

© Copyright 2003 by autores

Capa
Glenda Rubinstein

Revisão
Tereza da Rocha

CIP-Brasil — Catalogação na fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

T836

Tecnologias do corpo : uma antropologia das medicinas no Brasil
/ organização Annette Leibing . — Rio de Janeiro : NAU Editora, 2004.
302 p.:

Inclui bibliografia
ISBN 85-85936-51-7

1. Antropologia médica — Brasil. 2. Saúde — Brasil. 3. Política da
saúde — Brasil.

I. Leibing, Annette. II. Camargo Junior, Kenneth Rochel de.

03-2016.

CDD 306.40981

CDU 316.7:616(81)

NAU
EDITORA

Editora Trarepa Ltda

Av. Nossa Senhora de Fátima, 155

Engº Paulo de Frontin — RJ — CEP 26650-000

Telefax: (21) 3208 2092 — email: nau@alternex.com.br

Não encontrando este livro na livraria pedir via fax ou email.

Obra impressa na Gráfica Vozes em 2004

Fotolitos fornecidos pela editora

Papel cartão supremo 250 g/m² para a capa

Papel off set 90 g/m² para o miolo

Sumário

Introdução 7
Annette Leibing

SAÚDE MENTAL

Ciência, Tecnologia e Saúde Mental 19
João Biehl

Entre o corpo e a mente: a noção de indivíduo na
assistência de um hospital psiquiátrico universitário 37
Jane Russo, Ana Teresa A. Venancio, Silvana Araújo T. Ferreira,
Martha F. Henning

Vivendo a primeira experiência da psicose através da
religião 57
Cristina Redko

Atração fatal: trabalho escravo e o uso de psicotrópicos
por povos indígenas de São Paulo 81
Mariana K. Leal Ferreira

SABERES / CONHECIMENTO

Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento
médico: a epistemologia intuitiva dos clínicos 113
Kenneth R. de Camargo Jr.

Saber e itinerários de cuidados na Amazônia brasileira: o doméstico na encruzilhada do espaço terapêutico

Francine Saillant

O espaço terapêutico brasileiro: mestiçagem e hierarquia

O sistema de saúde brasileiro modernizou-se com a chegada do SUS (Sistema Único de Saúde, de abordagem universalista) e com a nova democracia relacionada à Constituição de 1986. Esse sistema de saúde pública fundamenta-se em princípios de acesso e de igualdade, bem como numa abordagem comunitarista¹ de cuidados e serviços. Mas, como os brasileiros costumam dizer, “nós temos a melhor democracia do mundo, mas só no papel”. Duas considerações devem guiar aqui nossa compreensão das orientações seguidas pelo sistema de saúde e pelo que designaremos como espaço terapêutico. A primeira relaciona-se às organizações formais, públicas e em geral biomédicas dos serviços de saúde. A segunda, a todos os subsistemas e atores que contribuem, de uma maneira ou de outra,

¹ O comunitarismo refere-se a uma concepção das relações indivíduo/sociedade baseada numa identidade localizada e no reconhecimento da primazia do bem coletivo sobre os direitos individuais, por oposição à visão neoliberal, que coloca a ideologia dos direitos individuais como princípio de justiça (Vibert, 2000: 30).

para a saúde das populações — pensamos aqui nas etnomedicinas, medicinais alternativas, terapias religiosas, grupos domésticos, ONG's locais e internacionais, incluindo também o sistema de saúde pública enquanto um dos recursos, trabalhando ora em competição, ora em complementaridade com os demais elementos do espaço terapêutico. Esta noção de espaço terapêutico vem articular a noção de campo tal como a concebe Bourdieu,² qual seja, um espaço social composto de grupos em competição pelos poderes e recursos, com a noção de pluralismo médico³ (Benoist), mais descritiva e topológica, exprimindo a diversidade e a recomposição de grupos, idéias e práticas num contexto de pluralismo médico. A princípio, o sistema público assumiria o papel de guardião do acesso universal e da igualdade de oportunidades diante da vida e da morte. Ora, a realidade é outra, como veremos. Devemos lembrar que o ideal de democracia e de acesso universal aos recursos do sistema de saúde brasileiro ficou comprometido, no plano internacional, pelas mudanças político-econômicas tributárias da globalização da economia neoliberal e, no plano local, pela dolarização da economia (Hours, 1998; Fassin, 2000; Tavares, 2000). O princípio igualitário dificilmente se realiza, apesar das expectativas de uma certa elite brasileira progressista e dos socialistas. Sublinhemos que o universalismo de princípio do sistema de saúde pública nunca se libertou realmente das múlti-

² O campo é um sistema específico de relações objetivas que podem ser definidas como aliança ou conflito, concorrência ou cooperação entre disposições diferenciadas, socialmente definidas, instituídas, amplamente independentes da existência física dos agentes que as ocupam (Bourdieu, 1992).

³ O pluralismo médico refere-se à idéia de coabitação das formas culturais e sociais associadas ao mundo médico e ao espaço terapêutico. Para Benoist (1996: 7), o pluralismo médico é “o resultado, em grande parte, de relações sociais que transcendem as condutas individuais; elas exercem pressões sobre as escolhas; orientam, favorecem ou penalizam as decisões”.

plas formas locais de resposta à doença, incluindo as menos reconhecidas, menos formais e menos públicas. Dentre essas formas, destacam-se as de grupos domésticos e de mulheres enquanto “responsáveis da saúde” na família, independentemente de sua eficácia, incluindo aí também as mais espetaculares, de *status* quase folclórico (ex.: as religiões afro-brasileiras) e, atualmente, as que entusiasmam a maioria (ex.: neopentecostais). Essas formas locais (ou culturais) mudam rapidamente, tanto no Norte quanto no Sul do país, porém, mudança não significa desaparecimento. Mais do que nunca, o vácuo deixado pelo sistema de saúde pública mantém e até renova a legitimidade dessas formas locais de existirem e de atuarem no espaço terapêutico. O espaço terapêutico brasileiro deve ser apreendido como um conjunto diversificado de múltiplas entradas que vários autores, dentre os quais Laplantine (1997) e Laplantine e Nouss (2001), descreveram como fundamentalmente mestiço⁴ e híbrido. Mestiçagem e hibridação, conceitos topológicos, relacionam-se intimamente ao pluralismo médico; porém, não seriam apenas características permitindo apreender a forma das composições e recomposições culturais entre os diversos elementos do espaço terapêutico (por exemplo, o empréstimo, feito pelas curas neopentecostais, das manifestações ruidosas e intensamente corporais dos rituais afro-brasileiros) ou atores e níveis do sistema? Estas características, com conotações neoculturalistas, seriam realmente sensíveis à questão das hie-

⁴ Laplantine (1997) e Laplantine e Nouss (2001) definem (sem o definir realmente) o conceito de mestiçagem por oposição ao pensamento do único ou da fusão (exclusão e integração). A mestiçagem, opondo-se a essas duas formas (desencontro e nivelamento), supõe a criação de novas formas. Gruzinski (1999: 56-57) define explicitamente o termo, designando com ele as misturas (culturais) resultantes de encontros intercontinentais, enquanto a hibridação se reduziria a tais encontros no interior de uma mesma civilização ou de um mesmo conjunto histórico.

rarquias e, conseqüentemente, às exclusões existentes no seio do espaço terapêutico e da sociedade da qual é o produto? A questão merece ser posta em pauta. Mas talvez seja prudente não opor com tanta rapidez mestiçagem e hierarquia.

Lembremo-nos de que toda a sociedade brasileira é simultaneamente composta de mestiçagens, como já dissemos, mas também de hierarquias. A mestiçagem adquire até mesmo valor ideológico, quando o poder político e as elites dela se apoderam para falar do ideal brasileiro de fusão racial (Ribeiro, 1998). Um ideal que apaga o mestiço (*caboclo, mestiços*) em proveito de uma identidade fixa (o *brasileiro*) (Saillant e Lois, 2001), o que não deixa de revelar um certo mal-estar. Os antropólogos, entre os quais Bastide (1960), também se apoderaram amplamente da noção de mestiçagem sem, no entanto, utilizá-la de maneira explícita, ao se referirem aos sincretismos⁵ das religiões afro-brasileiras, originárias das religiões clandestinas dos escravos, do catolicismo popular e das religiões indígenas. Mas, neste caso, a mestiçagem permitiu designar melhor as origens e trajetórias, as exclusões e as fusões de elementos. Fundamentalmente mestiça, a sociedade brasileira busca também a igualdade, através de sua Constituição e do que ela recupera dos modelos das sociedades euro-americanas, de seus movimentos populares e sociais, como o feminismo, a ecologia, sua esquerda e seu PT (Partido dos Trabalhadores, socialista). No entanto, ela permanece fundamentalmente hesitante diante do princípio de igualdade, impondo aí seus valores hierárquicos, como o mostrou claramente Da Matta (1983), inspirando-se em Dumont (1983).

⁵ Segundo Laplantine (1997: 119), o sincretismo designa mais especificamente, no mundo religioso, a soma de crenças de fontes diferentes numa única unidade. Para esse autor, o sincretismo pertence mais ao pensamento da fusão do que ao da mestiçagem.

O espaço terapêutico brasileiro reflete essa dupla valência da mestiçagem e da hierarquia. A propósito da hierarquia, o sistema público da nova Constituição, universalista e igualitária, reserva à maioria apenas uma parte dos recursos biomédicos, talvez universal e igual, mas insuficiente e irrisória do ponto de vista das normas dos países euro-americanos. Além de insuficiente, ela se revela mais acessível a alguns, cujo capital social ou cultural é mais elevado, do que a outros, que não são os *miseráveis* (Quarto Mundo), mas dos quais podem fazer parte os que têm a pele mais branca, concentrados no sul do país. Neste sentido, seu acesso permanece fundamentalmente hierárquico e não igualitário, o sistema produzindo exclusão. No mais, o neoliberalismo tornou possível a proliferação de clínicas biomédicas de luxo, tornando acessíveis serviços ultra-modernos e médicos formados nos Estados Unidos ou na Europa. Evidentemente, apenas os mais ricos podem passar por suas portas. A hierarquização desse sistema não se faz apenas com base na classe social, mas também com base na raça, na etnia e no gênero.⁶ No que diz respeito à mestiçagem, podemos dizer que o espaço terapêutico brasileiro é, em si mesmo, o produto heterogêneo da mestiçagem, se pensarmos, por exemplo, nos modelos clássicos do candomblé e da umbanda, enquanto religiões e terapias. Essa mestiçagem pode ser observada nos sistemas de cuidados, saberes e itinerários.

A isso poderíamos adicionar o fato de que a mestiçagem está pouco presente no seio do sistema público ou privado, biomédico, universalista, mas hierarquizado. Ao contrário, no espaço terapêutico mais amplo e, em particular, no universo das práticas locais como, por exemplo, as domésticas, observa-

⁶ Desse modo, as pessoas que freqüentam as clínicas particulares do sistema biomédico são brancas e da classe alta; inversamente, as que freqüentam os postos de saúde são pobres, entre as quais se encontram em geral os negros.

remos uma importância maior da mestiçagem, sendo comuns os empréstimos dos diversos elementos do espaço terapêutico. Não se pode qualificar esse espaço como universalista, mas se pode, no entanto, conferir-lhe atributos de acessibilidade cultural e econômica. O acesso aos cuidados, sem ser universal, é aí ao menos possível e igualitário de fato. Em outras palavras, não se mestiça entre os médicos cujos consultórios nem todos têm o privilégio de frequentar, mas leva-se a biomedicina, além de outras práticas, para dentro de casa, para fazer dela o que se bem entender e para distribuí-la a todos.

Nós apresentamos um certo número de características do espaço terapêutico brasileiro, sem entretanto nos concentrarmos em um dos seus componentes essenciais: o das famílias e das mulheres no centro das famílias. Nós retomaremos agora o quadro do espaço terapêutico brasileiro, apreendendo-o justamente através do espaço ou grupo doméstico e das relações de gênero em uma região do país: a Amazônia dos caboclos.

Três quadros

Estamos então na Amazônia, no país da mestiçagem por excelência, onde a identidade "étnica" se confunde, por denominação, com a dos espíritos, dos *caboclos*, habitantes imaginários das águas e florestas (cf. revista *L'Homme*, 1993), mas também com as das populações ribeirinhas (*ribeirinhos*), costeiras e das *baixadas* (terras baixas inundáveis), que se distinguem dos povos indígenas. Estamos no fim do milênio, e milhares de pessoas, *caboclos*, ocupam as margens dos rios e dos *igarapés*, esses meandros d'água que serpenteiam os afluentes do Amazonas, vivendo principalmente do comércio informal, da pesca e da agricultura de subsistência, especialmente a da mandioca. Os *caboclos* moram, na maioria das vezes, em frágeis casebres de madeira, que devem ser refeitos a cada cinco anos por causa

das chuvas, quer se situem nas cidades ou na zona rural. A identidade *cabocla* é incerta: não se trata de uma verdadeira identidade étnica; ela representa antes a mestiçagem racial e cultural amazônica, que não possui o brilho da negritude da Bahia, do selvagem da Amazônia indígena, ou da modernidade refinada do brasileiro cultivado e pouco amorenado do Rio ou de São Paulo: O *caboclo* é pobre, reúne em si todas as raças (o ideal brasileiro) sem ser nenhuma delas. Uma categoria incerta, sobre cuja delimitação ninguém está de acordo, exceto por alguns antropólogos da escola de Eduardo Galvão (1955), que nos mostrarão como sua pele é incomparavelmente vermelha e lisa, classificada no repertório da cor *das raças brasileiras*. Um indivíduo rico da elite de Belém, cidade culta da Amazônia, não é um *caboclo*: ele é de Belém, mesmo que, no fundo, seja um *caboclo*. Nas representações sociais dominantes, um *caboclo* é, muitas vezes, pobre, mestiço, esquecido do mundo nessa Amazônia onde as árvores e as pedras contam mais do que os homens e as mulheres, onde a escravidão persiste ainda na forma de um paternalismo institucionalizado (cf. número especial de Lusotopie, 1996) e do que Geffray (1995) chamou de sistema da dívida. É essa Amazônia das minorias identitárias e das margens dos rios e florestas que encantam os espíritos que eu conheci; essa Amazônia onde a vida e a morte convivem lado a lado, como irmãos e irmãs de uma mesma família, eternamente a se reconciliarem, mas inseparáveis.

Estamos em Marudá, em 1999. Uma criança morreu depois de se arriscar a mergulhar num rio perigosíssimo. Ela bateu a cabeça. Alguns homens a levaram a Marapanim, com sua mãe, em seguida a Castanhal e finalmente a Belém. A duração da viagem, seis horas numa estrada parcialmente embarrada, em plena estação das chuvas, venceu-a. Em Marudá, um deputado presenteou a cidade com uma ambulância durante a última campanha eleitoral. A Prefeitura não tem dinheiro para a gasolina. A criança morta foi levada de volta à aldeia, onde

há um posto de saúde permanentemente sem o médico que deveria ocupá-lo; todos os dias uma fila de mulheres e crianças se forma, à espera desse médico invisível. Realizou-se o funeral: mulheres de uma ONG local, um grupo de oração, vizinhas e parentes vieram consolar a mãe. Nenhuma mulher da aldeia conhecia os cuidados necessários para esse tipo de problema, nenhum curandeiro foi consultado, nenhum padre ou pastor. A mãe sentiu-se culpada de sua pobreza, seu filho talvez tenha morrido por falta de cuidados, mas também por causa da pobreza: a de viver no fim do mundo, em Marudá, onde o mar começa, esvazia-se de peixes e faz os homens morrerem de fome e da estrada.

É também em Marudá que vive Joselina,⁷ irmã de Maria, parteira e irmã de Luzia, curandeira, todas originárias de uma família de escravos saídos da Ilha de Marajó, no início do século, para aportar em Marudá. A única rua do bairro Nazaré, o mais antigo de Marudá, é a rua Da Silva, onde vive toda a sua parentela. Ali mora Maria, parteira católica que divide a casa com os espíritos *caboclos*, tendo-os aprisionado há muito tempo. Até pouco tempo atrás, ela ajudara a dar à luz a maioria das crianças de Marudá. Sua irmã Joselina, convertida à religião neopentecostal, mora com a mãe, uma senhora de mais de 100 anos de idade, que vive numa rede e depende completamente dos cuidados que a filha lhe dispensa. Em todas as minhas visitas à casa de Joselina, nunca vi um homem da família tomar conta da avó, exceto uma vez, um dos filhos, que dormia. Isso foi em 1998. Após um ano, em 1999, Joselina passou a tomar conta da irmã, que sofrera um *derrame* (paralisia cerebral) e vivia ao lado da mãe, também numa rede, sem poder se mover nem se alimentar sozinha. A filha de Joselina foi morar com a mãe para ajudá-la nessas tarefas e lhe permitir ganhar

algum dinheiro numa barraquinha de frutas. A irmã de Joselina, a curandeira da família, não foi solicitada nem está mais disponível: a AIDS que matou sua filha também a desacreditou aos olhos de todos; Luzia não pode mais tocar ninguém, logo, não pode exercer sua profissão de curandeira. A outra irmã, Maria, que é parteira, está muito velha. E como Joselina é evangélica, ela teme as intervenções dos espíritos e por isso não quer sua irmã Dominga por perto.

Não muito longe dali, nas *invasões* (terras ocupadas ilegalmente por imigrantes) vive também Cecília, mãe de Martinho. O menino tem nove anos; deficiente motor (paraplégico), ele não pode ir à escola e precisa ser auxiliado em todas as suas atividades. A vida da mãe consiste em alimentar e banhar a família, cultivar a terra com mandioca e cuidar desse filho: todos os dias, ela o leva às costas até a escola, ida e volta. Até quando? Sua cadeira de rodas é inútil no terreno enlameado e acidentado. Ela só serve para que a criança se locomova dentro de casa, que merece esse nome apenas pelo seu teto de palha. A preocupação da mãe com a vida e a sobrevivência desse filho é constante: numa entrevista, ela desabafa chorando: “Eu não aprendi a escrever, mas ele talvez aprenda. O que será dele se eu morrer? Ele tem de aprender a escrever.” Sinal incontestável de um sentimento de responsabilidade extremo, interiorizado, culpabilizante. Assim, sob um sol abrasador e chuvas torrenciais, o filho é transportado todos os dias por sua mãe até a escolinha de Marudá, a dois quilômetros de casa.

Essas três situações poderiam levar a crer que as mulheres não dispõem de meios nem de conhecimentos para curar. Trata-se de situações extremas, nas quais intervêm a morte, a velhice e a deficiência. No entanto, não é esse o caso quando observamos as diversas práticas das mulheres em situações de doenças menos graves e familiares. Os tratamentos domésticos permanecem sendo um primeiro recurso, as mulheres desempenhando o papel de dispensadoras de cuidados e de interme-

⁷ Os nomes utilizados são fictícios.

diárias num sistema de revezamento entre o doméstico e os demais elementos do itinerário terapêutico. As situações que acabamos de relatar são situações de desconhecimento e de impotência que demandam recursos externos, às vezes disponíveis, às vezes não.

Em situações menos dramáticas do que estas que descrevemos, os cuidados domésticos são o primeiro momento do itinerário terapêutico. Para tosse, dor de cabeça, febre etc., conhecem-se remédios variados à base de plantas e frutas. A menção de remédios para diversas situações é sempre numerosa entre a maioria das mulheres e, freqüentemente, esses remédios são misturados com outros, farmacêuticos, e as mulheres gostam de contar o que elas sabem e utilizam. Mas quando situações simples como uma dor de cabeça não encontram cura, as pessoas se dirigem ao posto de saúde ou à farmácia mais próxima e, eventualmente mas não normalmente, a recursos que combinam religião e terapia, como o curandeiro e o pastor neopentecostal. O importante aqui é constatar que o espaço doméstico é o ponto de partida do itinerário seguido pelos recursos de tipo biomédico e, em casos extremos, outros recursos locais intervêm. As mulheres, acompanhando os doentes, orientam o itinerário e também levam os doentes de volta com elas para casa. O espaço doméstico é o ponto de retorno do itinerário.

Nas situações em que a doença é mais grave mas não tão urgente como no primeiro caso, o cenário difere um pouco. Os recursos domésticos serão os primeiros a serem utilizados mas, a seguir, as pessoas irão ao médico, ou ao curandeiro, ou ao pastor. E retornarão ao espaço doméstico.

O uso da expressão "itinerário terapêutico" não é tão simples. O itinerário é, por definição, singular: ele parte do indivíduo e exprime relações sociais, construtos culturais. Mesmo quando o itinerário implica um grupo, clã ou família: em primeiro lugar, há o doente e sua doença que vão desencade-

ar, se podemos dizer, o fato do itinerário. Em cada um dos exemplos acima, as mulheres agiram como as primeiras responsáveis pelos cuidados em casa, mas essa responsabilidade não é evidente, especialmente quando nem os conhecimentos nem os recursos estão disponíveis. Quando há itinerário terapêutico, ou seja, mobilização do doente em direção a recursos variados com o objetivo de cura, as mulheres são intermediárias no espaço terapêutico e a casa é o ponto de partida e de chegada do itinerário; os saberes domésticos e femininos contribuem de maneira mais ou menos explícita. Vejamos isso melhor.

O saber dos cuidados domésticos à cabeceira do universalismo

Como todas as mulheres brasileiras, as mulheres *caboclas* são culturalmente responsáveis pela saúde dos membros da casa. As construções de gênero (*machismo* e *marianismo*) dão continuidade ao trabalho de reprodução implicado nos cuidados corporais dispensados aos parentes, crianças e pessoas dependentes, como são os doentes, os velhos e certos deficientes. Essas construções fazem com que às mulheres incumbam os cuidados quando a doença aparece. Estes vão desde os cuidados domésticos, como a administração de *remédios caseiros*, bastante valorizados, até o compromisso com os itinerários terapêuticos através dos vários pontos do espaço terapêutico. Neste sentido, um certo conhecimento é atribuído às mulheres, porque deve ser aprendido no contexto de codificação cultural dos papéis de gênero nessa sociedade. No Norte do Brasil, em particular, a "tradição" permanece forte e não se transgridem facilmente essas construções, como o reconhecem as próprias mulheres *caboclas*. Esse conhecimento é naturalizado; ele faz parte do que é comum conhecer, como mulher, na vida quotidiana, ele pertence à identidade de gênero e não tem outro estatuto além desse.

Sabe-se porque se "é" mulher, aprendeu-se através de outras mulheres e, se se é mulher, então, sabe-se. Trata-se de um saber generalizado e que, em princípio, toda "dona de casa" possui. O espaço doméstico, a *casa*, é o domínio feminino, onde se lava, alimenta-se, consola-se e se cuida e, claro, produz-se; lugar onde os *remédios caseiros* são elaborados, trocados, inventados, mestiçados. Mas a produção material é sempre associada, para as mulheres, à produção dos seres, ao cuidado dos corpos, à sua proteção, com toda a carga moral que isso implica, como tão bem demonstrou Sheper-Hugues (1992). Ou seja, associada a uma certa produção simbólica da própria vida. Os *remédios caseiros* são o ícone dos cuidados e a eles se atribuem inúmeras virtudes (a natureza, o selvagem, o indígena). Esse saber sobre os cuidados domésticos implica *um conhecimento implícito das mulheres com o qual a sociedade e o sistema de saúde pública podem contar e ao qual podem recorrer de maneira mais ou menos oficial em caso de doença*. Mas nem sempre isso funciona, como mostram os exemplos do menino morto, da mãe idosa e dos dois deficientes. Os remédios caseiros, apesar de serem percebidos como onipotentes na visão de algumas mulheres, tornam-se então apenas auxílios pontuais, pois nesse caso são antes os cuidados de maternagem, os mais próximos dos papéis femininos aprendidos, que entram em ação mais do que os saberes profanos especificamente situados no campo da doença. No entanto, ambos se imbricam e fazem parte do *habitus* feminino *caboclo*.

Para além desse conhecimento comum e esperado, desse *habitus* de cuidados mantido e conservado pelas mulheres, existem obstáculos reais impostos pelo sistema de saúde pública e, de maneira mais ampla, pelo espaço terapêutico brasileiro. Tais obstáculos são os de um sistema de saúde fortemente abalado pelas políticas neoliberais dos últimos anos (voltaremos a isso), que não respondem mais às necessidades de saúde da população mais desfavorecida. A descentralização do sistema de saúde

de pública, iniciada por volta de 1998 num país em que a corrupção é freqüente, faz com que a verba dos municípios reservada à saúde e ao sistema público chegue mais dificilmente aos centros distantes do Sul do país. Essa descentralização também enfraquece ainda mais a base do sistema, pela carência gritante de meios que já existia antes mesmo do neoliberalismo. O sistema de saúde pública não pode cumprir as promessas do universalismo de princípio que, no entanto, guia a visão do partido da situação, inspirada na nova Constituição de 1986. Porém, quando precisam recorrer a outros recursos além de si mesmas, as mulheres preferem majoritariamente o sistema de saúde pública oficial com sua modernidade, gratuito, apesar de suas lacunas patentes, das filas intermináveis e diárias nos postos de saúde e apesar também das inúmeras alternativas que se lhes oferecem, tais como as religiões de cura ou os curandeiros de diversas linhas ideológicas e religiosas. Na medida em que sua primeira escolha permanece sendo o sistema de saúde pública, após utilizar seus próprios recursos, os do espaço doméstico, dos *remédios caseiros* e de seus conhecimentos de maternagem (saber implícito), elas se encontram numa posição que vem reforçar, de certo modo, seus *habitus* de cuidados. Não apenas em virtude dessa primeira escolha, mas em razão também do apelo explícito dos agentes do sistema de saúde pública às competências locais e, em particular, às das mulheres. Toleram-se assim amplamente a coabitação entre o espaço doméstico e o sistema público. Em face de um mínimo de respostas do sistema de saúde oficial, em face das dificuldades de acesso às clínicas particulares, caríssimas, em face das dúvidas e questões dirigidas ao mercado florescente da *salvação* das religiões universais e das terapias alternativas (dificilmente permanece-se crente por muito tempo de um único sistema de fé e terapia) e, especialmente, às formas tradicionais de cura, como a *umbanda* e a *pajelança*, as mulheres se vêem mais do que nunca responsabilizadas pela saúde dos grupos domésticos e, de certo

modo, prisioneiras de seu papel, de sua identidade de gênero, de seu *habitus* e de seu desejo de modernidade. Aqui, o saber naturalizado do *habitus* reprodutivo toma a forma explícita de um *dever e de uma obrigação aos quais o sistema de saúde pública é incapaz de responder*.

O movimento de mulheres no Brasil ganhou uma importância maior a partir dos anos 1980. A internacionalização do feminismo, que chegou à Amazônia, certamente contribuiu para isso, mas contribuíram também as práticas das ONG internacionais e suas formas de desenvolvimento, que exigem a participação de mulheres em programas de desenvolvimento do tipo WIN (*Women in Development – Mulheres em Desenvolvimento*). Na Amazônia, contam-se inúmeras associações feministas, locais, estaduais e interestaduais.⁸ Em Belém, há uma secretaria municipal da condição feminina, um centro de pesquisas sobre as mulheres na Universidade Federal do Pará e, ainda, uma associação de mulheres que reúne nordestinas e amazonenses, praticamente todas simpatizantes do PT. Essas associações também estão presentes em alguns bairros, ao lado de outras, mais tradicionais, como os clubes de *mães*. As ONG's locais desenvolvem igualmente, em geral em parceria com pesquisadores envolvidos em redes internacionais, associações de mulheres relacionadas à produção familiar, como as associações de mulheres de pescadores. Essas associações tentam obter para as mulheres meios de sobrevivência econômica que as emancipem da dependência da associação conjugal e das construções de gênero e de poder. Assim, no seio dessas associações, há os grupos de remédios, cujos objetivos são variados: recuperar os saberes femininos relativos aos cuidados domésticos, encontrar uma identidade positiva através da procura e do reconheci-

⁸ Por exemplo, o Movimento Paraense das Mulheres do Campo e da Cidade, o Movimento Amazônico das Mulheres do Norte e do Nordeste.

mento desses saberes, explicitar a tradição *cabocla* (ctnomedicina), encontrar meios de luta contra a biopirataria (roubo farmacêutico), encontrar meios de tratamento baratos e eficazes (segundo a ideologia dos cuidados de saúde, SSP) e encontrar meios de sobrevivência econômica através da venda desses remédios. Um fato surpreendente é que esses grupos de remédios, saídos do feminismo internacional e reinterpretados localmente, não questionam a identidade da mulher que cuida, o papel-chave das mulheres nos cuidados domésticos, sua responsabilidade. Sua contribuição é de reinterpretar o *habitus* de cuidados, fazendo dele um meio de luta e de sobrevivência sem, no entanto, suprimi-lo. Para as mulheres, a participação nesses grupos de remédios, bastante valorizada na zona rural, possibilita uma certa emancipação econômica, mas o mesmo não acontece com o trabalho da reprodução. Assim, os meios de sobrevivência, que são os remédios produzidos em casa, ajudam a encher a bolsa dos SSP e a acumular uma pequena renda com a venda no mercado, mas não são neutros: eles se tornam mais uma maneira de tratar a saúde como símbolo da reprodução doméstica, só que agora se estendendo a toda a comunidade. A saúde se transforma em lugar e espaço da luta travada pelas mulheres onde o sistema de saúde pública fracassa e onde as ONG's investem pouco na Amazônia ou, ao menos, entre os *caboclos*. Organizações como Médicos sem Fronteiras ou Médicos do Mundo preferem as populações indígenas, para uma ação mais visível e politicamente correta. Agências canadenses como a ACIDI investirão na pesca, a fim de transferir seu capital tecnológico e técnico-científico, o mesmo ocorrendo com o Japão e a Alemanha, na área de mineração. Não se investirá na saúde. Nesse caso, o conhecimento implícito que as mulheres teriam adquirido do meio ambiente, de seu passado indígena e autóctone, parte de sua identidade *cabocla* e amazonense, relativo a uma natureza selvagem, infinita e mítica, é interpelado, mas deve ser cada vez mais explicitado e reconvertido em luta

feminista, ecológica e econômica. Estamos, portanto, diante de uma certa forma de naturalização do saber *caboclo*, indígena e local, amazonense, que deteriam ou deveriam deter as mulheres “responsáveis pela saúde da família”. Trata-se, pois, de uma outra maneira de reafirmar a modernidade. Esse saber relativo aos cuidados domésticos, embora valorizado pelas mulheres acima dos 30 anos e considerado primeiro recurso, não é, no entanto, nem tão evidente nem tão acessível. As jovens do meio urbano o perdem e não recorrem a ele. Além disso, é preciso estimulá-lo e recoletivizá-lo para que ele reapareça e seja nomeado, torne-se digno de interesse, no mesmo nível da biomedicina, tão privilegiada nessa parte do mundo. O *habitus* de cuidados não é contestado pelos movimentos de revitalização de saberes, ainda por cima feministas; ele simplesmente toma um outro caminho para se afirmar e se atualizar: o caminho da *reinvenção da tradição*.⁹

Além das organizações formais modernas e das ONG's, as mulheres estão amplamente implicadas nas questões concernentes aos cuidados na comunidade e além da casa, sob formas associativas mais tradicionais. Sua identidade de gênero e de diversas motivações reforçam e acentuam o *habitus* de cuidados na esfera privilegiada de poder e ação que é o espaço doméstico; elas também se estendem e se reafirmam fora dessa esfera. Citarei alguns exemplos. O caso de Dominga, uma mulher bastante conhecida numa *baixada* de Belém, professora e instigadora do clube de *mães* local, atua como intermediária entre o sistema de saúde formal e as mulheres da comunidade. Como funcionária, ela ajuda as mães das crianças de sua escola a lidarem com os meandros do sistema e consegue obter favores para as mulheres que ela mais conhece. Maria Luzia,

⁹ A tradição que se invoca explicitamente já é uma forma de racionalização; ela já está separada do patrimônio vivo.

professora também e funcionária em Marudá, se ocupa particularmente de pessoas idosas. Ela é responsável pelo centro comunitário da cidadezinha, todos a procuram pelos mesmos motivos que se procura Dominga em Belém. As mulheres funcionárias se tornam nesse sentido intermediárias entre os espaços privados e públicos. Há também associações de mulheres mais engajadas nos assuntos da Igreja (católica) e que, além de fazerem freqüentemente parte de grupos de remédios, formam grupos de oração diária, com o objetivo de discutir sobre as situações problemáticas da comunidade; trata-se de grupos de oração em que se invoca Deus coletivamente em benefício dos membros doentes da comunidade. As curandeiras ajudam também freqüentemente os membros da comunidade que, praticando ou não o culto privilegiado por elas, poderão beneficiar-se dos seus serviços no dia-a-dia: é o caso de Nazaré, mãe-de-santo de Bengui, que distribui aos deficientes alimentos que ela obtém nas sessões de *umbanda*. É o caso de Elisa, benzedeira que visita as crianças e que as mães visitam sem que haja sempre ritual (as benzedeiros são curandeiras especialistas nas doenças de crianças). Apenas a presença da curandeira pressupõe uma proteção de sua parte, em particular contra o mau olhar. Enfim, as mulheres que aderem aos cultos das religiões universais são, em geral, responsáveis pela conversão dos outros membros da família. Nesse caso, elas iniciam os familiares em nome do bem-estar coletivo. Dois elementos influenciam a decisão de adesão e de conversão dos membros da casa: a) problemas socioeconômicos, conjugais e familiares; b) doença grave ou crônica. Aqui, mais uma vez, as mulheres, responsáveis pelos cuidados domésticos, vão continuar seu trabalho de curadoras fora de casa e até mesmo fora do local de culto, servindo de intermediárias. Em razão de todos esses exemplos, *não se pode falar aqui de um saber doméstico, mas de um habitus que se transpõe do doméstico para a comunidade.*

Conclusão

Os saberes relativos aos cuidados domésticos não são apenas uma expressão da identidade feminina, do horizonte moral encarnado e vivido pelas mulheres tal como este se constrói nas relações sociais e de gênero; tais saberes são igualmente 1) *essenciais* por sua *função pragmática*, reconhecida por todos, apesar de sua incapacidade de resolver os problemas mais graves; 2) *naturalizados*, em sua *função simbólica*, enquanto ícones de uma cadeia metafórica ligando mulher-caboclo-natureza-Amazônia; 3) sujeitos à *reafirmação através da reinvenção da tradição e da reflexividade cultural da modernidade amazonense*, encorajados pelos próprios agentes do sistema de saúde pública, entre outros, e nunca desencorajados pelos atores dos demais elementos do espaço terapêutico.

Afirmar que os saberes relativos aos cuidados domésticos parecem essenciais ao espaço terapêutico é um eufemismo. É evidente que não se pode falar aqui de concorrência nem de competição, mas de cooperação. Porém, para que haja cooperação, é necessário um acordo entre as partes; ora, as partes mais freqüentemente solicitadas (o doméstico, as mulheres / a biomedicina, os agentes do sistema público) não se encontram numa relação de compreensão e de colaboração mútuas; seria mais exato falar aqui de expectativas mútuas. As mulheres esperam do sistema de saúde pública alguma coisa que acreditem não poder encontrar em outro lugar, especialmente em casos graves: garantia de cura, gratuidade, modernidade, universalismo (direito de receber cuidados). Os agentes do sistema de saúde pública, por sua vez, não podem preencher esse papel: eles esperam das mulheres toda a bagagem de sua identidade e de seus saberes empíricos, que rejeitarão talvez quando o sistema estiver em condições de cumprir suas promessas. Em tais casos, o localismo e o exótico desse saber, reencantado até nas organizações feministas, não podem perturbar um sis-

tema que se acomoda tão bem a ele. Será preciso então falar em conluio tácito, em acomodação, ao invés de cooperação?

Um último comentário nos dirige de volta à questão da hierarquia e da mestiçagem. O sistema de saúde pública é hierarquizado e não universal, uma realidade acentuada pelas políticas neoliberais adotadas pelo governo mas também ditadas pelo FMI. Essa constatação vale também para todo o espaço terapêutico e os elementos que o compõem (desde o doméstico, passando pelos diversos sistemas de fé e cura). A hierarquia se manifesta primeiramente nas desigualdades de acesso ao sistema público (a incapacidade do público de oferecer a universalidade), no filtro econômico do sistema privado, mas também de alguns sistemas de cura "tradicional" (é preciso atualmente pagar para obter os serviços de um curandeiro). No que se refere ao espaço terapêutico, o grupo doméstico é o menos hierarquizado dos elementos do itinerário, no sentido de que é mais acessível. Mas essa acessibilidade não faz desse prolongamento do espaço terapêutico um microespaço sem propriedades hierárquicas, conseqüentemente de produção de desigualdades. Duas condições vêm dessa forma marcar esse lugar produzido e produtor de desigualdades, as quais pesam nesse caso sobre os indivíduos doentes assim como sobre os prestadores e sobretudo prestadoras de cuidados: a questão do saber profano e dos seus limites e a implicação desigual dos sujeitos sexuados do espaço doméstico nas responsabilidades dos cuidados. Se o doméstico e a "família"¹⁰ se destacam nas práticas de primeiros socorros, o biomédico se sobressai, por outro lado, nas visões do ideal terapêutico universalista. O doméstico é o que se tem, o biomédico o que se quer. Afirmar que o espaço terapêutico é mestiçado é atestar seu pluralismo intrínseco, acima de seu

¹⁰ O termo "família" é empregado, neste caso, de forma extensa para designar um espaço amplo: físico, doméstico, tradicional, ideológico, moral.

caráter socialmente hierarquizado. A mestiçagem, como se viu, não intervém com a mesma intensidade em todas as etapas do itinerário terapêutico. Onde a desigualdade de acesso é maior (sistema biomédico privado), a mestiçagem não é característica. Onde a hierarquia é menor (o espaço doméstico), a mestiçagem intervém na dinâmica da invenção constante das práticas e dos saberes profanos. A mestiçagem constitui o orgulho da identidade brasileira e oferece ao mundo um dos espaços terapêuticos mais ricos para observações antropológicas. Porém, a riqueza da mestiçagem não pode apagar a crueldade das desigualdades, conseqüência dos acessos desiguais à riqueza coletiva. A imagem da dona de casa, ela própria cabocla e mestiça, combinando todos os recursos aprendidos com sua mãe para as “pequenas doenças”, mas desprovida de saber/poder quando a doença grave, a deficiência e o envelhecimento patológico atingem o grupo doméstico, é seguramente a mais certa evocação desse dilema.

Referências bibliográficas

- BASTIDE, R. (1960) *Les religions africaines au Brésil: contribution à une sociologie des interprétations de civilisations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- BENOIST, J. (dir.) (1996) *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médical*. Paris: Éditions Karthala.
- BOURDIEU, P. e J.D. LOÏC WACQUANT. (1992) *Réponses: pour une anthropologie réflexive*. Paris: Éditions du Seuil.
- DA MATTA, R. (1983) *Carnavals, bandits et héros: ambiguïtés de la société*. Paris: Éditions du Seuil.
- DUMONT, L. (1983) *Essais sur l'individualisme: une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Paris: Éditions du Seuil.
- FASSIN, D. (2000) *Les enjeux politiques de la santé: études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris: Karthala.
- GALVÃO, E. (1955) *Santos e visagens: um estudo da vida religiosa de Itá*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.

- GEFFRAY, C. (1995) *Chroniques de la servitude en Amazonie brésilienne: essai sur l'exploitation paternaliste*. Paris: Karthala.
- GRUZINSKI, S. (1999) *La pensée métisse*. Paris: Fayard.
- HOURS, B. (1998) *L'idéologie humanitaire ou Le spectacle de l'altérité perdue*. Paris: L'Harmattan.
- L'HOMME. (1993) *La remontée de l'Amazone*. Seuil.
- LAPLANTINE, F. e A. NOUSS. (1997) *Le métissage: un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir*. Paris: Flammarion.
- LAPLANTINE, F. e A. NOUSS. (2001) *Métissages: de Arcimboldo à Zombi*. Paris: Pauvert.
- LUSOTOPIE. (1996) *L'oppression paternaliste au Brésil*. Paris: Karthala.
- RIBEIRO, D. (1998) *O povo brasileiro. A formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras.
- SAILLANT, F. e L. FORLINE. (2001) *Flüchtiges Gedächtnis, flexible Identität: "Caboclos in Amazonien"*. Em Sibylle BENNINGHOFF-LÜHL e Annette LEIBING (dir.), *Brasilien-Land ohne Gedächtnis*. Hamburg: Universität Hamburg, Universitätspublikationen, p. 129-142. Edição brasileira: (2001) *Devorando o tempo. Brasil, o país sem memória*. São Paulo: Mandarin.
- SAILLANT, F. (2001) *Transformations des systèmes de santé et responsabilité des femmes*, p. 221-247. Em Bernard HOURS (éd.), *Systèmes politiques et santé*. Paris: Karthala.
- SAILLANT, F. (2002) *Femmes, espaces thérapeutique et religions en Amazonie brésilienne*, p. 423-446. Em Raymond MASSÉ e Jean BENOIST, *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris: Karthala.
- VIBERT, S. (2000) *La communauté des modernes – Etude comparative d'une idée-valeur polysémique en Russie et en Occident*. *Social Anthropology*, vol. 8, part. 3, p. 163-197.
- SCHEPER-HUGHES, N. (1992) *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- TAVARÈS, L. (2000) *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Petrópolis, RJ: Vozes.