das ervas medicinais à fitoterapia
encontros e desencontros entre as lógicas biomédica e popular

melvina afra mendes de araújo
orientadora: profa. dra. paula montero

dissertação de mestrado
apresentada ao programa de pós-graduação
em antropologia social da universidade de são paulo

1998

Este trabalho é dedicado à memória de meu pai, Venos José de Araújo, por seu carinho, incentivo e cumplicidade.

Sumário

Agradecimentos _____

Introdução _____

Das ervas medicinais à fitoterapia _____ 1

Elaboração do projeto de implantação da fitoterapia: contexto e atores envolvidos _____ 1

O projeto de implantação da fitoterapia, a crítica interna ao savoir faire biomédico e a relação com os saberes populares de cura _____ 2

Conhecimento médico x conhecimento popular: a relação médico-paciente em pauta _____ 2

Fitoterapia x biomedicina _____ 2

Mulheres, crianças, anjos e serpentes _____ 3

Desejo, necessidade, vontade _____ 4

Fome de quê? _____ 4

Crianças e anjos _____ 6

Olhares, desejos e inveja _____ 7

Fluidos, secreções e excreções corporais: a cura como extração do mal _____ 9

Encontros e desencontros entre as lógicas biomédica e popular _____ 10

Ataque de bichas x infestação de Ascaris lumbricoides _____ 11

Ver, saber, conhecer _____ 12

Entre pílulas e ervas: bactrins e quebra-pedras _____ 12

Bibliografia _____ 13

Agradecimentos

Na elaboração de uma pesquisa muitos são os que colaboram. Entretanto, alguns, por motivos os mais diversos deixam marcas mais contundentes na memória do pesquisador. Nas linhas abaixo espero demonstrar um pouco da gratidão que sinto por aqueles que me ajudaram nessa caminhada.

Meu pai desde cedo gostou da idéia de ver sua filha "enfiada" nos livros num lugar em que esse hábito não era muito bem visto. Por toda uma trajetória de vida, gostaria de registrar o meu agradecimento a ele que me permitiu dar os primeiros passos rumo à formação acadêmica.

A Luiz, pelo amor partilhado nesses anos. Ele muito me auxiliou lendo as várias versões dos meus escritos, comentando-os e, pacientemente, respondendo às minhas indagações sobre o seu ofício. Luiz e Isinha, minha irmã, suportaram minhas ausências e ansiedades dos últimos tempos. Tento compensá-los com esta dissertação, resultado do esforço empenhado.

A dona Geralda, dona Rosalina, dona Benedita, dona Maria, dona Lurdes, dona Laura, dona Sebastiana, dona Florinda e dona Guilhermina, sábias mulheres, que tão generosamente me acolheram e partilharam comigo seus conhecimentos de cura e de vida, não sei muito bem como agradecer. Oxalá pudesse o resultado desta pesquisa demonstrar um pouco do respeito, admiração e carinho que tenho por elas e por toda a população com a qual desenvolvi a pesquisa.

O Grupo de Fitoterapia da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina abriu-me a possibilidade de participar das discussões para a elaboração do projeto de implantação da fitoterapia na rede municipal de saúde. O grupo não mais existe, mas gostaria de agradecer aos seus participantes - Gláucia Tsutsumi, Guilherme Casanova Júnior, Ivete Carneiro Brás, Márcia Olavo, Márcia Sakai, Marilda Kohatsu e Neide Zamoner - a generosidade da acolhida.

Aos alunos de medicina da Universidade Estadual de Londrina com quem trabalhei e mantive um grupo de discussões, especialmente a Marcos Liboni, Renata Dinardi Borges, Robson Bertoncini e Walter

Zamarian Júnior, agradeço a contribuição que deram, suscitando reflexões e ampliando as possibilidades do debate.

A CAPES concedeu-me bolsa de mestrado, imprescindível para que pudesse dedicar-me exclusivamente à realização da pesquisa. O NESCO – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva –, o PROUNI-Ld e a Autarquia da Serviço Municipal de Saúde de Londrina, nas pessoas de seu Superintendente – Sílvio Fernandes da Silva – e Diretor Executivo – Luiz Carlos Yoshio Sugmyama - propiciaram-me importantes espaços para a elaboração deste trabalho.

Mariana Vanzolini sempre prestou sua solidariedade em momentos difíceis da execução do trabalho. Suas dicas, correções e auxílios "técnicos" foram de grande importância. Deixo aqui o meu reconhecimento.

Aos funcionários da secretaria do Departamento de Antropologia - Celso e Ednaldo - e da secretaria de Pós-Graduação em Antropologia Social - Ivanete e Rose - agradeço pela ajuda na resolução dos problemas burocráticos.

Meus amigos e colegas de pós-graduação e de CRUSP Duda Figueiredo, Luena Pereira, Pedro Guasco e Yara Aguilar merecem minha gratidão pelo apoio e carinho. A Marcos Rufino sou grata pela ajuda na finalização deste trabalho.

Todos os meus professores contribuíram de alguma maneira para o amadurecimento intelectual necessário à realização desta pesquisa, porém, alguns tiveram uma participação mais marcante. Dominique Gallois gentilmente me indicou uma bibliografia, cuja leitura muito ajudou na elaboração do projeto de pesquisa que culminou nesta dissertação. Vagner Gonçalves da Silva, além de ter sido supervisor de um dos meus estágios no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino, discutiu comigo aspectos da pesquisa de campo e entraves em que o pesquisador se vê envolvido no momento da elaboração de uma tese. Suas observações foram valiosas. José Francisco Quirino dos Santos e Mariana Kawal Leal Ferreira argüíram-me no exame de qualificação de forma séria, respeitosa e motivadora. A todos eles deixo aqui a minha gratidão.

Os membros do GRAVI - Grupo de Estudos em Antropologia Visual – me deram apoio e carinho, além de lerem e discutirem diversas versões deste texto. A todos eles agradeço de coração. No entanto, alguns merecem um agradecimento especial, como é o caso de Ana Lúcia Ferraz, Andréa Marques Barbosa, Denise Barros, Edgar Cunha, Francirosy Ferreira, Inês de Castro, Mirela Berger, Ricardo Teixeira e Rose Satiko Hikiji. Este grupo é coordenado por Sylvia Caiuby Novaes, a quem devo imensa gratidão por nos privilegiar com sua sensibilidade e boa vontade para orientar e acalentar os nossos sonhos de jovens pesquisadores.

Paula Montero é uma orientadora no mais completo sentido. Seu exemplo de dedicação, competência, seriedade e sensibilidade é dos espelhos o mais importante. Pela orientação preciosa, sou-lhe imensamente grata.

Introdução

O trabalho que ora apresento é fruto de uma pesquisa realizada num contexto urbano, com um grupo biomédico e outro popular, tendo como ponto de partida a discussão sobre a implantação da fitoterapia na rede municipal de saúde de Londrina, ocorrida entre os anos de 1993 e 1996. Dessa discussão resultou o projeto de implantação da fitoterapia na rede municipal de saúde elaborado pelo grupo de fitoterapia do serviço municipal de saúde de Londrina[1].

O projeto de implantação da fitoterapia, elaborado em meio a um debate acerca da participação da população na definição de um novo modelo assistencial[2], estava pautado sobre a justificativa de que a implantação dessa terapia implicaria na "recuperação" de um conhecimento popular de cura.

Ponto de partida da pesquisa, as discussões em torno da implantação da fitoterapia na rede municipal de saúde de Londrina, representam, à primeira vista, uma contradição em relação aos preceitos da biomedicina, cujos discípulos historicamente têm se esforçado em eliminar as concepções curativas não baseadas nas normas científicas da experimentação e comprovação. No entanto, a proposta de "recuperação" de saberes curativos populares perde importância quando o grupo de fitoterapia ultrapassa a fase de elaboração da justificativa do projeto de implantação dessa terapia e passa a se debruçar sobre o estabelecimento dos critérios que deveriam orientar a utilização das ervas medicinais pelos profissionais biomédicos. A mudança de registro ocorrida entre essas duas etapas do projeto de implantação da fitoterapia na rede municipal de saúde de Londrina é analisada no primeiro capítulo, intitulado *das ervas medicinais à fitoterapia*.

À medida que propõe a "recuperação" de práticas terapêuticas populares, o projeto de implantação da fitoterapia aponta na direção de um

---

[1] O grupo de fitoterapia era composto por três médicas, duas enfermeiras, uma farmacêutica e um agrônomo. Com exceção do agrônomo e da farmacêutica que trabalhavam, respectivamente, na Secretaria Municipal de Agricultura e Abastecimento e na 17a. Regional de Saúde, todos os outros componentes do grupo eram vinculados à Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina.

[2] O contexto em que surgiu o grupo de fitoterapia e foi elaborado o projeto de implantação dessa terapia na

reconhecimento da existência de uma razoabilidade nessas práticas. Nesse sentido, as discussões do grupo de fitoterapia, explicitadas nesse projeto, afastam-se das teses pautadas pela afirmação de que as práticas populares de cura perdem seu sentido no meio urbano.

Por outro lado, essa proposta institucional apenas poderia ser cogitada se houvesse a crença de que essas práticas estariam sendo perdidas ou esquecidas. Neste aspecto, as discussões do grupo de fitoterapia foram inspiradas e se apoiaram nas investigações de autores como Andréa Loyola (1984) e Marta Campos (1982), que partem do pressuposto de que as práticas populares de cura tendem a desaparecer no meio urbano à medida que a população passa a ter acesso a recursos inexistentes no meio rural.

A pesquisa de Loyola se baseou num levantamento dos procedimentos terapêuticos utilizados pelos habitantes do bairro Santa Rita, em Nova Iguaçu – RJ, em foi observada a recorrência a determinados agentes de cura de acordo com o tipo de doença – material ou espiritual – e a filiação religiosa. A partir da análise feita sobre os dados colhidos nesse levantamento, a autora observou que parte da oferta de serviços de saúde é feita por grupos religiosos e concluiu que isso se deve à carência de oferta de serviços pelo sistema oficial de saúde. Isto nos leva a crer que, caso a população de Santa Rita tivesse acesso aos serviços oficiais de saúde, as outras formas de cura seriam abandonadas. Ora, os dados da pesquisa que coligi, em Londrina, indicam que apesar da situação da oferta de serviços públicos de saúde, nesta cidade,[3] diferenciar-se sobremaneira daquela do bairro de Santa Rita, descrita por Loyola (1984), a recorrência a práticas de cura populares não deixou de existir.

Assim, a idéia central que norteia este trabalho é que as práticas de cura com ervas medicinais, longe de representarem remanescências de um passado rural, são modos de pensar e agir absolutamente contemporâneos, reinterpretações das novas condições de vida encontradas no meio urbano, tendo como base um sistema lógico que

---

rede municipal de saúde será analisado no capítulo *das ervas medicinais à fitoterapia*.

[3] Há no município, que tem uma população de aproximadamente 500 mil habitantes, 52 unidades básicas de saúde, além de hospitais, laboratórios e clínicas conveniados com o Sistema Único de Saúde, o que coloca o

ordena e dá sentido aos cuidados corporais, às relações interpessoais e à vida como um todo. Mais que isso: essas práticas não apenas permanecem no contexto urbano, mas a lógica que lhes dá sentido ordena as novas experiências a que são expostos os migrantes rurais e seus descendentes.

Nesse sentido, a preocupação do grupo de fitoterapia em relação à "recuperação" do conhecimento terapêutico popular não tem razão de ser, particularmente se levarmos em consideração que essas práticas jamais deixaram de existir. É preciso considerar, no entanto, que a importância dada por um grupo de biomédicos[4], a que se filia o grupo de fitoterapia, às práticas curativas populares relaciona-se, em grande parte, à idéia de que o autocuidado, assim como os cuidados familiares são imprescindíveis para a manutenção da saúde. Porém, este grupo não pode deixar de admitir que as práticas tradicionais de cura desempenham um papel fundamental na vida da população.

Segundo o grupo de fitoterapia, a implantação dessa prática terapêutica poderia contribuir no sentido de melhorar a relação médico-paciente, visto que estaria incorporando um saber popular ao conhecimento médico. Entretanto, como procurarei demonstrar neste trabalho, a incorporação das ervas medicinais no arsenal terapêutico utilizado pela biomedicina não significa a inclusão de concepções populares entre os saberes biomédicos. Como veremos a partir da etnografia realizada com a população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde do São Lourenço, região sul de Londrina, onde seria implantado o projeto de fitoterapia, no meio popular, o uso das ervas medicinais, longe de ser feito apenas com base na existência de princípios ativos - elemento chave na legitimidade científica de seu uso pela biomedicina -, relaciona-se à uma forma particular de se pensar o corpo, a vida e a relação com o puro e o impuro.

O segundo capítulo, *mulheres, crianças, anjos e serpentes*, é dedicado à análise dessa cosmologia popular. A compreensão da visão de mundo deste grupo é condição *sine qua non* para que se possa entender o sentido da utilização de ervas medicinais, dietas alimentares e restrições

---

sistema público de saúde de Londrina entre os melhores do Brasil.

impostas às pessoas que atravessam momentos da vida em que cuidados especiais são considerados necessários.

Ao contrário do que afirmam as teses utilitaristas, das quais o trabalho de Marta Campos (1982) é um exemplo, a escolha de dietas consideradas apropriadas à determinados momentos da vida não tem como base apenas a disponibilidade de recursos, mas relaciona-se à classificação sobre o que é bom para ser consumido. No decorrer da pesquisa de campo percebi que havia uma recorrência na indicação de ervas medicinais ou dietas alimentares em determinados momentos da vida como, por exemplo, pós-parto e infância. A recorrência dessas indicações levaram-me a observar a existência de períodos marcados pela intervenção curativa, que nem sempre são assim considerados, sob o ponto de vista biomédico.

A existência de alguém considerado necessitado desses cuidados muda a rotina da família a que pertence. Assim, de acordo com os meus informantes, casa que tem criança deve contar com uma boa variedade de ervas medicinais plantadas em seu quintal[5].

Sendo os cuidados para com o corpo e a saúde atribuições consideradas eminentemente femininas, são as mulheres as mais preocupadas em justificar o estado em que se encontram suas hortas. Muitas delas argumentam que suas ervas já não estão tão bem cuidadas por não haver mais crianças em suas casas, ou que as recuperaram após o nascimento dos netos.

Nesse meio, as avós dedicam-se especialmente à manutenção de um estoque de remédios para crianças e mulheres no período pós-parto, pois cabe-lhes, geralmente, a atenção para com suas filhas que acabaram de dar à luz e aos netos recém-nascidos. Além disso, a permanência junto às filhas constitui-se num importante período em que são reafirmados, na prática, os saberes relacionados aos cuidados para com o corpo que, após ter gerado uma vida, encontra-se numa fase considerada merecedora de uma atenção *sui generis*.

---

[4] Essa questão é abordada no capítulo 1.

[5] Pelo que observei, não apenas a quantidade, mas o tipo de ervas plantadas no quintal muda com o nascimento de um bebê na família.

Não resta dúvida que o horizonte dentro do qual se constituíram essas práticas é de origem rural. Como grande parte dos habitantes de Londrina, a população pesquisada veio ou tem ascendência no meio rural. Expulsos do campo em virtude de mudanças no setor agrícola do norte do Paraná - substituição das lavouras de café por trigo e soja – essas famílias dirigiram-se para o meio urbano em busca de trabalho. Talvez por ser a maior cidade da região, Londrina acabou concentrando grande parte desse contingente de trabalhadores rurais desempregados, que acabaram ocupando as áreas periféricas da cidade, como é o caso da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde do São Lourenço, onde a pesquisa foi realizada.

Boa parte do contorno dessa região é ainda rural. Além disso, existem terrenos baldios onde crescem algumas ervas medicinais. O tipo de habitação varia: uma parte é constituída por um conjunto habitacional; outra parte foi loteada por construtores particulares, ficando a edificação sob a responsabilidade daqueles que adquiriram os lotes; uma terceira parte constitui-se de ocupação irregular de um fundo de vale e as residências são construídas com tábuas, lonas e restos de material de construção.

Não tendo uma qualificação profissional que permita ocupar postos de trabalho com boa remuneração e estabilidade, a maioria dos homens, particularmente os residentes nas favelas do Franciscato e Perobal, sobrevive da realização de trabalhos temporários. As mulheres, além de cuidar dos filhos e da casa, trabalham, eventualmente como diaristas, bóia-frias, confeccionando panos-de-prato, tapetes, cestas, etc. Muitas vezes elas se vêem obrigadas a sustentar sozinhas suas famílias, enquanto seus maridos estão desempregados ou doentes. A situação melhora quando os filhos começam a trabalhar e ajudar na provisão de alimentos que, segundo suas concepções, deveria ser obrigação do pai.

As mulheres, além de serem consideradas as responsáveis pelo cuidado e organização da casa e da família, assumem um papel fundamental na negociação entre os pais e os filhos quando estes resolvem mudar de cidade em busca de melhores oportunidades de trabalho.

Trabalhar fora constitui-se numa importante forma de afirmação da masculinidade entre esses jovens e essa afirmação é ainda

mais intensa quando eles se dispõem a ir para outro lugar[6]. Desse modo, deixar a casa paterna é um passo para a inserção do rapaz no mundo masculino. Entretanto, não só a negociação para obter a permissão do pai para sair de casa é intermediada pela mãe, mas é também através dela que os filhos retornam à casa.

Após terem se firmado num emprego, se tiverem conseguido um bom salário, os filhos normalmente passam a contribuir com a manutenção da casa de seus pais. Essa contribuição é mediada pela mãe, que recebe os víveres e demais produtos doados pelos filhos. O pai, a quem caberia "trazer o sustento", fica alheio a essa relação, como se não tivesse conhecimento do que está se passando, particularmente se ele não estiver contribuindo para a manutenção da família.

A doação feita pelos filhos vincula-se à obrigação de retribuir os cuidados que receberam de suas mães desde que foram gerados. Nesse sentido, ser considerada uma boa mãe aumenta as probabilidades de que estes não lhe deixem faltar o sustento na velhice ou na doença. A construção dessa aliança geracional baseada no princípio da reciprocidade fundamenta-se numa visão de mundo em que estão presentes preceitos éticos do catolicismo popular, já estudados por autores como Carlos Brandão (1986), Alba Zaluar (1973 e 1980), Cândido Procópio Camargo (1973) e Rubem César Fernandes (1982), entre outros.

Como bem observam esses autores, o princípio da reciprocidade, um dos preceitos mais importantes desse universo ético, orienta as normas de conduta que os homens devem manter entre si e com as divindades. A manutenção ou quebra dessas relações são consideradas, pelo grupo pesquisado, responsáveis pela boa sorte e pelos infortúnios. Entre os infortúnios causados pela quebra da reciprocidade estão incluídas as doenças classificadas como espirituais.

As doenças espirituais, assim como as relações preconizadas a partir da orientação de um ethos calcado nos princípios do catolicismo popular são analisadas no terceiro capítulo, *olhares, desejos e inveja*.

---

[6] As moças também trabalham fora e contribuem para a manutenção da casa. Entretanto, não é comum que elas deixem a casa dos pais antes do casamento.

O quarto capítulo, *encontros e desencontros entre as lógicas biomédica e popular* foi elaborado a partir da análise de elementos que aproximam e distanciam os sistemas de cura dos dois grupos estudados. É importante observar que, apesar de haver diferenças entre as concepções que orientam as práticas curativas em ambos os grupos, há também pontos de confluência.

Vários autores trabalharam a questão da relação entre as práticas de cura populares e a medicina científica, entre eles Elda Rizzo de Oliveira (1985a e 1985b) e Paula Montero (1985). A primeira autora pensa a existência de benzedores, bem como da clientela que busca esse tipo de prática curativa, como fruto de uma resistência às práticas biomédicas existentes no meio urbano. Já Paula Montero parte do pressuposto de que a medicina popular age nos interstícios do campo da medicina oficial, mas não se constitui de uma forma fechada, em relação ao sistema biomédico. Segundo esta autora, o que marca as medicinas populares é justamente a sua capacidade de adaptação às condições existentes, bem como sua habilidade em aproveitar os espaços vazios e as falhas do sistema médico oficial para perpetuar-se.

Assim, as práticas de cura populares ao mesmo tempo que incorporam elementos oriundos da biomedicina, mantêm vivas as concepções que dão sustentação à sua forma de pensar o corpo, a saúde, a doença e a vida. É exatamente nesse movimento de inclusão, exclusão e reinterpretação que uma cosmologia, responsável por organizar e dotar de sentido o mundo, permanece. De acordo com os dados que acumulei ao longo da pesquisa sobre as práticas curativas com ervas medicinais, longe de terem desaparecido, essas práticas, apesar de sofrerem modificações em decorrência das novas condições de existência no meio urbano, continuam a fazer parte dos cuidados para com a vida.

Das ervas medicinais à fitoterapia

No período compreendido entre 1993 e 1996 havia, por parte dos principais atores do campo da saúde pública em Londrina, uma preocupação com a mudança do modelo assistencial, através da transformação das práticas sanitárias e da ampliação dos conceitos de saúde e doença. A mudança do modelo assistencial, segundo a equipe que assumiu, nesse período, a gestão municipal dos serviços de saúde, deveria ter como resultado a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Nesse sentido, foram organizados vários grupos que se dedicaram à discutir formas de implementar ações que pudessem contribuir para o alcance dos objetivos almejados, dentre eles, o grupo de fitoterapia.

Esse grupo, composto basicamente por profissionais biomédicos ligados à Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina, dedicou-se à discussão sobre as terapias baseadas no uso das ervas medicinais. O projeto de implantação dessa prática na rede municipal de saúde de Londrina, que será aqui analisado, foi fruto do trabalho desenvolvido pelo grupo de fitoterapia. Esse projeto tinha como proposta fundamental a incorporação, dentre as práticas terapêuticas oferecidas nas Unidades Básicas de Saúde, do conhecimento popular sobre as ervas medicinais. No entanto, nesse processo um dilema emerge: apesar do discurso do grupo de fitoterapia caminhar no sentido de "recuperar" o conhecimento de cura popular, essa "recuperação" acontece de maneira fragmentada e pontual, sem considerar a lógica da visão de mundo que dá sentido a essas práticas. Em particular, a dimensão mágico-religiosa é neutralizada e projeta-se sobre as práticas populares o *modus operandi* da biomedicina, no intuito de atrair respeitabilidade científica para a fitoterapia.

Pela forma como o modelo fitoterápico "incorpora" o conhecimento popular, descartando as significações presentes no saber da população sobre o uso das ervas, surgem os dilemas inerentes ao próprio modelo. Essa incorporação constitui o foco sobre o qual centraremos nossa análise neste capítulo; mas antes será preciso situar o leitor no contexto que tornou possível a elaboração da proposta de implantação, no Serviço

Municipal de Saúde de Londrina, de uma forma terapêutica que tivesse como parâmetro um conhecimento curativo popular.

Elaboração do projeto de implantação da fitoterapia: contexto e atores envolvidos

Entre os anos de 1993 e 1996 adotou-se, na Autarquia do Serviço Municipal de Saúde, uma prática de envolver a população organizada na discussão dos projetos de atenção à saúde. Essa prática pautava-se numa das diretrizes do plano de governo, que tinha por base concepções oriundas da militância partidária do grupo que assumiu a administração do município de Londrina, liderado pelo Partido dos Trabalhadores e apoiado pelo PDT, PPS, PC do B e PSB. O princípio da participação popular contido no plano de governo foi concretizado mediante várias iniciativas como, por exemplo, o *Orçamento Participativo*, a partir do qual foram estabelecidas as ações prioritárias a serem executadas pela prefeitura, a cada ano, de acordo com as possibilidades técnicas e orçamentárias do município, através de discussões entre representantes da população e do governo.

No setor saúde, os debates travados no desenrolar da definição do orçamento anual, através do *Orçamento Participativo*, definiram as principais obras que foram realizadas naquele período. No entanto, além dos canais de participação popular comuns à administração municipal como um todo, o controle da população sobre as ações desenvolvidas na área de saúde se dava através da participação no Conselho Municipal de Saúde e nos Conselhos Locais de Saúde.

A formação do Conselho Municipal de Saúde teve como fundamento a Lei Orgânica da Saúde, que regulamentou o que foi instituído na Constituição de 1988. O texto constitucional de 1988, no que se refere à saúde, reflete o debate que vinha ocorrendo no âmbito da saúde pública, no Brasil, e foi elaborado a partir das propostas contidas no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986[7].

---

[7] A lei orgânica da saúde estabelece, entre outras coisas, que a forma de participação popular na definição das

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira a ser convocada após o término da ditadura militar, em seu relatório final, expressa uma proposta de reforma sanitária que vinha sendo debatida quase que exclusivamente entre os acadêmicos ligados à saúde coletiva, na década de 70 e início dos anos 80, cujas raízes remontam ao final da década de 60[8], quando se iniciou um processo de críticas ao modelo de atenção à saúde estabelecido nos anos 50.

Na década de 50, segundo Canesqui (1995), começam a ser implantados, no Brasil, departamentos de medicina preventiva, inspirados no "movimento de medicina integral e preventiva norte-americana", que pretendiam reconstituir, na prática médica, a noção de indivíduo como um "ser bio-psico-social". Já a partir de meados dos anos 60, as reflexões sanitárias mais progressistas - influenciadas pela teoria da dependência, formulada pela sociologia e ciência política latino-americanas, traduzidas nos termos da relação entre saúde e desenvolvimento – refutam esse modelo, por considerá-lo incapaz de fornecer explicações sobre "os processos sociais e as condições sanitárias adversas".

Ainda de acordo com essa autora, desde o final da década de 60, grupos de esquerda inseridos nos departamentos de medicina preventiva procuraram incorporar o materialismo histórico e as contribuições de Foucault e Canguilhem nas reflexões realizadas no interior das instituições acadêmicas da área de saúde. Essa incorporação trouxe mudanças para a epidemiologia social ou crítica, particularmente no que se refere à forma como eram pensados os determinantes do processo saúde-doença, que passou a considerar a origem social como explicação para a distribuição desigual das doenças.

Entretanto, essa corrente da epidemiologia passou a sofrer críticas internas, no que diz respeito à sua postura de negar a possibilidade

---

políticas de saúde, garantida através da Constituição de 1988, deve se dar através de conselhos municipais, estaduais e federal, cujo poder é deliberativo e sua formação deve ter 50% de representantes dos usuários e a outra metade dividida entre os representantes dos prestadores de serviços e do gestor.

[8] Não encontrei referência bibliográfica acerca da formação do "movimento pela reforma sanitária" que analisasse as continuidades e/ou rupturas com a geração anterior. Em tudo o que li falta um elo de ligação entre o que aconteceu até o começo da ditadura militar e o movimento que emergiu no processo de abertura, ou seja, há uma lacuna particularmente sobre o que ocorreu nos anos 70. Assim, as aproximações feitas entre as questões presentes nas discussões ocorridas no final de 60 e as propostas do movimento nos anos 80 foram elaboradas a partir da minha interpretação.

de implementação de medidas de intervenção, já que as causas das doenças seriam, segundo a corrente da epidemiologia social, determinadas pelas práticas sociais, transcendendo as questões técnicas. De acordo com os críticos da epidemiologia social, as lacunas deixadas por essa corrente relacionar-se-iam à não conciliação entre o biológico e o social e à exclusão - em decorrência do apego às análises economicistas - da dimensão cultural presente nos fenômenos de adoecimento, morte e vida.

Essa posição marca o movimento que surge nos anos 80, cujas propostas de transformação do modelo assistencial tomaram corpo no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, onde foram estabelecidos os princípios que orientam o Sistema Único de Saúde – SUS:

1. universalidade: todos têm direito garantido pela Constituição ao acesso aos serviços de saúde;
2. integralidade da assistência: esse princípio pressupõe a realização de ações curativas e preventivas, além da atenção ao indivíduo e à coletividade;
3. utilização da epidemiologia[9] como ferramenta para o estabelecimento de prioridades;
4. preservação da autonomia das pessoas: cada um tem o direito de decidir acerca das intervenções médicas sobre o seu próprio corpo;
5. igualdade da assistência à saúde: os serviços oferecidos devem ser iguais para todos, sem distinção ou privilégio;
6. direito de acesso à informações sobre a saúde individual ou coletiva;
7. participação popular: a população tem direito de manifestar sua opinião sobre as ações de saúde;
8. integração das ações de atenção à saúde, meio-ambiente e saneamento[10].

---

[9] A epidemiologia, segundo Naomar de Almeida Filho (1989), tem seu interesse focado nos "doentes em populações", considerando a historicidade dos fenômenos relacionados à saúde e o caráter econômico e político de suas determinações.

O debate sobre a ampliação da compreensão do processo saúde e doença, assim como os princípios da reforma sanitária faziam parte das preocupações dos componentes do quadro de dirigentes do serviço municipal de saúde, no período de 1993 a 1996. Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde, elaborado durante aquela gestão, previa a construção de um novo modelo assistencial com ações eficazes e *humanizadas*[11], considerando que o processo saúde-doença apresenta várias interfaces em que o biológico se relaciona com o psíquico, o social, o político e o cultural. Vale ressaltar que, até então, o debate sobre a ampliação dos conceitos de saúde e doença, apesar de já estar presente na proposta de modelo assistencial expressa pelos princípios do Sistema Único de Saúde, restringia-se aos ambientes acadêmicos e a inclusão dessa preocupação nas diretrizes das ações de atenção à saúde no município de Londrina representou um marco para a prática dos serviços.

A consolidação das diretrizes e dos princípios do Sistema Único de Saúde foi a linha mestra da equipe que assumiu a direção da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina, entre 1993 e 1996. No intuito de implementar transformações nas práticas sanitárias e no modelo de atenção à saúde, algumas ações foram desenvolvidas no sentido de se conhecer a realidade de cada parte do município: além da criação de um sistema de informações em saúde[12], foi realizado o processo de territorialização com a participação da equipe de cada Unidade Básica de Saúde e representantes da população da área em que se situa. O processo de territorialização visou delimitar a área de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde e foi, sob esse ponto de vista, importante para que se conhecesse a clientela de cada Unidade, o espaço em que as pessoas viviam, os equipamentos sociais disponíveis, o motivo pelo qual pessoas de um determinado bairro recorreriam a uma Unidade Básica de

---

[10] Existem ainda outros princípios do SUS, mas como dizem respeito apenas ao gerenciamento de recursos, não os reproduzirei aqui.

[11] A questão da *humanização* da atenção à saúde será analisada mais adiante.

[12] O sistema de informações em saúde foi criado com o intuito de coletar, analisar e divulgar dados de caráter epidemiológico, como por exemplo: causas de mortalidade; registro de nascidos vivos, em quem são observadas características referentes ao peso, tipo de parto (normal, fórceps ou cesariana), nascimento prematuro e outras situações de risco para o bebê; avaliação do estado nutricional; registro de acidentes de trabalho; e, registro de doenças de notificação obrigatória (sarampo, coqueluche, tétano, hepatite B, rubéola, sífilis, meningite, aids, intoxicação por agrotóxicos, entre outras).

Saúde mais distante em lugar de se dirigirem a uma geograficamente mais próxima, além de outros fatores que não seriam considerados se a delimitação das áreas de abrangência fosse feita apenas a partir da localização geográfica.

O processo de territorialização teve algumas implicações na estruturação das Unidades Básicas de Saúde. A partir dele foram criados os conselhos locais de saúde, que passaram a atuar no controle sobre as ações nelas realizadas, pressionando o nível central no sentido de manter e remanejar determinados profissionais ou implementar algumas ações consideradas pertinentes pelos participantes desses conselhos.

A participação da população na definição das políticas públicas de saúde compunha também o ideário do projeto UNI - uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade. O projeto UNI faz parte do programa UNI, que congrega 15 universidades latino-americanas com apoio técnico e financeiro da Fundação W. K. Kellog. É um projeto pluri-institucional, de caráter acadêmico, que tem por objetivo apoiar mudanças nos cursos de graduação da área de saúde, a partir de estratégias de cooperação entre a universidade, os serviços de saúde e a população.

Iniciado em 1992, o projeto UNI tem como pressuposto fundamental, segundo Chaves (1994) e Kisil (1996), conjugar três movimentos considerados imprescindíveis para mudar a formação dos profissionais da área de saúde, que já vinham ocorrendo separadamente:

1. articulação entre universidade e serviços de saúde: o início desse esforço remonta aos anos 50, com os projetos da Rede IDA – integração docente-assistencial, também financiados pela Fundação Kellog, em que se preconizava a realização de atividades de ensino e aprendizagem junto aos serviços de saúde;
2. articulação entre os serviços de saúde e a população: as prerrogativas para essa articulação foram lançadas na reunião da Organização Mundial da Saúde ocorrida em Alma Ata, em 1979, sob a proposta de implementação da

assistência primária à saúde envolvendo a participação da população;

3. articulação da universidade com a população através de projetos de extensão ou ação comunitária.

Sendo a integração entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade considerada fundamental para o êxito do projeto UNI, um de seus pilares repousa sobre a valorização do conhecimento popular acerca das formas de adoecer e curar, bem como na formação de lideranças comunitárias que participem do projeto e possibilitem a manutenção de um diálogo entre a academia e a população.

A representação popular no projeto UNI-Ld dá-se através da participação, na comissão gestora desse projeto, de membros do CONSUL – Conselho de Saúde da Região Sul. Este conselho agrega várias organizações populares da região sul de Londrina, entre elas o Clube das Mulheres Batalhadoras, promotor dos *encontros com ervas medicinais*.

Os *encontros com ervas medicinais* consistiam em reuniões de mulheres durante fins-de-semana, em que eram trocadas receitas de remédios à base de ervas e mudas de plantas medicinais. Esses encontros contaram também com a participação de técnicos vinculados ao Grupo de Mulheres de Medianeira, onde existe um laboratório fitoterápico construído e mantido com a ajuda de organizações não governamentais estrangeiras, que têm nas mulheres e suas famílias os fornecedores da matéria-prima necessária para a produção de fitoterápicos.

No entanto, apesar da presença de um técnico, que tinha como objetivo orientar os *encontros com ervas medicinais*, "ensinando" formas adequadas de plantio, colheita e desidratação das plantas, as mulheres acabavam se juntando em torno das conversas em que trocavam receitas de "remédio" que sabiam. Além disso, muitas delas iam carregadas de exemplares dos "remédios" que conheciam e distribuíam mudas às amigas. Como esses *encontros* se estendiam por um final de semana inteiro, havia tempo para muitas trocas.

O Clube das Mulheres Batalhadoras visava repetir em Londrina a experiência das mulheres de Medianeira, que cultivavam ervas

medicinais e comercializavam-nas com o laboratório fitoterápico existente nesta cidade. Para tanto, necessitavam de um terreno em que pudessem fazer a plantação das ervas e da garantia de que a produção teria mercado junto ao serviço municipal de saúde. Aquele era o momento ideal para que fosse conseguido apoio para a concretização desse intento, pois havia interesse por parte dos governantes municipais em apoiar iniciativas e projetos das organizações populares.

O Clube das Mulheres Batalhadoras e o CONSUL eram presença constante nos fóruns de discussão acerca das ações de saúde a serem implementadas e o interesse que esses grupos demonstravam ter pela fitoterapia encontrava eco na Autarquia do Serviço Municipal de Saúde, cujos dirigentes demonstravam a disposição de trazer para a rede algumas terapias ditas *alternativas*[13].

A intenção de incluir essas terapias e, dentre elas, a fitoterapia em particular, entre aquelas que estavam à disposição dos usuários dos serviços de saúde estava também ancorada no plano de governo divulgado durante a campanha eleitoral do prefeito que assumiu a gestão da cidade de Londrina em 1993 e no 4° plano operativo do projeto UNI, que previa a realização de uma pesquisa sobre a "memória terapêutica popular" na zona rural do município para dar subsídios à implantação da fitoterapia na rede municipal de saúde. A iniciativa do Clube das Mulheres Batalhadoras juntou-se às intenções de governo e do projeto UNI, sendo um incentivo a mais no sentido de que essas intenções tomassem forma.

Nesse contexto surgiu o grupo de fitoterapia. Dentre os seus organizadores estavam duas coordenadoras de Unidades Básicas de Saúde situadas na região sul de Londrina - uma delas, a do São Lourenço, que atende à população residente no Perobal e Franciscato, onde se situa o Clube das Mulheres Batalhadoras.

O grupo de fitoterapia tinha a seu favor a reivindicação de implantação desta terapia por parte do Clube das Mulheres Batalhadoras

---

[13] Cabe lembrar que são chamadas *alternativas* as formas de cura não legitimadas no interior da medicina oficial e que se diferenciam, em alguns aspectos, da visão de organismo, saúde e doença propostas pela medicina de origem acadêmica.

que, embora tenha deixado de existir após a constatação de que não havia um terreno adequado para o cultivo de ervas medicinais nas proximidades do Franciscato e Perobal, fazia acreditar na existência de uma "vontade popular" de que a fitoterapia se fizesse presente nas Unidades Básicas de Saúde.

No entanto, esse grupo sabia que, embora contando com alguns elementos que lhe garantiam legitimidade suficiente para que a fitoterapia fosse implantada num espaço oficial do serviço de saúde do município, não contava com respaldo no meio biomédico de uma forma geral. Fazia-se necessário então, elaborar uma proposta que tivesse fôlego para ser implantada.

O projeto de implantação da fitoterapia, a crítica interna ao savoir faire biomédico e a relação com os saberes populares de cura

A justificativa sobre a qual se sustentava o projeto de fitoterapia era pautada basicamente sobre três argumentos: primeiro, que os fitoterápicos tinham um custo menor que os medicamentos industrializados; segundo, que a implantação da fitoterapia influenciaria na *humanização* do atendimento; e, terceiro, o projeto recuperaria um conhecimento terapêutico popular.

Em relação ao custo, o argumento utilizado era de que a implantação da fitoterapia, ao colocar à disposição da população uma opção terapêutica mais barata, poderia contribuir para melhorar a oferta de medicamentos.

> "Tendo a fitoterapia um custo inferior ao dos tratamentos convencionais, a sua introdução na rede básica de saúde, certamente possibilitará o acesso ao tratamento por parte de uma parcela maior da população. Além disso, a introdução de fitoterápicos poderia contribuir para a resolução da problemática de medicamentos, pois seria oferecida mais uma opção terapêutica" (Projeto de Implantação da Fitoterapia na Rede Municipal de Saúde, p. 3).

Ver a introdução da fitoterapia no sistema de saúde oficial como um avanço no sentido de encontrar alternativas para a resolução da falta ou escassez de recursos terapêuticos oferecidos à população não é novidade. Esse problema tem também suscitado o interesse da Organização Mundial da Saúde que, desde 1977 com o relatório 622, vem incentivando a utilização de terapias tradicionais nos países do terceiro mundo. Nesse caso, não fica muito claro se a recomendação tem como parâmetro a valorização de outras formas de cura ou se trata-se apenas da necessidade de atender à demanda onde não existem as condições sanitárias adequadas, segundo o ponto de vista dos biomédicos. Noutro relatório da Organização Mundial da Saúde, a que tive acesso pela internet, em abril de 1996, também é dada ênfase na necessidade de incorporação da "traditional medicine" pelos sistemas nacionais de saúde dos países em desenvolvimento.

Entretanto, é preciso ressaltar que o serviço municipal de saúde de Londrina não estava atravessando nenhuma crise com relação à oferta de medicamentos no momento em que foi elaborado o projeto de implantação da fitoterapia. Desse modo, as questões mais relevantes para a discussão desse projeto não dizem respeito ao custo e/ou garantia de acesso aos serviços de saúde pela população, mas aos outros dois argumentos que se referem à *humanização* e ao "resgate do conhecimento terapêutico popular".

Conhecimento médico x conhecimento popular: a relação médico-paciente em pauta

O custo é colocado em questão como uma resposta à proposta de se ter como espelho para a organização do sistema municipal de saúde um modelo que privilegia a utilização de medicamentos e tecnologia. De acordo com o grupo pesquisado, esse modelo tem se mostrado caro e ineficaz pois, apesar da utilização de recursos terapêuticos e de investigação diagnóstica que exigem alta tecnologia, muitas vezes o problema levado pelo paciente ao consultório, continua

sem ser resolvido ou então poderia ter sido solucionado com um custo muito menor.

O modelo assistencial baseado apenas no uso de tecnologia de ponta está calcado no pressuposto de que o envolvimento emocional com o paciente dificulta a condução do tratamento. Assim, a transferência da responsabilidade pelo diagnóstico para as máquinas (impessoais e *objetivas*) garantiriam ao médico a isenção frente ao que acontece com o paciente. Ora, como um sintoma pode ser a manifestação de uma série de coisas, o paciente acaba sendo submetido a inúmeros procedimentos, muitos deles invasivos e desnecessários.

A disposição de implementar medidas *humanizadoras* de atenção à saúde refletiu-se nos projetos implantados pela Autarquia do Serviço Municipal de Saúde, indo desde a criação de ambientes mais agradáveis nas salas de espera das Unidades Básicas de Saúde[14] à "ações motivadoras" de melhoria da relação dos profissionais de saúde com os pacientes. Nesse sentido, houve um empenho em resgatar o valor da clínica em relação às especialidades, nos moldes do "Programa Médico de Família"[15], que previa o estabelecimento de equipes de saúde fixas na zona rural do município, para que os profissionais de saúde pudessem conhecer as pessoas, suas famílias, o meio em que elas vivem e dar-lhes atendimento domiciliar.

Embora também diga respeito aos demais profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, a questão da relação com o paciente é basicamente dirigida ao médico. O par médico-paciente é o foco das atenções. A relação entre médico e paciente proposta pela biomedicina sofre algumas críticas, particularmente dos adeptos ou simpatizantes das terapias ditas *alternativas*, que argumentam no sentido de que a medicina baseada nas noções cartesianas de ciência tem como pressuposto a fragmentação do homem, não o entendendo como um todo indivisível.

---

[14] As Unidades construídas ou reformadas durante aquela gestão partiram de uma concepção arquitetônica diferenciada, eliminando ao máximo a aparência hospitalar.

[15] O "Programa Médico de Família" foi estendido ao perímetro urbano, com a denominação "Programa Médico de Família/Internação Domiciliar", cujo atendimento era destinado à internar e acompanhar, em seu ambiente domiciliar, doentes que não necessitassem do aparato tecnológico do hospital, mas que não pudessem

O distanciamento do médico em relação à vida do paciente e àquilo que ele sente e pensa transforma o que deveria ser um diálogo num monólogo. A rotinização do processo que envolve o contato entre eles atua, segundo os preceitos da biomedicina, no sentido de minimizar o envolvimento emocional do médico no processo vivenciado pelo paciente. Assim, o médico deve desprezar todos os aspectos do relato do paciente que, de acordo com os critérios biomédicos, não tenha relação com a doença a ser tratada. A prática médica dentro do modelo de atenção à saúde vigente mostra que, para a elaboração da anamnese, o médico deve exigir do paciente respostas às perguntas consideradas pertinentes sob o ponto de vista da biomedicina, não deixando espaço para o paciente se manifestar, relacionando a sua doença a outros aspectos não abordados pelo médico. Mesmo que o paciente resolva falar o que pensa sobre o mal que o aflige, para o médico, deve ser como se ele nada tivesse dito, pois a anamenese deverá ser construída apenas através daquilo que considera importante e plausível enquanto manifestação da doença.

As discussões que presenciei no grupo de fitoterapia, assim como entre alguns dos estudantes de medicina que participaram da pesquisa de caráter botânico-médico-antropológica proposta pelo grupo, sobre a relação médico-paciente se desenrolaram em torno dos efeitos da placeboterapia[16]. Eles partem do pressuposto de que se pacientes tratados com placebo, muitas vezes se curam sem receber o princípio ativo que deveria atuar sobre a doença, deve ser em função de outras coisas que não a eficácia das drogas ou terapias empregadas.

> "(...) Após alguns séculos de imposição da medicina de origem científica - baseada no saber cartesiano - e de negação dos saberes populares começa-se a perceber que a racionalidade e objetividade científica não dão conta de explicar a totalidade de fatores envolvidos tanto no surgimento de patologias quanto

---

prescindir dos cuidados médicos e de enfermagem.

[16] A placeboterapia é um instrumento de teste de novos medicamentos, em que um grupo de pessoas é dividido em dois e a um desses grupos é dado o medicamento com o princípio ativo que se deseja testar e ao outro um placebo, ou seja, um medicamento sem nenhum princípio ativo, mas cuja aparência é idêntica àquele que o contém.

na eficácia das terapias utilizadas. Exemplo disso é a placeboterapia. Como explicar o sucesso terapêutico obtido com a utilização de um "medicamento" sem princípio ativo? Quais os fatores que interferem no processo de cura? (Projeto de Implantação da Fitoterapia na Rede Municipal de Saúde, p. 2)"

Este debate parte do pressuposto de que, para aumentar a eficácia do tratamento, um fator importante diz respeito à cumplicidade entre médico e paciente, ou seja, que a relação entre eles seja pautada pela confiança do paciente no médico que conduz o seu tratamento.

O grupo de fitoterapia se diferencia dos biomédicos de uma forma geral ao reconhecer que não são apenas os princípios ativos os responsáveis pela cura. Porém, no decorrer das discussões sobre esse tema, a explicação dada às questões envolvidas no processo curativo voltam-se para uma abordagem psicológica do doente. Desse modo, as curas, assim como as queixas dos pacientes, que não encontram explicação através dos recursos da biomedicina são lançadas no rol dos males psicológicos.

Os aspectos psicológicos, segundo esse ponto de vista, influenciam na constituição dos casos que não encontram explicação através do exame do corpo do paciente. Assim, esses aspectos, que tem grande importância no resultado das terapias empregadas, devem ser considerados na construção da relação médico-paciente. Sob o ponto de vista do grupo pesquisado, o médico, para obter bons resultados no tratamento de seus pacientes, deveria estar apto para lidar com esses fatores.

Ao colocar a explicação das curas através da placeboterapia como resultado de uma força de vontade individual, motivada por aspectos psicológicos, o grupo de fitoterapia continua preso à perspectiva - que seus membros criticam – difundida na biomedicina de dividir o corpo e os males que o afligem por áreas ou especialidades. Aqui, a incapacidade de explicar é vista como uma limitação do não-especialista e não como uma impossibilidade da ciência.

No entanto, antes de ser psicológica, a cura através da placeboterapia só é alcançada porque existe, difundida na sociedade, uma

crença na capacidade de curar dos médicos e de seus métodos. Isso só é possível porque a biomedicina goza de legitimidade suficiente para que lhe seja atribuído o poder de curar as pessoas. Assim, é o *consensus* coletivo o responsável pela cura do paciente: sem um suporte que dê sustentação a uma determinada forma de pensar o corpo, a doença e o mundo não haveria possibilidade de que a cura fosse alcançada através da aplicação de placebos.

Esse mesmo consenso que garante a possibilidade de que os biomédicos atuem sobre os corpos com o objetivo de curá-los, dá-lhes a concepção de que a explicação deve ser buscada na ciência e através dos pressupostos de investigação propostos por ela e não por afirmações feitas pelos pacientes, baseadas na sua própria experiência com a doença ou no conhecimento do senso comum.

Desse modo, a cumplicidade entre médico e paciente, proposta pelo grupo de fitoterapia, fica reduzida ao estabelecimento de condições nas quais o paciente se submeta às opiniões e ações do médico, sem perceber que o seu ponto de vista sobre a sua doença não tem importância na construção do diagnóstico, nem na escolha do tratamento utilizado. Em resumo, o que se espera é que, ao dedicar maior atenção ao paciente, ouvindo o que ele quer dizer, seja facilitado o processo de condução do tratamento. Assim, por mais que se faça um esforço no sentido de romper com o distanciamento entre o ponto de vista do médico e do paciente, quem decide o que será feito é aquele que se considera detentor de um conhecimento que o habilita a fazer isso.

O distanciamento entre médico e paciente tem como ponto fundamental um modelo de conhecimento que coloca o paciente como objeto de observação e intervenção médicas. Este modelo de conhecimento é a base de sustentação da hegemonia do saber de um sobre o do outro. Segundo Ginzburg (1989), essa relação caracteriza-se pela impossibilidade de que o paciente controle o saber e o poder detidos pelo médico e, embora essa situação tenha se agravado com a introdução na medicina das noções de "ciência" e "rigor", ela existe desde Hipócrates (460-351 a.C.).

Não havia na Grécia antiga uma noção de ciência calcada na experimentação e comprovação dos fatos, mas a partir do século V a.C. inicia-se um processo de separação da medicina (ciência) dos domínios da magia e da filosofia[17]. Para os gregos desse período, o princípio divino estava em todas as coisas, não existindo, portanto, possibilidade de explicar os fenômenos a partir da ação mágica, mas através da lógica, baseada na observação dos fatos.

Hipócrates iniciou a cruzada contra o pensamento mágico-religioso sobre o corpo, propondo explicações para as doenças baseadas numa doutrina de uniformidade da natureza[18] e regularidade das causas. Ao definir seus métodos sobre a noção de sintoma, a medicina hipocrática passou a postular que apenas poderia ser tratado pelos médicos aquilo que fosse observável. Pondo em prática seus métodos, Hipócrates dedicou-se à observação do paciente: registrava costumes, dieta, aparência, maneiras, idade, pensamentos, silêncios e o conteúdo dos sonhos.

Hipócrates deixou um legado para a medicina: a base racional para o desenvolvimento da clínica médica. Entretanto, foi a partir de Descartes (1596-1650) que as idéias precursoras das atuais concepções do corpo humano presente na biomedicina foram mais claramente formuladas (Scheper-Hughes e Lock, 1987). A teoria cartesiana separou o corpo da alma enquanto domínios da ciência e da teologia, respectivamente.

Enquanto domínio da teologia, as questões relativas à alma não deveriam ser objeto de estudo para os cientistas, que teriam que se ater às coisas visíveis e palpáveis. Segundo Descartes, o homem é composto por duas substâncias: o pensamento, derivado da alma, inatingível e incompreensível e a extensão, derivada da matéria, que pode ser vista e tocada. Assim, para Descartes, a alma é substância pensante -

---

[17] Sobre a separação dos domínios natural e sobrenatural, ciência, magia e religião, bem como sua influência nas concepções modernas de ciência ver Tambiah (1990), Ginzburg (1989) e Scheper-Hughes e Lock (1987).
[18] Para Hipócrates (1967 [426 a.C.]), o corpo, assim como a terra, é composto por elementos frios, quentes, úmidos e secos, sendo as doenças resultado do desequilíbrio de um desses elementos.

de onde se origina o pensamento - e o corpo é um autômato composto por partes mecânicas ligadas por uma energia que lhes dá movimento[19].

A separação proposta por Descartes entre corpo e mente (substância pensante) relaciona o corpo à natureza e a mente à sobrenatureza. Essa cisão é fundamental para o desenvolvimento de um modo de conhecimento calcado na observação e experimentação dos fenômenos, que tem por princípio apenas aceitar como verdade o que puder ser visto e comprovado.

O legado cartesiano deixou marcas indeléveis na visão biomédica de corpo, como a separação entre corpo e mente e a conseqüente necessidade de separar as aflições humanas entre corporais e mentais, desconsiderando tudo o que não for visível (através dos olhos ou de exames) ou palpável. No afã de descobrir a "verdade" sobre o funcionamento do corpo, assim como a origem e formas de manifestação das doenças que o atingem, a biomedicina tem-se esmerado cada vez mais na produção de tecnologias capazes de desvendá-lo.

O modelo de atenção à saúde centrado no uso de tecnologias fundamenta-se sobre as bases epistemológicas da biomedicina. Privilegiar os exames realizados por aparatos tecnológicos na investigação sobre as doenças em detrimento do diagnóstico baseado numa atitude cognosciva que leva em conta a experiência, pressupõe a aderência a um modelo de conhecimento baseado na busca da objetividade e racionalidade. Sob esta perspectiva, os exames realizados a partir de aparatos tecnológicos, eliminam a subjetividade e atuam no sentido de possibilitar o acesso ao que acontece "realmente" no interior do corpo.

Entretanto, a tentativa de trazer para a medicina o modelo epistemológico das ciências naturais, calcado nas noções de rigor e objetividade, tem limitações. O paradigma científico sustenta-se pela possibilidade de generalização do conhecimento, ancorado em métodos quantitativos. Ginzburg (1989) afirma que, apesar das tentativas da

---

[19] Embora Descartes e Aristóteles pensem numa energia que dá movimento ao corpo, essa energia, princípio do movimento, é *anima* (alma) para Aristóteles, enquanto para Descartes, as leis do movimento derivam de Deus, mas não provêm da alma.

medicina de utilizar-se de métodos quantitativos e do cálculo de probabilidades, perdura a incerteza dos seus métodos e resultados, pois a doença assume características próprias em cada indivíduo e o conhecimento sobre elas permanece indiciário.

Fitoterapia x biomedicina

A crítica do grupo de fitoterapia em relação ao modelo de atenção à saúde baseado apenas no uso de tecnologias diz respeito à impossibilidade de se eliminar o elemento humano, subjetivo e individual do processo de apreensão da doença, assim como do tratamento e da cura. O uso de tecnologias médicas pode auxiliar no diagnóstico, mas a sua indicação deve ser precedida por uma atitude cognosciva baseada na experiência profissional do médico e no relacionamento com o paciente.

Apesar do desenvolvimento tecnológico, das possibilidades cada vez maiores de se penetrar no corpo humano vivo e da tentativa da biomedicina de se firmar enquanto pertencente às ciências naturais, permanece, na prática médica, uma atitude cognosciva que parte dos sintomas e sinais para a elaboração do diagnóstico, ou seja, ancorada no modelo de conhecimento da semiótica médica, disciplina que trata do diagnóstico de doenças inacessíveis à observação direta a partir de sintomas irrelevantes aos olhos dos leigos.

Assim, a elaboração da anamnese baseada numa atitude de atenção aos sintomas apontados pelo paciente mais o exame físico detalhado, poderiam, pois, muito contribuir para o êxito do diagnóstico.

A capacidade de percepção baseada na experiência clínica era o que o grupo pesquisado desejava ver nos médicos que deveriam fazer parte da equipe que iria trabalhar com a fitoterapia nas Unidades Básicas de Saúde. A partir das discussões no decorrer da elaboração do projeto, ficou claro que deveria haver uma escolha criteriosa dos profissionais que nele iriam atuar, já que a intenção do grupo era a de suscitar um debate mais amplo acerca das questões que envolvem a cura e a doença.

Na discussão lançada com a elaboração do projeto de implantação da fitoterapia também se colocou uma crítica à postura autoritária, arraigada dentre os biomédicos, que condenam as outras formas de terapia pela inexatidão do diagnóstico e dos meios empregados para obter a cura. Esta postura está relacionada à concepção de que a "verdade" apenas pode ser alcançada através da investigação científica.

Nesse sentido, a formação que recebem os biomédicos é fundamental para a crença na infalibilidade dos métodos empregados pela biomedicina. Eles são formados a partir de um modelo epistemológico que tem como pressupostos o controle das variáveis envolvidas no objeto de estudo ou intervenção e a necessidade de que seja mantida uma atitude que demonstre segurança aos pacientes.

A necessidade de maior controle sobre o objeto de intervenção da biomedicina trouxe como resultado a fragmentação do conhecimento sobre o corpo, dividindo-o em áreas cada vez menores, sobre as quais se desenvolve um conhecimento cada vez maior. Isso, se descolado de uma visão que articule o corpo e a pessoa como um todo indissolúvel, pode contribuir em muito para a ineficácia da atenção à saúde. Se cada pessoa que adoecer procurar um especialista que trate da parte do corpo em que sente dores, ela pode ser submetida a intervenções que seriam desnecessárias se não fosse observado apenas o "pedaço" relativo àquela especialidade.

Assim, para tratar de uma dor de cabeça, muitas vezes o paciente se vê obrigado a realizar um périplo pelas especialidades médicas, pois como um mesmo sintoma pode ser sinal de inúmeras doenças e o especialista tende a observar apenas o que diz respeito à sua área de atuação, a busca por tratamento só vai ter fim quando for encontrada a especialidade responsável por cuidar daquele aspecto da dor de cabeça.

O grupo de fitoterapia critica esse modelo de atenção à saúde, acusando-o de não cuidar do homem como um todo e de observar apenas a doença ou órgão concernente a uma determinada especialidade médica. A proposta de implantação da fitoterapia pressupõe, segundo esse grupo, a observação do paciente e não apenas da doença, levando em

consideração outros aspectos da doença que não somente aqueles convencionalmente tratados pela biomedicina.

> "A implantação da fitoterapia traz, necessariamente, a discussão acerca da compreensão do indivíduo como um todo e da doença enquanto reflexo de condições físicas, psíquicas, sociais e culturais e, para que se possa agir com eficácia sobre ela, faz-se necessário levar em consideração todos estes aspectos" (Projeto de Implantação da Fitoterapia na Rede Municipal de Saúde, p. 3).

O ser humano dividido em partes é, sob o ponto de vista do grupo de fitoterapia, o objeto de atuação sobre o qual tem se debruçado os biomédicos. No entanto, a fitoterapia, ao ser implantada, deveria levar aos profissionais de saúde a discussão de que a doença não é apenas física, mas depende também de outros fatores.

A implantação da fitoterapia foi concebida como uma forma de preencher um vácuo existente nas formas de tratamento convencionais da biomedicina. Exemplo disso foram as discussões sobre as doenças que seriam tratadas pela fitoterapia no período inicial da sua implantação na rede municipal de saúde. Como existia também a preocupação em colocar à disposição da população "mais uma opção terapêutica", foram escolhidas algumas doenças consideradas de difícil cura ou diagnóstico para serem tratadas com fitoterápicos. Entre estas foram selecionadas: ansiedade/nervosismo, algias, artralgias, mialgias, cólicas abdominais, dispepsias, gastrites e úlceras, grande parte delas consideradas "patologias relacionadas a distúrbios emocionais".

Esta escolha está também ancorada na concepção de que outras formas de cura conseguem lidar com os "problemas emocionais" do paciente. A fitoterapia, como também vinculada a outras formas de cura, seria fundamental para que fosse alcançado o objetivo de oferecer um tratamento mais eficaz à população atendida nas Unidades Básicas de Saúde.

Ao partir do pressuposto de que a doença também existe em decorrência de várias outras causas que não são físicas, o grupo dá um

passo no sentido de atentar para o paciente. No entanto, acaba esbarrando nas limitações da própria biomedicina ao classificar como "emocional" ou "problemas psicológicos" tudo o que não encontra explicação ou tratamento no modelo biomédico.

O grupo de fitoterapia via a si próprio enquanto portador de uma postura crítica em relação à biomedicina. No entanto, essa crítica tem limites bem precisos: ela se detém quando a questão é levar em consideração o saber curativo produzido pela população. As concepções dos pacientes sobre o corpo, a doença e a vida continuam não sendo consideradas, o que coloca em contradição a afirmação de que a fitoterapia atuaria no sentido de aproximar médico e paciente a partir da incorporação de uma forma de cura conhecida e utilizada pela população.

O projeto de implantação da fitoterapia tinha como uma de suas justificativas a possibilidade de "resgatar conhecimentos terapêuticos populares".

> "A implantação da fitoterapia na rede municipal de saúde traz em seu bojo a oportunidade de resgatar um conhecimento e uma prática populares" (Projeto de Implantação da Fitoterapia na Rede Municipal de Saúde, p.2).

Bastante se discutiu sobre esse tema, pois essa era uma questão que se relacionava com o argumento de que havia necessidade de se encontrar alternativas que viabilizassem a aproximação entre médico e paciente e também dizia respeito à uma forma de dar voz aos anseios populares. Este grupo considerava importante saber o que a população pensava sobre a doença e a cura como uma forma de viabilizar a melhoria no atendimento aos pacientes. Alguns de seus membros – os médicos, particularmente - já percebiam que quando não conseguiam entender o que dizia o paciente, a elaboração do diagnóstico ou a indicação de tratamentos era prejudicada.

Certa feita, numa das reuniões do grupo, uma médica comentou que, durante uma consulta, perguntou ao paciente se ele havia bebido, ao que obteve resposta negativa. Esse era um detalhe importante para a construção do diagnóstico, segundo ela. Quando já estava quase

descartando a hipótese diagnóstica formulada anteriormente em virtude da resposta negativa quanto à ingestão de bebida alcóolica, conversando com o paciente sobre medicamentos que ele havia usado recentemente, veio a saber que ele estava tomando uma mistura composta por ervas, mel e vinho.

Ao relatar esse caso para o grupo, ela o fez partindo da premissa de que os pacientes às vezes tentam "enrolar" os médicos, particularmente quando se trata de informações que possam levar a uma exigência de que a bebida, cigarro ou alimentação gordurosa sejam controlados. Entretanto, esse era um caso diferente: a mistura de ervas, mel e vinho antes de ser considerada, pelo paciente e população da qual faz parte, como bebida alcóolica, é preparada e ingerida como remédio[20]. Não havia pois intenção de enganar o médico, "escondendo" um vício e sim um descompasso em termos de concepção daquilo que se considera bebida alcóolica[21].

Esse caso foi discutido pelo grupo, corroborando a idéia de que compreender o que o paciente diz e sente, bem como suas concepções de doença e cura seriam imprescindíveis para que fossem alcançados os objetivos almejados pelo grupo e expressos no projeto de implantação da fitoterapia na rede municipal de saúde.

> "Uma das questões que se coloca com a introdução da fitoterapia é a transformação da relação médico-paciente à partir da compreensão do universo simbólico que sustenta as representações de saúde e doença da população atendida pelo Serviço Municipal de Saúde, contribuindo assim para a eficácia dos procedimentos terapêuticos utilizados. (...) É preciso ter um conhecimento do conceito popular de saúde e doença, bem como das estratégias de cura utilizadas pela população, resgatando inclusive conhecimentos terapêuticos que estão sendo esquecidos" (Projeto de Implantação da Fitoterapia na Rede Municipal de Saúde, p. 2).

---

[20] Não tive informações, através do relato da médica, sobre as ervas que compunham a garrafada que estava sendo ingerida pelo paciente, mas os "remédios" elaborados à base de vinho, de acordo com as concepções da população com a qual desenvolvi parte da minha pesquisa, são geralmente usados como fortificantes.
[21] Os mal-entendidos entre as lógicas biomédica e popular serão analisados no capítulo 4.

A discussão acerca das concepções populares de saúde, doença e cura resultaram no estabelecimento de uma das premissas para a escolha das ervas medicinais que comporiam a farmácia do projeto de fitoterapia: a realização de uma pesquisa botânico-médico-antropológica. Esta pesquisa tinha por finalidade apontar quais eram as ervas conhecidas e como eram utilizadas pela população das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde onde seria implantada a fitoterapia.

Nessa ocasião, o grupo chegou à conclusão de que seria melhor para os propósitos do projeto se as ervas utilizadas fossem conhecidas pela população atendida na região onde seria implantada a fitoterapia. Por isso a pesquisa de caráter "botânico-médico-antropológico" foi realizada, tendo sido citadas cento e trinta e duas ervas medicinais (incluindo raízes, cascas, folhas, flores e frutos) pela população pesquisada.

No entanto, essa pesquisa pouco ou nada foi aproveitada no processo de seleção das plantas que iriam compor a farmácia do projeto, embora um dos seus objetivos fosse

> "Resgatar o conhecimento terapêutico popular através da utilização de plantas conhecidas na região" (Projeto de Implantação da Fitoterapia na Rede Municipal de Saúde, p. 4).

Ainda que tivesse sido discutida a importância de se trabalhar com plantas conhecidas e usadas pela população local, quando da definição dos critérios para seleção das ervas medicinais que comporiam a farmácia fitoterápica pesou mais os critérios biomédicos.

> "[A] seleção de plantas a serem utilizadas [será realizada], seguindo os seguintes critérios:
> 1- indicadas para patologias com maior incidência no município;
> 2- com possibilidade e facilidade de cultivo;
> 3- conhecidas e utilizadas pela população local;
> 4- estudadas e com eficácia comprovada;

comprovação da existência de princípio ativo nas ervas medicinais. Por esse motivo, somente poderiam ser incluídas entre as indicadas como boas para curar aquelas cujo princípio ativo tivesse existência comprovada através de pesquisa que obedecesse aos parâmetros científicos, com perfil botânico, fitoquímico e farmacológico traçados.

Relacionada ao intento de dar um estatuto de ciência comprovada à fitoterapia, foi incluída no projeto a estruturação de um laboratório fitoterápico. Considerado condição *sine qua non* para a implantação da fitoterapia, o laboratório fitoterápico deveria garantir as condições de manipulação e dosagem dos princípios ativos das plantas.

Vale ressaltar que a preocupação em torno da estruturação do laboratório fitoterápico fundamentava-se no receio de que as ervas medicinais fossem receitadas *in natura*, aos pacientes das Unidades Básicas de Saúde em que o projeto seria implantado. Isso poderia relacionar a fitoterapia a uma forma de cura popular.

Ao serem utilizadas sob a forma de tinturas, pomadas e xaropes elaborados a partir dos princípios ativos contidos nas ervas, estas perderiam o seu caráter de natureza não domesticada e deixariam de ser relacionadas aos saberes leigos. Apesar da existência de um discurso – e da crença em sua possibilidade – que colocava a fitoterapia como uma forma de aproximação dos saberes médicos aos populares, acontecia exatamente o contrário quando se tentava dar à fitoterapia uma cientificidade.

A tentativa de obtenção do aval da ciência requer dos biomédicos adeptos da fitoterapia uma postura que os mantenha presos às exigências científicas para validação de procedimentos terapêuticos. No intuito de manter a fitoterapia dentro dos cânones científicos, foi também excluída a utilização das ervas medicinais na forma de chá, sob a alegação de que não haveria a possibilidade de garantir que o paciente ingerisse a quantidade de princípio ativo necessária para agir eficazmente sobre a sua doença.

A preocupação em torno da mensuração dos princípios ativos está calcada na noção de rigor científico, que pressupõe a realização de estudos a partir de condições controladas, para que uma hipótese seja

aceita como verdadeira. Nesse sentido, a fitoterapia se mantêm sob os mesmos princípios que orientam a biomedicina.

O grupo que elaborou o projeto de implantação da fitoterapia o fez seguindo os preceitos colocados pela biomedicina referentes ao anúncio de novos princípios, métodos ou substâncias terapêuticas, que pressupõe a correlação entre um conjunto de hipóteses e a observação clínica comprobatória. Ainda seguindo os preceitos para que uma nova terapia seja aceita como eficaz, foram previstas rotinas para serem seguidas pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde onde seria implantada a fitoterapia, além da "criação de um sistema de avaliação das atividades nas Unidades", que incluía o acompanhamento dos pacientes atendidos, para verificação da eficácia do tratamento realizado.

A biomedicina, se consolidou a partir da construção de um conhecimento sobre o corpo, a doença e a cura distintos daquele produzido pela população. Após a interposição de tantas exigências que visam garantir a inclusão da fitoterapia dentre as formas de cura consideradas científicas, fica claro que, no fundo, o que está em jogo é a distinção entre a fitoterapia e o uso popular das ervas medicinais.

As ervas medicinais foram consideradas pelo grupo de fitoterapia enquanto passíveis de ser incorporadas como forma de alcançar a cura em decorrência da existência de pesquisas científicas que vêm atestando a presença de princípio ativo em algumas delas.

> "A fitoterapia, além de ter sua eficácia reconhecida pela população está conquistando o aval da ciência, que tem comprovado a existência de princípios ativos em algumas plantas" (Projeto de Implantação da Fitoterapia na Rede Municipal de Saúde, p. 2).

Entretanto, o uso que faz a população das ervas medicinais não está calcado nos mesmos pressupostos sob os quais se sustentam os usos biomédicos, ou seja, o seu uso não é baseado em conhecimentos construídos com base na experimentação científica. Os saberes populares de cura ancoram-se em princípios que levam em

consideração a possibilidade de intervenção divina e/ou espiritual[22] no processo de adoecimento, tratamento e cura, assim como na capacidade concedida a algumas pessoas para diagnosticar e curar os males do corpo e da alma.

Uma das prerrogativas do projeto de implantação da fitoterapia na rede municipal de saúde era a aproximação entre os profissionais de saúde e a população, de onde advêm os pacientes. A "recuperação dos conhecimentos terapêuticos populares" foi pensada como uma forma de possibilitar a quebra do distanciamento entre médicos e pacientes, pois ao mesmo tempo em que propiciariam aos profissionais de saúde a compreensão de outras dimensões da doença e da cura - ausentes no modelo biomédico -, haveria uma valorização dos conhecimentos populares de cura com ervas medicinais.

No entanto, na formulação do projeto, o grupo assumiu uma postura que hierarquizava os conhecimentos curativos biomédicos e populares, atribuindo aos primeiros não só o estatuto de "verdadeiro", como também a incumbência de ensinar à população a "verdade" sobre as ervas medicinais e suas formas corretas de uso.

Uma das prerrogativas do projeto de implantação da fitoterapia na rede municipal de saúde era a de que, para que fosse alcançado o objetivo de aproximar o médico do paciente, seria necessária a compreensão "do conceito popular de saúde e doença".

Certamente essa compreensão contribuiria para os biomédicos entenderem que, para a população da área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde onde seria implantada a fitoterapia, a doença, a saúde e a cura são consideradas partes da vida e não podem ser entendidas separadamente das concepções de mundo que as orientam.

---

[22] Essa discussão será realizada nos capítulos 2 e 3.

Mulheres, crianças, anjos e serpentes

"A gente não quer só comer,
A gente quer comer e quer fazer amor.
A gente não quer só comer,
A gente quer prazer pra aliviar a dor."
Titãs

Ao buscar a cura através das ervas medicinais dentre o grupo popular, ao invés da doença encontrei a vida. Saúde, doença e cura (incluída a utilização das ervas medicinais), nascimento e morte são, respectivamente, condições e momentos da vida, cujo significado existencial só pode ser compreendido se inseridos no interior da cosmologia que orienta esse modo de viver. Por este motivo, é a vida – definida a partir dos períodos marcados pela presença ou ausência de intervenção curativa - o fio condutor do caminho que busco construir para compreender a cosmologia desse grupo.

As fases da vida mostram, além do desenvolvimento cronológico, as condições da experiência consideradas merecedoras de atenção. As ações prescritas e colocadas em prática no desenrolar de determinados períodos ou situações apontam diferenciações e semelhanças entre eles. Pensar cada um isoladamente pode parecer pouco profícuo, entretanto, esse detalhamento nos permitirá compará-los e perceber a existência de um conjunto de relações comuns que lhes dá significado. A categoria *lombriguento*, por exemplo, que tem para esse grupo grande importância, não exprime, se vista isoladamente, as significações que carrega e dão sentido às condutas preconizadas para o tratamento daqueles que se encontram nesta situação. Somente quando vista no interior do seu contexto e relacionada a outras categorias, que definem outras situações pelas quais passam as pessoas, torna-se fonte de acesso à compreensão dessa maneira particular de conceber a vida.

Alguns elementos são importantes para a compreensão do sentido das ações em torno dos períodos da vida. A fé em Deus e as relações com os santos - e com o mundo sobrenatural de uma forma geral - são fundamentais na orientação da vida. As regras de conduta que pautam as relações dos homens entre si e com o mundo sobrenatural passam por

preceitos mais ou menos consolidados no interior do que se convencionou denominar catolicismo popular. [23]

Os estudos sobre o catolicismo popular - também chamado catolicismo rústico ou rural – estão, em sua maioria circunscritos a camponeses, romeiros e habitantes de pequenas cidades. Entretanto, pude perceber, pesquisando uma população que habita a terceira maior cidade do sul do Brasil, que preceitos do catolicismo popular aliados aos do que se convencionou medicina rústica ou popular[24] continuam presentes no contexto urbano[25] e são responsáveis por dotar de sentido as ações e também os elementos e práticas incorporados neste contexto.

A vida humana, na lógica do catolicismo popular, tem por sentido a provação no mundo terreno para ter como recompensa a felicidade celestial. Ser pobre e padecer com dores e perdas são constituintes desse processo de provação pelo qual os homens devem passar com resignação. A resignação é vista como a forma pela qual os homens devem se portar diante do sagrado para receber em troca a vida eterna: o que Deus quis deve ser aceito sem contestação.

É a partir dessa herança do catolicismo popular que as fases da vida podem ser analisadas dentro do contexto em que a vida terrena é pensada sob o signo da falta, da dor e da provação, em contraposição à vida no céu, onde tudo é pleno e a felicidade é alcançada[26]. Nessa cosmologia, o corpo como *locus* da dor, do sofrimento e do desejo nunca completamente satisfeito constitui-se num elemento chave para se pensar a organização da vida e do mundo. Para começar a análise sobre as fases da vida, escolhi o período considerado inicial da vida na terra, a gravidez. A gravidez será posta em relação com outras categorias das quais se aproxima ou se distancia para, através dessas relações, chegarmos à cosmologia do grupo em questão.

---

[23] Para uma discussão mais aprofundada sobre o catolicismo popular ver José Carlos Brandão (1986), Alba Zaluar (1973 e 1980).

[24] A discussão em torno da medicina popular será analisada mais adiante.

[25] É bem verdade que essa população tem origem rural, entretanto, no que diz respeito à atenção à saúde, há, em Londrina, desde a década de 70, um intenso esforço no sentido de levar aos habitantes do meio rural noções e cuidados para com a saúde calcados nos preceitos da biomedicina.

[26] Sahlins, em seu artigo *As Cosmologias do Capitalismo* aponta que, no ocidente, a noção de pessoa é marcada pelo sofrimento e pela busca contínua da libertação da dor.

Passemos, pois, à análise da gravidez, período em que os desejos são aguçados e a sua satisfação vista como imprescindível.

Desejo, necessidade, vontade

A gravidez, período de geração de uma nova vida, é um tempo de avidez. Mulher grávida deve comer bem. A gravidez se constitui num período em que os desejos (de comer), além de se tornarem mais aguçados, devem ser satisfeitos. Nesse sentido, há uma aproximação entre a mulher grávida e o *lombriguento*, ambos seres ávidos, cheios de vontade e portadores de *hóspedes* na barriga.

A gravidez é provocada pela satisfação do desejo sexual e, ao mesmo tempo, fruto de uma falta original, apenas podendo acontecer com a ruptura da unidade representada pelo paraíso. Adão e Eva, originalmente, dispunham de tudo que desejavam, exceto do fruto da árvore da vida, do conhecimento sobre o bem e o mal. A satisfação do desejo de Eva gerou a condição para que a mulher procriasse, pois, ao desfrutar do fruto proibido, conheceu e pôde desfrutar do sexo. Esse fato marca o rompimento com a ordem primordial imposta pelo "criador". A descendência de Eva e Adão é marcada, então, pelo pecado original[27]. Assim, a mulher grávida que deseja, mas não satisfaz sua vontade marca o filho com uma mancha. Essa mancha, por menos parecida com aquilo que se diz ter sido o objeto desejado, evoca o desejo da mãe. Enquanto a gravidez como fruto do desejo faz desejar, a contigüidade entre mãe e filho durante a gestação permite que o desejo de uma seja transmitido ao outro, sendo a marca na pele a denúncia do desejo não satisfeito[28].

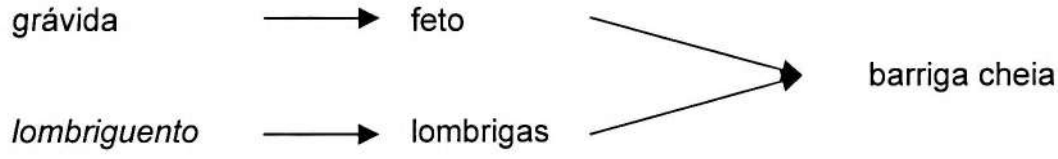
A mulher grávida tem como característica definidoras a barriga cheia - de sexo, de que se originou o feto, hóspede que deseja e faz sua hospedeira desejar – e de comida. Além da gravidez há uma outra situação

---

[27] O pecado original é eliminado com o batismo. Retomo essa questão mais adiante.

[28] Sobre as leis da similaridade - o semelhante provoca o semelhante - e do contágio - uma vez que uma coisa tenha entrado em contato com outra, sempre agirá sobre ela -, ver Frazer ([1890];1994). Num debate com Frazer, Mauss e Hubert (1968) apontaram a impossibilidade de que esses dois princípios pudessem aparecer de forma separada na prática mágica e, além disso, acrescentaram um terceiro, o da contradição. Taussig (1993) faz uma discussão sobre a questão da *mimesis* enquanto algo que representa o real.

em que a condição de barriga cheia define uma posição merecedora de cuidados especiais, a de *lombriguento*. Assim como a grávida, o *lombriguento* tem a barriga cheia - de lombrigas – e essa situação é responsável por marcá-lo com a ampliação do desejo de comer e beber.



O *lombriguento*, aquele que tem lombrigas na barriga, também é marcado pelo desejo. Um dos sinais para reconhecimento do *lombriguento* é, segundo o grupo pesquisado, além do desejo excessivo por comida, a presença de manchas na pele.

Lombrigas	Fazem desejar	Manchas na pele do hospedeiro	Desejo satisfeito em demasia
Feto	Fruto do desejo, mas que também faz desejar	Manchas na pele do hóspede	Desejo não satisfeito

Enquanto na gravidez o desejo não satisfeito é exposto através de manchas na pele do feto, que se hospeda e desenvolve na barriga da mulher, no caso das lombrigas, quem é marcado por manchas na pele é o *lombriguento* – hospedeiro -, em cuja barriga elas se abrigam. Ambos, hóspede e hospedeiro são, em última análise, frutos do desejo, pois suas vidas dependem da satisfação de, no mínimo, uma vontade. Porém, se o desejo não satisfeito marca a pele do bebê, o desejo satisfeito em demasia, ou seja, que não tenha sofrido limites, marca a pele daquele que o deixa ampliar-se. Temos, então, uma desaprovação tanto da insatisfação do desejo quanto da sua satisfação demasiada.

A origem da vida é dada pela satisfação do desejo sexual condição *sine qua non* para a existência do feto, assim como a satisfação dos desejos da grávida são imprescindíveis para que o bebê não seja marcado com manchas na pele denunciando uma situação de falta. No entanto, a satisfação demasiada dos desejos do *lombriguento* denunciam o descontrole de uma situação que deveria ser controlada.

Enquanto a gravidez é um estágio (ou vários) da vida da mulher, a condição de desejoso em decorrência da existência de lombrigas é contínua, apesar de mais ou menos intensa. Se a gravidez configura-se enquanto período em que a vida é formada, ou seja, ela dá a vida, a existência de lombrigas ou *bichas*, de acordo com a população com a qual realizei a pesquisa, é condição *sine qua non* para a manutenção da vida.

De acordo com as representações acerca das *bichas*, existe, dentro do nosso corpo, uma *bicha chefe*, que o comanda.

> "Nós temos aquela bicha que domina o nosso organismo por dentro, (...) nossa chefa do corpo, se matar ela, a gente, a criança, se matar aquela chefa do corpo da criança, a criança morre. (...) Todos nós temos, não pode matar" (dona Maria).

Ao mesmo tempo em que não se pode matar a *bicha chefe* sob o risco de matar também o seu hospedeiro, o excesso de lombrigas deve ser combatido, pois também pode acarretar a morte, através do *ataque de bichas*. O ataque de bichas pode ser pensado como fruto de um desequilíbrio causado pelo excesso de alimento e impurezas acumuladas e, ao mesmo tempo, pelo desrespeito à regra de satisfação dos desejos dos seres instalados (mesmo que provisoriamente) no corpo. Assim, um cuidado essencial para se evitar ataque de *bichas* é a realização de "limpezas" periódicas do corpo, através da ingestão de purgantes[29].

> "Antigamente tinha aquele lombrigueiro que era muito bom, aquele era bom! Hoje em dia não tem mais. Lombrigueiro era remédio de farmácia, mas aquele ponhava verme, mas sem quantia, agora acabou (. . .) Aqui ninguém usa isso, por isso que o povo daqui é tudo doente. Aqui só vai comendo e vai juntando, vai comendo e vai juntando e como é que fica? Aí não está certo" (dona Guilhermina).

É costume se dizer que, quando alguém tem vontade de comer alguma coisa, *está com lombriga*; quando se vê algo que parece

---

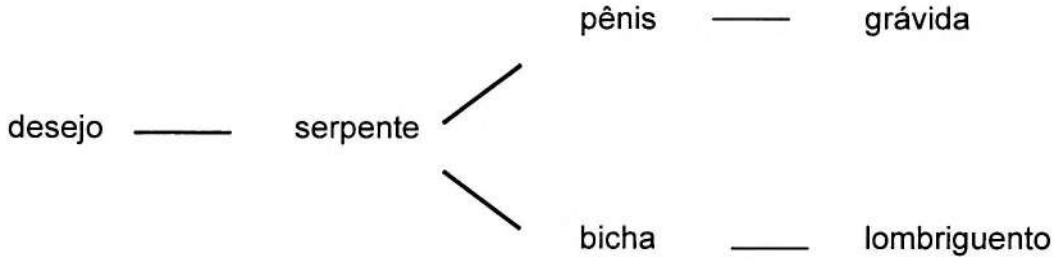
[29] A ingestão dos purgantes tradicionalmente usados, de acordo com os meus informantes, não mata a *bicha chefe*. No entanto, alguns vermífugos receitados pelos médicos podem matá-la, por serem muito fortes.

apetitoso *as lombrigas ficam assanhadas*; se uma criança fica sempre olhando os outros comerem, com "os olhos vidrados" é porque está *atacada das bichas*; diz-se de quem gosta muito de comer doces que é *lombriguento*.

O *lombriguento* seria, então, aquele que, não cuidando do equilíbrio do seu próprio corpo, tem que se alimentar em demasia para sustentar o excesso de *bichas*. Isso significa que um excesso causa outro e este é percebido como sinal de que algo não está bem: a vontade de comer em demasia é portadora da mensagem de perigo, pois existem lombrigas demais.

Mais que um perigo físico e orgânico, as *bichas* em demasia representam um perigo lógico. Elas ameaçam a supressão da razão pela imposição da satisfação dos desejos e da continência alimentar, das ações e paixões, pelo pecado.

O desejo é a força que dá movimento à vida, que dá coragem e ânimo, mas em excesso, transforma-se em paixão, devoradora da própria vida. Enquanto ânimo, o desejo é essencial à vida, mas, enquanto paixão, rompe com os limites dos que são tementes a Deus. Neste sentido, poder-se-ia pensar nas *bichas* como metáforas da serpente, que despertou em Eva o desejo pelo fruto proibido que, por sua vez, despertou o desejo pelo pênis[30]. Serpente, *bicha* e pênis se aproximam pela forma e pelo sentido que evocam - objeto fálico que, quando "engolido", "enche" a barriga.



Em ambos os casos - grávida e lombriguento - trata-se de pessoas com a barriga cheia num duplo sentido: de comida e de sexo (no

[30] " "Multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores, teus desejos te impelirão para o teu marido e tu estarás sob o seu domínio." E disse em seguida ao homem: "porque ouviste a voz de tua mulher e comeste do fruto da árvore que eu te havia proibido comer, maldita seja a terra por tua causa. Tirarás dela com

caso das *bichas*, sexo metafórico). O desejo, enquanto criador de vida, junta o masculino e o feminino, ou melhor: a vida é gerada quando o feminino "engole" o masculino. Dessa forma, pênis dentro da vagina resulta em gravidez (vida nova) e *bicha* na barriga,[31] em vontade de comer e manter-se vivo.

Ao mesmo tempo em que as *bichas*, o pênis e a serpente representam o pecado, representam também o princípio da vida e, por isso, a *bicha chefe*, que comanda o nosso corpo, não pode ser eliminada. Se o ser humano é fruto do pecado, por outro lado, é o desejo - de comer e "comer" - o responsável pela vida e pelo movimento do corpo, portanto sua manutenção é vital. Assim, a comida ocupa um lugar primordial na geração de vida, enquanto fundante do desejo:

comida	alimento	o que sustenta a vida e cujo desejo não pode ser negado sob o risco da morte
	fruto proibido (da árvore do conhecimento sobre o bem e o mal)	comer faz surgir o desejo sexual (possibilidade de criar vida e, ao mesmo tempo, rompimento com a eternidade)

Entretanto, a relação com a comida (ou com o seu desejo ampliado) traz preocupações distintas em relação à grávida e ao *lombriguento*. Se, neste caso, o desejo excessivo pela comida é preocupante, no outro não o é. Quando se trata do *lombriguento*, o desejo excessivo por comida sinaliza perigo, ou seja, há *bichas* em excesso. Já na gravidez essa preocupação inexiste. O que faz a diferença?

A gravidez segue um curso natural de crescimento da barriga em decorrência do ato sexual e da comida. No entanto, ao final do ciclo, que se encerra com o parto, a barriga é esvaziada. Já o *lombriguento* é fruto de um excesso, pois se todas as pessoas têm uma *bicha chefe*, que comanda os desejos do corpo, o *lombriguento* tem *bichas* demais. Neste

---

trabalhos penosos o teu sustento todos os dias da tua vida "" (Gênese, 3:16-17).

caso, a barriga vai aumentando, ficando cada vez mais cheia e, ao contrário da gravidez, não há limite de crescimento (ou o limite é a morte).

Ao contrário do que ocorre com o excesso de *bichas*, a existência do feto não coloca o risco de que sejam confundidos os lugares em que as coisas devem estar dispostas no interior do corpo. Até mesmo em decorrência de uma impossibilidade posta pela constituição corporal, o *feto jamais* sairia por outro lugar que não a vagina[32], por onde entrou o pênis, que lançou o sêmen, que se juntou ao óvulo e lhe deu origem. As *bichas*, ao contrário do feto, quando em número excessivo, migram para outras partes do corpo, colocando a vida em risco.

Embora feto e *bichas* em excesso devam sair dos corpos de seus hospedeiros, a gravidez configura-se enquanto uma situação naturalmente controlada, ao passo que o excesso de *bichas* necessita de controle: *bichas* em excesso precisam ser eliminadas. Mais que isso, assim como o fruto da gravidez, a prole da *bicha chefe* deve ser eliminada por baixo, ou seja, por um orifício inferior, o ânus, tomando-se cuidado para que elas não ultrapassem os limites e comecem a sair pela boca e nariz, orifícios superiores.

Enquanto as contrações do parto fazem sair o fruto da gravidez, o controle do excesso de *bichas* é feito através da ingestão de purgantes. O purgante, ao fazer com que as *bichas* saiam por baixo (ânus), age de forma a semelhante às contrações do parto, que "empurram" o bebê para fora da barriga da mãe. Aqui, a barriga também é esvaziada através da evacuação.

Outra semelhança é que, assim como o pênis ejacula e lança sêmen, a *bicha chefe* "lança", continuamente, novas *bichas* na barriga. Dessa forma, a "limpeza" periódica do corpo através de purgantes é recomendada. Ambos, Pênis e *bicha chefe*, têm em comum a função de renovação da vida. Entretanto, é preciso lembrar que, como já foi dito anteriormente, a vida apenas pode ser criada no encontro entre o masculino e o feminino, o que depende da aceitação, pelo feminino, da satisfação de

---

[31] A barriga é uma parte do corpo considerada como essencialmente feminina.

[32] O feto poderia ser retirado, pela barriga, através de uma intervenção cirúrgica, mas não ultrapassaria os limites do útero.

um desejo inicial. Ou seja, para que a *bicha chefe* se reproduza faz-se necessário que a barriga receba uma quantidade maior de alimentos e, para que o pênis lance seu sêmen e gere vida nova, ele precisa ser "engolido" pela vagina.

Portanto, para a continuação da vida, o desejo deve ser mantido - o ato sexual é movido pelo desejo e pela paixão. De acordo com a concepção cristã, ele é pecaminoso, exceto se ocorrer com o intuito de procriar. Isto significa que o desejo é permitido até o limite da criação ou manutenção da vida. Dessa forma, a vontade deve ser contida, para que não ocasione a morte do corpo - através do excesso de *bichas* -, nem a morte da alma pelo excesso de pecados.

Assim, além de colocar a questão da preservação da vida através do desejo, as concepções acerca da *bicha chefe* expõem também alguns princípios éticos do catolicismo popular. Em primeiro lugar, mostra a desaprovação moral tanto da gula quanto da luxúria, pecados capitais. Depois, ao colocar a necessidade de se compartilhar o alimento, essa concepção enuncia a reciprocidade enquanto regra: é preciso fornecer os alimentos desejados pelas *bichas* e pelos bebês para que a sobrevivência seja garantida. Ao mostrar que o alimento - objeto do desejo - deve ser repartido, denuncia que ele não existe em quantidade suficiente para a completa satisfação de todos e, mais uma vez, reafirma a noção de que a vida na terra será sempre cumprida na busca do desejo de se alcançar a plenitude do paraíso.

Fome de quê?

Além de ser uma época em que os desejos – representados pelo ato de comer - estão à flor da pele, a gravidez configura-se também como um período em que a gestante deve se fortalecer para se preparar para o parto e amamentação. A força, enquanto vigor físico, advém do alimento. Por isso, os cuidados relativos à comida devem ser redobrados.

"Durante a gravidez tem que tomar muito cuidado para não cair, para não machucar a criança e se alimentar bem, comer bastante verdura. (...) Tem que comer bastante verdura e fruta no período da gravidez, porque ela tem que se alimentar não só de comida, mas mais é fruta, ela tem que comer muita fruta mesmo para ela ter uma gravidez bem boa e a criança nascer bem. Tem que comer peixe na gravidez, porque na dieta não pode. Bastante peixe, porque contém cálcio e a criança nasce bem. Os meus filhos tem os dentes a coisa mais linda e eu comia muito peixe na gravidez, carne branca, frango, comia carne, fígado de boi para anemia, porque a mulher quando fica grávida tem muita tendência para anemia, para ficar anêmica. Então eu comia bastante fígado de boi" (dona Bene).

Embora não haja restrições alimentares na gravidez, alguns alimentos são preferidos, sendo o seu consumo fortemente indicado. Como um período da vida em que a mulher tem o seu estado claramente definido, a gravidez não requer intervenções através de remédios. Os cuidados para com as grávidas restringem-se quase que exclusivamente à alimentação. Nesse sentido, são muitos os preparativos, particularmente nos últimos meses de gestação, para garantir à mulher a força necessária para o parto e a amamentação. Meus informantes dão conta de que era costume os maridos matarem um porco, salgarem a carne e reservarem o lombo (parte bastante apreciada nesse meio) para suas esposas prestes a dar à luz.

Dona Bene lembra - no trecho transcrito acima - que a mulher grávida tende a se enfraquecer e, por isso, deve se alimentar com fígado de boi, peixe, frango, carne vermelha, verduras e frutas. Nesse sentido, a recomendação do fígado de boi é crucial, pois ele garante a força expressa através da pele corada, característica das pessoas consideradas saudáveis. Peixe é bom para os ossos e os dentes, importantes na sustentação do corpo. Essas são algumas das explicações em torno da constituição da dieta. No entanto, o princípio norteador da escolha alimentar nesse e noutros períodos da vida não está apenas baseado nas características nutricionais dos alimentos, mas estes são incluídos ou não nas dietas em virtude de serem considerados apropriados ou condizentes com a situação da pessoa em questão. Trocando em miúdos, alguns alimentos são

considerados bons para comer em virtude de sua inclusão numa das categorias consideradas apropriadas para a alimentação da pessoa que atravessa um determinado período da vida.

Em linhas gerais, os alimentos são considerados *fortes* ou *fracos*, *quentes* ou *frios*, *leves* ou *pesados* e *reimosos*. Dentre os alimentos *fortes* estão incluídas as carnes de mamíferos, como por exemplo, a suína e a bovina. Estes são alimentos relacionados à força viril, necessária para o desempenho do trabalho. Já os alimentos de origem vegetal são considerados *fracos* ou menos *fortes*[33]. Os *reimosos* são aqueles que ocupam, simultaneamente, domínios diversos, ou seja, são provenientes de espécies liminares.

Essa classificação, com exceção da categoria de *reimoso*, estende-se a partes do corpo, remédios e doenças. Entretanto, apesar de algumas particularidades, esse tipo de classificação não é exclusivo da população com a qual realizei a pesquisa, mas faz parte de princípios cujo alcance e história são bastante longos.

Os princípios de classificação das doenças, remédios e alimentos em quentes ou frios, segundo Queiroz (1993), podem ser encontrados em toda extensão rural do Brasil e da América Latina. Klaas Woortmann (1986) fala em universalidade da "síndrome quente/frio", que abarca, além do Brasil, a América Latina, o mundo mediterrâneo e culturas africanas. Outros autores afirmam que a classificação quente/frio tem origem na medicina hipocrática. Paula Montero (1985) e Marta Campos (1982), argumentam que princípios da medicina hipocrática difundiram-se no interior do Brasil através de manuais de cirurgia e botânica e de medicina caseira, em meados do século XIX, proporcionando a incorporação de procedimentos e teorias da medicina de origem européia dos séculos XVII e XVIII aos saberes curativos de leigos e curandeiros.

Hipócrates, há quase 25 séculos atrás, realizou um esforço para organizar uma dietética. Esse esforço teve por princípio a atribuição, ao corpo, de qualidades inerentes às estações do ano e às várias regiões e

---

[33] Existe uma gradação de *força* dos alimentos, indo de mais *fraco* a mais *forte*, entretanto, não vou analisar essas particularidades.

solos do planeta - quente/frio, úmido/seco[34]. Pessoas, partes do corpo, doenças, alimentos e curas seguem essa classificação. Em seu tratado sobre o regime, Hipócrates traça as características da composição da vida humana, suas fases de desenvolvimento e as doenças próprias de cada uma delas, bem como as formas de tratá-las. Recomenda alimentos, exercícios físicos e banhos que devolvam o equilíbrio corporal. Dessa forma, para doenças de natureza fria e seca, por exemplo, o tratamento indicado por ele compor-se-ia de um regime quente e úmido. Hipócrates via o corpo como uma combinação de água e fogo, devendo esses dois elementos - cujas virtudes são diferentes, mas complementares - estar em harmonia para a manutenção ou alcance do equilíbrio. Um corpo sadio seria um corpo com frio e calor em proporções equilibradas.

Esse princípio classificatório permanece atuante na cosmologia popular, sendo um dos elementos que dá sentido à inclusão ou exclusão de alimentos nas dietas. Isso pode ser melhor compreendido se considerarmos a dieta da grávida em conjunto com a dieta da mulher de *resguardo* - período de quarenta dias após o parto. A dieta proposta na gravidez, opõe-se radicalmente àquela indicada para o período posterior ao parto, o *resguardo*. A contraposição entre os alimentos indicados na gravidez, bem como os indicados e contra-indicados no *resguardo* é importante para se compreender como são pensados estes dois períodos da vida.

Período	**alimentos indicados**	**alimentos contra-indicados**
Gravidez	ovos peixes frutas verduras carnes brancas carnes vermelhas	não há contra-indicações
Resguardo	galinha canjica pirão de farinha de mandioca	ovo carne de porco peixe

[34] Esses dois pares combinam-se entre si. Assim, existem, segundo Hipócrates (426 a.C. [1967]) , pessoas,

Ao contrário da dieta da gravidez, a do *resguardo* tem restrições fortíssimas em relação à carne de porco, ao ovo e ao peixe, os três considerados *reimosos*. Os demais alimentos podem ir sendo incorporados aos poucos, no decorrer dos quarenta dias que compõe o *resguardo*, embora, no início, seja preferível que a alimentação da mulher se restrinja aos pratos preparados à base de galinha (geralmente um ensopado ou canja).

Várias são as interpretações para a composição da dieta do *resguardo*, indo da afirmação, sob a perspectiva utilitarista, de que os alimentos escolhidos são os mais disponíveis - hipótese que descarto de antemão - à classificação dos alimentos em masculinos e femininos[35]. Neste sentido, Maués e Maués (1978), sugerem uma aproximação dos alimentos considerados *reimosos*, cujo consumo é desaconselhado durante o *resguardo*, ao mundo masculino, não relacionado ao mundo doméstico.

Na interpretação de Maués e Maués (1978) de que os alimentos *reimosos* pertencem ao mundo masculino, cabem os alimentos provenientes da caça ou da pesca, abundantes no local em que os autores realizaram sua pesquisa, porém escapa a interdição da carne de porco e do ovo, ambos concernentes aos limites do mundo doméstico. Essa interpretação fica ainda mais incompleta quando se acrescenta a inclusão da galinha e a exclusão do ovo da dieta da mulher de *resguardo*.

Um elemento chave para a inclusão da galinha na dieta da mulher de *resguardo* é a sua relação com a fertilidade. A galinha, para ter filhotes, faz um ninho, deposita ali os seus ovos e depois de algum tempo, senta-se sobre eles, aquecendo-os até que estejam completamente chocados. Como qualquer outra ave, ela não dá cria, ou seja, não carrega dentro de si o seu filhote. Sua fertilidade é depositada no ovo, posto para fora. Nesse particular, a galinha pode ser equiparada à mulher de *resguardo*, que também lançou fora seu rebento. Ambas estariam ocupando uma mesma posição em relação à fertilidade, quer seja, as duas são inférteis.

---

doenças e regimes quentes e úmidos, quentes e secos, frios e úmidos, frios e secos.

[35] Sahlins (1979) relaciona o modelo de refeição que tem como ponto central a carne bovina à identificação do boi à masculinidade.

"Galinha" também é termo pejorativamente usado para se fazer referência à mulheres de sexo fácil, às prostitutas, àquelas que, como as aves, ciscam aqui, ciscam ali, ciscam acolá. Prostitutas são mulheres que mantêm relações sexuais, mas não se espera que tenham filhos. Nesse sentido, são mulheres cuja fertilidade é negada.

Em contraposição, o ovo está prenhe de vida. O ovo inteiro e cru, pela possibilidade de tornar-se um novo ser, assemelha-se ao fértil ventre feminino, que contém um óvulo aguardando a fecundação. No entanto, após passar pelo fogo o ovo deixa de ser uma vida potencial e, portanto, afasta-se da aproximação com o ventre fértil da mulher. Se o fogo é responsável pela passagem da natureza para a cultura, como disse Lévi-Strauss (1991), ele age também transformando a natureza do ovo de feminina para masculina. O ovo cozido, considerado pesado e forte, assemelha-se à virilidade.

O ovo passa, portanto, de uma situação feminina, a de fertilidade, para outra masculina, de força. Além disso, passa de um estado de natureza (cru e inteiro), em que é um criador de vida em potencial a uma situação de cultura (cozido) em que a fecundidade é destruída pelo processo de cozimento.

A relação da mulher de *resguardo* ou menstruada com o ovo é também envolvida pela crença de que ela faz *desandar* pratos cujo preparo envolva a utilização de ovos crus. Vários foram os relatos que ouvi sobre a impossibilidade de que uma mulher menstruada alcance êxito na preparação de maionese, claras em neve e bolos. É um período em que esse tipo de atividade torna-se incompatível com o seu estado.

Já a galinha, cuja classificação a aproxima da mulher infértil, tem o seu consumo não apenas permitido, mas também fortemente indicado nos períodos de *resguardo*. Ambas, galinha e mulher de *resguardo*, lidam com as possibilidades - em relação ao fruto de seu ventre - de vida e morte, pois ovo e bebê representam vidas potenciais, cujo limite entre viver ou morrer é bastante tênue.

O estado de limiraridade marca os alimentos *reimosos*. O ovo transita entre os domínios feminino e masculino, da vida e da morte. Já o porco, como afirmou Mary Douglas (1976), tem a proibição de seu consumo

pelos judeus ancorada na classificação dos animais comestíveis inscrita no Levítico. Nesta classificação, os animais comestíveis (puros) devem ser ruminantes que tenham a unha fendida. O porco tem a unha fendida, mas não é ruminante, portanto, é um ser imperfeito, impuro, que foge à regra. Apesar de não ser proibida em todas as ocasiões - como entre os judeus - a carne de porco é considerada perigosa - em várias partes do Brasil, como atestam os trabalhos de Maués e Maués (1978), Woortmann (1986), Campos (1982) - em diversas situações, dentre as quais figura o *resguardo*.

Em relação à alimentação, temos uma contraposição entre o *resguardo*/período menstrual e a gravidez. Além de ser um período com fortes restrições alimentares, o *resguardo* é um estado que requer a administração de remédios especiais, ao passo que na gravidez inexistem restrições alimentares, sendo os remédios considerados desnecessários e perigosos. A gravidez é um período em que a intervenção - seja no sentido de restrição alimentar ou aplicação de cuidados curativos - é negativa, enquanto que no *resguardo* a mulher é vista como necessitando de cuidados e restrições especiais, ou seja, a intervenção neste período é positiva.

Como afirmei anteriormente, a gravidez é um período em que os desejos alimentares são não apenas permitidos, mas devem ser satisfeitos. É um tempo em que a vida está sendo gerada e a vontade é fundamental para a sua constituição. Ao final da gravidez, após o parto, cessa um período de permissão do desejo e se inicia um período de restrições, em que as atenções se concentram no sentido de cuidar para que a mulher não se envolva em algumas situações consideradas perigosas. O *resguardo* se constitui num período bastante marcado, merecendo, em relação à gravidez e aos momentos considerados normais, maior desvelo. Para compreender o lugar do *resguardo* nessa cosmologia, observemos os cuidados requeridos durante este período.

Além das restrições alimentares e da ingestão de remédios, a mulher de *resguardo* deve se proteger do frio. As atividades domésticas que exijam o manuseio de água fria devem ser evitadas, particularmente se tiverem de ser realizadas fora da casa. Para que a mulher possa cumprir todas essas restrições e ter um *resguardo* bem feito, é preciso que outra

pessoa se ocupe dos afazeres rotineiramente realizados por ela. Dentre os meus pesquisados, o mais comum é que a mãe, a sogra ou uma parente próxima se encarregue de cuidar não só dos afazeres domésticos, mas também do bebê e da alimentação da puérpera nos primeiros dias que se seguem ao parto.

Os cuidados para que a mulher não entre em contato com o frio abrangem, inclusive, a higiene corporal. Nesse sentido, atenção redobrada deve ser dada à cabeça: a recomendação é de que não seja lavada durante o *resguardo*. As mulheres mais velhas dizem que não lavavam a cabeça durante o *resguardo* e o período menstrual e que as mulheres de hoje, não obedecendo mais a essas regras, estão constantemente doentes.

> "A mulher, ela tem que se cuidar muito. E ali [durante o resguardo] era vestida de meia comprida, não podia tomar friagem. (...) Às vezes mocinha hoje em dia já tem corrimento, mas não é tanto por outra coisa, é descuido dela mesma. Às vezes está descalça, levanta cedo já descalça, vai lavar cabeça em época que não pode lavar. Três dias antes de vir não deve lavar a cabeça. Nem três depois. (...) Eu já lavava faltando um dia, dois dias para vir. Aí eu ficava três dias, então eu ficava uma semana, porque três dias vinha, com dois são cinco, com mais dois depois são sete. Uma semana sem lavar a cabeça. Mas eu era forte, corada, tinha uma saúde que você precisa de ver!" (dona Benedita).

Desde a menarca, primeira menstruação, a mulher tem que se submeter a alguns cuidados especiais. Esse é o momento em que a menina é incorporada à categoria de mulher e, assim, passa a partilhar das regras referentes ao mundo feminino. As representações em torno desse mundo circunscrevem-no aos espaços relacionados à casa, à geração e cuidado da vida, ao contrário do masculino, relacionado à força viril e aos espaços públicos e externos. Menstruação e *resguardo* são momentos em que o afastamento em relação ao mundo masculino e as interdições aos elementos deste mundo são marcadas mais fortemente. A menopausa põe fim às interdições a que é submetida a mulher, pois marca o final do seu ciclo reprodutivo. Quando pára de menstruar, deixa de ser criadora de vida,

no sentido de gerar e dar à luz. Só então ela se livra das restrições que envolvem as mulheres durante toda a sua vida reprodutiva.

O período menstrual é objeto de restrições semelhantes àquelas impostas no *resguardo*. Por se tratar de momentos liminares, em que deixa uma condição para assumir outra, a mulher tem suas defesas fragilizadas. No parto, a mulher expulsa o bebê do seu ventre e o *resguardo* termina justamente no período em que se torna possível uma nova gravidez. Já na menstruação um óvulo não fecundado é eliminado do útero e as restrições cessam também no momento em que há outra possibilidade de fecundação. Trata-se, em ambos os casos, de períodos de passagem, que se situam entre uma gravidez e a possibilidade de outra ou de uma possibilidade frustrada à outra que pode vir a concretizar-se. Ou seja, tanto o pós-parto quanto o período menstrual marcam o fim de um ciclo e o início de outro.

Por estar numa situação cuja característica é a de transitar por domínios diversos, as pessoas em situações liminares são consideradas mais frágeis e propensas a se desequilibrarem, colocando em risco também o equilíbrio do grupo a que pertencem. Os momentos de transição marcam a passagem de uma condição a outra e os cuidados requeridos funcionam no sentido de fazer com que a passagem seja completamente realizada. O *resguardo*, assim como outros períodos de passagem, é fonte de tabus, cuja quebra é vista como causa de malefícios. De acordo com as concepções do grupo pesquisado, a quebra de *resguardo* pode acarretar desde pequenos problemas de saúde – corrimentos, alterações no ciclo menstrual - até estados considerados mais graves, como *suspensão* e *recaída*.

O fluxo sangüíneo, que caracteriza os períodos menstrual e pós-parto, expressa a imagem da construção de um elo de comunicação entre duas realidades ou domínios distintos. A expressão *descer a menstruação* define a trajetória que o sangue menstrual deve tomar, ou seja, sair do útero em direção ao exterior do corpo. No entanto, quando algum tabu é quebrado, o sangue que deveria descer, sobe. A esse processo de "subida" do sangue menstrual denomina-se *suspensão*.

"Eu tenho uma prima (...), que ela não queria obedecer minha avó, ela queria seguir os costumes da outra avó dela, que era italiana. (...) Uma vez deu uma suspensão nela, porque ela estava menstruada e pegou e - naquele tempo, eles matavam porco e iam lavar a barrigada, aquelas tripas para encher lingüiça - entrou para lavar. Ela falava que tinha costume, então entrou no rio e quando saiu, já saiu com as pernas duras, quase paralisou ela. (...) Ela veio para a casa da minha avó, chorando de dor de cabeça. Aí, minha avó pegou e fez um chá para ela, para descer. Ela tomou o chá quente e desceu. Passou mais um tempo e deu outra vez. Ela estava menstruada outra vez e chupava muito sorvete. Tornou a parar outra vez. Aí ficou, só que não doeu a cabeça, mas não veio mais, ficou seis meses. Até a turma falava: "ah, será que ela está grávida?" Mas não tinha barriga. E não resolvia. Aí, no final de seis meses, começou doer muito a cabeça. Minha avó pegou e deixou por conta dos outros e falou assim: "quero ver o que eles vão arrumar". Mas, como é neta, ficou com dó e mandou buscar ela na casa dela e fez o chá. Macetou pimenta do reino, bem macetada, um punhadinho de pimenta do reino, e jogou no leite para ferver. Depois que ferveu - fica ardido, ardido -, pôs num copo e mandou ela tomar. Ela tomou à noite e quando foi no outro dia desceu. É quente. Isso é resfriado, é extravagância (...). Você não vê que tem moça que tem aquela barrigona? Moça mesmo, solteira? A minha neta mesmo, essa daí, a Débora, é meio desobediente. Ela levanta da cama, menina, ela vai descalça lá para o fundo. Então eu falo assim: filha, não faça isso. "Ah, vovó, eu quero ficar à vontade, eu quero manter contato com a terra". Eu falo: tudo bem, pode manter contato com a terra mais tarde. Quando o sol esquentar, você pode sair lá fora descalça, mas na hora que levanta não, tem que levantar agasalhada. E quando lavar a cabeça, enxugar bem, não sair assim no tempo de repente, porque às vezes começa a atrasar. Então a gente tem que tomar cuidado não é só na dieta, a mulher tem que tomar cuidado todo o tempo. Desde que ela se forma, ela vira adolescente até quando casa, tem filhos" (dona Bene).

No relato acima foram apontados alguns elementos com os quais as mulheres menstruadas ou de *resguardo* devem evitar o contato. Dentre os elementos citados estão a terra, a água, o frio. A terra, enquanto aquela que faz germinar a semente caracteriza-se como eminentemente

feminina e fértil. A água, clara e líquida como o sêmen, e o frio, pela sua relação com o mundo externo, aproximam-se do masculino. É importante lembrar que o perigo, para a mulher de *resguardo*, reside no contato com a água e terra frias. A associação desses elementos é interessante porque põe também em relação um conhecimento tipicamente rural: a terra seca (feminino estéril) é a que enterra e, nesse sentido guarda a semente morta; a terra molhada (feminino + masculino) faz brotar a semente. Dona Bene ressalta que o perigo está em andar descalça antes que o sol esquente a terra. Ora, a terra, nas primeiras horas da manhã, está ainda úmida de orvalho e, dessa forma, encontra-se numa situação contrária àquela em que está a mulher menstruada ou no pós-parto.

orvalho (água)	→	sêmen (líquido)	→	masculino
terra (enterra a semente)	→	útero (encerra o óvulo)	→	feminino

As restrições impostas à mulher de *resguardo* estão também associadas a um modo de pensar o corpo, os seus órgãos e fluidos, assim como a natureza, os alimentos, doenças e remédios como quentes e frios.

O sangue é considerado quente e responsável pelo calor - seja ele corporal ou referente às relações entre as pessoas. É o fluido que comanda os impulsos, a raiva, os desejos e também a criação da vida, embora, no último caso, associado ao sangue branco masculino (sêmen). Esse contraponto entre vermelho - feminino - e branco - masculino - merece ser desenvolvido. O sangue, bem como os órgãos que caracteriza, como o útero e o coração - vermelhos - é considerado feminino, já o sêmen e a cabeça - brancos - são masculinos. A associação ou dissociação das qualidades tidas como femininas ou masculinas possibilita entender não só as restrições do *resguardo*, mas também os lugares e os papéis relacionados às posições de gênero e transcritos no corpo.

	quente	frio	Vermelho	branco	baixo	alto	interno	externo
sangue	X		X		X		X	
útero	X		X		X		X	
coração	X		X		X		X	
sêmen	X			X	X			X
cabeça		X		X		X		X

Discorri, anteriormente, sobre a divisão dos mundos feminino e masculino em doméstico (interno) e público (externo). Nesse sentido, à mulher cabe o cuidado da família e da casa e ao homem, embora também se relacione com a casa como provedor, trazendo de fora o sustento da família, é responsável pela mediação entre os mundos doméstico e público. Em relação ao corpo, as partes tidas como femininas são aquelas mais internas, que não são vistas na superfície corporal (sangue, útero, coração), enquanto que as masculinas são as que se projetam para fora (cabeça, sêmen). Entretanto, durante o período menstrual ou pós-parto, o sangue - fluido interno e feminino - é jogado para fora e, por extrapolar os limites do corpo, onde é controlável, oferece perigo.

Além de oferecer perigo quando desce e sai do corpo, o sangue menstrual é visto como ainda mais perigoso ao mudar de direção e subir para a cabeça. Isso acontece, segundo as concepções do grupo pesquisado, quando as regras de *resguardo* não são obedecidas. *Suspensão*, embora seja uma denominação genérica, que designa a "subida" do sangue, é um termo mais utilizado para referir-se a um processo no qual a menstruação deixa de descer. Segundo as minhas informantes, é comum que haja *suspensão* quando os preceitos de não tomar "friagem" são desobedecidos. O contato com o frio, segundo esta representação, faz inverter o percurso do sangue. Ora, a "frieza" é uma característica masculina e representa a relação com o mundo externo. O sangue, pensado nesse contexto, está entre dois pólos frios - cabeça e exterior do corpo - sendo a sua saída por baixo necessária, apesar de cercada de cuidados especiais, ao passo que a sua subida traz de grande preocupação.

O sangue é um elemento vital para o corpo, mas que deve estar ausente da cabeça. Nas representações dos meus pesquisados[36], o corpo é pensado em oposição à cabeça. Essa divisão do corpo nos diz muito sobre como é concebida a ordenação do mundo. Em oposição à cabeça, o corpo se situa na parte de baixo e, enquanto lugar dos órgãos sangüíneos, é vermelho e quente. A cabeça está no alto, é branca e fria, ou seja, ela é representada como contendo as características relacionadas ao comando e ao que é racionalmente organizado.

Assim, quando o sangue sobe, ele invade o espaço masculino do comando. Para reverter esse quadro, é recomendada a administração de remédios considerados quentes como a mistura de arruda, artemijo, açúcar queimado e pinga, chá de folha de café ou leite fervido com pimenta do reino. Esses remédios, conhecidos como "remédios para fazer descer a menstruação", são também recomendados para a mulher que acabou de dar à luz e servem, segundo o que me disseram os meus informantes, para "tirar a friagem" do corpo. A preocupação em manter o corpo quente relaciona-se à manutenção de cada coisa em seu lugar: o sangue mantido quente não ultrapassa os limites da cabeça, pois o lugar das coisas quentes é na parte de baixo do corpo. Desse modo, quanto mais quente o sangue, mais ele tende a descer.

O controle do contato da mulher de *resguardo* com o mundo fora do âmbito ordenado da casa é também necessário, dizem os meus pesquisados, porque há a possibilidade de que a quebra de *resguardo* cause um estado de doença denominado *recaída*. A *recaída* é uma doença que, embora esteja também relacionada à mudança de rumo do fluxo sangüíneo, aparece apenas no pós-parto e é tida como fruto da exposição da puérpera à contrariedades.

> "Recaída é . . . Ela ganhou a menina e depois foi para a casa dela. O marido dela era muito safado: ele arrumou mulher e levava para dormir lá na casa dela. Então, quando ela chegou lá, a vizinha dela contou (...). A mulher quando ganha nenê fica dias descendo a regra (...) e a dela parou, deu suspensão.

---

[36] A oposição entre corpo e cabeça é encontrada em vários estudos antropológicos, dentre os quais Klaas Woortmann (1986), Paula Montero (1985), Luís Fernando Duarte (1986), Maués e Maués (1978).

Quando ela ficou sabendo disso ela recaiu, ela levou aquele choque, isso se chama recaída. Então, ela ficou com problema, eu sofri com ela 14 anos, internava no sanatório e depois, no fim, eu comecei a fazer meus remédios em casa" (dona Bene).

Embora homem e mulher partilhem de elementos considerados femininos e masculinos, alguns são tidos como preponderantes num sexo e não no outro. Retomando a idéia da síndrome quente-frio, para estar em equilíbrio o corpo necessita ter um pouco dessas duas qualidades. Entretanto, por possuir dois órgãos marcados pelo sangue - coração e útero - a mulher é considerada mais quente que o homem e, nesse sentido, mais propensa a se desequilibrar. A possibilidade de desequilíbrio se torna mais aguda quando a mulher está numa situação de liminaridade, cuja característica é eminentemente feminina, como nos períodos menstrual e pós-parto. Esta é uma situação em que as atividades que envolvam elementos do mundo masculino ou que coloquem em risco a ordem da sua casa e família são consideradas mais perigosas, porque mais facilmente podem causar desequilíbrio.

Muitos foram os comentários que ouvi sobre a necessidade de manter as mulheres de resguardo alheias a acontecimentos trágicos como, por exemplo, morte ou doença na família e perda do emprego pelo cônjuge, por medo de que "perdessem o juízo". No caso relatado por dona Bene, o marido além de romper com a fidelidade matrimonial, o fez na casa de sua esposa, colocando o lugar dela em cheque. Isso representa um desrespeito ao dever de proteção da casa frente às vicissitudes do mundo externo, de responsabilidade do pai de família.

A contrariedade tomada como causa de loucura para mulheres no puerpério também é mencionada por Farmer, em seu artigo *Bad blood, spoiled milk: bodily fluids as moral barometers in rural Haiti* (1988). O complexo *move san/lèt gate* é, segundo o autor, uma desordem que tem sua causa atribuída à brigas, pressão econômica e contrariedades emocionais que envolvam a mulher que deu à luz. Assim como dentre os meus pesquisados, o problema é colocado a partir da perspectiva de que, durante o *resguardo*, um fluido feminino tem o seu percurso alterado e

alcança a cabeça, embora no Haiti o fluido que sobe à cabeça é o leite, ao passo que aqui é o sangue.

Luís Fernando Duarte (1986) faz referência à noção de que o *nervoso*[37] tem como causa a invasão da cabeça pelo sangue, afirmando que a quebra do *resguardo* é citada como uma das causas do *nervoso* dentre os seus pesquisados. Segundo este autor, a doença dos *nervos*, que se localiza na cabeça, é mais presente entre as mulheres, dada a sua circunscrição ao âmbito doméstico e interior.

Tanto loucura como nervoso estão localizados na cabeça e simbolizam a invasão de um domínio frio e branco por outro quente e vermelho. Expressões como *o sangue subiu à cabeça* e *cabeça quente* - relacionadas a pessoas "estouradas", excessivamente preocupadas e nervosas - em oposição à *cabeça fria* - relativa a pessoas calmas, tranqüilas e despreocupadas - são exemplos das representações em torno da cabeça, do sangue, do quente e do frio, da razão e da emoção. Há também uma outra expressão, *sangue frio*, atribuída a pessoas, cujas ações não levam em consideração os sentimentos, que não se comovem, ou seja, que "não têm coração". As mulheres, mais quentes, afetivas e mais propensas a "pensar com o coração", são consideradas, de acordo com as concepções do grupo pesquisado, mais passíveis de descontrole. Nervoso e loucura são desordens, ou seja, são coisas fora do lugar, mal controladas. A cabeça, sede da racionalidade e do controle moral, quando afetada pelo sangue, seiva da vida, do calor e das paixões, perde a possibilidade de controle e ordenação.

O nervoso simboliza uma desordem que se manifesta no corpo, mas abrange outras dimensões da vida humana. Paula Montero (1985) observa que a "doença dos nervos"[38] serve como termo privilegiado para expressar a transição entre doença física e doença espiritual. A distinção entre doença material e espiritual está relacionada à atribuição de uma causalidade ao fenômeno mórbido, que pode ser imputado a uma disfunção orgânica ou a quaisquer outras causas relacionadas à estrutura

---

[37] Grifo do autor.
[38] Aspas do original.

biológica do corpo ou provocada pela intervenção sobrenatural, em virtude de mau comportamento, predestinação, etc..

O modo como o nervoso representa a mediação entre doença física e espiritual sinaliza a complexidade das crenças em torno das restrições do *resguardo*, particularmente no que diz respeito à invasão da cabeça pelo sangue.

Analisando-se as representações a partir desse ponto de vista, aos pares de oposição cabeça/corpo e razão/emoção caberia juntar os pares cultura/natureza e cultura/sobrenatureza, mediado pelo termo natureza. O primeiro elemento de cada um destes pares está relacionado ao que é domesticado e racionalmente controlado, enquanto o segundo é o que escapa ao controle. É interessante observar que, através dos cuidados em torno de períodos eminentemente femininos como menstruação e parto, poder-se-ia vislumbrar algo semelhante à necessidade de controle da natureza e sobrenatureza pela cultura.

A mulher, ligada à geração da vida, estaria por isso marcada pela natureza, opondo-se ao homem, cujo vínculo mais estreito se dá em relação à cultura. As representações em torno do gênero feminino impressas no corpo e mediadoras da relação das mulheres com o mundo a relacionam a um estado de natureza em contraposição ao homem, mais social e, portanto, mais próximo da cultura. Como está mais próxima da natureza e se ocupa fundamentalmente da vida (incluindo-se os cuidados para com a doença e a morte), a mulher tem também a possibilidade de contato com o mundo sobrenatural.

Quando a mulher engravida, ela recebe dentro de si - no feto - uma alma. Essa alma vem do mundo sobrenatural e se incorpora ao fruto de seu ventre. Na ocasião do parto, quando o feto chega ao final de sua vida intra-uterina, ele morre e faz nascer o bebê. Nesse sentido, a mulher está lidando com a vida e com a morte, pois está diretamente ligada à transição entre duas formas de viver. O fluxo sangüíneo que acompanha a saída do mundo intra-uterino ao exterior tem a função de fazer a passagem entre as realidades interna e externa. Como um período de passagem, o *resguardo*, traz a preocupação de realizar a transição, cuidando para que não haja uma inversão no rumo das coisas. Ou seja, por se tratar de um

período de transição entre duas vidas, o *resguardo* deve garantir que o domínio da cultura não seja invadido pela sobrenatureza. Essa preocupação é semelhante àquelas colocadas nas restrições aos enlutados. O receio de retorno do sangue à cabeça assemelha-se ao receio de retorno (ou permanência) do "morto" ao mundo dos vivos e ambos simbolizam uma desordem causada pelo descontrole ou não cumprimento das exigências rituais e morais frente aos que devem partir rumo a um outro mundo.

A inversão do percurso do sangue menstrual, que o leva até a cabeça, é tida como causa não só de dores de cabeça, nervosismo, como também da loucura. Sangue na cabeça simboliza desordem e a ordem se restabelece quando esse fluido retoma o seu percurso corpo abaixo, em direção ao exterior. O tratamento em relação ao morto e às pessoas próximas dele se faz no sentido de que seja enterrado. O enterrar é análogo ao sentido considerado normal ao percurso do sangue menstrual, que é para baixo. Já as restrições em torno das mulheres paridas e dos enlutados simbolizam a necessidade de afastamento do morto do mundo dos vivos, através de interdições àqueles que poderiam ser seus elos com o mundo do qual eles devem partir.

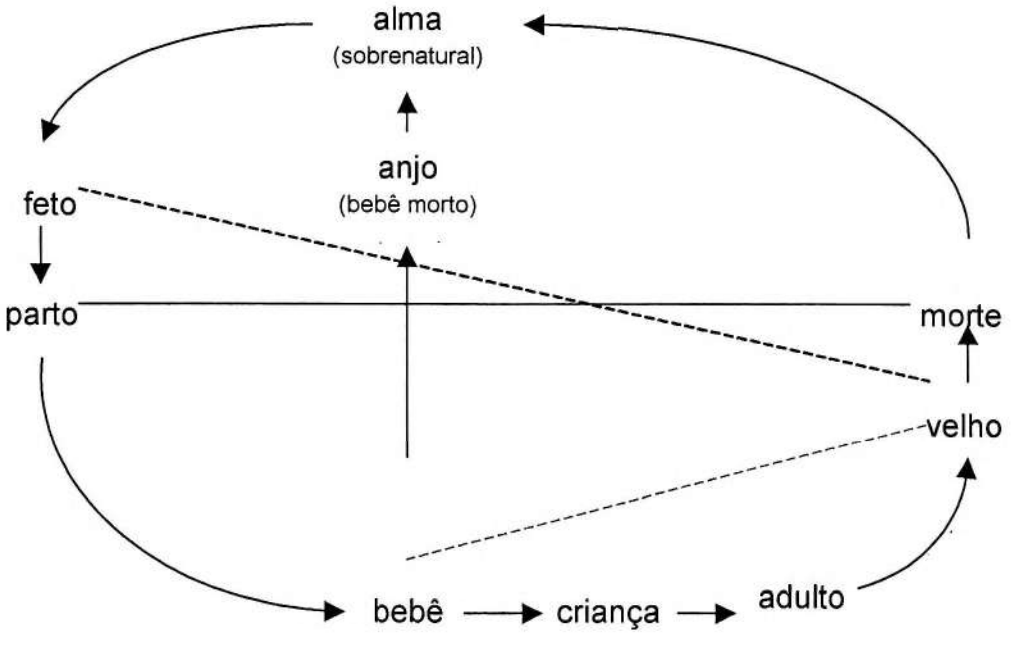
Se a transição não for completamente realizada, a alma do morto não alcança seu destino final (paraíso ou inferno) e fica vagando. Segundo os pressupostos do catolicismo popular, os mortos podem ser acionados como protetores dos vivos, se estiverem no paraíso, mas se estiverem vagando, podem se transformar em fonte de problemas, pois, neste caso, a interferência no mundo dos vivos causa desordens. Aqui também a cabeça é o *locus* privilegiado de manifestação da inversão do caminho da alma, que invade o mundo dos vivos.

Quando morre alguém, devem ser tomadas algumas precauções no sentido de encaminhar sua alma ao seu destino. Realizar o funeral, encomendar missas e fazer orações fazem parte das obrigações dos vivos perante os mortos. Além disso, há mortos que não se conformam com a morte e oferecem resistência em deixar "esse mundo". Quando isso acontece, buscam elos de ligação entre eles e o mundo dos vivos, geralmente através de pessoas próximas - parentes ou amigos íntimos. Por

esse motivo, estes são tidos como perigosos, pois são considerados canais de retorno potenciais. Não colhi muitos dados sobre a morte, o funeral e o luto, mesmo porque esse não era o objetivo de minha pesquisa, mas o tema às vezes entrava em discussão nas conversas com os pesquisados. Além disso, a bibliografia que trata desse assunto o faz de maneira semelhante ao que pude depreender das observações no meu campo de pesquisa.[39]

Essas observações me possibilitaram relacionar *resguardo* e luto não só porque ambos tratam da passagem entre dois tipos de vida - no primeiro caso, separadas pelo parto e, no segundo, pela morte -, mas porque estes dois períodos oferecem acesso à forma como é pensada a vida num sentido mais amplo, cuja lógica pode ser percebida através das oposições e aproximações entre as posições contidas no interior do seu ciclo.

Ciclo da vida



[39] A respeito de morte e sua forma de tratamento no catolicismo popular, Brandão (1986) oferece alguns elementos. Já a questão do funeral é analisada por Sylvia Caiuby Novaes (1986), através do ciclo de vida Bororo.

A vida é compreendida como um todo que abrange uma parte vivida "neste mundo" (terra) e outra no mundo sobrenatural (céu, inferno, purgatório). Nesta concepção está implícita a noção de que a vida vem de Deus e é eterna, sendo o período terreno apenas uma passagem que qualifica a alma para a vida no paraíso ou no inferno. O ciclo da vida tem algumas divisões que aproximam categorias a partir de suas posições. No diagrama acima, procurei expor, através das linhas azul-turquesa, o desenvolvimento cronológico da vida na terra, iniciando com a alma que se incorpora no feto e terminando com o seu retorno ao mundo sobrenatural após a morte. As linhas que cruzam o círculo ligam posições e aproximações entre os termos relacionados.

A primeira delas, a linha azul, marca a passagem entre vida sobrenatural e terrena. Feto e velho são posições limítrofes da vida na terra: no primeiro, ela se inicia e, no segundo, chega ao seu final. Temos, portanto, antes do feto e depois do velho vida sobrenatural, o que significa dizer que a passagem entre as duas formas de vida se dá de maneira inversa: no feto, a alma desce e, do velho (após a morte), ela sobe.

Além disso, ambos passam por um processo de amadurecimento num tipo de vida para depois ingressarem noutro. O velho atravessa todas as fases da vida até chegar a uma posição em que o único desenlace possível é a morte. Assim como o velho, o feto também passa por um processo de desenvolvimento que se inicia com a fecundação e termina necessariamente com o parto. Dessa forma, o parto marca a passagem entre vida intra-uterina e fora do útero e a morte, de vida terrena para sobrenatural.

A linha alaranjada marca esta passagem. Neste caso, o parto é responsável por fazer findar a vida intra-uterina e dar início à vida fora do útero da mãe. Já a morte põe fim à vida terrena e dá inicio à vida no mundo sobrenatural.

Assim como o parto e a morte, a incorporação da alma no feto[40], faz a transição entre dois tipos de vida. A vida intra-uterina pode ser

---

[40] Há uma longa discussão teológica acerca do momento em que a alma seria incorporada ao corpo.

vista como uma passagem entre vida sobrenatural e terrena, mas, ao mesmo tempo, pode ser comparada à vida no paraíso, pois tanto numa quanto noutra não há – ou não deveria haver - desejo não satisfeito[41]. No paraíso, a alma está a salvo das vicissitudes da vida na terra. Na barriga da mãe, o feto está protegido do sofrimento, da dor e todo um esforço é realizado no sentido de satisfazer seus desejos, sendo as manchas ou marcas congênitas, segundo essa concepção, indicativas de desejos não satisfeitos durante a gravidez e denunciadoras de uma falta, já que os desejos da grávida - provocados pelo feto - devem ser saciados. O feto pode experimentar algumas das vicissitudes "dessa vida" (quando seus desejos não são satisfeitos), entretanto, o choque maior dar-se-á após o parto, quando a relação de contigüidade com a vida sobrenatural é rompida.

As posições próximas às delimitações colocadas pela morte e parto são as de velho e bebê, ligados pela linha cor-de-rosa. Ambos oscilam entre permanecer vivendo na terra ou retornarem ao mundo sobrenatural. Contudo, às categorias de velho e bebê caberia juntar uma terceira, a de adulto enfermo que, da mesma forma que os dois primeiros ocupa uma posição de liminaridade, pois está vacilante entre uma vida ou outra. Os velhos, por terem percorrido um longo percurso estão prestes a encerrar a sua vida na terra, enquanto os doentes se situam entre um estado de saúde e o seu restabelecimento ou entre continuar vivendo na terra ou ir para o mundo sobrenatural. Já os bebês, por não terem ainda se apegado à vida terrena, deixam a sua alma fluir mais livremente rumo ao "outro mundo".

O retorno ao mundo sobrenatural pode ter destinos diferentes para velhos e adultos enfermos, por um lado, e para bebês ou crianças, por outro. Estes, quando morrem seguem obrigatoriamente para o céu, enquanto aqueles terão seus destinos vinculados às ações praticadas no

---

Entretanto, a igreja católica, após o desenvolvimento de experiências científicas que atestaram que a vida iniciar-se-ia no momento da concepção, assumiu a posição de que a alma entra no corpo assim que óvulo e esperma se juntam.

[41] A esse respeito, é preciso lembrar que a grávida é vista apenas como mensageira do desejo, sendo o feto o seu sujeito, da mesma forma que a lombriga é quem faz o *lombriguento* desejar.

decorrer de suas vidas na terra. De acordo com a concepção da população pesquisada, mas também partilhada por outras populações, noutros locais do Brasil, como atesta a bibliografia acerca do catolicismo popular, bem como sobre a mortalidade infantil no nordeste brasileiro, os bebês mortos se transformam em *anjos*.

Crianças e anjos

Enquanto *anjo* em potencial o recém-nascido situa-se num estado liminar entre tornar-se ou não humano. Entretanto, apesar de estar num estado semelhante ao da mãe, no que se refere à liminaridade, o bebê não é objeto do mesmo tipo de preocupações que ela. À mulher que acabou de dar à luz são destinados cuidados para o corpo, indicados remédios e uma série de procedimentos que visam protegê-la do contato com mundo externo (fora dos limites ordenados do ambiente doméstico), ao passo que o bebê sequer é citado nos relatos sobre parto, *resguardo* e crianças.

Tanto a mulher no pós-parto quanto o recém-nascido encontram-se num estado em que a comunicação com o mundo torna-se perigosa. Ambos, segundo as concepções dos meus pesquisados, se encontram com os corpos abertos: a mulher, por manter um canal aberto para a passagem do sangue e, o bebê, porque está passando por um processo de construção corporal e ainda está com a *moleira* aberta. O corpo aberto propicia, além de ataques externos, a saída da alma, ou seja, a morte. Apesar da morte ser concebida como parte integrante da vida, no sentido de ser passagem entre duas formas de viver, a mulher é objeto de cuidados corporais que visam protegê-la também da morte. Em relação ao bebê esse tipo de cuidado não é visto como indispensável.

Para compreender o sentido dos cuidados dirigidos às puérperas e aos bebês faz-se necessário ressaltar que, de acordo com as concepções oriundas do catolicismo popular, o grande objetivo da vida na terra é alcançar o paraíso, onde não haverá sofrimento nem privações. Assim, quanto mais curta a vida terrena, menor o período de provações a

ser vivenciado. É bem verdade que, quanto mais vive uma pessoa, mais ela se apega às outras e cria vínculos que dificultam o seu desligamento "desse mundo". Esse apego à vida na terra tem seu ponto culminante na idade adulta e começa a decrescer com a velhice. Desse modo, os períodos inicial e final da vida terrena, aos quais poder-se-ia juntar o período inicial e final da vida intra-uterina, são marcados por um certo desapego a ela. Nesse sentido, as concepções em torno da *suspensão* podem estar também relacionadas à possibilidade de que uma gravidez não chegue a termo, assim como, no caso do bebê, a vida não se desenvolva, culminando com a morte prematura e a transformação em *anjo*, ou seja, com o retorno da alma ao mundo sobrenatural. Nos períodos finais, velhice e feto às vésperas do parto, o desapego a um tipo de vida está mais ligado ao fim de um ciclo, em que necessariamente se tem que deixar uma forma de vida para assumir outra.

O parto põe em situação de liminaridade a mulher e o fruto do seu ventre. Entretanto, segundo as concepções dos meus pesquisados, é à mãe que se deve dedicar maior atenção. O *resguardo* e todos os preceitos que giram ao seu redor são reveladores da preocupação em relação à mulher que acabou de dar à luz. Já no que diz respeito ao bebê, o que mais preocupa, particularmente se ele nasceu doente ou morto, é dar-lhe o batismo. O batismo, neste caso, é realizado em casa e, se o bebê sobreviver, recebê-lo-á novamente na Igreja, em situação solene, com a participação dos padrinhos e parentes próximos.

O batismo é responsável por purificar a alma do pecado original, existente em decorrência da desobediência de Adão e Eva à ordem divina de não provar do fruto da árvore do conhecimento. A origem da humanidade, de acordo com o que diz o *Gênesis* - cujo conteúdo informa as concepções do grupo pesquisado em relação ao início da vida -, se dá em virtude dessa desobediência que, como já foi argumentado antes, possibilitou o ato sexual e a gravidez. Assim, ao nascer, o bebê traz consigo um pecado, que precisa ser eliminado para que sua alma fique sem mácula.

Ir para o céu pressupõe que a alma esteja livre de pecados. Quando morre um adulto, há todo um esforço em fazer com que a sua alma siga rumo ao paraíso, começando com a providência em chamar um padre

para que seja dada a extrema-unção[42]. Dependendo das ações desenvolvidas durante a vida ou, como diz Brandão (1986), do estado das contas com o "programa celeste de salvação" a alma pode seguir direto para o céu, passar pelo purgatório antes de alcançar o paraíso ou ir para o inferno. É importante ressaltar que, nessa concepção, por mais que a pessoa tenha pecado em vida, se ela se arrepender e pedir perdão, mesmo que seja no seu último suspiro, será perdoada e poderá ir para o céu. Neste caso, passará pelo purgatório, onde cumprirá a penitência necessária para pagar pelos pecados cometidos. Bebês e crianças não são considerados pecadores, pois não têm ainda a capacidade de livre arbítrio, ou seja, não sabem discernir entre o bem e o mal, embora carreguem, antes do batismo, o pecado original. Além disso, há a noção de que se o bebê foi amamentado no peito, adquiriu pecado e, se morrer, antes de chegar ao céu deve passar pelo purgatório para vomitar o leite mamado.

> "[Uma criança quando morre vai para o céu], ela não tem pecado. Ah não, dizem que ainda tem, pode ser anjo, mas o primeiro leite que a gente mama no peito da mãe, se a gente morrer anjinho, dizem que a gente tem que jogar tudo fora aquele leite para poder ir para o céu, passa no purgatório ainda, (...) nem que esteja batizado. (...) Já tem pecado, pegou no peito da mãe, já tem pecado de pegar no peito da mãe. E tem de jogar tudo fora para poder passar para o outro lado lá de cima, de Deus" (dona Geralda).

O pecado do bebê está relacionado àquilo que ele toma da mãe. Ao sugar o leite que, assim como ele próprio, é fruto de um ato pecaminoso de seus pais, ingere também os pecados da mãe. Essa noção de transferência de pecados da mãe para o filho através da relação de contigüidade estabelecida pelo ato de mamar no peito é semelhante àquela que transfere ao rebento o pecado original. Nos dois casos, apesar de não ter controle sobre as suas ações e do que pode advir delas, o bebê recebe pecados que não cometeu. Esses dois tipos de pecado advindos da relação

---

[42] A extrema-unção é uma confissão seguida do perdão e bênção do padre - intermediário entre os homens e Deus - no leito de morte.

com os seus ancestrais são eliminados através de atos de purificação como o batismo e o vômito.

O pecado referente ao leite mamado deixa de existir após ser vomitado, quando da passagem pelo purgatório. A noção de que o vômito purifica ou elimina males e doenças é recorrente dentre os meus sujeitos de pesquisa e será analisado mais adiante. Já o pecado original tem no batismo a sua supressão: a água derramada sobre a cabeça limpa o pecado[43] e o fogo da vela acesa representa a luz do Espírito Santo.

O batismo representa, além da purificação do pecado original, a inclusão de uma nova alma dentre as que partilham da unidade com o mundo divino. Quando um bebê morre sem ser batizado deixa de fazer parte dessa unidade e fica vagando, sem alcançar o céu. Assim como acontece com os adultos mortos, que não foram completamente desligados da vida terrena em virtude de não terem sido realizados todos os rituais e orações necessários para a salvação de suas almas, os bebês também atormentam os vivos, cobrando a realização de atos purificadores de suas almas.

> "[Uma criança que morre sem ser batizada], anjo pagão, (...) dizem que fica perturbando os outros que são batizados. Você não vê quando um nenê, que é batizado, chora dormindo? (...) Dizem que os anjos pagãos estão batendo nele. (...) Você não vê que quando uma criança, agora não, mas quando uma criança nascia já meio doentinha, o povo corria e batizava em casa? É que às vezes não dava tempo de ir na igreja batizar, batizava em casa. [Quando nasce morto também] batiza, porque o primeiro filho da minha nora do caçula - ela perdeu um filho já entrando nos nove meses - nasceu morto, ali na Santa Casa. Aí, eu estava lá com ela e a irmã pegou e chamou, (...) perguntou se eu era católica, eu falei que era. 'Então vamos lá para nós batizarmos o menino'. Aí nós fomos, eu e ela. Ela pegou uma vela, pôs na minha mão e pediu para eu escolher um nome - André Luís, eu ainda pus no menino -, aí ela falou: eu vou rezando e você vai me acompanhando. Aí ela rezava e eu acompanhava, depois que ela falava as palavras dela que ela tinha que falar lá, no livro, ela guardava o livro e

---

[43] As representações acerca do poder purificador da água são analisadas no capítulo *Olhares, desejos e inveja*.

nós fazíamos a oração do pai-nosso e da ave-maria direitinho e a salve rainha e aí nós falávamos: em nome de Deus e do divino Espírito Santo você está batizado. [Quando nascia morto em casa] muita gente fazia [a mesma coisa]. Eu nunca batizei um morto em casa. Já batizei criança nascida viva doente, aí a gente batizava em casa para depois os pais levarem para a igreja, para batizar na igreja. Mas acabava, a criança levantava, pegava saúde e ia batizar, nem que arrumasse outros padrinhos, não tem importância" (dona Geralda).

Também como acontece com os adultos mortos, os bebês tornados *anjos* podem se transformar em auxiliares e protetores dos seus parentes vivos. Assim, torna-se absolutamente necessário cuidar da alma, principalmente quando há risco de morte. Nesse sentido, o batismo é fundamental para que se assegure a condição de *anjo* se o bebê vier a falecer.

Caso o bebê receba o batismo em casa - em virtude de uma situação em que a morte pareça iminente - e sobreviva, este é novamente realizado na igreja. A existência do preceito de que o batismo deve ser realizado na igreja somente quando a vida pareça mais estável é reveladora da importância que assume no sentido de dar reconhecimento público da inclusão de um novo membro na família, na unidade da igreja e no círculo social mais amplo.

Quando o batismo é realizado na igreja, uma série de compromissos são firmados antes, iniciando-se com a escolha dos padrinhos e estabelecimento de laços de compadrio entre os pais daquele que será batizado e o casal que aceitou batizá-lo. Receber uma criança para batizar é uma honra, que atesta o reconhecimento da generosidade dos escolhidos como padrinhos. Em retribuição à confiança neles depositada, os padrinhos se responsabilizam pela roupa que o bebê ou criança usará durante o batismo e por protegê-lo e ampará-lo quando seus pais não puderem fazê-lo. Ao aceitar batizar uma criança, os padrinhos assumem uma paternidade secundária[44], mas, ao mesmo tempo, recebem do afilhado o mesmo respeito e obediência concedidos aos progenitores.

---

[44] A paternidade sobre o afilhado é realmente assumida em casos de morte dos pais biológicos ou quando, por algum outro motivo, o afilhado for viver na casa de seus padrinhos.

No batismo em casa esse tipo de compromisso não é firmado, sendo o objetivo de sua realização apenas limpar a alma do pecado original, não deixando que o bebê morra *pagão*. *Anjo pagão* não vai para o céu e, por conseqüência, não protege os parentes. Nessa concepção, em que a vida é pensada enquanto fonte de sofrimento, toda e qualquer possibilidade de diminuição da dor ou de amparo em situações difíceis é sempre bem vinda. Nesse sentido, o bebê é pensado enquanto potencial fonte de proteção em duplo aspecto: primeiro, tornando-se *anjo* - se morrer - ou sendo o elemento fundador de uma aliança, que fundamenta uma relação de proteção mútua entre duas famílias, quando "dado" para batizar.

Um dos elementos que mais desafiam a compreensão desse universo é a ausência da figura do recém-nascido nos relatos sobre os cuidados para com o corpo e a saúde. Por mais que eu insistisse, nada era dito sobre como cuidar dele, nem remédios são indicados para esse período da vida. Alguns textos resultantes de pesquisas etnográficas também relatam esse mesmo tipo de atitude frente à figura do bebê, embora os argumentos e interpretações acerca desse comportamento sejam bastante divergentes. A referência aos *anjos*, assim como no universo em que realizei a minha pesquisa, é figura constante nesses trabalhos, mas, enquanto uns argumentam no sentido de que até um determinado período a criança vive num estado liminar entre tornar-se humano ou retornar ao mundo sobrenatural, outros centram a discussão em torno do amor materno e a sua influência na mortalidade infantil.

No primeiro caso, os textos de Maués e Maués (1978) e Woortmann (1986) são exemplares. Ambos concordam que o período de liminaridade da criança, em que ela não é ainda definida enquanto ser humano se estende até os dois anos de idade. Woortmann acrescenta à idade, a locomoção bípede, a fala e o batismo:

> "seu estado de liminaridade só cessa com a locomoção bípede e a fala, quando passa a constituir um ser humano (contanto que tenha sido batizada, o que marca outro rito de passagem). Até então a criança é um simples prolongamento do organismo materno, que continua a se alimentar do sangue materno (tornado leite) tal como em sua vida intra-uterina."

Discordo em parte dessa afirmação. É certo que a locomoção bípede é tida como um dos indícios de humanização dos hominídeos, no decorrer do processo evolutivo. Entretanto, pelo menos dentre o grupo com o qual realizei minha pesquisa, andar não é marcante na afirmação da criança enquanto ser humano, salvo se não conseguir se locomover em virtude de uma doença que possa levá-la à morte.

O batismo na igreja constitui um indício de que a criança pode vir a ser uma pessoa, já que apenas será realizado quando parecer aos pais que a criança continuará vivendo neste mundo, mas ainda é necessário todo um processo de construção do corpo e do caráter para que seja incluída nesta categoria. Em relação à questão do bebê enquanto prolongamento da mãe, não observei nada que pudesse me levar a pensar nessa direção, pois bebê e mãe nunca foram referidos enquanto unos. Há uma relação de afinidade entre os dois, pelo fato de ambos partilharem do mesmo sangue, mas não são vistos como partes de uma mesma coisa. O recém-nascido está mais relacionado ao mundo sobrenatural, de onde recebeu sua alma e para onde ela pode retornar a qualquer instante, que à mãe. A relação e identificação com a mãe e demais parentes vai sendo construída ao longo do tempo, à medida que o novo ser vai adquirindo as características do grupo familiar.

A alimentação do bebê nem sempre é feita com o leite materno. O leite de uma outra mulher, de cabra ou vaca, além de mingaus preparados com farinha de milho ou mandioca, por exemplo, podem servir de alimento para ele. Faço essa afirmação tomando como base as vezes que presenciei o preparo do que seria dado ao bebê, durante a realização do trabalho de campo, porque, por maior que fosse a minha insistência em falar dos cuidados para com o bebê, esse assunto não seguia adiante – com exceção da questão da sua transformação em anjos. Os cuidados para com a alimentação começam a surgir num momento posterior, quando a criança passa a comer daquilo que também é consumido pelos adultos.

> "Quando a criança nasce também não deve dar muita carne para a criança, dar mais verdura, ovos, bastante ovo, peixe. (...) Quando ela está bem pequenininha

é bom dar bastante sopinha assim com legumes, abobrinha e dar o ovo esquentado, bem molezinho. Meu menino, quando era pequeno, eu cozinhava o ovo bem molinho, quebrava as pontas, mexia ele, ponhava o sal e dava para ele. Mas ele gostava! Outra hora, eu fazia o arroz e colocava ali um ovo bem molinho, porque o ovo não deve dar frito para a criança, porque faz mal" (dona Bene).

Ao dizer "quando a criança nasce", dona Bene não está se referindo ao nascer biológico, mesmo porque o bebê não conseguiria comer carne e nem mesmo verdura, ovo e peixe. Esse nascer relaciona-se ao início da transformação desse novo ser num membro da família e do grupo em que ela está inserida. Antes de ser marcada apenas por alguns elementos, como andar, falar e ser batizado, a inclusão da criança na condição de humanidade é gradual e requer um processo lento de construção do corpo e do caráter até que seja portador daquilo que é denominado, pelos meus pesquisados, "modos de gente" ou "jeito de gente".

Nancy Scheper-Hughes (1992), de certa forma, aponta nesse sentido ao sustentar que o estreitamento dos laços entre mãe e filho é um processo que vai se dando ao longo da vida da criança. A construção de seu argumento parte da narrativa da história de Lordes e Zezinho. Mãe e filho foram conhecidos pela autora em meados de 1966, no momento em que Lordes acabara de dar à luz a mais uma criança. Zezinho se encontrava doente e, segundo Scheper-Hughes, não recebia nenhum cuidado. A autora, que na época trabalhava como paramédica em Alto do Cruzeiro (nordeste brasileiro), pediu a Lordes para *levar o menino* e esta não levantou qualquer protesto. Zezinho foi levado, tratado e retornou à casa materna. Em 1982, ela voltou a Alto do Cruzeiro e reencontrou Lordes e Zezinho. Ambos davam mostras de grande afeição um pelo outro e, mais tarde, quando Zezinho foi morto numa briga de faca, Lordes ficou absolutamente atordoada com a morte de seu filho predileto.

A partir desse quadro, a autora se propõe a discutir o abandono a que são submetidas as crianças de Alto do Cruzeiro através da compreensão da cosmologia que orienta a vida daquela população. A

devoção à Virgem Mãe presente no folclore, na música popular e na arte é invocada para dar nexo, por um lado, ao *deixar ir*, que diz respeito ao pouco apego das mães pelos filhos recém-nascidos e, por outro, à afeição pelos filhos adultos. No primeiro caso, a morte de um recém-nascido é vista como uma forma de alívio, não tanto para a mãe, mas para a criança, que vai se tornar anjo e voar em volta da Virgem Maria e de Nosso Senhor Jesus Cristo.

Ao contrário do que sustenta Scheper-Hughes (1992), Nations e Rebhun (1985) afirmam que as mães nordestinas sofrem com a morte e doença de suas crianças. Nations e Rebhun alegam que as mulheres enfrentam um verdadeiro périplo em busca de socorro para seus filhos, procurando todas as alternativas possíveis no sentido de mantê-los vivos, embora reconheçam que a morte de crianças recém-nascidas não suscita o choro. Isso ocorre, segundo elas, em virtude da crença de que as crianças, ao morrerem, se tornam anjos e *anjos com asas molhadas não voam*, ou seja, o choro dos vivos impede o vôo dos *anjos*. Faz-se necessário, segundo estas autoras, pensar o contexto em que estão inseridas essas mulheres que, antes de serem negligentes para com os seus filhos, padecem com a falta de condições adequadas de atenção à saúde, carência e miséria generalizada.

A discussão entre Nancy Scheper-Hughes, por um lado, e Nations e Rebhun, por outro, está centrada na questão do amor materno. O ponto de vista defendido por Nancy tem elementos interessantes, pois à medida que vai desenvolvendo o trabalho, percebe e mostra que o apego, afeto e respeito vão sendo construídos no decorrer da vida. Já Nations e Rebhun defendem a existência do amor materno enquanto algo inerente à natureza da mulher. No entanto, é preciso ressaltar que a questão que se coloca, no que diz respeito aos cuidados dispensados às crianças, está deslocada nos dois textos acima citados. O que orienta o cuidado para com as crianças não é o amor ou desamor que as mulheres - ou homens - venham a ter por elas, mas uma maneira de perceber, agir e dar sentido ao mundo.

Num contexto em que a vida é pensada como fonte de sofrimento e dor, em contraposição ao paraíso, lugar da plenitude, a morte

prematura só pode ser vista como alívio para quem morreu. Nesse sentido, seria injusto sofrer pela morte de um bebê, mesmo porque o sofrimento demasiado atrapalharia a sua caminhada rumo ao céu. Entretanto, se a morte de um bebê não causa tanto sofrimento quanto a morte de um adulto, tampouco ele deixa de receber atenção. Apesar de não aparecer nos relatos sobre cuidados corporais, uma série de cuidados são dispensados ao bebê no sentido de garantir que ele se transforme numa pessoa de bem. Exemplo dessa preocupação são os cuidados em torno do umbigo do bebê.

Segundo os meus pesquisados, o umbigo, assim que cair, deve ser enterrado num local apropriado, longe da ameaça dos ratos. Eles afirmam que criança que tem o seu umbigo comido por ratos certamente roubará quando crescer. O coto umbilical é parte daquilo que constituía o cordão umbilical, responsável pela condução do alimento da mãe ao feto e formado pelo mesmo material que deu origem ao bebê. Coto umbilical e bebê, além de terem sido parte de uma mesma coisa, estiveram unidos até a queda do primeiro. Já o rato, um mamífero roedor, caracteriza-se por subtrair coisas às escondidas. Geralmente se esconde em tocas durante o dia e, à noite, realiza suas caçadas. O rato é visto pelos meus informantes como sinônimo daqueles que roubam[45]. Ser comido por um rato, que simboliza o ladrão, que toma o que é dos outros, significa ser incorporado às suas características.

A honestidade é uma das qualidades mais prezadas pelos meus pesquisados e está de acordo com o mandamento "não roubarás". Nesse sentido, desde o nascimento são tomadas precauções para que aquele que acaba de nascer não adquira hábitos considerados nefastos à sua alma. É preciso lembrar que, de acordo com essa concepção, a vida terrena é apenas uma parte da vida e as ações desenvolvidas nesse período são determinantes para o estabelecimento das condições em se decorrerá a vida sobrenatural. Os recém-nascidos são tratados de forma a terem as condições básicas para se tornarem "pessoas de bem": ao serem batizados e terem seus cotos umbilicais devidamente enterrados passarão

---

[45] No dicionário Aurélio, ladrão consta como um dos sinônimos da palavra rato

a partilhar da unidade terra/céu e não terão seu destino selado enquanto ladrões. Assim o recém-nascido começa a ser preparado para a vida.

De acordo com o ponto de vista do grupo pesquisado, se a criança morre pequena não é por falta de cuidado dos pais, mas porque a alma resolveu deixar o corpo e voar feito *anjo* em direção ao céu. No entanto, se um bebê - particularmente se tiver nascido muito pequeno e permanecido adoentado por muito tempo - dar mostras de recuperação de sua saúde, começar a crescer, dar sinais de vivacidade através de um bom desenvolvimento físico e motoro, ou seja, se ele resolver "tomar corpo" e viver, então será objeto de uma série de cuidados para que tenha as virtudes consideradas desejáveis nesse meio.

O bebê é considerado enquanto um ser que pode optar entre duas condições de vida: ele pode morrer e tornar-se anjo, passando a viver no paraíso, ou permanecer vivendo no mundo terreno. Para que ele continue vivendo "nesse mundo" é necessário, no mínimo, que se desenvolva fisicamente e, por isso, o desenvolvimento físico e motoro é considerado sinal de apego à terra. Segundo o grupo pesquisado, o apego à terra é um elemento fundamental para a manutenção ou recuperação da saúde, pois implica na existência de um desejo de viver.

Após dar mostras de que vai continuar vivendo, a criança passa a ser o centro das atenções em relação à saúde e ao corpo. Uma das coisas que mais me impressionou durante a pesquisa de campo foi a constância e insistência das mulheres em me ensinarem remédios para *doenças de criança*. Com o passar do tempo compreendi que se as crianças não morreram e se transformaram em *anjos*, elas precisam de cuidados para continuar vivendo e firmar as relações iniciadas.

"(...) criança é assim uma coisa mais perecível" (dona Geralda).

A perecibilidade da criança relaciona-se ao fato de que o seu corpo ainda não está completamente formado, estando, portanto, mais sujeito à doenças. Isso justificaria a existência de um maior número de receitas de remédios para criança. Entretanto, a perecibilidade não se reduz às doenças do corpo, mas também às da alma e do caráter. A correção

moral é, nesse meio, um ideal de conduta, calcado na ética religiosa do catolicismo popular.

Desse modo, se os cuidados para com o corpo do bebê são relegados a um segundo plano - em comparação com aqueles dispensados às crianças e às mulheres de *resguardo* - e os cuidados em relação à alma são priorizados, é porque, enquanto *anjos* potenciais, eles não precisam de cuidados com o corpo, mas para com a alma.

Olhares, desejos e inveja

A partir da análise de algumas doenças descritas por meus informantes, percebi que o termo doença, antes de relacionar-se unicamente a patologias e disfunções orgânicas, pode também referir-se aos problemas da vida, incluindo aqueles que dizem respeito às relações entre as pessoas e às relações entre estas e o mundo divino. Nesse sentido, as doenças que, segundo eles, são causadas pela intervenção de fatores ou agentes espirituais são particularmente férteis para análise.

De acordo com essas concepções, se uma doença não cede, ainda que a pessoa recorra a vários tratamentos e agentes terapêuticos, se ninguém consegue descobrir o que a está provocando e reverter o quadro, é provável que se trate de uma doença de origem espiritual. A divisão entre material e espiritual[46], é um princípio organizador da classificação das doenças que separa as que podem ou não ser tratadas por médicos ou por profissionais da cura mágico-religiosa. Assim, as doenças materiais seriam, grosso modo, aquelas relacionadas apenas a distúrbios biofisiológicos, enquanto as doenças espirituais poderiam ser, segundo esta lógica, enviadas por Deus ou mandadas por outras pessoas.

Dentre as doenças enviadas por Deus, existem aquelas que são tidas como castigo e as que são atribuídas à existência de um dom[47] não desenvolvido. São consideradas enviadas como castigo de Deus as doenças que fazem com que determinada pessoa pague pelos atos nefastos cometidos no decorrer da vida ou que a leve a restabelecer uma relação de reciprocidade com as divindades, rompida em decorrência de não ter sido dada uma contraprestação por uma dádiva recebida.

Segundo as concepções do grupo pesquisado, que mantêm estreita ligação com os princípios que regem a lógica do catolicismo popular, as relações dos homens entre si e deles com as divindades são orientadas pelo princípio da reciprocidade. Assim, quando um indivíduo está

---

[46] Paula Montero (1985), ao pensar sobre a dicotomia material/espiritual presente no discurso umbandista sobre a doença, afirma que a doença material é aquela em que há a percepção da sua existência pelo médico, ou seja, há uma *visibilidade* da doença, no sentido de que ela foi encontrada no corpo. Já a doença espiritual, ao contrário da material, não pode ser *vista* ou encontrada através dos recursos da medicina.

[47] O dom, no universo pesquisado, diz respeito à capacidade inata de perceber a doença e alcançar a cura.

atravessando uma fase difícil ou deseja alguma coisa considerada quase impossível, ele recorre às divindades, prometendo que, se for concedida a graça pedida, retribuirá com um sacrifício ou homenagem. A esse tipo de pacto estabelecido por um indivíduo com uma divindade denomina-se promessa. A quebra de uma promessa, ou seja, o não cumprimento daquilo que o indivíduo tinha prometido em troca de um "favor" prestado por uma divindade, pode acarretar o envio de doenças. Isso ocorre porque, segundo essa concepção, os santos podem se vingar de quem é mesquinho e não mantém sua palavra, assim como também podem fazê-lo os homens que, ao firmarem um trato, fazem a sua parte dentro do que foi estabelecido e não recebem aquilo que foi combinado. Nesse caso, para que a doença cesse, faz-se necessário que seja paga a promessa.

Os meus informantes também atribuem ao castigo divino a doença que coloca a pessoa em situação de inferioridade em relação a alguém que ela tenha destratado e feito mal anteriormente. Muito ouvi falar sobre sogras que maltrataram noras e que, quando adoeceram, tiveram apenas nelas o consolo da atenção e cuidado para com as suas dores. A doença aqui atua como uma espécie de contrição, em que os atos anteriores são repensados de modo a permitir o estabelecimento de uma outra forma de relação entre as pessoas[48].

Entretanto, a doença como castigo de Deus não se limita àquela que toca o corpo de alguém considerado mau, mas pode estender-se ou atingir o corpo de seus filhos (consangüíneos ou não), cônjuge e parentes próximos. Essa possibilidade é aventada quando se trata de alguém cuja fortuna foi conseguida através de trapaças e que se encontra numa situação de perdas de bens materiais e/ou de entes queridos. De acordo com as concepções dos meus pesquisados, essas pessoas geralmente acabam morrendo na miséria, tendo que pedir ajuda àqueles que outrora foram vítimas de sua ganância.

Assim, aquele que passa a vida maltratando os outros e usurpando o que não é seu receberá punição. Se esta não vier "nesta vida",

---

[48] M. Cecília Minayo (1994) fala da interpretação da doença, num contexto de representações da cura no catolicismo popular, enquanto "bênção-meio", no sentido de que a doença possibilita a reordenação de uma vida em situação caótica, oferecendo ao fiel a oportunidade de assumir sua culpa e rever seus erros.

certamente virá na vida sobrenatural. Mas, segundo essa visão de mundo, o castigo de Deus não é de caráter vingativo e sim corretivo, mesmo porque Deus é aquele que tudo perdoa. Ao enviar a doença, ele pretende dar uma chance de arrependimento e revisão dos atos cometidos, qualificando assim o indivíduo para a vida no paraíso.

As concepções colocadas em ação no diagnóstico de que uma doença foi enviada por Deus exprimem a regra da reciprocidade enquanto fundante das relações dos homens entre si e deles com o mundo divino. Deus e os santos são pensados, ao mesmo tempo, como protetores daqueles que os procuram e possíveis castigadores dos que se descuidam das obrigações morais prescritas para os homens. Os honrados, honestos e solidários, que se portam com decência, pagam o que devem, trabalham, ajudam os mais velhos e necessitados, não são considerados merecedores de punição; mas se recair sobre eles um castigo divino, devem portar-se com resignação. Nesse caso, a doença é pensada como uma forma de provação, tendo sido enviada para testar a obediência aos desígnios divinos. Segundos os meus informantes, ultrapassada a prova, há de vir a recompensa, seja na vida terrena ou na "outra vida".

Outra categoria de doença enviada por Deus é a que diz respeito ao dom de curar não desenvolvido. De acordo com a concepção dos meus sujeitos de pesquisa, quando uma pessoa é abençoada com o dom e não se dedica a ajudar quem necessita de cura, seja por desconhecer que é portadora dessa dádiva divina ou por se recusar a servir como canal de comunicação entre os doentes e Deus, ela própria adoece e apenas encontrará sossego ao dedicar-se a cuidar dos doentes.

> "(...) esse dom é dado por Deus, não é qualquer um que tem não. Isso aí, a gente já nasce com esse dom e ai de você se não cumprir! (...) Nossa Senhora, eu sofri tanto!" (dona Geralda).

O princípio da reciprocidade está também presente na concepção de que, quando uma pessoa recebe o dom, deve dedicar-se ao cuidado dos doentes. Essa pessoa recebeu um bem raro e deve distribuí-lo, pois a função do dom apenas será cumprida se ele for aplicado ao

tratamento das doenças. A distribuição da dádiva pode realizar-se sob a forma de benzimento e orações. No entanto, é importante notar que os portadores do dom de curar consideram-se um canal através do qual a graça divina é transmitida a quem lhes pede ajuda.

> "Deus me deu esse dom [e] até o fim da minha vida eu carrego esse dom. Até o fim da minha vida, se eu puder ajudar (...) que Deus abençoe aquela pessoa, (...) eu continuo" (dona Geralda).

As benzedeiras e demais pessoas que se dedicam à cura religiosa são consideradas mediadores humanos com o mundo divino, embora os créditos pela cura não sejam atribuídos à quem conduziu o tratamento, mas a Deus e aos santos[49]. Benzer e curar são formas de transmissão da dádiva recebida. A concessão desse poder traz embutida a obrigação de oferecer a cura àqueles que dela precisarem, sem nada lhes cobrar. Uma questão muito debatida entre os meus pesquisados concerne ao pressuposto de que, como o poder de conhecer a doença e a cura é "dado por Deus", ninguém pode cobrar pelos serviços prestados, seja oração ou preparo de remédios.

> "Deus nunca cobrou nada de ninguém. (...) Deus não cobrou benzimento de ninguém não. (...) Eu acho que esses que cobram não fazem a coisa certa. (...) Eu faço por caridade" (dona Lurdes).

Para fazer jus à dádiva recebida, quem tem o dom de curar deve dar o que de graça recebeu. É sua obrigação partilhar aquilo que obteve sem pagar, particularmente o que diz respeito às dádivas divinas. Este é um caso em que está em jogo a mediação de uma graça divina, que põe em relação os dotados dessa graça, os que não a possuem e o doador primordial do dom. As regras de conduta prescritas nesse tipo de relação - e até mesmo nas relações individuais com as divindades (sem mediação de

---

[49] Alba Zaluar (1973 e 1980) faz uma observação semelhante, em sua análise acerca dos estudos sobre o catolicismo popular.

benzedeiras ou padres) - são calcadas nos mesmos princípios éticos que comandam as relações sociais.

As relações sociais pautam-se em preceitos de honra, solidariedade, honestidade e lealdade, que têm suas bases calcadas nos princípios éticos do catolicismo popular. Entretanto, esses preceitos ganham proporções diferenciadas de acordo com os tipos de relacionamento em questão. Entre os desiguais, ou seja, aqueles que não partilham da mesma faixa etária, nem da mesma posição na família ou no grupo social mais amplo, deve prevalecer o respeito, embora para com os mais velhos e desvalidos deva predominar a compaixão. Já as relações entre os iguais devem ser pautadas pela solidariedade, ao passo que aquelas travadas com os maus, falsos e traidores devem ser conduzidas pela vingança ou pelo perdão. Neste caso, o castigo fica a cargo da providência divina e pode ser enviado sob a forma de doença, como já foi descrito anteriormente.

Perdoar a quem fez mal é visto com bons olhos, desde que a situação não se repita continuamente. Quando uma traição se repete, o mais recomendado é agir de forma vingativa em relação ao traidor, "desforrando a honra"[50]. A vingança é preconizada como retribuição aos atos de traição, falsidade ou maldade. Ao compensar o mal sofrido ela atua de forma a igualar as duas partes envolvidas, uma não ficando em desvantagem em relação à outra.

A noção de doença mandada por outras pessoas obedece à mesma lógica que orienta a vingança. Ambas, vingança e doença enviada, têm como pressuposto trazer de volta o equilíbrio das condições entre aqueles que se relacionam, reparando uma condição de desigualdade, originada pelo rompimento dos preceitos de reciprocidade.

O envio de doença a outrem é, segundo os meus informantes, motivado pela inveja desencadeada em decorrência da percepção de uma qualidade que dá destaque a uma pessoa na comparação com outras com as quais convive. A inveja aqui não é pensada como desejo de possuir aquilo que o outro tem, mas como uma vontade de destruir o que o

---

[50] As mulheres são consideradas mais propensas a perdoar que os homens. Estes às vezes vingam-se

distingue da maioria dos seus convizinhos. Da mesma forma, a igualdade não é pensada no sentido de que uma pessoa possa se igualar à outra adquirindo aquilo que as diferencia, mas nos termos de trazer o invejado à mesma situação em que se encontra o invejoso.

vingança	dirigida aos falsos e traidores	contraprestação do mal recebido	retorno à igualdade
inveja	dirigida aos diferentes	destruição do motor da desigualdade	

A inveja pode ser ativada para trazer de volta à igualdade pessoas que, de alguma forma, se diferenciam das demais. O anseio de destruição do motor da desigualdade pode realizar-se pelo desarranjo de uma relação amorosa, desequilíbrio financeiro ou pelo envio de uma doença através de meios mágicos.

> "Eu fiquei doente, ia no médico, não valeu nada, ninguém sabia o quê eu tinha. Aí, minha mãe falou: vamos na benzedeira - não falava nem benzedeira, falava curadeira - vamos na curadeira. Eu fui com a minha mãe, cheguei lá, eu tomei nojo da cara da mulher, não podia nem ver a cara da mulher. Aí minha mãe trouxe eu embora e nós fomos na casa de uma outra. Essa outra falou assim: sua filha, de hoje em diante, não tem mais nada, ela vai estar curada e eu não vou cobrar um tostão. Ela já fez aquele almoço, já saiu para o mato catar ramo de remédio, (...) fez aquele remédio e falou para minha mãe: leva esse remédio, ela vai tomando. (...) Ela vai tomar três garrafadas, na última garrafada vai aparecer uma novidade. Aí eu (...) tomei o remédio, aquela garrafada. Na outra semana eu voltei de novo, aí na próxima semana eu voltei de novo. Ela juntou aqueles matos (...), lavou bem lavadinho - ela fazia questão que a gente visse ela lavar os matos para fazer o remédio. Ela lavou aqueles remédios, ferveu, colocou dentro de uma garrafa, tampou e eu fui embora. Ela falou assim: qualquer coisa, vocês me tragam o remédio de volta, para eu ver. (...) Olha, sem mentira nenhuma, apareceu um bicho desse tamanho, ele tinha dezesseis

---

matando quem lhe traiu a confiança.

gomos, fora a cabecinha dele. Ele era mais vermelho que a roupa dessa menina aí, a cabeça dele.(...) Era aquele bicho que estava no meu estômago! Eu não podia comer arroz, conforme eu comia o arroz, chegava aqui, o arroz não descia, aquilo ficava ... eu nem dormia mais de noite. E foi mandado ponhar, mandaram fazer para mim, pegaram no meu rasto e fizeram. E foi o próprio patrão lá, ele nunca tinha escolhido uma pessoa lá para trabalhar igual a gente, que nem eu" (dona Lurdes).

Dona Lurdes era, segundo o que ela me contou, portadora de uma capacidade de trabalho ímpar. Abria poços, arava a terra, plantava e colhia como ninguém. Os seus atributos de trabalhadora despertaram a inveja em seu patrão e o impulsionaram a encomendar um malefício que exterminasse com a possibilidade de que ela continuasse se destacando no trabalho.

De acordo com a explicação de dona Lurdes, o feitiço encomendado por seu patrão atingiu-lhe porque foi feito sobre os seus rastos. Segundo as leis da magia simpática descritas por Frazer (1994 [1890]), mais especificamente a lei do contágio, tendo uma coisa uma vez entrado em contato com outra, sempre agirá sobre ela. Seguindo esse raciocínio, o ato mágico realizado sobre os rastos de dona Lurdes, estampados no solo com o qual ela entrou em contato, afetar-lhe-ia diretamente.

O malefício feito a dona Lurdes foi apresentado sob a forma de um bicho de cabeça vermelha que apareceu numa garrafada, preparada pela curandeira. O fato de ter sido dada à doença uma forma visível possibilitou a experimentação de uma espécie de controle sobre ela. Ou seja, a doença, enquanto um bicho preso numa garrafa, teve o seu poder destruidor controlado e, portanto, neutralizado.

A apresentação de um elemento que represente a doença pode servir de sustentação à crença de que ela foi retirada do corpo e como prova do poder curativo do curandeiro e da técnica utilizada [51]. Um dos

---

[51] Uma discussão acerca do aumento da crença na eficácia do curandeiro em decorrência da apresentação de algo que simbolize a doença aparece no artigo de Lévi-Strauss, *O feiticeiro e sua magia* (1990). Quesalid, após assistir a uma sessão de cura dirigida por seus colegas estrangeiros, observou que estes não utilizavam

motivos pelos quais a visibilidade do mal retirado constitui-se num fator importante na sustentação dessa crença é atribuição aos olhos do poder de evidenciar e garantir a veracidade[52].

Ver evoca uma realidade. No que se refere à cura, a visibilidade de um elemento que represente a doença traz em si a idéia de que o mal foi extraído. *Ver* a doença - entranhada no corpo ou extraída dele – é importante enquanto comprovação de sua existência[53] e prova de cura. Muitos são os relatos que ouvi sobre as formas que assumem as doenças, percebidas nos processos de cura. Independentemente da sua origem - material ou espiritual - a apresentação de um elemento visível que a represente é fator importante na interpretação da origem da doença e na crença de que foi realmente curada.

A apresentação de um elemento visível como sendo a própria doença se insere na lógica das leis da magia simpática - incluindo-se o princípio da contradição, incorporado por Mauss e Hubert (1968) às leis da similaridade e contágio elaboradas por Frazer (1994 [1890]). Ao elemento que representa a doença extraída do corpo são atribuídas semelhanças em relação ao objeto que se deseja representar. Como se trata de algo que se quer afastado e destruído (ele pode ser queimado, jogado no lixo ou enterrado), sempre se realizará sobre ele alguma ação que dê àquele que se submeteu à cura a sensação de que o mal está sob controle. Nesse sentido, ao se atribuir ao bicho de cabeça vermelha, que representa a doença de dona Lurdes, características atribuídas à própria doença, efetua-se um controle sobre ela e sobre aquilo que ela representa[54].

---

a técnica da pluma ensangüentada como ele e os feiticeiros da sua tribo faziam. Não tendo surtido efeito a tentativa de curar de seus colegas, pediu permissão para testar sua técnica. Obteve-a. O sucesso foi alcançado: a doente declarou-se curada. Lévi-Strauss constrói sua argumentação sobre a tese de que a eficácia simbólica é afiançada sobre uma tríplice experiência: a do xamã, a do doente e a do público, que toma parte na cura e é responsável pelo consenso coletivo. A apresentação de algo tangível e visível à sua clientela garantiu a superioridade de Quesalid em relação aos outros feiticeiros.

[52] Taussig (1993a) chama a atenção para a importância dada aos aspectos visuais nas culturas ocidentais. Marilena Chauí (1988) tece uma reflexão sobre o olhar na filosofia, destacando a primazia dos olhos em relação aos outros órgãos dos sentidos.

[53] Paula Montero (1985) tece uma discussão sobre as representações que as camadas populares têm acerca dos fenômenos mórbidos, chamando a atenção para a necessidade de ver a doença para atestar a sua existência no plano material.

[54] Taussig (1993a), ao discutir a magia, afirma que a mágica da *mimesis* reside no poder de alguma coisa, que representa algo, sobre o que é representado. Entretanto, a cópia não é, necessariamente, idêntica ao real, mas possui características arbitrariamente selecionadas como definidoras do que se busca controlar.

A apresentação de um bicho qualquer para representar a doença de dona Lurdes não teria o mesmo sentido que um bicho de cabeça vermelha[55]. Há uma certa identidade entre esse bicho e a doença, sendo uma de suas semelhanças o fato de que ele queima e dona Lurdes sentia "uma queimação no estômago". A cabeça vermelha simboliza, nesse caso, o fogo que arde e também o inferno e os sentimentos avassaladores. Pela descrição, esse bicho parece ser uma lagarta. Mais que isso, uma lagarta de fogo, que se arrasta sobre a própria barriga, assemelhando-se à serpente expulsa do paraíso, ser sorrateiro e cheio de inveja.

As características expostas na lagarta de cabeça vermelha, que foi apresentada pela curandeira como tendo sido a doença de dona Lurdes, também trazem à tona a lembrança de um dos poderes atribuídos aos olhos: o de lançar olhares destruidores, carregados de inveja.

A inveja é, dentre os meus pesquisados, um elemento chave para a compreensão de conflitos interpessoais. Desentendimentos fraternos ou amorosos, problemas financeiros ou de saúde são explicados como causados pelo *mau-olhado* ou olhar invejoso de alguém. Através da busca de explicações sobre os malefícios é possível perceber a existência de tensões já declaradas ou latentes. A partir da observação de alguns casos, no decorrer da pesquisa de campo, vi que quando acontece algo de ruim com alguém, várias pessoas são envolvidas no intuito de tentar descobrir quais seriam os possíveis autores do malefício. Fatos são lembrados, contingências e antecedentes medidos, contrariedades, fofocas, intrigas, enfim, tudo é minuciosamente calculado com o fim de descobrir o culpado pela desgraça.

No entanto, faz-se necessário lembrar que não se define *a priori* se uma doença é espiritual ou material. O diagnóstico sobre a origem da doença é sempre *a posteriori*, após terem sido realizados vários procedimentos curativos.

Depois de ter-se definido que uma doença é de origem espiritual enviada por alguém, há toda uma discussão em torno de quem teria sido o autor do malefício e sobre o quê estaria suscitando inveja. Com

---

[55] Se fosse uma borboleta em lugar de uma lagarta, certamente a explicação para a doença não seria a

esse intuito são aventados os prováveis culpados e as causas que poderiam ter atraído o olhar invejoso. O culpado é invariavelmente encontrado dentre aqueles com quem o doente teve alguma desavença recente. Assim, a inveja nunca é atribuída a alguém com quem a vítima do malefício não se relacione.

Dona Lurdes encontrou no patrão o acusado perfeito como causador de sua doença. Havia, naquele momento, uma tensão nas relações entre os seus familiares e o dono das terras onde trabalhavam. Embora ela não tenha se referido ao fato de estar prestes a perder o emprego, ao falar da causa da sua doença, quando ela passou a me contar sobre os lugares em que trabalhou, seus patrões, desavenças e seus respectivos períodos, atentei para o conflito existente naquela ocasião. Seu patrão estava começando a substituir a lavoura de café por pasto e, à medida que os colonos[56] formavam o pasto, iam sendo despedidos. O trabalho nas lavouras de café representava mais que um emprego: garantia moradia para toda a família e um pedaço de terra para cultivo de subsistência. A família de dona Lurdes, segundo o que me disse, foi rápida na plantação de capim, pois ela ajudava seu pai e irmãos no plantio. Por terem plantado o pasto mais rapidamente, foi encurtado o seu período de permanência naquela fazenda.

De acordo com a ética vigente no meio rural, informada por valores do catolicismo popular, nas relações entre patrão e empregado deveria haver uma certa reciprocidade. Nessa lógica, caberia aos empregados a realização de serviços e a manutenção da lealdade. Já os patrões seriam responsáveis pela garantia de uma proteção especial e pela manutenção do emprego (Zaluar, 1973). Ora, o patrão de dona Lurdes, ao negar a preservação do emprego, estava rompendo com a parte do acordo que lhe cabia.

No momento em que ficou doente, uma das grandes tensões de dona Lurdes dizia respeito à manutenção do trabalho. Seu patrão havia se negado a manter sua família na fazenda sob a alegação de que o pasto

---

mesma, ou seja, não seria atribuída a um "trabalho feito" a mando do patrão de dona Lurdes.

[56] Eram denominados colonos os trabalhadores das lavouras de café, que residiam nas fazendas onde trabalhavam.

já havia sido formado. A rapidez da formação do pasto estava relacionada à capacidade de trabalho que tinha dona Lurdes, portanto, foi a sua qualidade de trabalhadora a causadora da inveja no patrão. O malefício de que foi vítima dona Lurdes fez surgir uma lagarta que queimava em seu estômago, impedindo que ela se alimentasse e dormisse, enfraquecendo-a e diminuindo a sua capacidade de trabalhar.

A concepção de que a inveja é causadora de doenças e outras desgraças expressa muitas das características atribuídas a esse tipo de sentimento e a quem o possui. Portador de um poder destrutivo, o olhar invejoso faz secar suas vítimas. Por esse motivo, as doenças causadas pela inveja atingem particularmente as vísceras, fazendo com que a pessoa vomite, defeque e deixe de comer até perder toda a sua força, ficando entregue à morte.

Ao vomitar e defecar continuamente o corpo perde, entre outras coisas, água, que é parte constituinte dos fluidos corporais. Esses fluidos, ao circularem pelo organismo levando nutrientes e retirando substâncias nocivas, estabelecem uma comunicação entre os órgãos e do corpo com o exterior. As vísceras são condutoras dos fluidos corporais e, enquanto ductos por onde passam sangue e bile - entre outros fluidos – constituem-se em mantenedoras das funções vitais. Assim, secar as vísceras, fazendo-as contrair, expulsar seu conteúdo e impedir a absorção de nutrientes, equivale a fazer cessar, aos poucos, a seiva da vida.

A inveja é, segundo essa concepção, um sentimento universal. Entretanto, a reflexão sobre ela distingue gradações diferenciadas desse sentimento, indo de uma proporção que não faz mal à ninguém a outra, que faz secar tudo sobre o quê pousem os olhos. Esses dois extremos são raros, sendo o primeiro mais raro que o segundo.

Embora quase todos tenham pelo menos um pouco de inveja, os malefícios apenas podem ser feitos se houver uma intencionalidade. As crianças, entretanto, excetuam-se a essa regra, pois, de acordo com os meus informantes, além de não possuírem inveja, não são conscientemente invejadas, nem resistentes àquela gradação de inveja, que não chega a causar mal aos adultos.

Considerada, como vimos, um ser "mais perecível", a criança é mais vulnerável às doenças causadas pelo olhar invejoso. Esse tipo de olhar sobre a criança, segundo os meus pesquisados, produz um mal, o *quebrante*, que a deixa irritada, manhosa, sem conseguir dormir nem comer. A criança vítima de *quebrante*, antes vivaz, vai definhando aos poucos, embora, na maioria das vezes, o autor do olhar sequer tenha tido a intenção de causar mal.

O olhar que causa *quebrante* é, na maioria das vezes, de admiração pelas qualidades da criança, mas revela a existência de uma maldade interna às pessoas, pois, mesmo sem intento, elas causam mal ao se depararem com algo desejado e não possuído. Esse mesmo tipo de explicação é dado para a queda de um alimento ou bebida que estava sendo consumida em público. Diz-se que a queda foi causada pelo "olho gordo" de alguém que estava com vontade de provar daquele alimento ou bebida e não pode fazê-lo[57].

O quebrante pode ser, no entanto, mais ou menos forte, dependendo da intensidade da maldade e da inveja existentes no coração das pessoas. As pessoas extremamente boas, de alma pura, estão livres de "colocar *quebrante*", pois não partilham desse tipo de vício do ser humano. Entretanto, segundo o que dizem meus informantes, há pessoas tão más que fazem secar até as plantas que olham. Do olhar dessas pessoas as crianças devem ser protegidas, pois ainda não têm a mesma capacidade de se proteger que os adultos.

Na maior parte das vezes não se sabe quem colocou *quebrante* numa criança. Como esse não é um ato intencional, as pessoas não se preocupam em descobrir a autoria do olhar responsável por causar esse mal. O *quebrante*, se for cuidado logo no início, não causa grandes malefícios, mas, segundo os meus informantes, se a criança não for benzida logo, a doença pode "passar". Caso isso ocorra, torna-se difícil encontrar a cura.

---

[57] A expressão "olho gordo" é também empregada para referir-se a qualquer olhar invejoso, que faz minguar o que é desejado.

"Você não vê que muita gente leva os filhos para benzer? Você sabe disso? Quebrante passado é que faz isso. E se passar a doença, não escapa. Aí nem benzedor, nem médico ... Não escapa. Não pode deixar passar. (...) [E quando o quebrante] passa nos ossos, os ossos vão ficando fracos, morre. (...) Pega no intestino da criança, no estômago. A criança vai, tudo que come não pára e dá uma febre. (...) Fica parecendo um macaquinho (...). Quando está passadinho, a carinha vai mudando, fica parecendo macaquinho, porque vai secando. Judiação..." (dona Geralda).

Quebrante passado, ou seja, que não foi curado no devido tempo, se transforma em *mal de simioto*. A principal característica do *mal de simioto* é que a criança vai perdendo suas feições e adquirindo semelhanças com o macaco. Aliás, a denominação dessa doença já traz essa marca: a palavra *simioto* origina-se de símio, macaco. Este é um mal bastante temido dentre a população pesquisada, pois a sua existência revela um quadro de difícil recuperação, cuja cura apenas pode ser alcançada através de benzimento.

"A minha filha mais velha deu aquela tuberculose infantil, que eles chamavam mal de simioto, que a criança seca, seca e se não souber curar, ela morre mesmo. A minha Marlene já estava desenganada dos médicos. Minha vizinha, a dona Leonor, falava assim: vamos levar essa menina na dona Cacilda - Maria Cacilda - que ela benze e sara, ela curou uma menina minha e tal. (...) Um dia (...) eu falei: a menina é minha, eu já não estou agüentando mais, a coitada vai acabar morrendo, deixa eu levar. Aí chamei a dona Leonor e fomos. (...) Chegamos lá, a dona Maria Cacilda falou: 'nossa! Essa criança eu não sei não, eu não me comprometo não, eu vou fazer o trabalho por fazer, ela pode piorar, você que pensa, você que vê, de qualquer jeito ela vai morrer, se eu começar o tratamento ela morre, se eu não começar o tratamento ela morre também'. Aí eu falei: faça, dona Maria, pode fazer o tratamento. Ela fez o benzimento. Tinha que levar três sextas-feiras, eu levei as três sextas-feiras e fiz o remédio que ela mandou fazer.(...) Fiz o banho e ela falou: 'depois que você fizer o banho nela, você pega o azeite de mamona, enxuga ela bem sequinha e passa azeite de mamona nela todinha, da cabeça aos pés. Você não pode deixar um

lugar sem passar, o lugar que você deixar sem passar vai ficar seco, outras partes dela engordam - se ela sarar - e aquela vai ficar defeituosa'. E eu não ia deixar ela ficar defeituosa. Arrumei uma garrafa de azeite de mamona, fiz direitinho os banhos para a menina, eram três banhos. Ela falou: 'olha, se ela escapar do primeiro, aí ela vai em frente, se não ...' (...) Na outra sexta-feira, já levei, contei para ela como é que foi tudo e ela falou: 'pois agora você pode ficar tranqüila que ela vai sarar'. Aí, levei mais uma vez, que eram três vezes, fiz os três banhos, tudo bonitinho e ela falou: 'dá leite para ela, de vaca, nada de leite com água, nada de não sei o quê, dá forte, cozinha ovo e dá'. Eu falei assim: mas ela tem só seis meses, ela está muito fraquinha. 'Dá, eu estou falando para dar'. Aí eu tratei igual ela mandou, mas o mais interessante é que (...) antes de procurá-la, eu já tinha me desenganado, já tinha entregue ela para Nossa Senhora e (...) aí um dia eu atravessei a rua e fui numa loja que tinha em frente comprar não sei o quê, aí eu vi uns quadros e tinha um de Nossa Senhora das Graças, mas tão lindo, tão lindo... (...) Eu falei: meu Deus, eu achei a cura para Marlene. Aí peguei aquele quadro, comprei (...) e levei. Pus na cabeceira da cama dela e falei: Nossa Senhora, se você curar essa menina, esse quadro nunca vai sair da cabeceira da cama dela. Aí foi que com uns dois ou três dias a gente já foi procurar essa benzedora. E eu rezava as três ave-marias para Nossa Senhora das Graças todos os dias, até Marlene acabar de sarar. Marlene sarou, ficou uma gracinha. Com uns dois meses ela já estava bem gordinha, logo ela engatinhou, andou, ficou fofinha." (dona Florinda).

O tratamento do *mal de simioto*, assim como acontece com o *quebrante* e outras doenças de origem espiritual, segue um ritual. Para curar *quebrante* esse ritual é composto apenas por uma sessão de benzimento, geralmente utilizando ramos de arruda, que murcha tanto mais rapidamente quanto mais forte ele for. Porém, quando se trata de males considerados de maior gravidade, a cura é buscada através de rituais que envolvem outros elementos além do benzimento. Vejamos os procedimentos constantes no trecho transcrito acima.

De acordo com o relato de dona Florinda, para que sua filha se restabelecesse, foi necessário que ela fosse levada por três vezes para ser benzida, que lhe fossem dados três banhos seguidos da unção de todo

o corpo com óleo de rícino e, posteriormente, que lhe fosse ministrada uma dieta composta de alimentos fortes, como ovo e leite.

A partir deste e de outros depoimentos que ouvi sobre a cura de doenças enviadas por outras pessoas, pude observar que, normalmente, o doente é levado a três ou nove sessões de benzimento, acompanhadas da administração de chás, garrafadas e da prescrição de uma dieta alimentar, que visa recompor as forças perdidas em decorrência da doença. Além disso, como parte do tratamento, são recomendados banhos, tomados, assim como os chás e garrafadas, três, nove ou vinte e uma vezes, cuja freqüência pode ser diária, durante três semanas consecutivas, ou dividida em uma ou três vezes semanais, conforme o estágio em que se encontra a doença a ser curada.

Esses rituais são marcados pela repetição dos procedimentos por um número múltiplo de três. Segundo o grupo pesquisado, a divisão ou composição das coisas em três partes tem como fundamento o fato de serem três as pessoas da santíssima trindade, trinta e três os anos vividos por Jesus Cristo como homem e três os dias que constituíram o seu sacrifício e ressurreição.

Outro componente dos rituais de cura diz respeito ao fato de serem os doentes levados ao local em que se realiza o benzimento[58]. Mais que ser levados ao ambiente em que se realiza o ritual de cura, os doentes têm que ser conduzidos ao tratamento, pois, de acordo com os meus informantes, não são capazes de buscar a cura, em virtude do estado de fraqueza causado pela doença. Os doentes, particularmente os portadores de doenças espirituais, são vistos como pessoas parcial e momentaneamente incapazes, que necessitam de compreensão, orientação e cuidados especiais. Ainda segundo essa concepção, as doenças graves fazem com que se perca o controle sobre os atos e a capacidade de tomar decisões coerentes, sendo os males causados pela inveja os que mais atingem essa capacidade.

A inveja, quando se impregna no corpo, vai tirando, à medida que faz secar as vísceras, a vontade de viver. Para que essa vontade seja

---

[58] No caso relatado por dona Florinda, tratava-se de um bebê de seis meses, que certamente não poderia

restabelecida, faz-se necessário eliminar a força da inveja a partir da purificação do corpo. Nesse sentido, são feitos benzimentos e banhos preparados a partir de uma infusão com ervas consideradas boas para afastar inveja.

Um pouco da água – a que são adicionadas ervas consideradas portadoras de um poder purificador - com que deve ser banhado o corpo é também dada ao doente para beber. Essa água, ao mesmo tempo que limpa, restabelece os canais de comunicação corporais, ressecados em virtude dos vômitos e diarréia provocados pela doença causada pela inveja. Entretanto, se a utilização da água nas primeiras fases do ritual de cura é imprescindível, posto que limpa, purifica e reabre os canais, no momento posterior, após o corpo ter-se libertado do poder nefasto da inveja, deve ser substituída por elementos que fortaleçam.

A água, ao mesmo tempo em que tira a força do mal, da inveja e de tudo que é impuro, enfraquece também, segundo meus informantes, comidas e bebidas. Os caldos, sopas e leite "aguado" são considerados bons para os doentes, por assemelhar-se à sua condição de fraqueza, mas devem ser substituídos por uma dieta tônica depois que a doença tiver sido curada. Entretanto, a água, além de limpar as impurezas advindas da força sorrateira da inveja, prepara para o recebimento de elementos revigorantes.

O *mal de simioto* é um exemplo singular, que concentra as características destrutivas peculiares à inveja. Assim como o *quebrante*, o *mal de simioto* atinge apenas as crianças, por elas serem mais sensíveis aos olhares invejosos que os adultos. O adulto, cujo corpo já está formado, só pode ser atingido pelo mau-olhado ou por feitiços realizados com a finalidade de destruir algo que esteja causando inveja. Portanto, para alcançar o adulto, a inveja lançada tem que ser consciente e intencional.

A criança, considerada inocente, é incapaz de trazer dentro de si um sentimento como a inveja. Partindo desse pressuposto, não há possibilidade de que uma criança venha a "colocar *quebrante*" noutra. Além disso, como ainda não participa das relações sociais, uma criança nunca

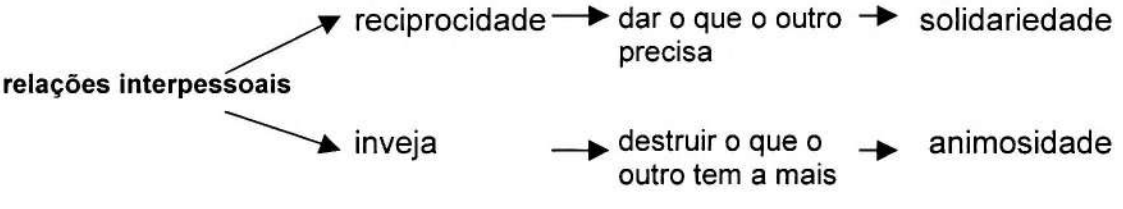
---

dirigir-se à casa da benzedeira, mas esse comportamento se repete com os adultos.

será acusada de causadora de mau-olhado, doença ou quaisquer outros infortúnios.

O mau-olhado, da mesma forma que a doença mandada por outra pessoa, supõe pois uma situação de conflito. Como já afirmei anteriormente, a acusação de autoria de malefício que tenha causado doença ou outro infortúnio qualquer, pressupõe a existência de uma tensão nas relações entre acusados e acusadores. A animosidade entre as pessoas envolvidas é condição *sine qua non* para sustentar a acusação e encontrar os motivos que levaram o acusado a agir dessa forma. Não havendo animosidade entre adultos e crianças, as brigas e desafetos ocorrem geralmente entre pessoas de uma mesma faixa etária, que mantêm relações constantes e próximas.

As concepções que dão explicação às doenças enviadas por Deus e àquelas mandadas por outras pessoas sustentam-se sobre o pressuposto de que há uma igualdade entre os homens. Ninguém é melhor ou pior que os outros, todos, segundo esse modo de pensar, são iguais perante Deus. O pressuposto de igualdade permite uma não diferenciação hierárquica no que diz respeito tanto à acusação de autoria de malefício em decorrência de inveja quanto ao auxílio em caso de necessidade. Ricos e pobres podem ser indistintamente invejados ou ajudados, sendo o tipo de atuação de uma pessoa em relação à outra estabelecido pela tônica das relações normalmente mantidas entre elas. Quando há um relacionamento amigável, em que são instituídas alianças ou acordos, firma-se um pacto de ajuda mútua. Se, entretanto, houver um desentendimento, qualquer infortúnio que aconteça na vida de um dos pares da relação pode ser atribuído à inveja ou ao mau-olhado do outro.



Embora sejam dois preceitos antagônicos, reciprocidade e inveja são postos em ação tendo como base um mesmo princípio.

A reciprocidade, força motriz da solidariedade, atua no sentido de fazer com que as coisas sejam partilhadas. A dor, o sofrimento, a perda e a falta são diminuídas com a participação de outras pessoas na resolução dos problemas. A ajuda é, na maioria das vezes, voluntária. Entretanto, quem, num determinado momento da vida, obteve auxílio para ultrapassar dificuldades torna-se devedor daqueles que o ajudaram. Caso estes venham a ter necessidade, aquele deve oferecer os seus préstimos.

As relações de solidariedade podem ser sempre repostas, mas também extintas quando aquele que recebeu auxílio primeiro deixar de se considerar devedor de quem o ajudou. Nesse caso, a relação antes pautada pela lealdade e solidariedade pode transformar-se numa relação em que domine a animosidade. Esses dois tipos de relação podem alternar-se no decorrer da vida das pessoas, apesar da solidariedade ser um dos preceitos morais mais estimados entre o grupo pesquisado.

A inveja, contraponto da lealdade, permeia as relações sociais como um todo. Seu valor, no entanto, é inverso ao desejável. Embora não tenha encontrado, durante a realização da pesquisa de campo, ninguém que tenha admitido ser invejoso ou assumido a autoria de algum malefício em virtude da inveja, todos falam da sua força destruidora, contam casos em que pessoas perderam tudo, adoeceram ou até morreram em virtude de olhares invejosos e, acima de tudo, sobre formas de proteção contra esse mal.

> "A gente precisa concentrar com Deus mesmo e as forças divinas (...) As forças divinas são tudo o que é de Deus. (...) Porque se for falar num santo e falar noutro demora. Então eu já falo direto com as forças divinas (...) para ajudar, nos livrar dos bandidos, das coisas ruins, da inveja, de tudo. (...) Isso aí é para livrar das coisas ruins. Você sabe que tem gente do olho grande, que tem inveja de você. Às vezes até você arruma uma coisinha na sua casa ... não é verdade? Então, nós temos de rezar todo dia para Nossa Senhora da Aparecida, para São Sebastião, São Jorge Guerreiro. São Jorge Guerreiro ajuda a cortar as correntes negativas e São Sebastião não gosta de mal feito" (dona Geralda).

A inveja é uma força sorrateira temida por todos. A oração, da mesma forma que alguns amuletos como, por exemplo, um galhinho de arruda e três dentes de alho mantidos dentro da bolsa, funcionam, de acordo com os meus informantes, como protetores contra o mal que flui dos olhos dos invejosos. A inveja, enquanto explicação de infortúnios e doenças, expressa o rompimento de uma relação, a incapacidade de retribuição, o mal que se origina na desigualdade e, mais que isso, define a condição humana enquanto repleta de máculas. Ela é considerada um dos piores pecados, mas, apesar disso, está presente em quase todas as pessoas, mesmo que em proporções desiguais.

A condição humana é interpretada, pelos meus pesquisados, como portadora de uma força que se opõe a tudo que é considerado bom, puro e desejável. Ser humano é ser pecador, impuro. Nesse sentido, pensar a inveja e suas formas de manifestação pressupõe analisar, além de uma série de possibilidades da vida social, a forma como a própria condição de humanidade é concebida[59]. A vida na terra é vista como fonte constante de sofrimento e dor causados tanto pela falta do que é desejado quanto pela maldade alheia, traduzida na inveja.

A inveja, de acordo com os meus informantes, quando se aloja no corpo, pode levar à morte ou fazer matar. Ao se alojar nas vísceras ou noutra parte do lado de baixo do corpo, ela faz minguar a vida, mas, se estiver alojada na cabeça pode fazer com que a sua vítima mate alguém que, em condições normais, jamais agrediria. A inveja faz perder a cabeça: pessoas responsáveis e calmas tornam-se desleixadas e agressivas, trabalhadores ficam preguiçosos, não se importando mais com a preservação do emprego, nem com a manutenção da família.

Por causar tantos danos, a inveja deve ser retirada do corpo para que a pessoa seja curada. A sua extração, por se tratar de uma doença espiritual, requer a intervenção de um mediador entre os homens e o mundo sobrenatural. Após ter sido diagnosticada e os procedimentos purificadores - benzimento, reza, ingestão de beberagens, etc. – realizados,

---

[59] Segundo Taussig (1993b: 370), "a inveja é uma teoria das relações sociais que funciona não por estabelecer uma hierofania de causas, mas enquanto presença imanente ao se colorir um diálogo, estabelecer seus tons, sentimentos e repertório de imaginário".

a inveja é expurgada e, ao ser expelida, pode aparecer sob a forma de bicho (como o que apareceu na garrafada que a benzedeira preparou para dona Lurdes), vômito ou fezes.

Fluidos, secreções e excreções corporais: a cura como extração do mal

A cura das doenças, causadas pela inveja ou não, é pensada, pela população pesquisada, como resultante da extração de um mal entranhado no corpo ou na alma. A partir dos relatos que ouvi sobre os processos de tratamento e cura, observei a recorrência a afirmações de que a doença é expelida do corpo através de secreções e excreções.

> "Eu curei a bronquite da Raquel e da Marlene, da mais velha e da mais nova com chás. (...) Punha banha de galinha e dava para a criança bem morninho, de manhã. Dava todos os dias, de manhã e à noite. Você sabe que as meninas ficaram boas? O interessante é que para elas sararem, eu dava aquele chá, de manhã e por umas duas vezes elas vomitaram tanto! Não é que o produto fez mal, é que o produto mexeu, limpou. Aquilo, menina, mas saiu tanto catarro, tanto catarro que lambrecou tudo a roupinha. Aí, ficaram boas. (...) Quer dizer que a bronquite nada mais é do que catarro no pulmão" (dona Florinda).

Assim como algumas outras secreções e excreções expelidas em situações de adoecimento, o catarro é considerado fruto de uma impureza que se instalou no corpo, obstruindo os caminhos por onde deveriam passar os elementos necessários à boa respiração. Para que a saúde - aqui representada pela normalidade da respiração - seja restabelecida, é preciso limpar as impurezas. Nesse sentido, a banha de galinha – quente e viscosa – tem o poder de fazer fluir potencializado ao ser acrescentada aos chás quentes que, de acordo com as concepções do grupo pesquisado, são portadores da propriedade de dissolver as coisas frias[60]. Tornando os canais escorregadios e, ao mesmo tempo, quebrando a "frieza" da doença, a administração da mistura de chá quente e banha de galinha faz sair o catarro, limpando a bronquite e deixando livres os ductos corporais.

---

[60] Vale ressaltar que a bronquite, da mesma forma que outras doenças respiratórias, é considerada fria e deve ser combatida através de remédios, bebidas e alimentos quentes.

Enquanto o catarro, no relato de dona Florinda, é a bronquite de suas filhas saindo dos pulmões, o bicho de cabeça vermelha de que falou dona Lurdes é a inveja, ou seja, o cerne da sua doença. Já o suor, nos dizeres de dona Benedita, representa a febre, a gripe - a *ruindade* - saindo do corpo de seu marido. Em decorrência dessa concepção, o remédio considerado bom deve agir expelindo o mal do corpo, colocando-o para fora.

> "Meu marido foi para Assaí segunda-feira e chegou ruim da gripe. (...) Eu fui lá e apanhei um punhado de erva-cidreira dessas de capim, peguei três folhas de alfavacão, peguei também manjericão (...) e coloquei dentro do chá. Fervi. Peguei um favinho de mel, coloquei uma colher de mel e mais um pouquinho de açúcar (...), aí dei para ele. Aí, peguei, coloquei dois cobertores e (...) o acolchoado, joguei por cima dele, puxei a porta do quarto e tranquei. (...) Deixei passar mais ou menos uma hora. Voltei lá, quando eu cheguei, ele estava molhadinho, que dava para torcer a roupa dele. Aí, (...) cadê a gripe? Não tinha mais gripe. Suou, tirou toda aquela ruindade que estava por dentro, saiu tudo para fora." (dona Benedita).

O suor, ao mesmo tempo que leva para fora do corpo toda *ruindade*, faz com que as *bichas* saiam para se alimentar. Entre a população pesquisada, acredita-se que, quando uma criança está à beira da morte em decorrência da ingestão de um vermífugo muito forte – receitado por um médico -, que mata todas as *bichas*, a sua vida pode ser salva se a *bicha chefe* puder se fortalecer através da esfregação de uma mistura de mel com teias de aranha em sua pele. Após essa mistura ser espalhada pelo corpo, ele deve ser bem coberto, para suar. O suor traz a *bicha chefe* até a pele, onde está a mistura, possibilitando que ela se alimente. Nesse caso, a pele funciona como limite do corpo, expelindo o mal e trazendo de fora a força necessária à manutenção da vida.

O alimento trazido de fora fortalece, dá vigor, faz a vida recomeçar. Entretanto, o recomeço pressupõe que tudo seja posto em seus devidos lugares, sem alvoroço, pois *bicha* alvoroçada sobe para a cabeça e

mata. Por outro lado, sem a *bicha chefe*[61] o corpo "não se desenvolve", o que significa a sua morte.

Embora as excreções – e, às vezes, também as secreções - representem o mal saindo do corpo, elas apenas são vistas como sinal da cura quando precedidas de uma intervenção curativa, seja ela espiritual ou através da aplicação de remédios. Na ausência de intervenção curativa as excreções podem sinalizar a existência de um mal entranhado no corpo.

A doença é, pois, vista como um mal ou "sujeira". Assim, para que a saúde seja recuperada o corpo doente deve ser limpo. As noções de sujeira e limpeza são operadoras do sistema que ordena as concepções de mundo do grupo pesquisado. A partir dessas noções classifica-se o que é saudável ou doentio, puro ou impuro. Nesse sentido, a aparência da pele dá indícios quanto ao estado de pureza ou impureza de alguém. Sua apresentação - limpa ou suja, sã ou doentia - dá sinais da vida interior, já que a "imundície" que está dentro do corpo pode ser posta para fora pelas fezes, vômito, catarro, mas também pelo suor ou pústulas, que se espalham sobre a pele.

> "Quando as pessoas tinham aqueles furúnculos no corpo, falavam que o sangue estava sujo. Então você tomava aqueles purgantes de óleo para poder fazer a limpeza, porque o intestino mal, que funciona mal, é aonde que dá esses problemas na pele" (dona Rosalina).

Furúnculos e manchas espalhados sobre a pele denunciam a presença de excrementos dentro do corpo. Além disso, a não realização periódica de "limpezas" pode ocasionar um aumento da população de lombrigas, que aguçam os desejos, corrompendo a alma pela substituição de uma atitude de continência, considerada virtuosa, por outra, pecadora, guiada pela busca da satisfação dos desejos.

Além disso, ter o "sangue sujo" traz conseqüências em relação à apresentação da pele, pois a presença de furúnculos e feridas purulentas é sinal de que o sangue está contaminado. É preciso pois, para limpá-lo,

---

[61] As representações em torno da *bicha chefe* são discutidas no capítulo *Mulheres, crianças, anjos e serpentes.*

eliminar os excrementos através da ingestão de purgantes. No entanto, dizer que uma pessoa tem o "sangue ruim" pode ser sinônimo de que é desonesta, mau caráter, cruel. A *ruindade* do sangue, segundo o que dizem meus informantes, pode ser de herança - quando a família inteira é considerada portadora de má índole - ou uma característica individual.

O corpo é, acima de tudo, um lugar de geração de significados sociais. Segundo Mary Douglas, "como é verdade que tudo simboliza o corpo, então é verdade (e tudo o mais por aquela razão) que o corpo simboliza todo o resto" (1976:150). A interpretação, pelo grupo pesquisado, do corpo e das doenças condensa, através de metáforas e imagens, situações sociais específicas. Nesse sentido, as metáforas em torno do sangue e da pele carregam significados que extrapolam os limites corporais, estendendo-se à pureza ritual e social.

Para curar doenças de pele, além da ingestão de remédios para *limpar* o sangue, o corpo deve ser lavado. A água, fonte de purificação, é utilizada numa vasta gama de ritos, indo desde o batismo - purificação do pecado original – aos rituais bíblicos de purificação de leprosos[62]. Dessa forma, o banho, por si só, carrega significados relacionados à purificação, mas quando à água são adicionadas pétalas de rosa branca, ervas ou um outro elemento também considerado purificador, o seu poder é intensificado.

> "Uma vez, lá na minha terra, um homem [estava] quase para morrer, saía bicho nele assim e os dedos [estavam] caindo. (...) Aí eu falei: ah, dona Maria (...) eu vou ali catar umas folhas de gabiroba e vamos dar um banho nele. Tem criolina aí? O Sr. Joaquim foi buscar [criolina], enquanto eu fervia o banho. (...) O Sr. Joaquim deu um banho de criolina com gabiroba [no rapaz]. (...) Aí, filha, eu falei: se ele melhorar, amanhã vocês tornam a fazer, vai fazendo o banho até sarar. No outro dia, ele melhorou! (...) O velho mais dona Maria continuaram [a banhar o rapaz]. (...) E o moço sarou" (dona Geralda).

---

[62] Sobre os rituais de purificação de leprosos e lazarentos, ver, na Bíblia, Levítico 13, 14 e 15; Lucas, 5, 12-16; Mateus 8, 1-4 e Marcos 1, 40-45.

A recorrência, nos discursos dos meus informantes, aos banhos como indispensáveis para o tratamento e cura das doenças de pele sempre se fez presente. A questão é bem pontuada: para curar, é preciso "limpar", purificar, tirar a sujeira, o que polui. Entretanto, a referência aos banhos não se limita à cura das doenças de pele, embora sejam preponderantemente utilizados para esse fim. Os banhos são também recomendados e utilizados para limpeza dos males da alma ou causados pela inveja alheia.

> "Quando (...) a pessoa sentia que tinha algum problema de benzimento, então ia lá para benzer. Sempre ela ensinava uns banhos (...) Às vezes, a pessoa tinha algum problema, (...) inveja, então ela ensinava banho de alecrim, banho de arruda. É bom para aliviar o corpo." (dona Sebastiana).

O banho é considerado bom para expurgar tanto os males de origem material quanto os de origem espiritual. Preparados com ervas consideradas "boas para descarregar", estendem o seu poder purificador à limpeza da alma e dos males de origem espiritual, que se impregnaram no corpo.

A concepção de que o banho pode lavar não só o corpo, mas também purificar a alma encontra eco nos textos bíblicos, particularmente no velho testamento. Nesses textos, as doenças de pele são aquelas que recebem a maior parte da atenção, sendo seus portadores considerados fonte de contaminação dos sacerdotes.

Embora, entre o grupo pesquisado, esteja fortemente presente a noção de impureza dos portadores de doenças de pele[63], há, entre as mulheres que me foram indicadas como conhecedoras da cura, uma diferença de atitude entre o que propõe os rituais bíblicos de purificação do velho testamento e a forma como elas se portam diante das pessoas que carregam esse tipo de doença. Estas mulheres, assim como os sacerdotes, são consideradas (e consideram-se) intermediárias entre o mundo humano

---

[63] Há uma diferenciação quanto ao grau de impureza, dependendo do tipo de doença. Quando se trata de afecções de pele mais comuns entre crianças, como brotoeja, não se dá muita importância, mas esse quadro se modifica quando a pele fica coberta por feridas purulentas.

e o divino, mas não lhes é interditado o contato com os doentes. Ao contrário dos sacerdotes do antigo testamento, elas assumem a obrigação de cuidar e tratar das feridas.

A ética cristã presente nos textos do novo testamento, bem como aquela partilhada pelos adeptos do catolicismo popular, orienta as ações de cura, tendo na figura de Jesus Cristo um exemplo. De acordo com esses textos, Jesus tocava os leprosos e, com o seu toque, curava-os.[64] As mulheres que me foram indicadas como conhecedoras da cura consideram-se portadoras de um dom que lhes dá a capacidade de transmitir a bênção divina àqueles que as procuram. Assim, por terem recebido a graça de possuir o poder de sentir e ver a doença, elas dedicam-se inclusive ao cuidado desse tipo de doentes, preparando-lhes banhos, fazendo orações e limpando as feridas com as suas próprias mãos[65]. Ao tratar da doença e aliviar as dores, as mulheres que se dedicam à cura aproximam-se do ideal de caridade cristã. Doar-se aos outros como Jesus o fez e distribuir - de graça - a graça recebida de Deus é a obrigação que elas atribuem a si próprias.

A capacidade de ver e curar a doença é pensada como uma dádiva de Deus. Por serem portadoras desse poder, essas mulheres são vistas como intermediárias entre os humanos e o mundo divino. Segundo seus relatos sobre as formas de percepção da doença e conhecimentos acerca dos remédios adequados para tratá-la, há uma força divina que as guia nesse sentido. Embora haja diferenças entre os processos vivenciados por cada uma delas na descoberta do dom e na sua afirmação enquanto conhecedoras das doenças e suas curas, todas se referem à sensação da dor do doente transposta para o seu próprio corpo como uma forma de ver e saber qual é a doença.

---

[64] A preocupação com o isolamento dos leprosos esteve também presente na biomedicina até bem pouco tempo. A construção de leprosários com uma estrutura semelhante a de uma cidade-prisão, de onde as pessoas não podiam sair, é uma demonstração do "perigo" que esses doentes representavam.

[65] O tratamento das feridas, assim como o das dores advindas de quaisquer outros males, são, na maioria das vezes, deixados às mulheres, mesmo que estas não sejam profissionais da cura. No meio pesquisado, é esperado que as mulheres se dediquem ao cuidado dos corpos dos outros, principalmente quando se trata dos corpos de seus familiares.

"Eu ponho a mão na cabeça (...) e eu já sinto que pessoa está com problema na coluna. É que nem as outras doenças mesmo, que eu sinto. Eu sinto o coração. . . Às vezes está com problema de coração, aí eu ponho assim, aí eu tenho aquela dor, eu tenho aquela batedeira. Eu sinto em mim. É por isso que eu sei ver as doenças" (dona Geralda).

Sentir é ver com os olhos do espírito. Sagas de beatos e santos são repletas de referências à capacidade de incorporar em si as doenças e os infortúnios dos outros. *Ver* através do espírito é uma das qualidades dos santos e das pessoas que mantêm um contato mais próximo com o divino. Nesse sentido, a visão pode prescindir dos olhos. Entretanto, apesar de ser a sensação dolorosa o que marca a percepção da doença, a referência a essa experiência é feita sob a ótica do olhar. O olhar, ao mesmo tempo que pode descobrir a doença, pode perceber a desigualdade e lançar a inveja.

Encontros e desencontros entre as lógicas biomédica e popular

A forma de classificar as doenças e as curas - que envolvem um tratamento adequado quanto à alimentação, exposição (ou não) ao frio, tipos de remédios a serem ingeridos, entre outras coisas - dentre o grupo popular com o qual realizei a pesquisa, assemelha-se, em alguns aspectos, aos princípios da medicina hipocrática. Hipócrates (460-351 a.C.) partia do princípio de que o corpo era formado por uma mistura de calor e frio, umidade e secura, sendo a doença o resultado de um desequilíbrio entre essas porções. As doenças, assim como os alimentos, bebidas, climas e banhos - que, segundo Hipócrates, poderiam auxiliar no tratamento das doenças, devolvendo ou retirando a umidade do corpo, de acordo com a água utilizada (potável ou salgada), sua temperatura e se tomado em jejum ou após as refeições - eram considerados frios, quentes, úmidos ou secos.

Para que fosse alcançada a cura, Hipócrates indicava um regime composto por alimentos, banhos, bebidas, exposição ao calor ou ao frio e exercícios físicos que tivessem características contrárias às da doença, pois, segundo ele, para que a saúde fosse recuperada, far-se-ia necessário repor o elemento – frio, quente, úmido ou seco – que se encontra em quantidade insuficiente para o equilíbrio corporal.

A classificação popular das doenças[66], alimentos e remédios também os divide em frios e quentes, porém, embora a doença também seja pensada como resultado de um desequilíbrio, a cura nem sempre é vista como resultado da aplicação de um regime com características contrárias àquelas atribuídas à doença. Existem doenças, como por exemplo, as relacionadas ao trato digestivo, consideradas quentes, para as quais são indicados remédios e alimentos frios. Da mesma forma, aquelas doenças ligadas ao aparelho respiratório são classificadas como frias e o seu tratamento é feito através da ingestão de coisas quentes.

Entretanto, tudo o diz respeito ao sangue menstrual e ao útero é considerado quente, mas o regime proposto para os períodos menstrual e pós-parto, assim como para o tratamento de doenças relacionadas ao

---

[66] A discussão sobre as características dessas classificações, bem como as interpretações feitas por outros

aparelho reprodutor feminino, é composto apenas por elementos quentes, sendo o contato com as coisas frias proibido ou desaconselhado para as mulheres que estejam passando por algum desses períodos. Também as doenças dos rins e bexiga são classificadas como frias, porém, nesse caso, para que a saúde seja restabelecida é indicado um regime composto por alimentos, bebidas e remédios considerados frios.

A biomedicina não mais se utiliza das classificações hipocráticas das doenças e alimentos, mas mantém a postura, postulada por Hipócrates, de desprezar as explicações mágico-religiosas sobre os males que atingem o corpo. Desde Hipócrates, os discípulos da biomedicina intentam a erradicação do pensamento mágico-religioso sobre o corpo, embora a dicotomia corpo/mente, natural/sobrenatural, real/irreal tenha ganhado sua formulação máxima com o pensamento cartesiano, que concebeu o corpo enquanto algo palpável e a mente/alma como intangível. A máxima cartesiana de que nenhuma verdade pode ser aceita se não for estabelecida pela evidência torna-se precursora das concepções biomédicas contemporâneas (Scheper-Hughes e Lock, 1987).

Para o grupo popular, ao contrário do que ocorre na biomedicina, não se coloca um limite, no que diz respeito à atribuição de uma causa para as doenças, entre natural e sobrenatural. As doenças, de acordo com as concepções populares, são classificadas como materiais e espirituais, porém, não existe um padrão preestabelecido de sintomas e sinais que definam, previamente[67], quais podem ser incluídas entre as doenças materiais e quais deverão figurar dentre as espirituais[68].

A inclusão de uma doença dentre as espirituais depende de vários fatores, como por exemplo, a existência de conflitos que envolvam o doente ou promessas feitas a divindades e não pagas. Desse modo, qualquer tipo de mal pode ser atribuído a causas espirituais, não

---

autores sobre esse tema se encontram no capítulo *Mulheres, crianças, anjos e serpentes*.

[67] O diagnóstico biomédico parte de uma relação entre sintomas, sinais e um quadro de possibilidades previamente conhecido. A partir da existência ou ausência de determinados elementos, hipóteses diagnósticas são descartadas ou reforçadas.

[68] As doenças espirituais podem advir tanto da disposição de seres sobrenaturais – Deus, os santos ou almas penadas – quanto do olhar invejoso ou malefícios de pessoas vivas. Sobre esse tema ver o capítulo *Olhares, desejos e inveja*.

importando que haja um diagnóstico médico indicando a existência de um agente físico como seu causador.

A relação entre intervenções espirituais com doenças e curas é parte integrante das concepções de mundo da população pesquisada. Um fato que mostra a importância dada às questões espirituais – englobando a inveja, o mau-olhado e as doenças enviadas pelas divindades – diz respeito à indicação de pessoas consideradas conhecedoras de remédios preparados com base em ervas medicinais. No início da minha pesquisa de campo, quando perguntava aos meus informantes sobre pessoas conhecedoras das ervas medicinais, obtinha apenas indicações de mulheres envolvidas com a cura religiosa.

Advindas da zona rural e nascidas em famílias migrantes de outros estados, as mulheres que me foram indicadas como conhecedoras de remédios caseiros têm uma forte influência das concepções advindas do catolicismo popular e também parentesco próximo com curandeiros, parteiras ou benzedeiras. Elas atuam intervindo nos processos de cura de quem as procuram com esse fim ou levando alimentos, cuidados e remédios àqueles que consideram necessitados e impossibilitados de procurar ajuda para a cura de seus males.

Ser curandeira ou benzedeira na cidade torna-se mais complicado do que era no meio rural, embora, no município de Londrina, a luta pela hegemonia no campo da cura tenha se estendido também aos distritos rurais. A atuação dos agentes da cura mágico-religiosa tem como agravante, por um lado, a preocupação das religiões de controlar a mediação com o divino e, por outro, o empenho dos profissionais da medicina científica em eliminar dos processos de cura qualquer caráter mágico-religioso.

> "Então, uma vez, aconteceu um fato com meu pai, que uma criança morreu. (...) Tinha uma menina de um conhecido nosso (...) [que ele] levou para o meu pai benzer. (...) Ela já estava inchada, os pezinhos dela estavam redondinhos. (...) Daí meu pai falou assim: vamos tratar dessa menina, fazer lombrigueiro para acalmar as bichas, para elas voltarem cada uma no seu lugar e depois nós vamos ver o que nós vamos poder fazer. Daí o homem (...) levou [o

lombrigueiro e] deu para a menina [durante] a semana inteira. Até a menina começou (...) melhorar, ficar quietinha, estava desinchando, começando a se alimentar um pouquinho. (...) No fim da semana, ele levou a menina lá e meu pai falou assim: e daí, como é que está a menina? Ele falou: ah, está boa. Toda sexta-feira ele levava para o meu pai benzer a menina. (...) A menina estava mais espertinha (...).Quando foi na outra semana (...) foi um tio da menina lá e deu bronca no pai da menina. Falou assim: onde já se viu levar uma menina para um curador benzer? Tem que levar a menina no médico, o médico que vai curar essa menina - decerto era meio crente, abusava um pouco também -, tem que levar a menina no médico. Se, Deus me livre, essa menina arruina de repente aí e morre, você vai pagar uma multa, que você não tem com o quê pagar. (...) Mas a menina já estava boa, a menina já esteve ruim, (...) já estava andando e comendo, já estava desinchando e estava dormindo de noite. (...) Como é que quando a menina estava ruim, não foi dar conselho para levar no médico? Depois que a menina estava boazinha já, ele foi lá e encheu a cabeça do pai da criança. (...) Daí, o homem pegou e levou a menina no médico, (...) ficou lá o dia inteiro e quando foi de noite (...) ele veio em casa: (...) 'é, seo Bráulio, vim chamar o senhor para ir lá em casa (...) ver minha menina, se ela está viva ou se está morta'. Daí, meu pai falou assim: 'uai, mas o quê que aconteceu com a menina? Vocês não trouxeram sexta-feira e a menina estava boa, comendo, andando, já desinchando, falou que estava dormindo bem?' Ele falou assim: 'estava mesmo, sr. Bráulio, mas meu cunhado foi em casa, fez a minha cabeça para levar no médico, o médico deu um remédio lá, que eu não sei o quê que é e a menina veio desse jeito. Vai lá ver, sr. Bráulio, que o senhor conhece, que a menina está num acesso que não volta'. E vai meu pai correndo para lá. (...) Chegou lá, a menina estava completamente desacordada, num acesso, daí meu pai pegou e falou assim: 'bom, a única coisa de salvação que eu posso fazer . . . eu vou fazer uma esfregação'. (...) Mas o médico deu um lombrigueiro (...) que matou tudo quanto era bicha que a menina tinha no corpo, matou a chefe do corpo também. Daí, não teve jeito, porque daí a esfregação não teve nem a chefe do corpo para desenvolver o corpo da menina" (dona Maria).

Há dois tipos de conflito evidenciados no relato de dona Maria. Um, entre os saberes curativos do benzedor e do médico, em que o segundo se impunha, de acordo com esse relato, através da coerção e, outro, anunciado sob a forma de um comentário acerca do tio da menina: "decerto, era meio crente ..."

A coerção, na tentativa de destruir as concepções mágico-religiosas sobre o corpo, manifesta-se de várias formas. Entre outras coisas, há o problema da adequação desse tipo de prática às religiões que proliferam na cidade. Sendo todas as minhas entrevistadas nascidas em famílias católicas e rurais, onde a prática de cura através da oração era, segundo seus relatos, largamente aceita, não encontram, no meio urbano, essa mesma compreensão.

No catolicismo popular existente no meio rural brasileiro, beatos, rezadeiras, benzedeiras e padres assumem o papel de mediadores humanos e podem realizar curas de "doenças enviadas por Deus" ou advindas de malefícios, embora os créditos pela cura não sejam atribuídos àquele que conduziu o tratamento, mas aos santos (Zaluar, 1973). No meio urbano benzedeiras e curandeiros já não contam com a aprovação da igreja, sendo seus atos considerados charlatanismo por padres e pastores.

> "Meu pai benzia susto, criança que assustava, que às vezes estava com bicha atacada e toda hora a criança assusta. Então, às vezes, a criança levava aquele susto, começava empelotar e enrolar tudo, aí meu pai fazia o chá da brasa. Ponhava a brasa em cima da palha de milho cruzado, (...) depois coava aquilo (...), depois ele ia rezando e a criança sarava. Hoje os padres falam assim: 'é, porque os pais davam água com cinza para as crianças beberem e falavam que era benzimento, que estavam benzendo'. E não é, mas é que é simpatia. E hoje a própria igreja tira tudo o entusiasmo das pessoas curarem, terem fé. É que antigamente o povo tinha muita fé, era muito simples, o povo era tudo simples. Hoje não existe mais a simplicidade que existia" (dona Maria).

Dona Maria é uma católica fervorosa, freqüentadora assídua da paróquia do São Lourenço, mas às vezes fica insegura quanto ao que dizem os padres sobre a ineficácia ou "ilusão" do benzimento. Ela afirma

que sabe benzer, mas que não benze mais ninguém além dos próprios filhos. Não benze, mas leva a hóstia para os doentes "acamados" que, "pela força da eucaristia se levantam" – ficam curados e voltam a freqüentar a igreja.

A eucaristia, para os católicos, rememora o sacrifício de Cristo, que, de acordo com os textos bíblicos, foi sacrificado para tirar os pecados do mundo. Como objeto do sacrifício elevado a uma divindade, o seu corpo é santificado e sua santidade é transmitida aos fiéis que "comungam", ou seja, que partilham da refeição ritual[69]. Nesse sentido, a hóstia, que simboliza a carne de Cristo - assim como o vinho, que simboliza o seu sangue[70] -, é pensada enquanto remédio para as doenças do corpo e do espírito.

Enquanto responsável por levar a hóstia àqueles que estão impedidos de participar do ritual da comunhão celebrado durante a missa, que rememora o sacrifício do "cordeiro de Deus", dona Maria restabelece a mediação com o mundo divino antes marcada pela sua atuação como benzedeira.

Entretanto, ao mesmo tempo em que desaprovam a ação de benzedores, as religiões a que as mulheres com quem realizei a pesquisa se filiaram[71] aceitam e até incentivam a realização de orações para intervir na cura dos enfermos. Assim, o conflito entre, de um lado, padres e pastores e, de outro, benzedeiras e curandeiros pauta-se pelo reconhecimento de uma posição legítima de mediação das relações dos homens com o mundo divino.

A importância dada às doenças e outros males, as formas de evitá-los ou transcendê-los é um ponto marcante na esfera religiosa, afirma Alba Zaluar (1973). A preocupação com o amor ao próximo e a Deus tem, na parábola do Bom Samaritano (Lucas 10:25-37), a expressão de uma exigência ética no tratamento ao doente. Nesta parábola, Jesus conta a

---

[69] De acordo com Durkheim (1996), o sacrifício constitui-se numa comunhão alimentar entre humanos e divindade, realizada numa refeição ritual, na qual o alimento partilhado tem um caráter sagrado (por "natureza" ou adquirido artificialmente, através do sacrifício).

[70] O vinho, símbolo do sangue de Cristo, é visto como o elixir da vida, segundo Camporesi (1989).

[71] Dona Maria, dona Lurdes e dona Geralda consideram-se católicas, embora esta tenha passado pela umbanda e espiritismo kardecista. Já dona Benedita passou por duas outras igrejas antes de se tornar adventista.

história de um homem que foi assaltado, maltratado e deixado quase morto à beira de uma estrada. Alguns religiosos passaram por ele e nada fizeram para ajudá-lo. Veio um samaritano que, tendo compaixão, socorreu o homem, cuidou de suas feridas e o levou a uma hospedaria. Pagou a hospedagem até que ele se recuperasse. Nesse sentido, o ponto marcante dessa parábola é que quem amou o próximo - a referência é ao mandamento "amar o próximo como a si mesmo" - foi aquela pessoa que estendeu a mão para socorrer e curar.

Dessa exigência ética em relação aos doentes, surgem as instituições de caridade, particularmente os hospitais dirigidos por religiosos. No entanto, mesmo no espaço desses hospitais a tônica do tratamento das doenças é dada pela biomedicina. Assim, também as modernas concepções de corpo, saúde e doença defendidas pelos biomédicos têm influência sobre a relação das igrejas com a cura e seus mediadores.

O hiato entre o cuidado do corpo e da alma torna-se mais evidente com a separação dos domínios de atuação de médicos e religiosos. Nesse sentido, a concepção cartesiana de ciência, em que se ancora a biomedicina, tem um papel fundamental. Ao separar o corpo da alma e atribuir exclusivamente ao médico o cuidado dos males do corpo, deixa aos religiosos apenas a responsabilidade pela salvação espiritual.

As mulheres que me foram indicadas como conhecedoras de remédios com plantas, embora não se intitulem benzedeiras ou curandeiras, atuam sobre o corpo e a doença seguindo uma lógica fortemente influenciada pelos valores do catolicismo popular, em que a doença tem um sentido que ultrapassa aquele atribuído pela biomedicina. O mal de que padece o corpo pode ser também atribuído à ação de alguém que queira mal a outrem, a um castigo divino por um pecado cometido no passado, a uma promessa não paga ou à provação necessária para a conquista da salvação. Ou seja, nessa concepção não há lugar para uma linha demarcatória que separe os domínios materiais e espirituais dos males que atingem as pessoas.

No entanto, essa divisão entre os domínios material e espiritual é também usada por essas mulheres, assim como por

profissionais da cura mágico-religiosa, enquanto uma forma de garantir um espaço de atuação sem entrar em confronto com os biomédicos. Valendo-se da visão da biomedicina de que seus discípulos devem apenas cuidar daquilo que é tangível e visível, as doenças são classificadas como "doenças materiais", cujo tratamento é destinado aos médicos e "doenças espirituais", que ficam sob os cuidados de quem possui o dom[72] da cura mágico-religiosa.

> "Tem dois tipos de doença: tem a espiritual e tem a de medicina, que é material. Quando eu vejo que a pessoa, que o problema dela é espiritual, aí eu ensino banho, mas também não é um banho só, que às vezes você está com uma coisa, ela está com outra. (...) Se você tiver doença de medicina, já mando para medicina também. Se for doença espiritual, (...) mandada por uma pessoa, (...) eu pego o nome da pessoa, faço oração e ensino os banhos. (...) Eu faço minhas orações para ajudar aquela pessoa, aliviar daquele peso" (dona Geralda).

Desse modo, as mulheres que me foram indicadas como conhecedoras de remédios realizam suas atividades curativas, procurando evitar indisposições com os biomédicos, assim como com os padres e pastores. O fato delas não se auto-intitularem benzedeiras ou curandeiras contribui para que não haja confronto tanto com os primeiros quanto com os segundos, embora persista o intento de erradicar a cura mágico-religiosa.

O propósito de erradicação das concepções mágico-religiosas sobre o corpo torna-se mais evidente, no Brasil, com a expansão das escolas médicas a nível local. Os avanços tecnológicos na área da bacteriologia e o desenvolvimento das vacinas, do controle sanitário, a detecção de focos contagiosos e medidas punitivas e controladoras em relação aos práticos de cura populares colaboraram na conquista da hegemonia da medicina de origem científica (Montero, 1985).

A questão da saúde, em Londrina, sempre teve na academia se não o *locus* onde se dava a elaboração de políticas públicas municipais de atenção à saúde, pelo menos a sua participação na execução de

---

[72] Analiso a questão do dom para curar no capítulo *Olhares, desejos e inveja*.

campanhas preventivas e de medidas curativas. Apesar de registrar fatos relacionados à preocupação com a saúde dos que nesse município se instalaram, os relatos dos meus informantes mostram que é apenas nos anos 70 – justamente quando começam a se formar as primeiras turmas do curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina, que o controle em relação às práticas de cura mágico-religiosa torna-se mais intenso.

Em 1935 foi implantada, pela Companhia de Terras Norte do Paraná, a primeira instituição ligada à saúde na cidade: o Hospital do doutor Anísio. Em 1936 chega a Londrina o 1º delegado de higiene para assumir o cargo de médico da higiene municipal. Foi aberto o Posto de Higiene de Londrina, que funcionou, até o final da década de 40, junto ao paço municipal, transformando-se depois no Centro de Saúde. Em 1938, depois de uma epidemia de tifo, surge o Hospitalzinho de Indigentes, mantido pela comunidade e pelo trabalho voluntário de alguns médicos, encerrando suas atividades em 7 de setembro de 1944, em virtude da inauguração do Hospital da Irmandade da Santa Casa de Londrina. O Hospital do doutor Anísio, fundado em 1935, não dispunha de leitos suficientes para atender ao grande número de pacientes vitimados por moléstias oriundas das matas, acidentados no processo de desmatamento, além daqueles que contraíam doenças inerentes às correntes migratórias e à inexistência de saneamento básico.

O Centro de Saúde era responsável pelas ações de saneamento básico, tratamento da tuberculose, lepra e febre tifóide, atenção à maternidade e à infância dispondo de dois ou três médicos, uma laboratorista e dois guardas. Foi, até o início da década de 70, a única instituição pública de saúde da cidade a que a população pobre tinha acesso. Os outros serviços eram privados e inacessíveis a esta parcela da população, exceto aqueles que destinavam parte do atendimento a indigentes.

O Departamento Estadual da Saúde planejava concretizar os ideais sanitários da década de 40, tendo nos Centros e Postos de Saúde o ponto principal de suas ações. Tinha por objetivo aproximar-se da comunidade, inserindo os saberes e práticas da moderna higiene em seu cotidiano e rotinas. Após uma classificação da unidade sanitária de acordo

com a população atendida e da complexidade das ações ali desenvolvidas, o Centro de Saúde de Londrina ganha sua sede própria em 1949, tornando-se referência de outros Postos de Higiene implantados ou em vias de implantação no norte do Paraná, passando a ser pólo de referência regional em saúde pública. Na década de 50 o Centro de Saúde, em suas novas instalações, recebe novos profissionais e serviços e, aos poucos, vai se estruturando. Já nos anos 60, com o avanço dos serviços sanitários e a incorporação de novos recursos terapêuticos medicamentosos e imunológicos, ampliavam-se as ações de controle de doenças transmissíveis à ações de prevenção e cura.

Os anos 70 marcaram um período em que a biomedicina expandiu seu espaço de atuação no município. Nesta década foram inaugurados os primeiros postos de atenção básica à saúde nos meios rural e urbano, que serviram de campo de estágio para alunos do curso de medicina, criado em 1967. Até então, mesmo existindo um esforço no sentido de concretizar um espaço para a saúde pública, este se reduzia ao perímetro urbano de Londrina.

Pelos dados constantes na história da saúde em Londrina é possível observar que, até a implantação das unidades de atenção básica à saúde, a preocupação das instituições biomédicas, assim como da população que a elas recorria em busca de socorro, relacionava-se aos cuidados com doenças que não faziam parte do cotidiano e/ou não dispunham de tratamento a partir do arsenal terapêutico tradicionalmente utilizado, como as doenças infecto-contagiosas e aquelas resultantes de acidentes durante o trabalho de derrubada das matas.

Com a implantação das unidades de atenção básica à saúde, o controle sobre as práticas populares de cura se intensificou. Os relatos dos meus informantes mostram que é apenas nos anos 70 – justamente quando começaram a se formar as primeiras turmas do curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina e foram inauguradas as unidades de saúde que serviriam de campo de estágio para os futuros médicos -, que o controle em relação às práticas de cura mágico-religiosa tornou-se mais intenso.

"Então a gente foi criado mais foi assim, de remédio caseiro, enquanto éramos pequenos. Aí, depois vem todo o processo de crescer os filhos ... (...) Teve uma época que foi cortado tudo, esses remédios caseiros, você tinha que ter cuidado como fazer. (...) Até 77 as mulheres ainda ganhavam nenê naqueles sítios. Eu mesmo, não é tão longe, tenho duas filhas que foi feito parto normal, em casa, não foi no hospital e teve parteira. Já do meu filho, que nasceu em 77, já não podia mais, você tinha que ir para o hospital, fazer pré-natal e tudo, porque eles achavam que se fosse para você ganhar nenê em casa, dava problema. Então, de 77 para cá foi que deu uma trancada em todos esses recursos caseiros que a gente tinha. Se você fosse (...) no posto e uma criança estivesse com febre, (...) o médico perguntava para a gente: 'o quê que você deu?' 'Ah, eu fiz um chá de puejo, de qualquer coisa e dei para a criança'. Melhoral infantil, qualquer coisa, eles já metiam a boca, não podia. A macelinha, a gente tinha ela no lugar do soro, que qualquer coisa que a criança precisava, problema no estômago ou desinteria, você ponhava uma folhinha na água e dava e cortava. (...) E você vai lá no posto falar que fazia isso? Eles falavam que não podia, porque o remédio contém micróbio, que dá mais doença. Mas como que os antigos criaram e viviam mais do que hoje e faziam isso sempre, não usavam quase farmácia?" (dona Rosalina).

A atitude de recriminação das práticas populares de cura de que fala dona Rosalina, tinha como intento substituir estas práticas, assim como as concepções que as sustentavam, pelas noções de higiene e cuidado corporal preconizados pela biomedicina. No entanto, a atitude autoritária dos biomédicos em relação aos saberes curativos populares, desprezando a existência de coerência e eficácia em suas práticas, fez com que as pessoas passassem a omitir as estratégias utilizadas no cuidado para com a sua saúde.

Assim, de acordo com o que dizem meus pesquisados, deixar de dizer ao médico que usou um chá ou recorreu a benzimento poderia evitar uma reprimenda. Nesse sentido, uma situação curiosa se instalou com a manifestação da intenção de implantar a fitoterapia na rede municipal de saúde: alguns dos meus informantes ficaram reticentes quanto a isso, pois os médicos estavam se dizendo dispostos a utilizarem algo que

sempre condenaram; outros, no entanto, mostraram-se mais confiantes, vendo nisso uma possibilidade de legitimação dos saberes populares.

Foi na brecha colocada pela confiança na possibilidade de se conseguir legitimidade para os saberes populares que surgiu o apoio ao projeto de implantação da fitoterapia, por parte de organizações populares como o CONSUL e o Clube das Mulheres Batalhadoras. É bem verdade que essa confiança não surgiu apenas pela manifestação da proposta de implantação da fitoterapia, mas está também vinculada a um processo político em que estava em pauta a consolidação da participação popular nas decisões acerca das ações a serem implementadas pelo governo municipal, no período de 1993 a 1996[73].

O projeto de implantação da fitoterapia na rede municipal de saúde de Londrina teve como uma de suas bandeiras a "recuperação do conhecimento terapêutico popular". No entanto, as concepções a partir das quais se pensava a "recuperação" dos saberes curativos populares, apesar de parecerem idênticas, eram muito diferentes entre os dois grupos - popular e biomédico - envolvidos nessa discussão.

O grupo popular pensava a "recuperação" como uma possibilidade de se retomar formas de cura, alimentação e cuidados para com a vida, enquanto os biomédicos estavam se propondo a usar ervas medicinais – não todas as ervas utilizadas pela população, mas somente aquelas estudadas e nas quais havia comprovada existência de princípio ativo – como forma de tratamento para algumas doenças.

Outro ponto importante diz respeito às concepções de doença que estão em jogo nesse diálogo. Apesar de ter havido, por parte do grupo de fitoterapia, a intenção de se pensar sobre "os conceitos populares de doença", nas discussões sobre a operacionalização do projeto, ficou claro que as doenças continuariam a ser diagnosticadas e tratadas de acordo com os princípios da biomedicina.

Entretanto, ao mesmo tempo em que se tentava preservar o modelo científico de diagnóstico e verificação da cura, as patologias escolhidas para serem tratadas pela fitoterapia (algias, artralgias, mialgias,

---

[73] Sobre o contexto em que aconteceram as discussões acerca da implantação da fitoterapia ver o capítulo 1.

ansiedade/nervosismo, cólicas abdominais, dispepsias, gastrites e úlceras) situam-se num espaço em que a biomedicina tem dificuldades para lidar, seja pela inexistência de medicamentos convencionais eficazes, seja por fazerem parte de um quadro de doenças que, segundo os biomédicos, têm, tanto na manifestação dos sintomas quanto nos resultados obtidos através dos processos de cura, um forte componente emocional.

Uma das preocupações do grupo de fitoterapia era a de encontrar uma maneira de resolver uma série de problemas relacionados ao tratamento de "queixas" comumente apresentadas pelos pacientes. Essas "queixas" dizem respeito à dores generalizadas, musculares, de estômago, de cabeça, nas articulações, em que os biomédicos não encontram fundamentos físicos para explicar sua existência, relacionando-as à ansiedade e nervosismo, ou seja, a fatores emocionais.

Entretanto, para o grupo popular, a doença cujo diagnóstico é difícil pode ter sido resultado de inveja, mau-olhado ou de castigo divino, o que implica dizer que pode ser classificada como doença espiritual. O tratamento para esse tipo de doença requer, além do seu diagnóstico, várias providências no sentido de tentar desfazer o mal que se abateu sobre o doente.

Quando uma doença é diagnosticada como resultado de um malefício – geralmente apresentado sob uma forma visível -, é organizado um ritual para desfazê-lo, além de ser procurado o seu autor e o elemento de se que originou a inveja. Mas, quando é considerado resultado de castigo divino, é preciso saber qual foi a sua causa e, além disso, faz-se necessário que o doente reveja sua forma de agir em relação às divindades e às pessoas com as quais convive.

Já o nervoso, elencado sob a forma de "nervosismo/ansiedade" pelo grupo de fitoterapia, ganha conotações muito específicas dentre essa população: diz respeito à invasão da cabeça - lugar frio, do raciocínio e do comando - pelo sangue – quente, seiva da vida e das emoções. Nesse sentido, as mulheres são consideradas mais propensas ao nervoso por serem dotadas de um órgão quente - útero – a mais que os homens (são justamente elas, segundo os biomédicos, que mais procuram as Unidades Básicas de Saúde se dizendo vítimas de

nervoso). Assim, mais facilmente podem se desequilibrar, por haver maiores possibilidades de que o domínio quente invada o frio. A possibilidade de invasão da cabeça pelo sangue está vinculada, de acordo com essa concepção, à desobediência às restrições impostas durante o *resguardo* e a menstruação. Segundo os meus pesquisados, nesses períodos, assim como também noutros períodos considerados liminares, as mulheres devem se proteger do frio, das atividades relacionadas a elementos concernentes ao mundo externo (masculino ou fora do âmbito das relações domésticas) e seguir uma dieta em que não pode constar carne de porco, ovos e peixes, alimentos considerados *reimosos*[74].

Em ambos os casos, doença espiritual ou nervoso, são colocadas em ação, através da doença, concepções sobre o corpo, a vida e as relações dos homens entre si e com as divindades. O corpo é pensado enquanto portador de partes quentes e frias, sendo atribuídas, a essas partes e às relações entre elas, qualidades semelhantes àquelas postas em prática nas relações entre homens e mulheres e entre os que comandam e os que são comandados, por exemplo. As doenças são concebidas como um desequilíbrio nas relações entre humores frios e quentes, entre hospedeiros e *hóspedes* que habitam o corpo - simbolizando desajustes nas relações sociais – e também nas relações entre os homens e as divindades - expressas através da pressão igualitária manifesta pela inveja e mau-olhado, que acusa a percepção de que a igualdade foi quebrada e as regras de reciprocidade não foram cumpridas.

Ataque de bichas x infestação de *Ascaris lumbricoides*

Certa feita, durante a realização da pesquisa de campo, resolvi me proteger da chuva entrando na Unidade Básica de Saúde do São Lourenço. Já passava das onze horas da manhã e a unidade estava vazia, como geralmente ocorre nesse horário, particularmente em dias chuvosos. Aproveitei a ocasião para conversar com o pessoal que trabalha lá, pois alguns deles têm grande interesse pela fitoterapia e sempre querem saber

---

[74] A análise sobre essas questões está no capítulo *Mulheres, crianças, anjos e serpentes.*

se eu tenho alguma novidade sobre o assunto. Num determinado momento, estávamos todos numa mesma sala, quando entrou uma senhora aos prantos, carregando uma menininha pelo braço.

Ela gritava por socorro, dizia que a menina ia morrer. Duas auxiliares de enfermagem foram ao seu encontro, indagando sobre o que havia acontecido. A mulher, então, relatou que enquanto estava cuidando dos afazeres domésticos, sua filha lhe disse que queria um iogurte. Como não havia iogurte em sua casa, ela pediu à filha que aguardasse um pouco até que pudesse ir ao mercado comprar. Mais tarde, ela foi com a menina comprar o iogurte. No entanto, no caminho entre a casa e o mercado, que fica no mesmo prédio onde funcionava a Unidade Básica de Saúde[75], a menina caiu e afirmou estar sentindo dor na barriga.

Ao ouvir esse relato, uma médica, que estava ao meu lado, cochichou: "essas pessoas acreditam muito em lombriga". Saiu e foi ver a menina.

O comentário da médica leva a pensar que casos como esse não são raros nas Unidades Básicas de Saúde. Essa história deve ter se repetido muitas vezes e ela deve ter ouvido outras tantas que, dor na barriga, após ter sido manifestado, sem ser satisfeito, o desejo de comer ou beber alguma coisa é sinal de ataque de *bichas*, o que pode levar a criança à morte.

Também segundo a perspectiva biomédica, quando acontece uma grande infestação por *Ascaris lumbricoides* - popularmente conhecida como lombriga - podem se formar novelos de vermes, ocasionando uma obstrução do intestino, o que pode levar à morte se não for cuidado a tempo.

Como já foi anteriormente afirmado no capítulo *Mulheres, crianças, anjos e serpentes*, de acordo com as concepções populares, existe uma lombriga, a *bicha chefe*, que comanda as vontades do corpo e é responsável pela manutenção da vida, sendo os desejos de comer ou beber dela oriundos. Porém, essa *bicha* se reproduz e a sua prole precisa se alimentar, exigindo assim que o seu hospedeiro coma cada vez mais.

---

[75] A Unidade Básica de Saúde do São Lourenço foi transferida para outro local.

Quanto mais *bichas* na barriga, mais a pessoa tem desejo de comer e quanto mais comida for ingerida, mais lombrigas vão nascendo, até chegar a um ponto em que não haja espaço nem alimento suficientes para elas. Particularmente nesse estágio, quando não são satisfeitos os seus desejos, as *bichas* ficam "alvoroçadas", o que desencadeia o ataque de *bichas*, pondo em risco, inclusive, a sobrevivência do seu hóspede.

O ataque de *bichas* representa a não satisfação dos desejos de um ser que é responsável pela manutenção da vontade e, por conseqüência, da própria vida. Não retribuir com os alimentos desejados a quem dá a vontade necessária para viver, põe também em risco a manutenção de uma regra fundamental para a vida em sociedade: a reciprocidade. Adultos e crianças podem ser *lombriguentos*, ou seja, ter lombrigas em demasia, mas são as crianças fonte de maior preocupação quanto à satisfação das vontades, pois, além de serem consideradas mais perecíveis, o cuidado para com elas, particularmente no que diz respeito àqueles dispensados pelas mães, remete também a uma troca posterior.

Uma mulher que não satisfaça as vontades de comer e beber de seus filhos, a menos que não possua condições materiais para isso, tem mais chances de não ser considerada uma boa mãe que as outras. Ser considerada, pelos filhos, uma boa mãe é um importante fator para o estabelecimento de uma aliança entre eles, que pode resultar no compromisso assumido pelos filhos de sustentar e cuidar dela na doença e/ou na velhice, como forma de retribuição dos cuidados recebidos durante a infância.

O comentário da médica marca uma diferença de concepção sobre o fato em questão, além de procurar desqualificar a interpretação que deu a mãe sobre o que ocorria com a sua filha. No entanto, longe de ser manifestação de uma ignorância, o ataque de *bichas* torna-se motivo de grande preocupação, entre a população pesquisada, porque diz respeito a questões que envolvem não apenas a vida enquanto manutenção e reprodução física, mas às regras que regem as relações entre as pessoas.

Dessa forma, enquanto a concepção biomédica pensa a "infestação de *Ascaris lumbricoides*" apenas como existência demasiada de

parasitas maléficos ao corpo, o grupo popular atribui ao ataque de *bichas* significados relacionados a um modo de pensar a vida.

Ver, saber, conhecer

Dentre os biomédicos, o caráter de visualidade da doença desfruta de um lugar privilegiado na constatação da sua existência. Porém, o lugar do olhar na constituição do conhecimento médico passou por muitas transformações no decorrer do tempo. Se Hipócrates (460 – 351 a. C.)[76] via a observação dos doentes como fundamento da prática médica, para Galênico (129 – 200), o médico deveria ver o que era invisível aos olhos. Essa noção permanece na medicina até o advento do iluminismo, que faz o olhar médico retornar ao visível.

No período que antecede ao iluminismo, afirma Stafford (1997), a sedução pela aparência visível era vista, pelos filósofos, enquanto uma qualidade das massas não instruídas, ou seja, desprovidas de uma educação rigorosa que as tornasse capaz de ascender, através da palavra e do conhecimento abstrato, ao mundo verdadeiro. Porém, com o iluminismo, há uma mudança de atitude frente ao obscurantismo referente ao corpo: as investigações empreendidas pelos primeiros pesquisadores modernos passaram a sustentar-se sobre sua observação.

Essa mudança de atitude foi responsável pela flexão entre percepção e teoria, que marcou a passagem do iluminismo ao positivismo do século XIX. Enquanto no iluminismo o olhar estava preso apenas à aparência empírica, a partir do século XIX ele deixa de ser um observador que lê a natureza e passa a ser um olhar que interroga.

De acordo com Foucault (1994), o nascimento da clínica é decorrente de uma mudança no olhar que o médico lança sobre os corpos. Um olhar atento à observação empírica, desvinculado do espírito, mas equipado com uma "armadura lógica" marca a clínica. Ou seja, o que define o olhar clínico é o ato perceptivo sustentado por um arcabouço lógico, que

---

[76] Há controvérsias entre os historiadores quanto ao período em que morreu Hipócrates. Segundo LYONS e PETRUCELLI (1987), teria sido em 370 a.C..

o torna analítico. Ao abrir os corpos mortos para os estudos de anatomia, abre-se um espaço de observação e análise do desenvolvimento e vida da doença. Portanto, o olhar não está só, mas apenas ganha sentido acompanhado de uma linguagem e conhecimento específicos, instituídos para constituir o quadro da doença, que somente pode ser visto e descrito através da "linguagem da doença", ou linguagem médica.

Tanto entre os biomédicos – apesar da imposição de um aparato lógico controlador do olhar – quanto entre a população leiga, ver significa conhecer, saber. Entretanto, se na clínica o olhar goza de um lugar privilegiado na construção do diagnóstico, mas perde o seu vínculo com o espírito, o mesmo não ocorre com as formas populares de ver.

> "Quando você vê que a criança fica com o olho assim morteiro, que está doente e você leva e dá remédio e a criança não sara, reclama de muita dor na barriga, aí você vê que ela fica assim com o olho meio morteirinho, assim meio vidrado. Você sabe o que é vidrado? Não sabe, não é? Isso aí é só a gente que sabe. Isso é bom porque a gente conhece mais do que você ou outra pessoa conhece. Esse remédio que eu ensinei é para quando a criança está com verme. Tem muito remédio, mas a criança sentiu dor de barriga, começou a reclamar, é olhar no olho, já vê que o olhinho está assim meio vidrado" (dona Geralda).

No entanto, a visão - e o saber a ela relacionado - de que fala dona Geralda não é adquirida através da formação acadêmica, mas informada por um conhecimento advindo, segundo as concepções dos meus informantes, de um dom divino. As mulheres que me foram indicadas como conhecedoras de remédios afirmam saber ver a doença por possuírem um dom inato, recebido de Deus. Elas fazem questão de frisar que, mesmo não tendo freqüentado a escola, sabem, da mesma forma que os médicos, ver a doença e curá-la. No entanto, o seu conhecimento é de natureza diferente daquele possuído pelos médicos, pois, antes de ser calcado apenas na visão que os olhos proporcionam, é baseado numa visão de origem espiritual.

A visão enquanto evidência, que leva ao conhecimento da verdade, marca as concepções populares de doença e cura. A existência

de uma doença ou a prova de que foi retirada - possibilitando a cura - estão fortemente vinculadas à apresentação de um elemento que a represente ou demonstre a sua existência. Assim fez sentido a apresentação, para dona Lurdes, da lagarta de fogo como tendo sido a doença que estava alojada em seu estômago.

A prática biomédica, que é também pautada pela noção de evidência, encontra, na lógica popular, elementos que lhe dão significado e coerência no interior do sistema de pensamento que sustenta as representações de mundo daqueles que são seus pacientes. Nesse sentido, a apresentação de exames laboratoriais, raios-X, tomografias, ultrassonografias ou de quaisquer outros instrumentos utilizados para a elaboração do diagnóstico médico, bem como peças anatômicas retiradas através de procedimentos cirúrgicos, são vistos a partir da lógica que vê na apresentação de um elemento que representa a doença uma demonstração de que ela está ou esteve entranhada no corpo.

Entre pílulas e ervas: bactrins e quebra-pedras

Vimos que a discussão sobre a implantação da fitoterapia emerge de um processo de autocrítica da biomedicina, em que alguns de seus pressupostos são colocados sob suspeita. A crítica lançada pelo grupo de fitoterapia da rede municipal de saúde de Londrina à biomedicina refere-se à desconsideração da influência dos fatores emocionais nos processos de adoecimento e cura, bem como à fragmentação do corpo e seus males em virtude da supervalorização das especialidades. Os diagnósticos centrados principalmente no uso de tecnologias afastam, de acordo com as concepções do grupo de fitoterapia, o médico do paciente, dificultando a existência de uma cumplicidade entre eles, fator fundamental para um melhor êxito do tratamento.

Incluindo-se entre as chamadas *medicinas alternativas* - formas de tratamento do corpo e suas doenças que propõem uma reação aos princípios da medicina de origem científica - a fitoterapia é vista, pelo grupo aqui analisado, como portadora de uma possibilidade de mediação entre os conhecimentos curativos biomédico e popular. A reação à biomedicina, neste caso, pressupunha a incorporação de um conhecimento popular à prática biomédica. Porém, como foi demonstrado no primeiro capítulo, se, num primeiro momento, a fitoterapia se organizou em contraposição à pratica médica convencional (pelo menos nos moldes em que foi proposta pelo grupo da rede municipal de saúde de Londrina), acaba por manter-se fiel aos princípios orientadores da medicina científica. Retomemos alguns desses pontos.

A implantação da fitoterapia deveria funcionar como um impulso para a aproximação entre o par médico-paciente, já que o uso de plantas nos processos de cura é comum nos meios populares. Esta seria, segundo o grupo de fitoterapia, uma forma de resgatar o conhecimento terapêutico popular, respeitando suas formas de compreender a doença e o corpo. No entanto, se, por um lado, esse grupo propunha a incorporação das ervas nos procedimentos terapêuticos das Unidades Básicas de Saúde, por outro, estas ervas não poderiam ser utilizadas nem indicadas em seu estado natural. Mais que isso, uma planta apenas poderia ser

recomendada após a existência do princípio ativo ter sido cientificamente comprovada.

A incorporação das ervas medicinais de acordo com os critérios científicos estabelece, pois, uma distinção bem marcada entre o seu uso nos meios populares e aquele que tem lugar no interior das práticas biomédicas. Como vimos no segundo e terceiro capítulos, a utilização das ervas entre a população estudada apenas faz sentido se relacionada a uma maneira particular de se perceber o mundo, em que doença e cura são vistas como inerentes à vida. Tendo como pano de fundo os princípios do catolicismo popular, em que a reciprocidade é fundamental, o corpo é percebido como espaço privilegiado da manifestação de desajustes nas relações dos homens entre si e deles com as divindades. Dessa forma, os desequilíbrios nessas relações integram o leque de possibilidades de causação dos males, sendo a cura concebida como um processo em que se busca o reequilíbrio do corpo e da alma.

Algumas análises sobre as relações entre a biomedicina e as práticas populares de cura se fundam no argumento de que estas estão sendo paulatinamente suprimidas por aquelas, enquanto outras partem do pressuposto de que as práticas populares de cura fazem parte de um movimento de resistência à cultura dominante, que se expande e tenta destruir todas as outras manifestações culturais. Ambas as interpretações são, sob o meu ponto de vista, insuficientes, pois, como vimos no decorrer deste trabalho, nem as práticas populares de cura estão desaparecendo, nem existe, no meio popular, um movimento no sentido de oferecer resistência às práticas biomédicas. Essas análises deixam de atentar para o movimento de recriação cultural, em que essas práticas, ao mesmo tempo que estão continuamente se modificando, se perpetuam. Ao buscarem formas descritas por estudos realizados no passado - muitas vezes no meio rural - essas pesquisas deixam de perceber as novas nuances através das quais os conhecimentos curativos se mantêm e se renovam.

Nesse sentido, faz-se necessário notar as maneiras que o conhecimento popular de cura encontra para se perpetuar, utilizando-se das brechas deixadas pelo sistema médico oficial. Frente a posturas de negação da validade do conhecimento popular de cura, essa população, ao

longo dos anos, criou algumas formas de lidar com os médicos, mantendo e falando de suas práticas tradicionais, sem correr o risco de sofrer reprimendas. Isso poderia ser observado a partir de várias atitudes, mas uma das coisas que mais me chamou a atenção foi a denominação de plantas com nomes comerciais de medicamentos industrializados. Entre as ervas medicinais plantadas nos quintais dos meus informantes encontrei *anador*, *dipirona*, *novalgina*, *insulina* e *bactrim*.

A denominação de plantas com nomes comerciais de medicamentos industrializados provoca um mal-entendido que funciona no sentido de fazer com que, no diálogo entre médico e paciente, cada um acredite estar falando a mesma linguagem, embora estejam dizendo coisas diferentes. Durante uma consulta, geralmente o médico indaga se o paciente está tomando algum medicamento e qual é. Quando o paciente responde que tomou *bactrim*, sua resposta tem um impacto completamente diferente daquele causado pela declaração de que se tomou um chá de folhas de uma determinada planta. O que o médico não sabe é que *bactrim* é também um nome atribuído a uma erva medicinal.

A incorporação desses nomes deve ser entendida como uma forma de reinterpretar elementos da biomedicina incluindo-os na lógica que orienta e dá sentido aos cuidados corporais no meio popular. Desse modo, a perspectiva adotada pelo grupo de fitoterapia, quando se propõe a "recuperar" o conhecimento terapêutico popular, apenas é possível em virtude do desconhecimento de que, por detrás dos nomes de remédios industrializados permanecem as ervas e uma lógica própria de utilização delas que inclui também os remédios "dos médicos".

Nesse sentido, não cabe falar em "recuperação" visto que apenas pode ser recuperado aquilo que foi perdido. Esse não é o caso das práticas de cura com ervas medicinais entre a população pesquisada. Mesmo antes de se falar em implantação da fitoterapia na rede municipal de saúde, as práticas de cura com ervas medicinais não só eram colocadas em ação como seus agentes utilizavam – e continuam utilizando - o espaço da Unidade Básica de Saúde para propagar esse modo de cura. Entre uma consulta e outra, enquanto aguardam nas filas de espera, os usuários da Unidade trocam receitas. Quando alguém alcança a cura de um mal que o

atormentava há muito tempo, através do uso de remédios caseiros, geralmente dirige-se à Unidade e deixa lá a receita do remédio que o curou. Também lá se tem informação sobre quem conhece as ervas medicinais e sabe curar com elas, bem como onde se pode encontrar uma determinada planta.

A manutenção da lógica que orienta as práticas de cura populares sem a rejeição dos procedimentos biomédicos é de difícil compreensão para os médicos, tanto quanto para aqueles que partem da perspectiva utilitarista ou para os que pensam as práticas populares de cura em contraposição à biomedicina. No entanto, para continuarem existindo, as práticas populares de cura não precisam recusar a medicina de origem científica, visto que, enquanto forma de devolver ao corpo seu equilíbrio, seus procedimentos são incluídos e pensados a partir do mesmo arcabouço lógico que orienta e dá sentido à vida.

Dessa forma, existe coerência na apropriação do espaço da Unidade Básica de Saúde como um ponto centralizador de informações acerca de tratamentos para os males do corpo e também para aqueles considerados originários da intervenção sobrenatural. Enquanto lugar dedicado à cura, nada mais pertinente que concentrar ali esse tipo de informação.

Como, nesse meio, o princípio que orienta as relações dos homens entre si é o da reciprocidade, os quintais da vizinhança estão sempre à disposição de quem procurar. Além disso, após ter sido "agraciado" com um exemplar de uma planta medicinal desconhecida ou que estava em falta na região, a primeira providência é ir até a Unidade e anunciar onde as pessoas podem encontrá-la.

Assim, com ou sem a aprovação dos médicos, as ervas continuam a fazer parte das práticas de cura populares. É bem verdade que os pacientes não costumam declarar aos médicos que fazem uso das ervas medicinais em seus processos de cura, a menos que haja alguma sinalização, por parte do médico, de aceitação dessa prática.

Com as discussões sobre a implantação da fitoterapia passou a haver uma maior displicência em relação à manutenção do sigilo em torno da utilização de chás, garrafadas, emplastos e xaropes preparados em

casa, a partir das ervas, entre os pacientes da Unidade Básica de Saúde do São Lourenço. Cabe ressaltar que esta Unidade, durante o período em que foi realizada a pesquisa, possuía uma equipe que tinha um bom relacionamento com a população local e agregava profissionais de saúde simpáticos à fitoterapia.

Apesar da abordagem fitoterápica desconsiderar a lógica que orienta o uso das ervas medicinais nos meios populares, a sua inclusão no campo de discussão das possibilidades de cura aceitáveis no interior da medicina oficial abre um espaço para que seja produzida uma transformação nas condições de uso do saber tradicional sobre as ervas medicinais. Nesse sentido, a discussão do projeto de implantação da fitoterapia foi tomada pela população como uma forma de dar mais credibilidade às suas práticas. Não foram poucas as vezes que ouvi comentários do tipo "as ervas são tão boas para curar que até os médicos estão querendo aprender a usá-las".

Não obstante os esforços iniciados pelo grupo de fitoterapia e de sua aprovação institucional, essa prática não chegou a ser implantada na rede municipal de saúde de Londrina. No quadro das prioridades estabelecidas para o que a equipe gerenciadora da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina considerou como melhoria da qualidade da atenção à saúde, coube à fitoterapia um lugar de menor destaque. Sendo assim, não lhe foi atribuída importância suficiente para que essa prática passasse a fazer parte dos procedimentos terapêuticos desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde.

Embora haja uma certa concordância em torno da proposição de que a eficácia do tratamento esteja relacionada à compreensão do que diz o paciente, há quase que um consenso, entre os médicos, de que compreender se restringe à "paciência" para ouvir as queixas dos doentes. Dessa forma, apesar de ouvirem continuamente o que dizem os pacientes, os biomédicos permanecem sem se dar conta da cosmologia que sustenta os medos, as considerações referentes às doenças e suas possíveis causas, proibições alimentares e comportamentais frente à determinadas situações. Os procedimentos já consagrados pelo reconhecimento científico continuam a orientar a prática biomédica, impedindo que além de ouvir, eles

possam escutar – no sentido de buscar perceber a lógica que orienta essa forma de pensar - o que dizem seus pacientes.

As discussões lançadas pelo grupo de fitoterapia sinalizaram uma possível abertura da biomedicina em relação a outras práticas de cura. No entanto, apesar da existência de uma crise interna, que aponta para a necessidade de incorporação de outras práticas, houve uma reação contra a abertura, expressa através da resolução CFM no. 1499/98, que proíbe aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas cientificamente.

Essa resolução, bem como a repercussão que terá junto aos médicos partidários de práticas *alternativas*, ainda precisa ser melhor estudada, por se tratar de um fato muito recente. Entretanto, o Conselho Federal de Medicina certamente não teria se dado ao trabalho de lançar a referida resolução se essas práticas não estivessem encontrando eco entre os médicos, o que demonstra que o dilema que está no coração da crise interna pela qual passa a medicina de origem científica, permanece sem solução.

Bibliografia

ALMEIDA FILHO, Naomar, 1989. *Epidemiologia sem números. Uma introdução crítica à Ciência Epidemiológica*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

ALVES, Paulo C., 1993. "A experiência da enfermidade: considerações teóricas". *IN*: *Cadernos de Saúde Pública* . v. 9, n. 3, julho/setembro de 1993. (número temático: abordagens antropológicas em saúde)

BADINTER, Elisabeth, 1985. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

BAL, Mieke, 1986. "Sexuality, sin, and sorrow: the emergence of female character (a readind of Genesis 1-3)". In: SULEIMAN, S. *The female body in western Culture. Contemporary perspectives*. London/Cambridge: Harvard University Press.

BEAUNE, Jean-Claude, 1989. "The classical age of automata: na impressionistic survey from the sixteenth to the nineteenth century". *In*: FEHER, M. *et al* (Ed.). *Fragments for a history of the human body*. Part 1. New York: Zone.

Bíblia Sagrada. Tradução do Centro Bíblico Católico, da versão dos monges Maredsous. São Paulo: Editora Ave-Maria Ltda.

BLACKING, John, 1977. "Towards an anthropology of the body". In: *The anthropology of the body*. London/New York/San Francisco: Academic Press. p. 1-25.

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

BOURDIEU, Pierre, 1979. "Le choix du nécessaire". *In*: *La distinction*. Paris: Éditions de Minuit.

BOURDIEU, Pierre, 1980. "Le démon de l'analogie". In: *Le sens pratique*. Paris: Les Editions de Minuit.

BOURDIEU, Pierre, 1994. "Esboço de uma teoria da prática". *In*; ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo: Ática.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *Os deuses do povo: um estudo sobre religião popular*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

BYNUM, Caroline Walker, 1989. "The female body and religious practice in the later Middle Ages". *In*: FEHER, M. *et al* (Ed.). *Fragments for a history of the human body*. Part 1. New York: Zone.

CAIUBY NOVAES, Sylvia, 1986. "O ciclo da vida Bororo". *In*: *Mulheres, homens e heróis: dinâmica e permanência através do cotidiano da vida Bororo*. São Paulo: FFLCH/USP (Antropologia, 8).

CAIUBY NOVAES, Sylvia, 1989. "Corpos sem vida – diagnose e prognóstico: sobre a transformação das relações sociais entre os bororo". *In*: *Revindi*, n. 1, p. 69-75.

CAIUBY NOVAES, Sylvia, 1993. *Jogo de Espelhos* : Imagens da Representação de si através dos Outros. São Paulo: EDUSP.

CAMARGO, Cândido Procópio Ferreira *et al*, 1973. "Catolicismo no Brasil". *In*: *Católicos, protestantes e espíritas*. Petrópolis: Vozes.

CAMPORESI, Piero, 1989. "The consacreted host: a wondrous excess". *In*: FEHER, M. *et al* (Ed.). *Fragments for a history of the human body*. Part 1. New York: Zone.

CAMPOS, Marta Silva, 1982. *Poder, saúde e gosto: um estudo antropológico acerca dos cuidados possíveis com a alimentação e o corpo*. São Paulo: Cortez.

CANESQUI, Ana Maria, 1995. "As ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva". *In*: CANESQUI, A. M. (org.). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.

CANGUILHEM, Georges, 1992. "Machine and Organism". In: CRARY et al., ed. *Incorporations*. New York: Urzone.

"Carta da saúde: por uma reforma sanitária contra a exclusão social e pela dignidade da vida humana". *In*: *Saúde em debate*, n. 43, junho de 1994. p. 4-9.

CHAUÍ, Marilena, 1988. "Janela da alma, espelho do mundo". *In*: NOVAES, A. (org.). *O olhar*. São Paulo: Companhia das Letras.

CHAVES, Mário, 1994. "Algumas reflexões sobre IDA: antecedentes do ideário UNI". *In*: *Divulgação em saúde para debate*, n. 9. p. 5-9.

CSORDAS, Thomas, 1990. "Embodiment as a paradigm for anthropology". In: *Ethos*, 18:1.

DESCARTES, René, 1989 [1637]. *Discurso do método*. Apresentação e comentários de Denis Huisman. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; São Paulo: Ática.

DOUGLAS, Mary, 1976. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva.

DUARTE, Luís Fernando, 1986. *Da vida nervosa das classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar; Brasília: CNPq.

DURKHEIM, Emile, 1996. *As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália*. São Paulo: Martins Fontes.

EVANS-PRITCHARD, E. E., 1978 (1937). *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar.

FARMER, Paul, 1988. "Bad blood, spoiled milk: bodily fluids as moral barometers in rural Haiti". *In*: *American Ethnologist*, v.15, n.1.

FERNANDES, Rubem César, 1982. *Os cavaleiros do bom Jesus: uma introdução às religiões populares*. São Paulo: Brasiliense.

FERREIRA, Jaqueline, 1995. "Semiologia do corpo". *In*: LEAL, Ondina Fachel (org.), 1995. *Corpo e significado: ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FERREIRA, Jaqueline, 1994. "O corpo sígnico". *IN*: ALVES, Paulo C. et MINAYO, M. Cecília S. (org.). *Saúde e Doença* : um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

FERREIRA, Mariana K. L., 1996. *Sweet tears and bitter pills: the politics of health among the Yuroks of northern California*. Berkeley: University of California. Tese de Doutorado.

FOUCAULT, Michel, 1994. *O nascimento da clínica*. Rio de janeiro: Forense Universitária.

FRAZER, James, 1994 (1890). *The golden bough: a new abridgement*. Oxford: Oxford University Press.

GALLOIS, Dominique T, 1988. *O movimento na cosmologia Waiãpi*: criação, expansão e transformação do universo. Tese de Doutoramento em Antropologia Social apresentada ao Departamento de Antropologia da FFLCH-USP. Mímeo.

GEERTZ, Clifford, 1989. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

GINZBURG, Carlo, 1989. "Sinais: raízes de um paradigma indiciário". *In*: *Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras.

HARAWAY, Donna, 1991. *Simians, Cyborgs, and Women. The Reivention of Nature*. London and New York: Routledge.

HÉRITIER-AUGÉ, Françoise, 1989. "Semem and blood: some ancient theories concerning their genesis and relationship". *In*: FEHER, M. *et al* (Ed.). *Fragments for a history of the human body*. Part 3. New York: Zone.

HIPPOCRATE, 1967 [426 a.C.]. *Du Régime*. Paris: Societé d'Édition les Belles Lettres.

HUGH-JONES, Christine, 1979. "The life-cycle". *In*: *From the Milk River: spatial and temporal processes in northwest Amazonia*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 107-168.

KISIL, Marcos, 1996. "Uma estratégia para a reforma sanitária: a iniciativa UNI". *In*: *Divulgação em saúde para debate*, n. 12. p. 5-14.

KNAUFT, Bruce, 1989. "Bodily images in Melanesia: cultural substances and natural metaphors". *In*: FEHER, M. *et al* (Ed.). *Fragments for a history of the human body*. Part 3. New York: Zone.

KUIPERS, Joel, 1989. "'Medical discurse' in anthropological context: views of language and power". In: *Medical Anthropology Quartely*, v. 3:2.

LAFARGUE, Marie-Madeleine, 1992. "Variations sur le thème du corps". In: *Les Temps Modernes*, n. 556. p. 103-129.

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

LAPLANTINE, François, 1991. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.

LE BRETON, David, 1994. "Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia". *In*: *Revista Española de Investigaciones Sociologicas*, n. 68 (monográfico sobre perspectivas en sociologia del cuerpo).

LEAL, Ondina F. e LEWGOY, Bernardo, 1995. "Pessoa, aborto e contracepção". *In*: LEAL, Ondina Fachel (org.). *Corpo e significado: ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

LEAL, Ondina, 1995. "Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas". *In*: *Corpo e significado: ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

LEFÈVRE, Fernando, 1991. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez.

LÉVI-STRAUSS, Claude, 1989 (1962). "A ciência do concreto". *In*: *O pensamento selvagem*. Campinas: Papirus. p. 15-49

LÉVI-STRAUSS, Claude, 1990. "O feiticeiro e sua magia". *In*: *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

LÉVI-STRAUSS, Claude, 1990. "A eficácia simbólica". *In: Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

LÉVI-STRAUSS, Claude, 1991. *O cru e o cozido*. São Paulo: Brasiliense.

LOCK, Margaret, 1993. "Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge". In: *Annual Review of Anthropology*, v. 22. p. 133-55.

LOYOLA, M. Andréa, 1984. *Médicos e curandeiros:* conflito social e saúde. São Paulo: Difel.

LOYOLA, M. Andréa, 1987. "Medicina popular: rezas e curas de corpo e alma". *Ciência Hoje* 6:35:34-43.

LYONS, Albert and PETRUCELLI, R. Joseph, 1987. *Medicine*: an illustrated history. New York: Abradale Press.

MAGNANI, José Guilherme Cantor, 1996. "Quando o Campo é a Cidade: Fazendo Antropologia na Metrópole". *In*: MAGNANI, J. G. C., TORRES, L. L. *Na Metrópole: textos de antropologia urbana*. São Paulo: EDUSP; Fapesp.

MALINOWSKI, Bronislaw, 1978 (1922). *Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia*. São Paulo: Abril Cultural.

MAUÉS, R. H. e MAUÉS, M. A. M., 1978. "O modelo da 'reima': representações alimentares em uma comunidade amazônica". In: *Anuário Antropológico*, n. 77, p.120-147.

MAUSS, Marcel e HUBERT, H., 1968. "Théorie de la Magie". *In*: *Sociologie et anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France.

MAUSS, Marcel, 1968. "Les techniques du corps". *In*: *Sociologie et Anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France.

MAUSS, Marcel, 1968. "Une catégorie de l'esprit humain: la notion de personne, celle de moi". *In*: *Sociologie et anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France.

MAUSS, Marcel, 1968. *Essai sur le dom*. *In*: *Sociologie et anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France.

MERLEAU-PONTY, 1962. "Experience and objetive thought: the problem of the body". *In*: *The Phenomenology of Perception*.

MINAYO, M. Cecília S, 1994. "Representações da cura no catolicismo popular". *IN*: ALVES, Paulo C. et MINAYO, M. Cecília S. (org.). *Saúde e Doença* : um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

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

MONTERO, Paula, 1990. *Magia e Pensamento Mágico*. São Paulo: Ática.

MONTERO, Paula, 1991. "Reflexões sobre uma antropologia das sociedades complexas". *In*: *Revista de Antropologia*. São Paulo: USP, n. 34.

MONTERO, Paula, 1993. "Questões para a etnografia numa sociedade mundial". In: *Novos Estudos*, n. 36.

MONTERO, Paula, 1994. "*Magia, racionalidade e sujeitos políticos*". In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n.26.

MOPSIK, Charles, 1989. "The body of engenderment in the Hebrew Bible, the rabbinic tradition and the Kabbalah". *In*: FEHER, M. *et al* (Ed.). *Fragments for a history of the human body*. Part 1. New York: Zone.

MOTTA-MAUÉS, Maria Angélica, 1994. " 'Lugar de mulher': representações sobre os sexos e práticas médicas na Amazônia (Itapuá/Pará)". *In*: ALVES, Paulo César e MINAYO, M. Cecília. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

NATIONS, Marilyn and REBHUN, L. A., 1985. "Angels with wet wings won't fly: maternal sentiment in Brazil and the image of neglect". *In*: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12(2).

NUTTON, Vivian, 1992. "Healers in the medical market place: towards a social history of Graeco-Roman medicine". *In*: WEAR, Andrew. *Medicine in society*: *Historical essays*. Cambridge: Cambridge University Press.

OLIVEIRA, Elda Rizzo de, 1985a. *O que é benzeção*. São Paulo: Brasiliense.

OLIVEIRA, Elda Rizzo de, 1985b. *O que é medicina popular*. São Paulo: Brasiliense.

O'NEILL, John, 1985. "Social bodies". In: *Five bodies*. New York: Cornell University Press.

Pesquisa social em saúde, 1992. / Amélia Cohn ... [et al.]; coordenadores Aracy Witt de Pinho Spínola ... [et al.]. São Paulo: Cortez.

Plano de ação de governo para Londrina nas eleições de 1992. Londrina na frente PT/PDT/PPS/PC do B/PSB. Londrina, 1992, mímeo.

PRESS, Irwin, 1978. "Urban folk medicine: a funtional overview". *IN*: American Anthropologist, vol. 80, n. 1, march, p. 71-84.

Projeto UNI – Londrina: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade (PROUNI-LD). Londrina, 1992, mímeo.

Prouni/Londrina em ação II: processos e resultados. Relatório técnico de avaliação do 1° ano (outubro de 92 a junho de 94). Londrina, 1994.

Prouni/Londrina em ação III: resultados. Ações e realizações do 3° ano (julho de 94 a junho de 95). Londrina, 1995.

QUEIROZ, Marcos S., 1980. "Feitiço, mau-olhado e susto: seus tratamentos e prevenções. Aldeia de Icapara". *In*: Religião e sociedade, n. 5. p. 131-160.

QUEIROZ, Marcos S., 1993. "Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras". *IN*: *Cadernos de Saúde Pública* . v. 9, n. 3, julho/setembro (número temático: abordagens antropológicas em saúde).

RABELO, Míriam C. M., 1994. "Religião, ritual e cura". *In*: ALVES, Paulo C. et MINAYO, M. Cecília S. (org.). *Saúde e Doença* : um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

RABELO, Míriam, 1993. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas". *In*: *Cadernos de*

Saúde Pública . v. 9, n. 3, julho/setembro (número temático: abordagens antropológicas em saúde).

RABINOW, Paul, 1992. "Artificiality and enlightenment: from Sociobiology to Biosociality". In: CRARY, J. and Kwinter, S., ed. *Incorporations*. New York: Urzone.

Rumos da saúde para Londrina: plano municipal de saúde para o biênio 1996-1997. Londrina: Prefeitura do Município de Londrina/Autarquia do Serviço Municipal de Saúde/Conselho Municipal de Saúde, 1996.

SAHLINS, Marshall, 1976. *The use and abuse of Biology. An anthropological Critique of Sociobiology*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.

SAHLINS, Marshall, 1979. "La pensée Bougeoise: a sociedade ocidental enquanto cultura". In: *Cultura e Razão Prática*. Rio de Janeiro: Zahar.

SAHLINS, Marshall, 1990. *Ilhas de história*. Rio de Janeiro: Zahar.

SAHLINS, Marshall, 1992. "Cosmologias do capitalismo: o setor transpacífico do 'sistema mundial' ". *In*: *Religião e sociedade*, v. 16.

SANTA'ANNA, Denise Bernuzzi de, 1995. *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade.

SANTOS FILHO, Lycurgo, 1991. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec/EDUSP.

Saúde, Cultura e Sociedade, 1995. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública- USP, Caderno n. 1, novembro.

SCHEPER-HUGHES, Nancy and LOCK, Margaret M., 1987. "The Mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology". *In*: *Medical Anthropology Quarterly*, v.1, n.1, march, p. 6-39.

SCHEPER-HUGHES, Nancy, 1992. "(M)Other Love". *In*: *Death without weeping*: *the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.

SCHMITT, Jean-Claude, 1989. "The ethics of gesture". *In*: FEHER, M. *et al* (Ed.). *Fragments for a history of the human body*. Part 2. New York: Zone.

SILVA, Vagner Gonçalves *et al* (org.), 1994. *Antropologia e seus espelhos*. São Paulo: FFLCH/USP.

SINGER, Merril, 1990. "Postmodernism and Medical Anthropology: words of caution". In: *Medical Anthropology*, v. 12.

STAFFORD, Barbara Maria, 1997. "Introduction: the visualization of knowledge". *In*: *Body criticism. Imaging the unseen in Enlightenment art and medicine*. Cambridge/London: The MIT Press.

SUGMYAMA, Luiz C. Y. *et al*, 1996. "Programa de Saúde da Família (o médico de família)". *In*: SILVA, Sílvio Fernandes (org.). *A construção do SUS a partir do município: etapas para a municipalização plena da saúde*. São Paulo: Hucitec.

TAMBIAH, Stanley, 1990. *Magic, Science, Religion and the scope of rationality*. Cambridge: Cambridge University Press.

TAUSSIG, Michael, 1980. *The nervous system*. New York/London: Routledge.

TAUSSIG, Michael, 1993. *Mimesis and Alterity* - a particular history of the senses. New York and London: Routledge.

TAUSSIG, Michael, 1993. *Xamanismo, Colonialismo e o Homem Selvagem. Um estudo sobre o terror e a cura*. São Paulo: Paz e Terra.

TERRA, Osmar, 1989. "A participação da comunidade no SUS". *In*: *Saúde em debate*, n. 26. p. 56-57.

TURNER, Bryan, 1984. *The body and society: explorations in Social Theory*. Oxford: Blackwell.

VARGA, István Van Deursen, 1989. *O "ethos" médico diante da alteridade (uma abordagem "etnográfica" – uma percepção "pedagógica" – sobre a atuação de equipes de saúde em áreas indígenas)*. São Paulo, mímeo.

VARGA, István Van Deursen, 1995. *Certezas médicas, subversões francesas, paixões barrocas, especiarias africanas (Benoit Mure e o higienismo acadêmico no Brasil do século XIX)*. São Paulo: DA/FFLCH/USP (dissertação de mestrado).

VERNANT, Jean-Pierre, 1989. "Dim body, dazzling body". *In*: FEHER, M. *et al* (Ed.). *Fragments for a history of the human body*. Part 1. New York: Zone.

VERNANT, Jean-Pierre, 1990. *Mito e pensamento entre os gregos*. Rio de janeiro: Paz e Terra.

VICTORA, Ceres, 1995. "As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriações dos modelos médicos". *In*: LEAL, Ondina Fachel (org.), 1995. *Corpo e significado: ensaios de Antropologia Social.* Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

WINCH, Peter, 1970. "Understanding a Primitive Society". In: WILSON, B. ed. *Rationality.* Basil Blackwell.

WOORTMANN, Klaas, 1986. "A comida, a família e a construção do gênero feminino". In: *Dados*, v. 29, n. 1.

YOUNG, Allan, 1981. "When rational men fall sick: na inquiry into some assumptions made by medical anthropologists". *In*: Culture, Medicine and Psychiatry 5 (1981), p. 317-335.

ZALUAR, Alba, 1973. "Sobre a lógica do catolicismo popular". *In*: *Dados*, n. 11.

ZALUAR, Alba, 1980. "Milagre e castigo divino". *In*: *Religião e sociedade*, n. 5. p. 161-187.

ZALUAR, Alba, 1994. "O antropólogo e os pobres: Introdução metodológica e afetiva". *In*: *A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza.* São Paulo: Brasiliense.