo totalmente racional porque é o sentimento de “realidade” que valida sua ordem de existência como “natural”. Do mesmo modo, também não se escolhe apenas pelo sentimento, visto que essa visão de mundo precisa ressonar ao sujeito como coerente.

Através dos ritos, tais experiências se tornam realistas, levando ao que foi chamado nesse texto de “razão religiosa”. Mas toda mudança social implica em uma mudança no campo religioso. As religiões são fenômenos culturais, e assim como não há culturas isoladas no mundo, também não há mais religiões que não sofram misturas e sincretismos. As fronteiras

Cad. acad., Tubarão, v. 3, n. 2, p. 29-49, 2011

entre as culturas são bastante porosas, e por isso as religiões também não são estáticas. É por isso que por vezes uma mesma confissão religiosa apresenta compreensões distintas sobre o adoecer, de acordo com o grupo, localização geográfica e período histórico.

Por fim, o objetivo desse artigo não é a discussão das instituições, mas sim os fenômenos simbólicos comumente observados por seus praticantes para explicar a origem das doenças e o adoecer. Dividiram-se tais etiologias míticas em três categorias. A primeira, explica a doença através de causas naturais, como a influência do clima, dos elementos ou de uma energia cósmica que forma toda a matéria. Ressalta-se que se considerou nesse caso a compreensão de natureza pela razão religiosa, a qual nem sempre é consoante com a compreensão de natureza pela Física. A segunda categoria explora explicações da doença como fruto de causas sobrenaturais, as quais estão além da compreensão de natureza pela razão religiosa. Nessa categoria entram influências de deuses, espíritos e magia. Por último, são abordadas as concepções religiosas da doença como fruto de fatores psicossociais, dos quais o mau olhado e a bruxaria se destacam.

2 A DOENÇA COMO FRUTO DE CAUSAS NATURAIS

Após o desenvolvimento da Filosofia na Grécia, a noção de interferência divina deu espaço para a crença na teoria humoral, na qual um desequilíbrio dos fluídos do corpo, regidos pelos quatro elementos (Terra, Ar, Fogo e Água) influenciadores também dos comportamentos humanos, geraria as doenças. (MARCO, 2003). Tal noção abriu espaço para o desenvolvimento das medicinas na Grécia, utilizando higiene, alimentação, exercícios físicos e intervenções terapêuticas para restaurar o equilíbrio dos elementos no corpo, o que posteriormente levaria à medicina moderna.

Igualmente, na China, o Daoísmo fundamentou toda a sua prática religiosa na dinâmica entre *yin* e *yang*, com especial interesse pela busca da imortalidade pelos alquimistas chineses. (TERHART, SCHULZE, 2007). Da movimentação do *qi*, a energia vital da qual tudo veio, surgem

os *wu xing*: as cinco manifestações da realidade traduzidas no Ocidente como “cinco elementos”. Água (*shui*), Madeira (*mu*), Fogo (*huo*), Terra (*tu*) e Metal (*jin*) são a base do *zang-fu*, a interação energética entre os órgãos do corpo e os *wu xing* (HE, NE, 2001).

Nessas duas civilizações, fatores ambientais como o vento, o calor ou a umidade foram compreendidos como manifestações de um dos elementos, partes da própria natureza. Assim, quando os organismos entram em contato com determinado clima, um desses elementos pode se sobressair ou defasar no organismo, gerando desequilíbrios que levariam às doenças.

Na medicina hipocrática, o excesso de calor prejudicaria o fígado, o que justificava as sangrias (DE MARCO, 2003), prática que a ciência contemporânea demonstrou trazer mais riscos do que benefícios aos pacientes, mas que na Grécia acreditava-se resolver a demasia de Fogo (regente do sangue) no organismo.

No caso da medicina daoísta, o vento é associado à Madeira. Nessa cosmologia, se um sujeito é exposto ao vento, isso pode levá-lo a desenvolver um desequilíbrio da Madeira em seu organismo. Para contornar esse problema, os daoístas empregam uma noção de “gênese” dos elementos. Segundo sua filosofia, a Madeira alimenta o Fogo, o Fogo cria a Terra pelas cinzas, a Terra guarda o Metal, do Metal a Água se condensa, e a Água nutre a Madeira. Em outras palavras, a Madeira precisa da Água, que precisa do Metal, que precisa da Terra, que precisa do Fogo, que precisa da Madeira para existir. (ROSS, 1994). Uma das possíveis intervenções seria, então, o controle do elemento que gera um dos elementos ou interferir diretamente em um órgão relacionado a ele para tratar as doenças.

Uma segunda lei daoísta, a noção de “controle” dos elementos, diz que a Madeira rasga a Terra com as raízes, a Terra enlameia a Água, a Água extingue o Fogo, o Fogo derrete o Metal, e o Metal corta a Madeira. (ROSS, 1994). Sendo assim, não apenas o Fogo, “pai” da Madeira, seria “manipulado” pelo médico daoísta como possivelmente o “estímulo” da energia do Metal poderia auxiliar na expulsão do excesso dessa energia, ao “destruir” a Madeira excedente no organismo.

Ainda que suas fundamentações sejam distintas das fundamentações científicas, principalmente por suas concepções de mundo se pautarem na simbologia religiosa e não no empirismo físico, a forma de raciocínio da doença em causas naturais é similar à medicina

convencional, e portanto há pouca justaposição ao seu pensamento. De Marco (2003) cita que, no caso da Grécia Antiga, muitos dos valores hipocráticos ainda se fazem presentes nos dias de hoje, como a indicação de exercícios, higiene apropriada e dietas específicas para determinadas patologias. Assim como nas três principais formas de medicina grega antiga “a origem das doenças encontra-se na falta de higiene cotidiana” (HUARD, WONG, 1990, p. 17), um dos pilares da medicina contemporânea também é a higiene.

Mas ainda que Capra (2006) e outros defensores das medicinas tradicionais aleguem uma inexistência de superespecialização em tais práticas em saúde – as quais *sempre* são consideradas holísticas –, o fato da própria medicina daoísta ser dividida em Acupuntura, Fitoterapia e prática de exercícios físicos (como o *qigong*) demonstra que a Medicina Tradicional da China não está tão distante assim das particularizações. Na Grécia, a própria distinção entre “medicina popular”, “medicina teórica” e “medicina clínica”, citada por Huard e Wong (1990), é um indício de especialização que esboçaria as futuras áreas divididas da medicina contemporânea.

Em algumas culturas, há um hibridismo de tais concepções. No Judaísmo, as leis talmúdicas de pureza ritual, das quais derivam o *kashrut* (as leis dietéticas judaicas), são um exemplo de uma etiologia da doença em fatores naturais. Segundo elas, ao se entrar em contato com determinadas pessoas (em especial os mortos), com alimentos, objetos considerados impuros ou quando não se observam os tabus sexuais (como não ter relações sexuais durante a menstruação) as pessoas se tornam impuras, o que pode levá-las a adoecer. (TERHART, SCHULZE, 2007). Em alguns textos, esse raciocínio tende à punição divina por transgressão. Em outros, simplesmente à contaminação, o que pode ser restaurado através do *mikvah*, o banho ritual.

As noções de higiene religiosa, as quais pressupõem a impureza tanto física quanto espiritual, refletem-se na prática de banhos e saunas rituais. Além dos exemplos semitas, romanos e gregos, segundo Huard e Wong (1990, p. 253, grifo dos autores) “de todas as *medicinas primitivas*, é a medicina indiana que, desde as suas origens, concedeu a maior importância à prevenção das doenças, à procura da longevidade e à higiene”. Vários rios

indianos foram deificados, nos quais suas águas lavariam as impurezas e curariam doenças específicas.

Quando se consideram as etiologias míticas naturais, por mais que o entendimento da “fisiologia” pelo Daoísmo, Judaísmo ou pela medicina popular grega difira da compreensão da medicina atual, o porquê do adoecimento repousa geralmente em um raciocínio similar ao utilizado hoje pela medicina do Ocidente. Com a explosão dos Novos Movimentos Religiosos (N.M.R.) e o advento da Nova Era, muitos dos bens religiosos dessas práticas foram reabsorvidas como “terapias naturais” por profissionais da medicina. Todavia, conforme ressalta Guerriero (2006), ainda que muitos desses movimentos não se considerem religiosos – inclusive tentando por vez se afastar dessa definição em busca de uma “legitimidade científica” –, eles se encaixam na definição de religião de Geertz (2004) por dependerem de uma razão religiosa específica para se tornarem coerentes.

Um dos grandes desafios do embate entre esse tipo de razão religiosa e a ciência se dá pela busca das medicinas tradicionais pelo holismo. Além de intervenções terapêuticas necessitarem de um fechamento de diagnóstico, o holismo absoluto é sempre impraticável porque os humanos não são oniscientes, embora se reconheça o monismo em suas cosmologias. As práticas religiosas em saúde, independente da forma como compreendam a etiologia, simplesmente entendem o adoecer de forma distinta da medicina. Por estarem inseridas em uma ordem de existência cultural, exploram diferentes variáveis para compreender o porquê do mal e, assim, promover a cura. No entanto, desconhecem fatores que somente as ciências naturais levam em consideração, possuindo também suas limitações.

3 A DOENÇA COMO FRUTO DE UM SER SUPREMO OU SOBRENATURAL

Uma das ideias mais comuns na relação criador-criatura é a de que tudo, inclusive o mal, veio de um ser supremo. Encontra-se como uma constante nas sociedades teístas a noção de que os deuses enviam o mal e por vezes até destroem sua própria criação com dilúvios,

incêndios, terremotos, trevas e petrificação. (SULLIVAN, SERED, 2005). No monoteísmo judaico, várias passagens bíblicas ilustram isso, destacando-se quando Javé diz “eu faço morrer e faço viver, sou eu que firo e torno a curar”. (DEUTERONÔMIO, 32,39).

Ainda que Minayo (1988) coloque que são os cristãos quem colocam em Deus a causa primeira do aparecimento e da cura das doenças, essa noção não é uma exclusividade do monoteísmo de matriz judaica. No folclore russo, Baba Yaga, figura ambígua que exerce tanto o papel da mãe sábia quanto da bruxa má, é um exemplo similar. Segundo Johns (2004), aproximações mitológicas do século XIX já a identificavam como uma espécie de deusa antiga que doava tanto a vida quanto trazia a morte. De forma parecida, no Xintoísmo e em várias religiões tribais a doença surge por causa de espíritos que causam doenças, seja por eles terem se ofendido ou porque são simplesmente maus. (TERHART, SCHULZE, 2007).

Quando se trata da relação entre ciência e a compreensão da doença como oriunda de uma causa sobrenatural, o grande desafio se dá justamente na divisão de poderes entre médicos e xamãs/curandeiros/sacerdotes. Segundo Minayo (1988), se a etiologia de uma doença é sobrenatural, apenas um agente específico com mandato especial perante o domínio espiritual pode atuar de forma eficaz na enfermidade, o que inabilita os médicos ou então exige uma divisão de poderes entre médicos e sacerdotes.

Historicamente, sabe-se que em algumas sociedades antigas não havia uma distinção entre essas duas profissões. Em outros casos, as duas categorias agiam em conjunto. De acordo com De Marco (2003), as plaquetas cuneiformes estudadas por René Labat deixavam claro a existência de dois responsáveis distintos pela medicina na Suméria: os *ašipu* (médicos-sacerdotes), e os *asu* (médicos-fisicistas).

[...] [A] função mais importante [do *ašipu*] era o diagnóstico da enfermidade. [...] isso geralmente implicava que o *ašipu* iria determinar qual Deus ou demônio era o responsável. Ele também procurava determinar se a doença era resultado de algum erro ou pecado por parte do paciente. A frase “a mão de...” era usada para indicar qual era a entidade responsável pela doença em questão. O *ašipu* podia também tentar a cura do paciente por meio de encantamento e magias que eram destinados a expulsar o espírito causador da doença. (DE MARCO, 2003, p. 24).

Após a intervenção sacerdotal, o *ašipu* indicava ou não a necessidade de um *asu*, o responsável pelas ervas, sais de pedras ou produtos de origem animal empregados para a cura

do enfermo – similar aos médicos contemporâneos. O mesmo se observava no Egito, onde a medicina sacerdotal e a medicina empírica-racional funcionavam em paralelo (ibid.).

Uma das formas mais comuns e antigas de uma etiologia mítica pautada em seres sobrenaturais é a crença que as enfermidades e até mesmo mortes súbitas procedem dos deuses como punição ou pela violação de tabus sociais.

Na Grécia Antiga, as obras de Hesíodo e Homero (anteriores à teoria humoral dos elementos citada anteriormente) retratam como os deuses jogam com a vida dos mortais, punindo-os quando alguém causa mal aos seus protegidos ou os desafia. Um exemplo está presente no início do primeiro livro da *Ilíada*, quando Apolo dispara dardos com a peste contra os gregos por Agamêmnon ter ofendido Crises, seu sacerdote. (HOMERO, 2005).

Entre os hebreus, inúmeras passagens bíblicas demonstram Javé usando a doença como castigo. No Pentateuco, ele mandou uma peste maligna contra os rebanhos egípcios pela escravidão do povo de Israel (ÊXODO 9,1-7.), e infectou Miriã com a lepra por ela ter falado mal de Moisés (NÚMEROS, 12), além de outros exemplos espalhados ao longo do Antigo Testamento. Segundo a máxima talmúdica, todas as doenças – exceto as causadas pelo clima, assim podendo ser evitadas – são mandadas à humanidade diretamente por Deus. (BRAV, 1992).

Também os sumerianos e babilônicos temiam a fúria de seus deuses, os quais poderiam enviar doenças e deveriam ser apaziguados. Ainda que Terrin (1998) afirme que os sacrifícios eram feitos para apaziguar os demônios e divindades mesopotâmicas, De Marco (2003) afirma que as plantas e animais usados pelos médicos eram especificamente empregados para tratar doentes. Por mais que se reconheça a possibilidade de seu uso para oferendas, Bottéro (1985 *apud* De Marco 2003) afirma que as plaquetas cuneiformes não descrevem seu uso médico como sacrificial.

Sendo assim, se a distinção mesopotâmica entre *ašipu* e *asu* não impediu o exercício da medicina com o máximo de sua especificidade tal qual a presença de tratados médicos em escrita cuneiforme permitem analisar, os motivos usualmente levantados pelos médicos contemporâneos tal qual citado por Laplantine (2010) de que medicina e religião devem se manter separadas, porque sua aproximação inviabilizaria a eficiência médica, vão contra a

própria História. O exemplo sumeriano prova que, ao menos no passado, a presença de dois profissionais da saúde, um para cuidar da dimensão física e outro da dimensão espiritual da doença, não impediu o exercício da cura, resolvendo ao mesmo tempo o problema levantado por Sloan et al. (2000).

A respeito da interpretação da doença como punição por erros ou pecados, o fato dos pacientes se imbuírem de culpa piora essa condição e aumenta a urgência da questão. A tendência de equalizar culpa, pecado e doença no Ocidente perdura desde a Idade Média (SOUZA et al., 2001), e os médicos, tal qual não são especificamente preparados para lidar com o luto, também não sabem lidar com a culpa de seus pacientes perante sua própria enfermidade.

Não apenas isso, se de fato a doença é explicada pela desobediência a algum ser supremo, esse *ethos* acaba influenciando também os sistemas de educação e os valores sociais tal qual citado por Sullivan e Sered (2005), visto que a noção de punição implica automaticamente em uma noção de “corretivo” para que as pessoas mudem seu comportamento. Considerando que a cada dia novas doenças degenerativas, muitas ainda incuráveis, são descobertas e que o paciente terminal demanda uma razão para sua condição moribunda. (LAPLANTINE, 2010). A medicina não consegue responder ao enfermo se seu estado é um sinal de um pecado imperdoável ou não, o que pode aumentar o seu sofrimento emocional.

Outra forma comum de interpretação sobrenatural da doença é a de que a enfermidade é um momento de provação para se reforçar a fé e reafirmar os laços com a vida espiritual tanto do doente como da família e das pessoas mais próximas. Ainda que também possa se misturar com a visão da doença como punição em doutrinas nas quais a doença congênita pode ser vistas como reflexo de erros de encarnações anteriores (como no Espiritismo), a enfermidade como provação mantém-se como um lembrete à vida religiosa por não buscar apenas o apaziguamento da fúria divina.

Na Bíblia, a passagem mais famosa sobre o tema é o “livro de Jó”, parte dos Livros Sapienciais no “Antigo Testamento” que relata o adoecimento de um inocente. Escrito provavelmente no século VI AEC (HARTLEY, 1988), seus dois primeiros capítulos contam uma

lenda folclórica da época substituindo seu final pelo debate que se desenrola nos capítulos seguintes para questionar a teologia da retribuição, a crença de que coisas ruins só acontecem às pessoas ruins e coisas boas às pessoas boas, o que faria da doença uma punição.

Assim como no mito de Jó, o povo mundari, do sul do Sudão, também atribui a origem de doenças dos inocentes, em especial as doenças mentais e congênitas, como advindas do “espírito superior” (Kgun Ki). Ainda que nos casos de loucura adquirida a ideia de punição divina ainda se faça presente, os mundari entendem como um erro da própria divindade quando alguém já nasce doente, como se durante o processo de criação tivessem sido estragados ou quebrados, (SULLIVAN, SERED, 2005), o que isenta totalmente o deficiente da culpa.

Essa etiologia mítica é uma das mais problemáticas ao diálogo entre religião e ciências naturais. Laplantine (2010, p. 249) explica um dos motivos:

Aqui, existe um escândalo médico, da mesma forma que existe um escândalo teológico, [...] o destino, a despeito do que possamos fazer, não é igual para todos! [...] Existe, entretanto, uma diferença mais importante entre a versão eclesiástica oficial e a versão médica do tema [...]. Enquanto na primeira a sociedade não deve tentar compreender o que é considerado um “mistério”, mas crer nele [...], na segunda, pelo contrário, sabemos que estamos no caminho de saber e, como consequência, de poder dominar o destino, através das manipulações genéticas e dos métodos de eugenia. O geneticista ocupa, então, o lugar que tradicionalmente era assegurado não ao teólogo, e ainda menos ao sacerdote, mas à própria divindade.

Pelo fato da doença ser compreendida como um escândalo e a saúde como a justiça permear a medicina até os dias de hoje (LAPLANTINE, 2010), o assunto se torna ainda mais delicado, porque algumas formas de intervenção terapêutica como transfusões, transplantes e pesquisas com células tronco ferem dogmas religiosos. Não só isso, como as discussões não dão conta de acompanhar a velocidade dos avanços da engenharia genética e da biotecnologia (GOODFIELD, 1998), aumentando essa tensão.

Uma terceira forma encontrada sobre a concepção da doença em uma etiologia sobrenatural é a de que a enfermidade surge como fruto de bruxaria, trabalho, encosto ou por alguma outra interferência de um espírito ou entidade maligna, a qual também faz parte das concepções da doença nas formas psicossociais, pois o bruxo está inserido dentro da comunidade. A crença no poder das bruxas perdurou até meados da Idade Contemporânea na

Europa, e segundo Russel e Alexander (2008) ainda se encontra relatos de perseguições pessoais às bruxas nos dias de hoje.

Segundo Ellwood e Alles (2007), nas religiões africanas a doença quase sempre foi atribuída a atos de magia, pessoas que manipulavam os espíritos, orixás e deuses através de feitiçaria. De La Torre (2004) cita, por exemplo, que a crença comum das religiões africanas tribais era que as pessoas possuem um número fixo de dias de vida. Embora não se possa aumentar esse número, eventos como suicídio, acidentes e feitiçaria podem diminuí-los, causando uma morte prematura.

O fato de tais caracteres ainda permearem e revestirem as representações de saúde e doença tornam o medo, ao lado da culpa, como uma das principais questões atrelada a essa razão religiosa (SEVALHO, 2003), levando novamente a necessidade de um segundo profissional que aja como “exorcista” do mal em tais ambientes de saúde, restaurando a paz de espírito do enfermo.

Laplantine (2010) comenta que no caso da doença-maldição, a noção de injustiça por uma vingança “gratuita” é comum, e não pode também ser respondida pelas ciências naturais. O médico e o psicólogo não satisfazem a necessidade de banimento que o interagente demanda se acreditar que foi amaldiçoado. Nesse sentido, Lèvi-Strauss (1970) analisa algumas práticas da medicina xamânica, e aponta que a integridade física, domínio da medicina, não existe independente da personalidade social. Nesse sentido, o xamã não se torna um grande xamã porque curou seus interagentes, mas sim cura seus interagentes porque se tornou um grande xamã.

Na opinião de Queiroz e Canesqui (1986), tais posturas levam a uma percepção de que a medicina ortodoxa seja algo negativo. Outro exemplo é encontrado na obra de Capra (2006), onde o discurso também beira a um ataque às ciências naturais e à supervalorização das medicinas naturais e das concepções populares da doença. Sejam no caso de Capra ou no caso de Lèvi-Strauss (*op. cit.*), ambas as obras apontam a um problema real existente na medicina contemporânea, mas romanceiam as práticas populares, não permitindo um discurso imparcial construtivo.

Queiroz e Canesqui (1986, p. 161) explicam que “esse tipo de enfoque tende a enfatizar o aspecto holístico desse tipo de medicina que se baseia no equilíbrio do indivíduo com o seu meio natural e social para explicar a doença ou para promover a cura”. Embora esse ideal monista consiga abordar aspectos da vida do doente que as ciências naturais comumente ignoram, o ideal holístico é inalcançável, conforme já discutido.

Ainda que as críticas da superespecialização da medicina feita por Capra (*op. cit.*) sejam pertinentes, o xamã, sacerdote, padre, exorcista ou curandeiro tribal também não está isento de recorrer à especialização, visto que compreender o ser humano inserido na sociedade não é sinônimo de compreender o ser humano holisticamente. A partir do momento que um diagnóstico é traçado, seja de ordem fisiopatológica ou de natureza espiritual, uma linha de raciocínio é adotada, o que presume uma escolha em uma forma de explicar a doença em detrimento de uma gama de outras possibilidades. Se a causa da doença é determinada como bruxaria, outros aspectos físicos possivelmente deixarão de ser priorizados e podem até mesmo virem a ser desconsiderados.

4 A DOENÇA COMO FRUTO DE MOTIVOS PSICOSSOCIAIS

Além dos motivos naturais e sobrenaturais, Minayo (1988) aponta também causas sociais e psicológicas como justificativas da razão religiosa para a explicação da origem das doenças. Como causas psicossociais, compreendem-se inimizades, mau olhado, raiva, inveja e sentimentos fortes, embora Terhart e Schulze (2005) ressaltem que existe a crença de que nem sempre haja intenção do mal nesses casos.

Como exemplo, aponta-se as práticas de diagnóstico dos malaios. Segundo Sullivan e Sered (2005), na Malásia acredita-se que os humanos são compostos de mente, corpo, alma, *semangat* (o espírito universal que permeia toda a criação) e *angina* (o sopro interno herdado dos pais). O *angina* governa os talentos e personalidades das pessoas, e se ele não é expresso

na vida cotidiana, se acumula no corpo, causando dor física e emocional. Nessa cosmologia, a causa das doenças que não respondem à medicina convencional é *angina* sufocado.

Mas, a forma mais difundida da compreensão religiosa da doença advinda de motivos psicossociais é o mau olhado (ou olho gordo, como também é conhecido no Brasil). Segundo Stein (1974), antropologicamente o mau olhado é uma subclasse da própria bruxaria, explicação que todavia não pode ser aplicada a todas as compreensões de mau olhado estudadas. Embora se distinga da cobiça e da inveja, o mau olhado lhes está intimamente ligado, e em muitas concepções se alimenta delas.

Entre os hebreus, o mau olhado aparece amplamente nos textos talmúdicos e permeia as práticas populares judaicas. Ele é citado durante boa parte do Pirket Avot em analogia ao bom olhado, o desejo de bem querer aos outros. No segundo capítulo, em especial, é dito que o mau olhado engloba a inveja, a má amizade e até o logro, sendo pior do que todos eles. (PIRKET AVOT, 2,10). Para os hebreus, possuir bom olhado faz com que o sujeito se regozije frente ao sucesso de seus semelhantes, enquanto o mau olhado prejudica a pureza moral da comunidade porque espera a ruína e o sofrimento alheio.

Segundo Brav (1992), no que diz respeito à saúde, a crença hebraica diz que através do olhar algumas pessoas podem causar doenças e até levar humanos, plantas e animais à morte. O mau olhado se fortificaria pela inveja e cobiça, e por isso poderia vir acompanhado de elogios gratuitos, os quais devem ser recebidos com desconfiança. Os judeus crêem que as crianças são mais suscetíveis que os adultos ao mau olhado, e por isso evitam expô-las ao olhar de estranhos. Para preveni-lo, as preces matutinas contêm pedidos de proteção contra o mau olhado. Para removê-lo, pode-se recorrer a um *ayin tova* ou *ushprecher*, uma espécie de especialista em cura de mau olhado.

No caso dos eslovacos, a aproximação do mau olhado com a bruxaria fica evidente desde sua construção idiomática. Na língua eslovaca, “*oči*” é a palavra usada para se referir a “olhos”, enquanto “*počarič*” é traduzido como “lançar um feitiço”. De acordo com Stein (1974), as duas palavras juntas traduzem o que se compreende no Brasil como mau olhado. A palavra “*čaravnica*”, comumente traduzida como “bruxa”, literalmente significaria “aquela que joga o feitiço com o olhar”.

A ideia de que a doença possa surgir de bruxaria aparece em ambas as categorias (a doença oriunda de fatores sobrenaturais e a doença oriunda de fatores psicossociais) porque segundo a definição de Russel e Magliocco (2005), a bruxaria depende do reconhecimento social do uso de magia. Se a sociedade não reconhece tal habilidade, a bruxa deixa de ser bruxa. Além disso, distinções percebidas historicamente de alta magia e baixa magia levaram à presença de duas figuras históricas distintas: a bruxa, que lança as maldições; e o xamã, pajé, curandeiro ou exorcista que usa a magia para curar e combater os poderes nefastos da bruxaria.

No modelo de Pócs (1999) a crença em bruxaria é dividida em três categorias: *bruxaria social*, o bruxo que amaldiçoa um vizinho por vingança ou outros motivos pessoais; a *feiticeira*, pessoas que executam magia para propósitos de cura, adivinhação e parto; e a *bruxaria sobrenatural*, os bruxos retratados como um “demônio” (definição que se aproxima mais da segunda categoria desse artigo do que as outras).

Em ambos os modelos a necessidade do fator social para a validação do ato de bruxaria é reconhecida. O terapeuta (chamado nesse caso de *feiticeiro*, *xamã* ou *exorcista*) combate um mau que se manifesta como um sujeito da comunidade, e não como a fúria dos deuses ou um desequilíbrio elemental. Ainda que possa se reconhecer em algumas dessas concepções a possessão ou pacto dos bruxos como uma entidade maligna, em alguns povos as bruxas simplesmente nascem bruxas, e assim não lhes é dada a chance de cura ou salvação. (RUSSEL, MAGLIOCCO, 2005).

A despeito disso, Stein (1974) aponta a existência de uma crença de que o olho gordo possa passar hereditariamente entre os eslovacos (principalmente durante a primeira infância dos bebês), tanto que uma série de tabus culturais envolvendo a amamentação foi percebida dentre as famílias de descendência eslovaca nos Estados Unidos, pela qual as crianças eram desmamadas mais cedo do que as recomendações da medicina.

Além disso, pelo fato da noção de doença como oriunda de fatores sobrenaturais e de doença como motivos psicossociais se aglutinarem na bruxaria (a realidade na qual uma maldição é lançada depende das relações entre indivíduos que possa gerar os sentimentos de vingança, raiva ou ciúmes necessários para fundamentar tais atos), a vulnerabilidade de determinadas classes sociais como idosos, crianças e pobres pode levar à condenação, ainda

que não necessariamente penal, desses indivíduos como bruxos, tal qual verificado por Russel e Alexander (2008).

Embora essas interpretações sejam pratos cheios para a psicossomática (o próprio artigo de Stein faz várias análises psicológicas sobre o fenômeno do mau olhado), é importante atentar ao limiar entre a culpabilidade dos interagentes perante a própria doença. Talvez por passarem despercebidas, essas questões demandam maior cuidado quando se tenta construir pontes entre ciência e religião na tentativa de apropriação de discursos para a promoção de sua prática profissional.

No caso das bruxas, antes de tudo, a bruxaria age como um controlador social, visto que loucos, marginais, moradores das áreas periféricas, estrangeiros, eremitas, aqueles que são mais agressivos ou os que não se relacionam bem com seus familiares são mais propícios às acusações. Dessa forma, o medo da bruxaria se torna um reforço dos comportamentos sancionados socialmente por ameaçar aqueles que violam as normas. Não só isso, a bruxaria culpa terceiros de problemas de desordem social, servindo como uma importante arma política.

Em sociedades com hierarquias rígidas de gênero, por exemplo, a doença feminina às vezes é interpretada como decorrente de um desrespeito ou rebelião perante maridos ou pais (TERHART, SCHULZE, 2005), e no que se refere à bruxaria, as mulheres são mais comumente acusadas de seus atos que os homens. (RUSSEL, MAGLIOCCO, 2005). Embora a postura antropológica mais comumente adotada exija a menor interferência possível, não se pode deixar de apontar que esse tipo de pensamento aplicado à saúde confirma as questões de vulnerabilidade feminina.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo que se intencionasse, é impossível esgotar todas as maneiras das quais as religiões compreendem o ato de adoecer. Conforme foi demonstrado, as tentativas de aproximar a razão religiosa da razão científica geram grandes tensões, levando a questões tanto

da forma como a religião responde à doença como da forma como a medicina cria pontes com a religião. Nesse sentido, talvez a utilização das colocações de Smith (2002) sobre as controvérsias na discussão de diferentes áreas auxiliaria na melhor ilustração e compreensão desse quadro. Visto que grande parte das tensões levantadas está no âmbito da tensão, acredita-se que a obra de Smith lhes agregue por seu caráter filosófico, o que permite um futuro estudo nessa área.

Outro ponto importante a se considerar é que cada etiologia religiosa demanda formas distintas de se interpretar a religião, gerando assim conflitos por vezes díspares que presumem abordagens filosóficas diferentes para sua compreensão. Conforme citado, o entendimento da doença como oriunda de motivos naturais se aproxima mais da razão médica do que a compreensão da doença como fruto do pecado. Contudo, ambas convergem à prática médica, mas esbarrando em pontos de tensão distintos.

Acredita-se que as colocações de Queiroz e Canesqui (1986) sobre a supervalorização das medicinas tradicionais em detrimento da medicina convencional também não podem ser ignoradas. A aproximação “pacífica” dessas duas áreas, embora demonstrada historicamente por De Marco (2003), não mais se observa desde a Idade Média, e as resistências frente à interdisciplinaridade não facilitam um quadro no qual *médicos-sacerdotes* e *médicos-fisicistas* complementem o trabalho um do outro.

A luta pela supremacia da verdade, a qual foi brevemente discutida na conclusão do artigo de Russell e McNelly (2003), é um desses grandes desafios. As ciências naturais às vezes usam a razão lógica dura e o ceticismo cego, por vezes anulando seus próprios argumentos em uma erística cíclica e vazia que não colabora para a construção de novos conhecimentos. A cura religiosa, por outro viés, pode tender a se dessacralizar na busca da legitimidade, revestindo suas metateorias de uma razão paracientífica. Quando isso ocorre por clamarem a supremacia da verdade para si, tanto a ciência quanto a religião acabam negando seu maior diferencial: a imparcialidade científica no caso da ciência e o pensamento simbólico no caso da religião, motivos de sua principal relevância social.

Uma possibilidade para futuras pesquisas de campo inclui estudos da matriz religiosa por trás das medicinas tradicionais, como a medicina daoísta e a *Āyurveda*. Não há dados sobre como esses conhecimentos se disseminam na sociedade atualmente. Não se sabe se os

profissionais que utilizam os bens religiosos fora dessas confissões reconhecem/integram seus valores filosóficos e religiosos ou se eles os secularizam. Em caso de reconhecimento, não se sabe se tais cosmologias são integradas parcialmente ou integralmente. Em caso de secularização, carecem estudos que demonstrem como são transpostas essas filosofias religiosas frente à razão empírico-racional. Além disso, não há estatísticas sobre a oferta de serviços de cura em templos budistas brasileiros, e se há essa oferta, quais são os serviços oferecidos e se há diferenças – caso sejam os mesmos – entre o serviço oferecido pelo templo e as terapias tradicionais de outros profissionais.

Por fim, um campo que também necessitaria de desenvolvimento teórico é o dos estudos das etiologias míticas das doenças como oriundas de fatores psicossociais. Embora haja ampla literatura sobre a bruxaria, bibliografia sobre o mau olhado ainda são escassa.

REFERÊNCIAS

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Tradução de Ivo Stomiolo, Euclides Martins Balanin e José Luiz Gonzaga do Prado. São Paulo: Paulus, 2000. Edição pastoral.

BRAV, Aaron. The evil eye among the Hebrews. In: DUNDES, Alan (Org.). **The evil eye: a casebook**. v. 2. Estados Unidos: University of Wisconsin, 1992, p. 44-54.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação: a Ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 26ª ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

DE LA TORRE, Miguel A. **Santería: the beliefs and rituals of a growing religion in America**. Estados Unidos: Wm. B. Eerdmans, 2004.

DE MARCO, Mario Alfredo. A evolução da Medicina. In: DE MARCO, Mario Alfredo (org.). **A face humana da Medicina: do modelo biomédico ao modelo biossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 23-41.

ELLWOOD, Robert S.; ALLES, Gregory D. **The encyclopedia of world religions**. ed. rev. Estados Unidos: Facts On File, 2007.

GEERTZ, Clifford. Religion as a cultural system. In: BANTON, Michael (org.). **Anthropological** Cad. acad., Tubarão, v. 3, n. 2, p. 29-49, 2011

approaches to the study of religion. Reino Unido: Routledge, 2004, p. 1-45.

GOODFIELD, June. **Brincando de Deus: a Engenharia Genética e a manipulação da vida.** Belo Horizonte: Itatiaia, 1998.

GUERRIERO, Silas. **Novos movimentos religiosos: o quadro brasileiro.** São Paulo: Paulinas, 2006.

HARTLEY, John E. **The book of Job.** Estados Unidos: Wm. B. Eerdmans, 1988.

HE, Yin Hui (Org.); NE, Zhang Bai (Org.). **Teoria básica da Medicina Tradicional Chinesa.** São Paulo: Atheneu, 2001.

HOMERO. **A Ilíada em forma de narrativa.** 12ª ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

HUARD, Pierre. WONG, Ling. **Cuidados e técnicas do corpo na China, no Japão e na Índia.** São Paulo: Summus, 1990.

JOHNS, Andreas. **Baba Yaga: the ambiguous mother and witch of the Russian folktale.** Estados Unidos: Peter Lang, 2004.

KOENIG, Harold G. Health and religion. In: JONES, Lindsay (org.). **Encyclopedia of religion.** 2ª ed. Estados Unidos: Thomson Gale, 2005.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença.** 4ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

LÈVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural.** São Paulo: Tempo Brasileiro, 1970.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, out./dez. 1988.

PIRKET AVOT. Hebraico. תּוֹבָא יִקְרַפּ. Disponível em: <<http://www.mechon-mamre.org/b/h/h49.htm>>. Acesso em: 22 jul. 2011.

PÓCS, Éva. **Between the living and the dead: a perspective on witches and seers in the Early Modern Age.** Hungria: Central European University, 1999.

QUEIROZ, Marcos de Souza; CANESQUI, Ana Maria. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. **Saúde Pública,** São Paulo, v. 20, n. 2, p. 152-164, abr. 1986.

ROSS, Jeremy. Origens de doença. In: _____. **Zang fu: sistemas de órgãos e vísceras da Medicina Tradicional Chinesa.** São Paulo: Roca, 1994, p. 25-43.

RUSSEL, Jeffrey Burton; ALEXANDER, Brooks. **História da Bruxaria.** São Paulo: Aleph, 2008.

Cad. acad., Tubarão, v. 3, n. 2, p. 29-49, 2011

RUSSEL, Jeffrey Burton; MAGLIOCCO, Sabina. Witchcraft: concepts of witchcraft. In: JONES, Lindsay (Org.). **Encyclopedia of religion**. 2ª ed. Estados Unidos: Thomson Gale, 2005, p. 9768-9776.

RUSSELL, Robert John; McNELLY, Kirk Wegter. Ciência e Teologia: interação mutual. In: PETER, Ted (Org.); BENNETT, Gaymon (Org.). **Construindo pontes entre a ciência e a religião**. São Paulo: Loyola, UNESP, 2003.

SEVALHO, Gil. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n.3, v.9, p. 349-363, jul./set. 1993.

SLOAN, Richard P.; *et al.* Should physicians prescribe religious activities? **New England journal of Medicine**. Estados Unidos, n. 342, p. 1913-1916, 22 jun. 2000.

SMITH, Barbara Herrnstein. **Crença e resistência**: a dinâmica da controvérsia intelectual contemporânea. São Paulo: UNESP, 2002.

SOUZA, Rozemere Cardoso de; *et al.* Projeto terapêutico na atenção em psiquiatria: a importância da inserção familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, n. 3, v. 14, p. 80-86, set./dez. 2001.

STEIN, Howard F. Envy and the evil eye among Slovak-Americans: an essay in the psychological ontogeny of belief and ritual. **Ethos: Journal of the Society of Psychological Anthropology**. Estados Unidos, n.1, v. 2, p. 15-46, primavera 1974.

SULLIVAN, Lawrence E.; SERED, Susan. Healing and Medicine: an overview. In: JONES, Lindsay (org.). **Encyclopedia of religion**. 2ª ed. Estados Unidos: Thomson Gale, 2005.

TERRIN, Aldo Natale. **O sagrado off limits**. São Paulo: Loyola, 1998.

TERHART, Franjo; SCHULZE, Janina. **World religions**: origins, History, practices, beliefs, worldview. Estados Unidos: Parragon, 2007.

USARSKI, Frank. **Constituintes da Ciência da Religião**: cinco ensaios em prol de uma disciplina autônoma. São Paulo: Paulinas, 2006.