

CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA À MEDICINA: UMA REVISÃO DE ESTUDOS NO BRASIL

Marcos de Souza Queiroz*

Ana Maria Canesqui**

QUEIROZ, M. de S. & CANESQUI, A.M. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 20:141-51, 1986.

RESUMO: Foi feita revisão e análise, sob um ponto de vista antropológico, da literatura mais representativa sobre saúde e doença e práticas de cura no Brasil. Nessa literatura, em primeiro lugar, houve a preocupação de coletar documentos sobre as tradições regionais do mundo rural, expressando uma ampla variedade de pontos de vista. Em geral, "medicina popular" era vista como um conjunto de práticas e idéias rudes e imitativas, provenientes tanto da medicina erudita do passado como das tradições étnicas brasileiras. Em segundo lugar, as ciências sociais exerceram uma grande influência neste tipo de estudo. Depois dos anos 30 e, principalmente, dos anos 40 aos 70, um número importante de trabalhos tiveram lugar nesse campo de estudo, influenciados pelas posturas acadêmicas como, por exemplo, o funcionalismo, a teoria da aculturação, e as teorias do desenvolvimento. Durante os anos 70 o campo atingiu a sua maturidade com um grande número de pesquisas sob várias influências teóricas. As teorias estruturalistas e funcional-estruturalistas (que variam entre o formalismo abstrato e o substantivismo) tiveram um peso mais consistente nessa década. Três importantes estudos recentes foram também analisados, e as principais tendências abertas nesse campo foram também discutidas, particularmente as tentativas marxistas de análise.

UNITERMOS: Antropologia da medicina. Medicina tradicional. Brasil.

INTRODUÇÃO

O objetivo desse artigo é focalizar criticamente a literatura antropológica mais significativa sobre representações de saúde e doença e práticas de cura no Brasil.

Autores que se denominavam "folcloristas", cuja principal preocupação era recuperar as tradições regionais do mundo rural brasileiro, produziram grande variedade de obras com diferentes graus de complexidade a respeito de "medicina popular". Em alguns casos, essas obras foram somente inventários, em forma de dicionário despojados de qualquer intenção explicativa. Em outros casos, chegou-se a empregar uma elaboração analítica com embasamento teórico mais complexo. Trata-se do positivismo de Comte, do difusionismo de Taylor ou do evolucionis-

mo de Spencer que podem ser encontrados explícita ou implicitamente nessas obras. Em geral, o conjunto desses trabalhos é impregnado de caráter ideológico e etnocêntrico e, por esse motivo, sua contribuição para o desenvolvimento científico do tema é precária (Queiroz³³, 1980).

De um modo geral, a maioria dos autores "folcloristas", quando apresentam uma preocupação teórica ou uma elaboração mais complexa do tema, como ocorre, por exemplo, com Cabral⁵ (1958) e Maynard Araújo²⁵ (1959), considera a "medicina popular" como um conjunto de crenças e práticas "rústicas" e "imitativas", resultado da difusão de medicinas eruditas passadas e das diferentes etnias que compuseram a população brasileira

* Do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde e do Núcleo de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas — Caixa Postal 1170 — 13100 — Campinas, SP — Brasil.

** Do Departamento de Medicina Preventiva e Social, do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde e do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas — Caixa Postal 1170 — 13100 — Campinas, SP — Brasil.

Bastide¹ (1971), que também trouxe contribuição pioneira na área da sociologia das doenças mentais, foi o primeiro a inaugurar um tratamento mais rigoroso sobre a temática das curas religiosas na década de 30. A tese desenvolvida em seu trabalho é que no Candomblé, ao contrário do Catimbó recifense ou da Macumba paulista, a religião predomina sobre a magia. Como mesmo no Candomblé a cura de doenças se faz pelo recurso à magia e ao fetichismo, ela se desenvolve às margens da religião, sendo, portanto, um extrato inferior em relação a esta. Nesse particular, é evidente a influência de Weber em Bastide, na medida em que para ele apenas as mensagens religiosas próprias das religiões "superiores" (entre as quais ele situa o Candomblé) são capazes de fornecer aos seus seguidores normas consistentes de ação.

Em realidade, a importância do pensamento de Bastide encontra-se não tanto em sua formulação teórica geral, mas na problemática que levantou, o que ensejou o surgimento de um campo importante de estudos no Brasil, ou seja, o das religiões populares e, dentro dele, o das medicinas religiosas.

De um modo geral, os estudos antropológicos até essa época não observaram os elementos sociais como integrados num sistema coerente. Assim, a "medicina popular" era vista como uma colcha de retalhos costurada por influências passadas sem conexão lógica e sociológica entre eles. O paradigma teórico que marca a grande maioria das produções antropológicas dessa época era aquele informado pelo evolucionismo e pelo difusionismo. Evidentemente, essa perspectiva revela-se atualmente com uma base epistemológica pobre para a apreensão da realidade social.

As décadas de 50 e 60 foram marcadas pela presença da teoria funcionalista nas ciências sociais, o que significa dizer que os fatos sociais passaram a ser observados em relação uns com os outros,

dentro de um sistema global. No entanto, falta ao funcionalismo ir além da superfície da realidade social para que possa apreender a sua estrutura profunda. O que mantém essa teoria em nível superficial é a sua capacidade explicativa limitada que quase sempre percebe os fatos sociais em função ou desfunção com referência ao sistema social. Trata-se, na maioria das vezes, de um raciocínio tautológico: um fato existe com vitalidade num contexto social porque é funcional a esse contexto. Esse aspecto ficará mais claro na análise que faremos a seguir das principais obras realizadas em medicina sob essa influência.

Fernandes¹² (1961), realizou um tratado sobre folclore (incluindo "medicina popular") e mudança social em São Paulo. Nesse trabalho, Fernandes, mencionando sua tese realizada em 1942, concebe a "medicina popular" como uma característica próprio do mundo rural tradicional em oposição à medicina oficial moderna, própria do mundo urbano. A ocorrência de práticas tradicionais rurais nas cidades é explicada como sobrevivência cultural de tradições trazidas por imigrantes rurais, ou seja, como persistência de traços culturais de época mais antigo. O autor deixa entender que, com a adaptação dessa população às condições de vida urbana, a memória tradicionalista será substituída por um "ethos" modernista.

Numa postura muito semelhante a de Fernandes¹², Fontenelle¹³ (1959) realizou levantamento regional de crenças e hábitos concernentes à "medicina popular", levando em conta o pressuposto de que tanto o campo como a cidade são entidades homogêneas e consistentes, e que o único processo de mudança é aquele verificado pela migração. Este pressuposto encontra o seu paradigma na clássica dicotomia "folk-urbano" de Redfield³⁷ (1941), em que o encontro de duas sociedades ou dois mundos (no caso, o mundo rural e o mundo urbano)

é percebido como se houvesse um processo natural de absorção do mais fraco pelo mais forte.

Nessas obras, Fernandes¹² e Fontenelle¹³ percebem o mundo tradicional e, dentro dele, suas crenças e práticas de cura, como um conjunto assistemático em via de desintegração, uma vez que são disfuncionais ao contexto sócio-urbano moderno. Esse pressuposto não se mantém, na medida em que, apesar da urbanização, persistem e se desenvolvem saberes e práticas de cura populares como têm demonstrado várias pesquisas empíricas. Falta, nas abordagens daqueles autores, mostrar a persistência e transformação desses saberes e práticas, seja com relação à percepção e à manipulação da realidade pelos indivíduos, seja com relação ao sentido que eles assumem dentro de um contexto capitalista.

Diante do crescimento das religiões mediúnicas em São Paulo, Camargo⁶ (1961) levantou a hipótese da existência de um "continuum" entre as suas diferentes manifestações que vai da Umbanda, uma forma mais africana, ao Kardecismo, uma forma mais ocidental. Não descartando uma visão evolutiva desse "continuum", Camargo⁶ explicou o sucesso dessas formas religiosas na cidade pela sua capacidade de adaptação e integração urbana de imigrantes rurais tradicionais.

Orientando-se pelas análises Weberianas e funcionais, o autor destacou entre as funções religiosas, que facilitam essa adaptação e integração, a de promover terapias e curas de doenças. Para o autor, essa função incorpora a um contexto mais moderno e urbano as formas tradicionais que valorizam a medicina das ervas e das explicações e terapias mágicas e espirituais.

Teoricamente, a proposição funcionalista que se encontra nesses autores é quase sempre um truismo, no qual a realidade social é percebida como uma entidade totalitária, sem contradições inter-

nas, e os indivíduos como marionetes conduzidos mecanicamente por suas tradições culturais. Em realidade, não se trata de perceber a relação do mundo urbano com o rural como a de duas culturas com forças desiguais, simplesmente porque a ordem capitalista organiza e transforma tanto o meio urbano como o rural. Ao mesmo tempo, a postura funcionalista é incapaz de explicar porque diferentes saberes e práticas de cura têm persistido com grande vitalidade no meio urbano. Evidentemente, não se trata da mesma medicina rural tradicional mas de uma medicina que, embora utilize elementos provenientes de outras experiências de vida, existe em sintonia ou em relação com o modo de produção capitalista que configura os elementos desses saberes e símbolos com um novo sentido.

Na década de 60, tivemos em Souza Barros⁴⁰ (1971) a marca da influência de várias teorias desenvolvimentistas que se manifestaram no campo da "medicina popular". A preocupação do autor é adotar uma postura de modernização frente às estruturas tradicionais da sociedade que dissemina, em sua população subalterna, desesperança e alienação. Para ele, alienação é uma transferência de características humanas — de domínio e confiança em si mesmo — para poderes estranhos no sentido de propiciarem coisas que lhes estão sendo necessárias e que não se espera conseguir por si mesmo ou através do seu corpo social. Assim, a "medicina popular" aparece como crenças, saberes e práticas tradicionais defasadas do conhecimento médico moderno, que mantém uma população em estado de atraso social e econômico.

A resolução desse problema, para o autor, é abrir o mundo fechado da cultura popular a um projeto nacional desenvolvimentista que rompa com o "círculo vicioso da pobreza", removendo causas e barreiras econômicas, sociais e culturais que impedem o desenvolvimento. Está contido nessa visão um raciocínio

a-histórico e etnocêntrico que encontra como parâmetro a ser imitado o modelo social e econômico mais próximo do ideal capitalista, ou seja, o norte-americano.

A década dos anos 70 revitalizou as contribuições antropológicas, marcando o interesse pela análise de temáticas referentes às condições de vida das camadas subalternas, especialmente no que se refere às práticas sociais sob uma perspectiva do "real vivido". Dentro dessa temática, foram analisados ideologias sobre saúde, doença e alimentação, práticas de especialistas de cura não pertencentes à medicina oficial, e sistemas médicos religiosos.

Algumas pesquisas desenvolvidas nesse campo foram marcadas pela influência da etnociência, resultando em estudos sobre as taxonomias populares a respeito do corpo humano (Ibañez-Novión¹⁷, 1978; Ibañez-Novión e Trindade Serra,¹⁸ 1978) por parte de camadas subalternas ou de categorias de profissionais. A partir das descrições anatômicas e fisiológicas do corpo, conforme as explicações fornecidas pelos entrevistados, os autores ressaltam o saber (informal) sobre a doença e seus tratamentos. Uma conclusão importante desse trabalho é que o universo classificatório que informa as percepções e os tratamentos não se aplica apenas aos problemas relativos à saúde-doença, mas encerra explicações sobre o universo sócio-cultural e o modo de inserção dos sujeitos na sociedade.

Estudos sobre hábitos e ideologias alimentares também marcaram a década dos anos 70, trazendo contribuições referentes às relações entre saúde e nutrição. Alguns deles trataram especificamente das proibições e tabus alimentares, influenciando-se pelas análises de Lèvi-Strauss²⁰ sobre a natureza simbólica das relações totêmicas (Peirano²⁹, 1975). Nesta obra²⁹ a análise concentrou-se num sistema classificatório entre pescadores

do Ceará, operando na aproximação simbólica entre os domínios de seres humanos e o das espécies naturais (peixes reimosos), e delimitando proibições alimentares a certas pessoas reconhecidas pelos entrevistados como sadias ou doentes.

Nessa mesma temática, Maués e Maués²⁴ (1978) analisaram as proibições alimentares recorrendo principalmente às explicações da oposição simbólica formulada por Douglas⁹ (1976) entre pureza e impureza, sem descartar, no entanto, os postulados sobre a lógica universal de operação da mente humana de Lèvi-Strauss.

Outros estudos sobre hábitos e ideologias alimentares emergiram no bojo das preocupações com a deterioração das condições alimentares da população brasileira no pós-"milagre econômico", trazendo assim subjacente preocupação com as condições de vida das camadas trabalhadoras. Levando em conta a reprodução cotidiana da força de trabalho, dentro das estratégias de sobrevivência dessas camadas, as suas representações e práticas sociais relativas ao consumo alimentar (tendo em vista tanto a organização familiar do consumo como os modos de pensá-lo em relação ao corpo, à saúde e à doença) foram analisadas, em contraposição às formulações baseadas na teoria da modernização que as percebem como irracionais (Canesqui⁷, 1976; Marin²³, 1977; Souto de Oliveira³⁹, 1977; Guimarães¹⁶, 1979).

O resultado dessas pesquisas mostrou a inconsistência das abordagens correntes nos estudos nutricionais na área da saúde, que contabilizam o consumo alimentar apenas pelo ângulo dos requerimentos biológicos. Ao incorporarem a dimensão ideológica e cultural, articulando-a com outros domínios estruturais da sociedade, os hábitos e as ideologias de consumo aparecem não como crenças e tabus irracionais que podem gerar subnutrição e doença, mas como dimensões

mediadoras que presidem as práticas e a organização do consumo das famílias trabalhadoras.

O estudo das representações de doenças e de agentes de cura entre caiçaras paulistas de Iguape foi desenvolvido por Queiroz^{31,32,34,35,36} (1978, 1980, 1982, 1984). Sob a influência do estruturalismo inglês, principalmente de Evans-Pritchard, Douglas, Gluckman e Turner, o autor analisa a transformação cultural do caiçara à medida em que se intensificam as relações capitalistas de produção na região.

Nesses estudos, é possível observar que o capitalismo progressivamente altera os sistemas tradicionais de crenças e práticas de cura, destituindo-os de legitimidade e marginalizando seus agentes, criando novos agentes e novos significados para as velhas crenças e costumes. Nesse contexto, o sistema classificatório tradicional de "quente e frio" na definição e tratamento de doenças "naturais" (desequilíbrio do corpo com o meio ambiente) desloca o seu centro de gravidade terapêutico baseado na noção de harmonia e desarmonia para a noção de intervenção sintomática no órgão humano afetado. Da mesma forma, o curandeiro "espiritista", que antes tinha que se manter a uma certa distância física, social e ideológica da sociedade que o promove, hoje é admitido sem nenhuma dessas condições, protegido pelo invólucro religioso da Umbanda.

Nesses estudos é possível observar ainda que o sistema tradicional se manifesta na percepção e explicação de causas das doenças de cunho moral produzidas pela inveja, mau-olhado, quebranto e feitiço. No entanto, a introdução das relações capitalistas de produção, ao enfraquecer os laços sociais locais, atenuou consideravelmente o controle e a dimensão política que essas crenças encerram.

A temática das práticas de curas religiosas esteve presente na década dos anos 70 entre autores que se dedicaram

ao estudo das religiões sob o ponto de vista de suas práticas rituais, seus sistemas de crenças e suas formas de organização dos poderes institucionais (Fry^{14,15}, 1975, 1978; Mott²⁶, 1976; Velho⁴¹, 1975 e Vergolino e Silva⁴², 1976).

Nesses estudos, a Umbanda principalmente foi analisada sob diferentes enfoques, destacando-se o seu aspecto organizacional. Os conflitos gerados pelas tensões estruturais internas (provocando crises) e externas (expressando rivalidades entre terreiros) constituíram a vigamestra pela qual os principais componentes organizacionais da Umbanda foram dimensionados. Velho⁴¹ (1975) e Fry¹⁵ (1978) mostram ainda que esses princípios organizacionais (baseados na tensão entre o princípio do favor e o da burocracia) em realidade são expressões locais de uma realidade estrutural mais ampla encrustada na cultura brasileira.

O aspecto de cura e de tratamento de doenças aparece como um dos principais produtos que apelam para atrair a clientela da Umbanda, um aspecto que, embora mencionado por todos esses autores, não chegou a merecer por parte deles uma análise mais intensiva. Mott²⁶ (1976) chega a se deter mais demoradamente no tema quando descreve os tratamentos baseados em procedimentos rituais e uso de ervas medicinais, o que não impediu, no entanto, o assunto de aparecer como acessório de uma preocupação voltada para a instituição como um todo.

Na década dos anos 80 as contribuições antropológicas não fugiram às temáticas que vimos considerando, persistindo as preocupações com o estudo sobre os especialistas e práticas de cura e as representações sobre saúde e doença. Analisaremos a seguir três trabalhos que contribuíram decisivamente para o desenvolvimento da "medicina popular" nesta década. Trata-se das obras de Oliveira^{27,28} (1983), Loyola²¹ (1984) e Costa⁸ (1980).

Oliveira estudou as benzedeiras na cidade de Campinas, a partir da oposição entre medicina popular e medicina oficial. Para aquela autora, o propósito principal da medicina oficial seria contribuir para o controle e opressão das classes trabalhadoras por parte das classes dominantes. Já a medicina popular, baseada no benzimento, seria uma alternativa construída pelas classes populares para resistir a essa dominação e opressão. Em suas palavras,

“Como resistência política, a medicina popular é um conjunto de formas de cura e de concepções de vida que se colocam como alternativas àquelas oferecidas pela ciência erudita. . . Se a medicina popular existe e resiste é porque seus recursos de cura respondem aos interesses e necessidades de alguns setores da nossa população. Se elas não tivessem uma eficácia, já teriam sido sufocadas pelas outras formas de cura realizadas em nome da ciência e do saber legítimo. Como uma forma específica de produzir curas, a medicina popular é parte da história concreta de determinados grupos sociais, sobretudo migrantes. Ela se constitui numa das expressões vivas, do ponto de vista político e cultural, da sua sobrevivência na cidade e da luta constante entre dominantes e dominados” (Oliveira²⁷: 10-12)

“As novas políticas sociais de saúde. . . também se constituem num modo de bloquear a capacidade que nossa população tem de refletir sobre as suas doenças e de encontrar, muitas vezes, no âmbito da cultura popular, a solução para a cura” (Oliveira²⁸: 10).

Essas passagens exemplificam uma postura equivocada em dois pontos fundamentais. Em primeiro lugar, nem a medicina oficial nem a popular são empregadas por causa da sua eficácia. Referendar esta posição seria desconhecer os muitos trabalhos antropológicos que desmentem o caráter universal do utili-

tarismo e da razão instrumental (Sahlins³⁸, 1976). Em realidade, é possível afirmar, em analogia com uma passagem de Lèvi-Strauss²⁰ (1970, cap. X) que tanto as medicinas oficiais como as populares são eficazes no meio social que as empregam justamente porque são utilizadas em sintonia simbólica com a cultura desse meio social. Portanto, em grande medida, o sentido de eficácia molda-se aos parâmetros culturais e não o contrário. Evidentemente, isso não significa invalidar o impacto que as grandes revoluções científicas e tecnológicas têm sobre a cultura. O que é importante reter nesse particular é que essas grandes revoluções ocorrem esporadicamente em períodos extraordinários, enquanto no cotidiano a cultura preenche de sentido mesmo a mais tecnológica das atividades.

Em segundo lugar, o pressuposto de que a medicina popular seria uma alternativa à medicina oficial, dentro de uma estratégia de luta entre dominantes e dominados, é romântico em sua essência e dotado de escasso poder analítico. Esse pressuposto encontra-se presente em autores como Illich¹⁹ (1975), tendo sido adotado, também, embora numa perspectiva muito menos radical e muito mais complexa, por Brandão⁴ (1984).

Nessa obra, Brandão⁴ aborda o problema da relação do saber popular com o saber erudito dimensionando a espontaneidade da cultura popular. Para ele, a cultura popular continua criativamente produzindo novos saberes e também reapropriando o saber erudito, embora esses saberes sejam constantemente expropriados pela cultura hegemônica. Essa produção e reapropriação teria inevitavelmente o sentido de afirmação de identidade cultural e de luta de classes.

Nessa postura, o que escapa ao autor nessa obra (Brandão⁴) é exatamente o fato de que o controle da produção e da comercialização é condição indispensável para que realmente possa haver

afirmação de identidade e resistência cultural. Além disso, a oposição saber erudito x saber popular é teoricamente frágil uma vez que ela pressupõe homogeneidade e autonomia tanto da cultura popular quanto da cultura erudita, o que é impossível num sistema capitalista de produção.

Em realidade, tanto a medicina oficial como a medicina popular, ao se transformarem em mercadorias, concorrem para a consolidação do edifício social capitalista. Evidentemente, um enfoque a partir desse ponto certamente diluiria a questão "medicina erudita x medicina popular" e o aspecto confrontativo entre ambas.

Uma outra contribuição relevante da década de 80 é a de Loyola²¹ (1984), que elaborou uma etnografia a respeito de crenças e práticas médicas da população de Santa Rita, um bairro da cidade fluminense de Nova Iguaçu. Trata-se de um local periférico com poucos recursos sociais, cuja população encontra dificuldades de acesso à Nova Iguaçu e a maioria dela não tem condições de contribuir e, portanto, de ser atendida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Assim, a grande maioria da população é obrigada a se tratar sozinha ou a recorrer ao auxílio terapêutico local oferecido pelos curandeiros herbalistas, farmacêuticos e especialistas religiosos.

Sob a influência de Bourdieu³ (1974), Loyola²¹ percebe os diferentes agentes de cura e os diferentes tipos de médicos a quem os habitantes de Santa Rita recorrem como formando um sistema cujas partes competem entre si pela oferta de serviços e pela interpretação simbólica da realidade. Essa influência contribuiu para que o campo estudado não ficasse fragmentado e estático, uma vez que ele é observado a partir das concorrências que existem entre os especialistas de cura e as instituições religiosas na produção e oferta de bens simbólicos e de mercadorias específicas relacionadas com a cura.

Através dessa descrição e análise, verificamos como a medicina é uma construção social que depende não só dos médicos e das instituições que os sustentam como também dos clientes, que, afinal de contas, só procuram os médicos a partir de suas próprias definições e percepções de doença e saúde. Assim, as doenças de crianças, mulheres, homens e velhos são percebidas e classificadas de acordo com as funções não só biológicas mas também sociais dessas categorias.

Outra influência importante em Loyola²¹ é a de Boltanski² (1984) que contribuiu para a percepção da cultura das classes populares num sentido coerente com a experiência social de vida dessas classes. Por exemplo, uma experiência de vida que exige a utilização intensiva do corpo como instrumento de trabalho para a própria sobrevivência provocará uma percepção utilitarista do corpo e um significado tal para a doença que ela será vista como uma manifestação brutal e imprevisível. Daí a exigência de terapias enérgicas e instantâneas, em sintonia com a produção farmacêutica em moldes capitalistas.

Enfatizando o ponto de que não há possibilidade das classes populares criarem uma cultura isolada das condições de existência que lhes foram impostas, Boltanski² entende a "medicina popular" como um conjunto de conhecimentos e práticas científicas de outrora coexistindo com um conjunto de conhecimentos e práticas difundidas pelos médicos e farmacêuticos de hoje. Assim, não há lugar para *autonomia* e nem para criação cultural *espontânea* de classes sociais que se definem pelo seu aspecto de subordinação.

Aspecto importante levantado por Loyola²¹ explica que a concorrência que a medicina popular faz à medicina oficial não se situa tanto no plano intelectual do saber, como no da solidariedade emocional da classe. Assim, um paciente encontraria num curandeiro, ao contrá-

rio do que poderia encontrar num médico, alguém que teria uma experiência de vida semelhante, que falaria a mesma língua e que poderia, portanto, compreendê-lo. A doença não seria assim observada como algo estritamente biológico e sintomático, mas envolveria aspectos sociais e psicológicos, ou seja, a pessoa numa dimensão muito mais global. Esse aspecto também foi dimensionado por Magnani²² (1980) na Umbanda e por muitos outros autores que pesquisaram medicina popular na América Latina e na África (ver por exemplo, Fabrega¹¹, 1971).

Não há dúvida de que esse aspecto existe nas medicinas populares, principalmente as tradicionais do mundo rural, e que ele é antagônico ao caráter sintomático e fragmentado da medicina científica. No entanto, nós diríamos, em consonância com outras pesquisas desenvolvidas na área (Press³⁰, 1971; Queiroz³⁵, 1982) que o aspecto sintomático e fragmentado está também presente nas medicinas populares dentro de um contexto urbano-capitalista.

Loyola²¹ também mostra como um conjunto de práticas e de agentes de cura populares se constituem em alternativas em concorrência à medicina oficial dominante num ambiente urbanos complexo. Nesse contexto, é mostrado como os consumidores valem-se dessas diferentes medicinas nas suas estratégias de consumo.

No plano das representações, Loyola²¹ opõe os dois sistemas de cura (oficial e não-oficial) de modo a traduzirem oposição de classe, que se determinam pelas noções de "habitus letrado" e "habitus corporal". Ao mesmo tempo, as práticas de consumo mostram a interpenetração e complementariedade entre os sistemas oficial e não oficial, o que leva a autora a admitir a possibilidade das classes subalternas defenderem parcialmente a sua visão de mundo do "ethos" dominante presente na medicina erudita.

Um aspecto dos mais importantes, no entanto, que deixou de ser contemplado na obra de Loyola²¹ diz respeito à influência que o modo de produção da oferta de bens e serviços, num contexto capitalista, é em boa medida funcional a esse sistema, adotando inclusive significados perfeitamente compatíveis com os interesses ideológicos do capital.

A influência de Boltanski faz-se presente também no trabalho de Costa⁸ (1980) que, tendo como referência operários da construção civil em Brasília, analisou o consumo médico (de medicamentos) a partir do modo como eles pensam e se relacionam com o seu corpo, o que comporta idéias e práticas relativas à saúde e à doença.

Para esses trabalhadores, enquanto a doença se identifica com a impossibilidade de trabalhar, a saúde é representada exatamente pela capacidade de trabalho. Essa representação comporta, evidentemente, uma ambiguidade fundamental, uma vez que se, por um lado, o trabalho requer saúde, por outro, ele é percebido como fonte de desgaste físico e de doença.

Uma vez que a venda da força de trabalho não assegura meios necessários a uma alimentação adequada, o trabalhador é levado ao consumo de certos medicamentos (fortificantes e vitaminas) como substitutos alimentares. Por sua vez, as representações tradicionais que identificam saúde e vigor físico com a boa qualidade do sangue são mantidos tendo como referência não mais um alimento de boa qualidade mas a disponibilidade de uma boa vitamina.

Certamente a valorização da força física e sua identificação com o conceito de saúde é uma representação que oferece significados bastante diferentes quando adotados entre trabalhadores rurais tradicionais ou entre categorias de trabalhadores manuais urbanos. Entre operários manuais, ela coincide com os interesses capitalistas que fazem da força de trabalho uma mercadoria, em conformi-

dade com a concepção utilitarista do corpo. Essa concepção é reproduzida pelo trabalhador sem perceber os mecanismos de exploração que ela encerra.

Como revela Costa⁸ nessa obra, a estratégia da indústria farmacêutica é a de apropriação dos elementos da medicina popular de modo a permitir que as indicações terapêuticas dos medicamentos sejam decodificados e assimilados pela população. Intermediário importante entre as indústrias e a população é evidentemente preenchido pelos próprios serviços de saúde que inculcam, explícita ou implicitamente, a ideologia da excelência tecnológica na resolução de problemas humanos: má condição de vida e de trabalho e alimentação insuficiente podem ser remediados por "vitaminas" e "fortificantes" industrializados.

A pesquisa desenvolvida por Costa⁸ trouxe uma passagem harmônica entre a teoria que permite abarcar o processo social mais amplo (geral) e o dado etnográfico (particular), embora a ênfase tenha permanecido no particular. Fica claro em seu trabalho que a ideologia dominada dos trabalhadores é construída a partir de fragmentos muito mais vividos do que pensados, de modo que ela expressa a experiência social concreta dos indivíduos num sentido muito mais próximo de adaptação e conformidade do que de oposição e confronto às relações básicas de produção. Fica claro ainda que as representações dos trabalhadores comportam também elementos significativos da ideologia dominante assim como da experiência passada de vida.

COMENTÁRIOS FINAIS

As contribuições antropológicas à medicina delineadas nesse texto mostraram a importância dessa disciplina no desenvolvimento de estudos sobre saberes e práticas de curas, assim como as concepções e representações sobre saúde, doença e corpo entre as camadas de baixa renda.

A partir da análise que realizamos sobre a bibliografia em questão, ficou claro que as diferentes medicinas, consolidadas ou não no sistema religioso, requerem um trabalho antropológico não apenas restrito às suas particularidades empíricas locais. É possível concluir que, no desenvolvimento dessa área, não há mais lugar para pesquisas que prestem pouca atenção aos processos sociais globais. Isso porque, num sistema capitalista, os fatos culturais necessariamente se inscrevem num contexto ideológico e apresentam implicações políticas, como muito bem nos adverte Durhan¹⁰ (1977).

Para o desenvolvimento dessa área, é necessário percorrer um caminho, já aberto por alguns pesquisadores, que seja capaz de verificar as relações entre os diferentes sistemas de cura, de um lado, atentando para as suas instituições e para os seus agentes, e, de outro, percorrendo um caminho mais complexo capaz de dar conta da produção, distribuição e consumo dos serviços de cura em geral e suas articulações com o sistema capitalista.

O que nos parece importante para dar prosseguimento aos estudos nessa linha é levar em conta as diferentes instituições e aparelhos produtores de ideologias que, mesmo sendo manipulados, reinterpretados e recriados pelas camadas subalternas, direcionam culturalmente essas camadas, modelando hábitos, práticas e formas de consciência e de vida. Com isso, não afirmamos a inexistência e impossibilidade do conflito na luta pela hegemonia, da qual a direção cultural é parte. É preciso admitir a existência de um espaço na cultura dos grupos não homogênicos, comportando identidades, crenças e linguagem próprias, sem contudo cair no viés romântico e populista. Resta também um espaço considerável e pouco explorado, que sem dúvida merece a atenção da antropologia, relativo à ideologia e às práticas consolidadas na medicina oficial.

QUEIROZ, M. de S. & CANESQUI, A.M. [Contributions from anthropology to medicine: a bibliographic review in Brazil]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20:141-51, 1986.

ABSTRACT: An analysis was made of the most representative literature both on health and illness representations and on practices of cure in Brazil from an anthropological point of view. Firstly, there was in this literature the concern of collecting the folk traditions from the rural world, expressing a great variety of viewpoints. In general, "popular medicine" was seen as a set of rude and imitative ideas and practices stemming from both the erudite medicine of the past and Brazilian ethnic traditions. Secondly, social sciences have had a great influence on this kind of study. After the 30's, particularly from the 40's to the 70's, a number of important studies, influenced by academic postures such as functionalism, acculturation theory and development theories took place in this field of study. During the 70's, this field reached maturity with a great amount of research carried out under diverse theoretical influences. However, the structuralist and functional-structuralist theories (which range from abstract formalism to substantivism) had a more consistent weight in that decade. Three important recent studies were also analysed and the main new theoretical trends in this field, particularly as regards Marxist theories, were also discussed.

UNITERMS: Anthropology, medical. Medicine, traditional. Brazil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASTIDE, R. *Negros no Brasil: religião, medicina e magia*. São Paulo, Ed. USP, 1971.
2. BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. 2.^a ed. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
3. BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo, Perspectiva, 1974.
4. BRANDÃO, C.R. *Educação popular*. São Paulo, Brasiliense, 1984.
5. CABRAL, D. A medicina teológica e as benzeduras. *Rev. Arq. Dep. Cult.*, S. Paulo (109), 1958.
6. CAMARGO, C. P. F. *Kardecismo e umbanda*. São Paulo, Pioneira, 1961.
7. CANESQUI, A. M. Comida de rico, comida de pobre, um estudo sobre alimentação num bairro popular. Campinas, 1976. [Tese de Doutorado — Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP]
8. COSTA, A. M. Riqueza de pobre. Brasília, 1980. [Dissertação de Mestrado — Instituto Central de Ciências Humanas da Universidade de Brasília]
9. DOUGLAS, M. *Pureza e perigo*. São Paulo, Perspectiva, 1976.
10. DURHAM, E. R. *A dinâmica cultural na sociedade moderna*. Rio de Janeiro, Ed. Enúbia, 1977. (Coleção Ensaios de Opinião, v. 4)
11. FABREGA, H. *Disease and social behaviour*. Cambridge, Mass., The MIT Press, 1971.
12. FERNANDES, F. *Folclore e mudança social em São Paulo*. São Paulo, Anhembi, 1961.
13. FONTENELLE, L. F. R. Aimorés: análise antropológica de um programa de saúde. São Paulo, DASP. Departamento de Documentação, 1959. [Dados inéditos].
14. FRY, P. H. Duas respostas à aflição: umbanda e pentecostalismo em Campinas. *Deb. e Crit.*, (6), 1975.
15. FRY, P. H. Two religious movements: protestantism and umbanda. *Stanford J. Int. Stud.*, 13, 1978.
16. GUIMARÃES, A. Z. Relatório final do Grupo de Pesquisa em Ciências Sociais em Nutrição; Convênio FINEP/INAN/IBGE. Rio de Janeiro, 1979. [Mimeografado]
17. IBAÑEZ-NOVIÓN, M. A. O anatomista popular: um estudo de caso. In: *Anuário Antropológico/77*. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1978.
18. IBAÑEZ-NOVIÓN, M. A. & TRINDADE SERRA, O. J. O mundo composto: o caso do noroeste mineiro. In: *Anuário Antropológico/77*. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1978.
19. ILLICH, I. *Medical Nemesis: the expropriation of health*. London, Calder & Boyars, 1975.
20. LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1970.

21. LOYOLA, M.A. *Médicos e curandeiros*. São Paulo, Difel, 1984.
 22. MAGNANI, J. G. Doença e cura na religião umbandista. Campinas, UNICAMP, 1980. [Mimeografado]
 23. MARIN, M. C. M. Emprego e serviço: estratégias de trabalho e de consumo entre operários de Campina Grande (Paraíba). In: Relatório de pesquisa hábitos alimentares em camadas de baixa renda; Convênio FINEP/FUB/UFRJ. Rio de Janeiro, Museu Nacional, 1977. [Mimeografado]
 24. MAUÊS, R. H. & MAUÊS, M. A. A. O Modelo de "Reima": representações alimentares numa comunidade amazônica. In: *Anuário Antropológico/77*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1978.
 25. MAYNARD ARAÚJO, A. *Medicina rústica*. Rio de Janeiro, Ed. Nacional, 1959.
 26. MOTT, Y. T. Caridade e demanda. Campinas, 1976. [Dissertação de Mestrado — Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP]
 27. OLIVEIRA, E. R. Doença, cura e benzedura: um estudo sobre o ofício da benzedeira em Campinas. Campinas, 1983. [Dissertação de Mestrado — Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP]
 28. OLIVEIRA, E. R. *O que é medicina popular*. São Paulo, Brasiliense, 1983.
 29. PEIRANO, M. G. S. Proibições alimentares numa comunidade de pescadores. Brasília, 1975. [Dissertação de Mestrado — Instituto Central de Ciências Humanas da Universidade de Brasília]
 30. PRESS, I. The urban curandeiro. *Amer. anthropol.*, 73(3), 1971.
 31. QUEIROZ, M. S. Representações de doenças e instituições de cura numa aldeia de pescadores. Campinas, 1978. [Dissertação de Mestrado — Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP]
 32. QUEIROZ, M. S. Curandeiros do mato, curandeiros da cidade e médicos: um estudo antropológico dos especialistas em tratamento de doenças na região de Iguape. *Cienc. e Cult.*, 32: 31-47, 1980.
 33. QUEIROZ, M. S. Estudos sobre medicina popular no Brasil. *Relig. e Soc.*, (5): 241-50, 1980.
 34. QUEIROZ, M. S. Feitiço, mau-olhado e susto: seus tratamentos e prevenções na aldeia de Icapara. *Relig. e Soc.*, (5): 131-60, 1980.
 35. QUEIROZ, M. S. The social construction of health and illness in Iguape, Brazil. Manchester, 1982. [PhD Thesis — University of Manchester]
 36. QUEIROZ, M. S. Hot and cold classification in traditional Iguape medicine. *Ethnology*, 23(1): 63-72, 1984.
 37. REDFIELD, R. *The Folk culture of Yucatan*. Chicago, The University of Chicago Press, 1941.
 38. SAHLINS, M. *Culture and practical reason*. Chicago, The University of Chicago Press, 1976.
 39. SOUTO DE OLIVEIRA, J. Hábitos e padrões alimentares de um grupo operário no Rio de Janeiro. In: Relatório de Pesquisa: projeto hábitos alimentares em camadas de baixa renda; Convênio FINEP/FUB/UFRJ. Rio de Janeiro, Museu Nacional, 1977. [Mimeografado]
 40. SOUZA BARROS, C. *Arte, folclore e subdesenvolvimento*. Rio de Janeiro, Ed. Paralelo, 1971.
 41. VELHO, Y. M. *A guerra de Orixá*. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.
 42. VERGOLINO E SILVA, A. Os tambores e as flores. Campinas, 1976. [Dissertação de Mestrado — Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP]
- Recebido para publicação em 19/08/1985
- Aprovado para publicação em 06/01/1986