



ENTRE A NORMA E A BORDA: UMA ANÁLISE DA CONSTITUIÇÃO DA CRENÇA NA MEDICINA “OFICIAL” COMO ÚNICA PRÁTICA LEGÍTIMA DE CURA NO BRASIL

Maria Audirene de Souza Cordeiro¹

Resumo

Este artigo propõe uma reflexão sobre o ‘empoderamento’ da medicina *dita científica* ou *oficial* e a marginalização das práticas populares de cura, a partir dos conceitos de *crença*, *habitus* e *campo* de Bourdieu (1979, 1980, 1987, 1989, 1996); e das contribuições teóricas de Wolf (1969, 2003), Goldman (1969) e Foucault (1979, 1987) sobre a instituição do poder social. Para tanto, apresenta o resultado de uma arqueologia dos processos de poder que asseguraram à medicina oficial o fim legítimo de diagnosticar e curar doenças no Brasil, e consequentemente desvela os procedimentos históricos que demarcam a gênese e ampliação das práticas de cura na modernidade. A partir dos conceitos de *campo* e *habitus*, o trabalho identifica e analisa tanto as estratégias que asseguraram o empoderamento da medicina oficial quanto às estratégias que marginalizaram as demais práticas de cura. Como resultado desse processo analítico, propõe entender as práticas não oficiais de cura como um *rizoma* (DELEUZE e GUATTARI, 1995) que, por operar nas *bordas da norma*, se reconfigura permanentemente como uma estratégia de resistência à tentativa de controle do *habitus*, operado pela medicina *oficial*. Ao final, o texto pondera que a resignificação permanente dessas práticas talvez indique uma mudança na crença da ciência canônica como a única e legítima explicação possível para as questões da vida.

Palavras chave: Empoderamento-medicina oficial-práticas populares de cura

¹ Doutora em Antropologia Social no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFAM, Mestra em Linguística pela UFPA (2006). Licenciada Plena em Letras pela Universidade Federal do Pará (1995). Áreas de interesse: referenciação, narrativas orais populares e práticas populares de cura. Atualmente, é professora do Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia da UFAM em Parintins/AM.



Introdução

Para sermos educados “nas realidades do poder”, Wolf ([1969]2001f, p; 21) sugere “nos engajarmos na produção sistemática de uma história do mundo moderno em que decifraríamos os processos de poder que criaram os atuais sistemas culturais e as ligações entre eles”. Todavia, o desvelamento das estratégias de objetificação desse poder e os instrumentos conceituais capazes de permitir a análise desse processo foram engendrados por outro teórico, Pierre Bourdieu. O sociólogo francês construiu esse aparato teórico a partir de constantes observações nos mais impensados “lugares de pesquisa” e se propôs a desfeticizar a naturalização das atribuições sociais e fazer a sociogênese do mundo social. E o fez.

Neste artigo nos valem de vários dos instrumentos conceituais bourdianos para entender como um tipo de *crença* – a eficácia da medicina científica, também chamada de oficial - se constituiu e foi reconhecida como a única capaz de diagnosticar e prescrever a cura de doenças no Brasil. O caminho escolhido para isso foi tomar, principalmente, os conceitos de *campo* e *habitus* para pensar o ‘empoderamento’ da medicina *dita científica* e a marginalização de outras práticas de cura no país.

Esses termos nos ajudam a explicitar as relações entre os condicionamentos sociais exteriores que a medicina *dita científica* ajudou a constituir e o impacto disso nas subjetividades dos agentes. Para tanto, ao longo do texto, desvelamos as estratégias que asseguraram apenas a essa prática, em detrimento de outras práticas de cura, o poder de diagnosticar e prescrever a terapêutica e cura das doenças no Brasil. Procuramos explicitar ainda como, a despeito de todo o empenho científico e uso de instrumentos legais utilizados para extingui-las, as práticas populares de cura se mantêm vivas e atuantes.

Portanto, este artigo tem como objetivo contribuir para “estabelecer as condições em que foi produzido *esse bem e seu gosto*, e, ao mesmo tempo descrever as condições da constituição do modo de apropriação, reputado como legítimo” (BOURDIEU, 2007, p. 9).

A fim de melhor explicitar o percurso argumentativo adotado para consecução deste objetivo, organizamos o texto em momentos analíticos distintos, mas complementares, distribuídos em três seções temáticas centrais: uma arqueologia do saber e uma genealogia do poder, análise do empoderamento da medicina *oficial*, e por uma outra alternativa de prática de cura.

No primeiro momento analítico: uma arqueologia do saber e uma genealogia do poder, de maneira sucinta, descrevemos o processo de constituição da medicina no Brasil, logo em seguida identificamos tanto as estratégias utilizadas para empoderar a medicina dita científica como as usadas para marginalizar as demais práticas de cura.

No segundo momento, procuramos analisar, a partir dos conceitos de *crença*, *campo* e *habitus*, o empoderamento da medicina oficial e, por fim, explicar como as práticas populares de cura, a despeito do ostracismo marginal a que foram sendo relegadas, têm atuado, como um *rizoma*, que se multiplica, se ressignifica a cada tentativa de controle e parece atuar como uma estratégia de manutenção do *habitus* que a medicina *oficial* tenta controlar.

No terceiro momento analítico do texto, mas, como desdobramento da segunda temática central: o empoderamento da medicina oficial, discutimos a possibilidade de que a estratégia rizomática das práticas não oficiais de cura – denominadas aqui de medicina *marginal* - talvez indique uma mudança paradigmática no sistema de cura operado no Brasil.

No que podemos denominar de quarto momento da análise, por uma outra alternativa de prática de cura, ponderamos que o atual quadro de revalorização das práticas não oficiais de cura e o intenso processo de ressignificação que as têm caracterizado talvez indique algo ainda mais profundo: que a sociedade contemporânea já não acredita na ciência canônica como a única e legítima explicação possível para as questões da vida.

Nas considerações finais, a partir das contribuições de Foucault (1979) sobre a microfísica do poder, apontamos porque este trabalho se configura como uma contribuição para os estudos que analisam o poder que grupos, organizações, instituições e práticas manifestam na modernidade, a partir do desvelamento dos *dispositivos históricos* que os possibilitaram esse empoderamento.

1 Uma arqueologia do saber e uma genealogia do poder

Para entendermos o porquê de os saberes/práticas populares de cura ainda serem estigmatizados, seus agentes desrespeitados e a base científica desse conhecimento não ser reconhecida no Brasil, é necessário uma ‘arqueologia dos processos de poder’ (FOUCAULT, 1979) que asseguraram apenas à medicina *dita científica* o monopólio de diagnosticar doenças e prescrever terapêuticas. Uma pesquisa dessa envergadura é para uma vida inteira. Todavia, para nos ajudar a construir esse exercício analítico, elegemos como fonte o texto *Ciência versus Magia* (2011), de Flavio Coelho Edler². Nele o autor, reconstituiu sucintamente os passos de construção da medicina *científica* como única prática legítima e oficial de cura no Brasil.

A análise do percurso de sentido proposto pelo texto nos ajudou a perceber a construção e a consolidação *dos processos de poder que criaram esses atuais sistemas culturais* (WOLF, [1969] 2001f) e, por meio dele e dos trabalhos de Bourdieu (1979, 1980, 1987, 1989); Wolf (1969, 2003), Goldman (1969) e Foucault (1979), esperamos demonstrar como as estratégias de *poder* diluem-se e ordenam relações sociais, no caso específico em análise, empoderando determinada prática cultural, a *medicina dita científica*, e marginalizando outra, a *medicina dita popular*; por meio das mais diferentes estratégias, como a instituição da cientificidade e a construção de instrumentos de legalidade.

Há muitos trabalhos acadêmicos que contam a história da medicina e das práticas populares de cura, dentre tantos, consultamos Filho (1947, 1960, 1966, 1991), Lamego (1950), Cassiano (1974), Machado (1981), Souza (1982), Costa (1983), Boltanski (1984), Oliveira (1985a, 1985b), Montero (1985); Loyola (1984, 1987) e Edler (1998, 1999) e

² Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz e autor da tese “A constituição da Medicina Tropical no Brasil oitocentista: da Climatologia à Parasitologia Médica” (UERJ, 1999)

2011). Escolhemos o texto de Edler (2011) para usar como fio de Ariadne neste estudo por ser uma reconstituição histórico-reflexiva recente da instauração desses sistemas culturais de cura. Sabemos que ao escolhê-lo, dentre outros, estamos conferindo a essa versão da história um *sentido de poder*, ou seja, de ser percebida pelos interlocutores deste texto como mais legítima que as outras. Assim procedemos, por assumir como Edler (2011), a *endoxa*³ de que a princípio, a *dita medicina científica* se valeu de todos os recursos utilizados pela *dita medicina popular* para curar as moléstias que acometiam as pessoas, mas, desde sua “formalização academicamente”, luta para negar o princípio comum que uniu magia e ciência, e marginalizar as demais práticas de cura, como é enfatizado pelo autor e pelos demais pesquisadores da área citados.

1.1 As estratégias de empoderamento da medicina científica

A partir da leitura do texto de Edler (2011)⁴ é possível identificar algumas estratégias utilizadas pelas primeiras sociedade médicas brasileiras para empoderar a medicina *dita científica*, assegurando-lhe autoridade para diagnosticar e aplicar tratamentos terapêuticos e marginalizar as demais práticas de cura comuns no Brasil desde o início da colonização portuguesa, a saber: 1) Cientificidade de apenas uma prática em detrimento de outras; 2) Legalização da prática definida como científica; 3) Demonização das práticas consideradas não científicas, 4) Perseguição aos agentes das práticas consideradas não científicas; e 5) Satirização⁵ do costume.

A fim de melhor demonstrar o impacto dessas estratégias na constituição da medicina dita *científica e oficial* como uma *crença* e todo o *ajustamento antecipado* às exigências que isso implica (BOUDIEU, 2009, p. 108), inicialmente, explicitaremos duas estratégias: a constituição da Cientificidade e da Legalidade da prática definida como científica, para depois explicar as demais: a Demonização, a perseguição de agentes de cura e a satirização dos que recorriam a tais práticas de cura.

Denominamos a primeira estratégia de *Cientificidade de apenas uma prática em detrimento de outras* e a segunda de *Legalização da prática definida como científica*, a partir dos seguintes trechos do texto de Edler:

Trecho A:

A medicina e a feitiçaria já estiveram muito mais próximas do que se pode imaginar. Durante o Brasil Colônia até o século XIX, a produção de remédios com o uso de

³“Aristóteles define *endoxa* como um conjunto de opiniões comuns reconhecidas numa comunidade, utilizadas em pensamentos dialéticos (...) são opiniões partilhadas por aqueles mais conhecidos e admitidos como autoridades” (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2006, p. 176).

⁴O texto na íntegra pode ser consultado em <http://www.revistadehistoria.com.br/secao/capa/medicina-versus-magia>.

⁵A Sátira era um das estratégias mais comuns de atingir moralmente algo ou alguém no período Brasil Império.

animais ligados ao universo mágico, como o morcego e o cão negro, não era exclusividade de curandeiros. Médicos e boticários também receitavam substâncias cujo significado difere muito do que hoje entendemos por ciência, utilizando até mesmo cadáveres humanos em suas fórmulas. Esse cenário só mudou a partir da metade do século XVIII, quando, já formados em universidades europeias e membros de academias literárias e científicas, eles passaram a ocupar uma posição mais privilegiada (...) e reivindicaram o monopólio da assistência médica para os doutores diplomados e associaram as práticas terapêuticas populares à fraude e ao charlatanismo. Ao longo dos séculos, o saber científico foi ganhando cada vez mais terreno. Em 1832, as duas escolas médico-cirúrgicas, que datavam de 1808, tornaram-se Faculdades de Medicina (EDLER, 2011, p. 1).

Trecho B:

Desde 1826, D. Pedro I já havia concedido o monopólio dos diplomas em cirurgia às escolas médico-cirúrgicas do Rio e da Bahia.(...) As associações médicas de grande prestígio, como a Academia Nacional de Medicina e a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, influíram na elaboração desses dispositivos legais (EDLER, 2011, p. 1).

O trecho A deixa claro que, no Brasil, até o início do século XIX, não havia uma linha divisória separando as práticas de cura. Todavia, não explica como aconteceu a mudança desse cenário a partir da metade do século XVIII. Isso porque “a verdadeira explicação dos fenômenos sociais e culturais deve passar necessariamente por algum tipo de reconstituição histórica” (GOLDMAN, 1999, p. 101). E é, somente ao reconstituir parte do processo de construção do pensamento científico, que entendemos como foi possível atribuir o caráter de cientificidade à prática – hoje chamada de medicina científica ou oficial.

Segundo Bachelard (1996,) a história do conhecimento científico pode ser dividida em três períodos:

o primeiro período, que representa o estado pré-científico, compreenderia tanto a Antiguidade clássica quanto os séculos de renascimento e de novas buscas, como os séculos XVI, XVII e até XVIII. O segundo período, que representa o estado científico, em preparação no fim do século XVIII, se estenderia por todo o século XIX e início do século XX. Em terceiro lugar, consideraríamos o ano de 1905 como o início da era do novo espírito científico, momento em que a Relatividade de Einstein deforma conceitos primordiais que eram tidos como fixados para sempre. A partir dessa data, a razão multiplica suas objeções, dissocia e religa as noções fundamentais, propõe as abstrações mais audaciosas (p. 9).

Como vimos, a cientificação da medicina no Brasil acompanhou o desenvolvimento do pensamento científico, pois experienciou o *estado pré-científico* ainda como prática não científica de cura; durante o *estado científico*, buscou definir seus métodos e aplicações, fundando as primeiras escolas de medicina; e, no início do século XX, com o surgimento do *novo pensamento científico*, já havia instituído um aparato legal que lhe “garantiu a permanência e a acumulabilidade das aquisições, tanto materiais quanto simbólicas que subsistiram sem que os agentes tenham que recriá-las contínua e integralmente por uma ação expressa” (BOURDIEU, 2009, p. 221).

Esse processo afeiçoou aos diagnósticos e aos tratamentos ofertados pela prática médica da época - mais tarde denominada de *medicina* - a credibilidade de serem reconhecidos como resultantes de um saber científico, ou seja, eram legítimos, pois haviam sido submetidos a um rigoroso processo de experimentação e sistematização, como preconizava o novo conhecimento científico (BACHELAR, 1996). Com o *empoderamento científico* assegurado, a medicina se tornou oficial em 1826. Desde então, diversos dispositivos foram assegurando cada vez mais poder à medicina que ganhou dois importantes traços de *distinção* (BOURDIEU, 2007): ser científica e oficial.

O passo seguinte foi o *empoderamento educacional* que se efetivou com a transformação das duas escolas médico-cirúrgicas, que datavam de 1808, em Faculdades de Medicina, em 1832. A partir daí, o *poder* de determinar a doença e a cura era exclusivo dos profissionais que se formassem nessas faculdades, como mostra o trecho B do texto de Edler (2011). Todavia o empoderamento científico, o empoderamento educacional e o empoderamento oficial da medicina, não eram suficientes. Era preciso *legalizar socialmente* esse poder.

E isso se deu pela deslegitimação e marginalização das outras práticas de cura. Três instituições foram decisivas nesse processo: a igreja, o estado e a imprensa. A primeira operou disseminando a ideia de que as outras práticas de cura utilizavam métodos supersticiosos (sinônimo de métodos não cristãos, portanto demoníacos); a segunda, construindo artefatos legais; e a terceira divulgando textos em que se usavam expressões jocosas e depreciativas para se referir às pessoas que recorriam às práticas de cura ditas não científicas e não oficiais, como veremos a seguir.

1.2 Estratégias de marginalização das demais práticas

Para destituir, negar e extinguir as demais práticas de cura, três estratégias bastante eficazes foram utilizadas pela igreja, pelo estado e pela a imprensa da época para este fim: a demonização dessas práticas, a perseguição aos agentes dessas práticas e satirização dos que recorriam a elas. Analisemos os trechos abaixo de Edler (2011):

Trecho C:

Com prestígio muito abaixo do que possuem hoje, doutores, cirurgiões e boticários diplomados não reconheciam a proximidade de sua profissão com a feitiçaria. Pelo contrário, esforçavam-se para estabelecer a diferença entre os dois domínios, reivindicando ao governo a restrição e a regulamentação do ofício dos curandeiros. Para isso, contavam com o apoio da Igreja e das Ordenações do Reino. A Igreja Católica estabelecia a fronteira cultural entre o universo demoniaco e a cura médica associada aos saberes universitários. (EDLER, 2011, p. 2)

Trecho D:

A repressão aos curandeiros, antes tolerados, recrudescceu a partir da década de 1870, quando o poder público ampliou o cerco às práticas e concepções populares de cura nos principais centros urbanos. A lei passou a ser aplicada com mais rigor, principalmente na capital do Império. O Código Penal de 1890, da nascente República, embora garantisse a liberdade de consciência e culto, sancionava a perseguição aos terapeutas populares, criminalizando as práticas do espiritismo, da magia, do uso de talismãs e das cartomancias quando empregadas para a cura de moléstias. O exercício do ofício de curandeiro também era formalmente proibido e estava sujeito a penas de prisão e multa (EDLER, 2011, p. 3).

Trecho E:

A imensa população de pobres e escravos contava com remédios caseiros, fórmulas feitas com ervas nacionais e outros produtos recomendados ou administrados por curandeiros, sangradores e barbeiros – estes, além dos cortes de cabelo e de barbas, praticavam sangrias, aplicavam ventosas, sanguessugas, faziam curativos e arrancavam dentes. As receitas utilizadas por esses profissionais eram desprezadas pelos “civilizados”, por serem consideradas indignas de gente fina ou delicada. No Diário de Pernambuco, em 1837, a famosa coluna do “Carapuçeiro” ridicularizava as ações terapêuticas de “negros boçais”, “caboclos estúpidos” e “velhas comadres” (EDLER, 2011, p. 3).

Os trechos nos permitem perceber “o reconhecimento de que toda obra legítima tende a impor, *de fato* as normas de sua própria percepção e, tacitamente, define o modo de percepção que aciona certa disposição e certa competência como o único legítimo” (BOURDIEU, 2007, p.33). As três instituições atuaram com tamanha *violência simbólica* que era impossível não sucumbir à ilusão que serviu de fundamento ao reconhecimento da legitimidade da medicina *científica*, e todos os agentes, querendo ou não, sendo possuidores ou não dos meios de se conformarem, encontraram-se objetivamente enquadrados pelas normas que passaram a ser estabelecidas e que criaram uma linha clara de legalidade e ilegalidade entre as práticas de cura.

Assim, em 1870, pouco mais de 25 anos depois da oficialização da medicina, já era ilegal a prática de qualquer forma de cura por quem não fosse médico. E, em 1890, o Código Penal Brasileiro, como nos mostra o texto de Edler (2011, p. 3), “sancionava a perseguição aos terapeutas populares, criminalizando as práticas do espiritismo, da magia, do uso de talismãs e das cartomancias quando empregadas para a cura de moléstias. O exercício do ofício de curandeiro também era formalmente proibido e estava sujeito a penas de prisão e multa”.

Tudo muito rápido, eficiente e eficaz: em menos de 65 anos, dentre tantas práticas de cura, até então todas legais, apenas *uma foi erigida à ciência médica*. Restou as demais o rótulo, o estigma de serem práticas ilegais de cura. Só a Medicina Oficial passou a ter o *poder simbólico*⁶ de diagnosticar e curar doenças.

Como o *capital simbólico* das outras práticas de cura– o empirismo– não tinha valor no *mercado científico* que predominava na época, e sem poder organizar-se em instituições que pudessem “verificar efetivamente sua aplicação e criar leis”, essas práticas de cura passaram a ser chamadas de populares, antônimo de científicas. E, ao assumirem a posição de marginalidade na estrutura, foram sobrevivendo às margens da modernidade, em vielas escuras de bairros afastados ou em comunidade indígenas isoladas. A fim de nominalizar – usar um único termo para englobar essas práticas não científicas e não oficiais de cura – passaremos a usar o termo medicina *marginal* em oposição à medicina *científico* ou *oficial* que passou a funcionar como um *campo*: “um espaço em que ocorrem as relações entre os indivíduos, grupos e estruturas sociais, que obedece a leis próprias, e cujo móvel é invariavelmente o interesse em ser bem-sucedido nas relações estabelecidas⁷ entre os seus componentes (seja no nível dos agentes, seja no nível das estruturas)” (BOURDIEU, 2009, p. 114).

Ao explicitarmos esse processo, percebemos o poder como a capacidade de “estruturar o campo possível da ação dos outros” (FOUCAULT [1979], 1984, p. 428). Esse *campo* – a medicina científica ou oficial – passou “a funcionar segundo mecanismos rigorosos e capazes de impor aos agentes sua necessidade, que faz com os detentores dos meios de dominar esses mecanismos e de se apropriar dos benefícios materiais ou simbólicos produzidos por seu funcionamento poder fazer a economia das estratégias orientadas expressa e diretamente para dominação das pessoas” (BOURDIEU, 2009, p. 221).

6 “É um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem gnoseológica: o sentido imediato do mundo (e, em particular, do mundo social) supõe aquilo a que Durkheim chama o conformismo lógico, quer dizer, “uma concepção homogênea do tempo, o espaço, o número, da causa, que torna possível a concordância entre as inteligências” (BOURDIEU, 2003, p. 9)

7 Quando analisamos o poder que as sociedades médicas adquiriram desde o século XIX até hoje, fica fácil compreender a recusa do Conselho Federal de Medicina em permitir que médicos estrangeiros atuem no país, sem sua aquiescência. Ao perder a queda de braço com o governo, parte do poder dessa confraria no nível das estruturas foi afetado.

As demais práticas de cura passaram a ser denominadas de *não científicas e não oficiais*, pois, como eram resultantes da experiência comum, não poderiam ser efetivamente verificadas pelo novo cientificismo. Assim, permaneciam apenas como fato: podiam diagnosticar e aplicar terapêuticas de cura, mas não podiam criar uma lei. Nem confirmar cientificamente “a verdade”, ou tampouco “confrontá-la com vários e diferentes pontos de vista” (BACHELAR, 1996, p. 14). Com o passar do tempo, recorrer a essas práticas de cura constituiu-se um traço distintivo dos que não tinham instrução, nem berço: pessoas sem *capital cultural*.

Daí, como citamos anteriormente, optarmos por denominar tais práticas de medicina *marginal*, pois passaram a operar na marginalidade do sistema e ser usadas por pessoas de baixo poder aquisitivo, pouca ou nenhuma instrução formal e, conseqüentemente, sem acesso a um sistema de saúde tecnologicamente avançado que também viviam à margem da modernidade e dos bens de capital. Uma ciência *marginal*, para quem vive à margem.

Assim, ter se tornado um traço de *distinção social* talvez possa ser identificada como a última estratégia de empoderamento da medicina científica.

2. Análise do empoderamento da medicina oficial

Em *A Distinção: crítica social do julgamento*, Bourdieu (2007) explica como os atores sociais tanto se aproximam como se afastam entre si por meio do que ele denomina *disposições* - um conjunto de regras (quase sempre inconscientes) que definem todo tipo de gosto e comportamento, assim como sua visão de mundo.

Essas disposições são condicionadas pelo “espaço social” que é hierarquizado pela desigual distribuição de diferentes capitais. Esses capitais são bens culturais que funcionam como traços de distinção: cargo ocupado, relações de parentesco, cor da pele, nível de instrução. Esses ‘bens’ e o valor que assumem dependem do *mercado e dos capitais* que o fazem funcionar, ou seja, os atores que nele circulam são regulados por diferentes formas de capital: o econômico, cultural, social e simbólico.

Ao destacar a existência dessa *Economia* que rege as práticas sociais, Bourdieu (2007) explora criativamente a hipótese de que o “gosto” é um marcador de classe, e que o consumo de bens culturais, consciente e deliberadamente ou não, preenche uma função social de legitimar diferenças sociais.

Esse aparato jurídico moral que guia o ser, o estar e o agir no mundo é, de certa forma, tão bem engendrado no corpo humano que *o que ou como gostamos* ou *o que ou como não gostamos* se apresenta como uma segunda natureza, e por isso não percebemos que *essas disposições* são de ordem cultural. Assim sendo,

não há nada que distinga tão rigorosamente as diferentes classes quanto à disposição objetivamente exigida pelo consumo legítimo das obras legítimas, a aptidão para adotar um ponto de vista propriamente estético a respeito de

objetos já constituídos esteticamente – portanto, designados para a admiração daqueles que aprenderam a reconhecer os signos do admirável – e, o que é ainda mais raro, a capacidade para constituir esteticamente objetos quaisquer ou, até mesmo, “vulgares” (por terem sido apropriados, esteticamente ou não, pelo “vulgar”) ou aplicar princípios de uma estética “pura” nas escolhas mais comuns da existência comum, por exemplo, em matéria de cardápio, vestuário ou decoração da casa (BOURDIEU, 2007, p. 42).

Assim, como o gosto – ou o senso estético – é um dos responsáveis pela distinção das classes no espaço social, recorrer à medicina científica fazia parte da distinção de ser branco e ter descendência nobre; por sua vez, recorrer às outras práticas de cura era traço distintivo da “imensa população de pobres e escravos” desde o processo de construção da medicina científica no Brasil, como nos mostra o Trecho E do texto de Edler (2011), citado alhures.

Desse modo, se valer desta ou daquela prática de cura também indicava uma espécie de *disposição estética*, por meio da expressão distintiva, que unia e separava as pessoas em grupos sociais distintos. Unia os mais cultos em relação a condicionamentos de uma classe particular, com outras condições de existência, bem diferente dos demais indivíduos: eram mais viajados, adotavam determinadas práticas de higiene, e, apesar de serem acometidos pelas mesmas doenças dos menos afortunados, o que *os distinguia era a quem recorriam* nessas situações. Procurar um médico e não um curandeiro, quando se estava doente, distinguia os mais bem nascidos de todos os outros que não compartilhavam das mesmas condições. Afinal, o gosto é o princípio de tudo que se tem, que se é, tanto para classificar como para ser classificado (BOURDIEU, 2007).

Assim, de forma lenta, mas intensamente, se foi construindo a *crença* de que recorrer à *medicina científica* indicava ter um *gosto puro* e que recorrer às *demais práticas de cura* indicava ter um *gosto bárbaro*. Portanto, recorrer a benzedeiras, puxadores de desmintiduras, e costuradores de carne rasgada, parteiras, era “coisa de gente que não tinha estudo” ou “única opção daqueles que não dispunham de recursos financeiros para se tratar”.

Esse processo foi promovendo a incorporação do *habitus* (BOURDIEU, 2009) de classe, produzindo a “filiação de classe” dos indivíduos: os mais pobres e menos escolarizados, cujos traços distintivos não tinham valor no *mercado simbólico* do Brasil no início do século XIX, se filiavam à classe dos que não procuravam a medicina dita científica para a cura de suas moléstias. Por sua vez, os mais ricos, mais escolarizados também se filiavam a uma classe que jamais deveria recorrer às práticas não oficiais de cura.

A partir dessa perspectiva de Bourdieu (2007), é possível afirmar que recorrer a essa ou aquela modalidade de cura definia, e até hoje define a *estética* de uma classe.

2.1 A medicina *marginal* como resistência à tentativa de controle do *habitus*

A despeito de todo tipo de *violência simbólica* por não ter valor de *mercado*, ser de *gosto bárbaro*, as práticas populares de cura, ou medicina *marginal*, permaneceram nas *bordas* da estrutura, operando silenciosamente, como uma *anti-estrutura* (TURNER, 2008) que, em momentos *determinados*, se manifesta.

Atualmente a busca pelas práticas populares de cura, em suas diferentes formas, é uma prova disso. Pois, trata-se de um fenômeno que vem aumentando constantemente e que não se restringe às pequenas cidades do interior, apresentando-se, também, de maneira intensa nos grandes centros populacionais (BOLTANSKI, 1984; LOYOLA, 1984 e 1987; MONTERO, 1985).

Tais terapêuticas antes na obscuridade, nas *bordas* da estrutura, atuando com a margem ou limite que tende a ser modificar e se transformar constantemente por estar numa posição mais *rizomática*⁸ (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 33), como melhor explicaremos na seção 2.3 a seguir, já não são vistas como reminiscências do passado, ‘nem como coisa de quem não tem estudo ou recurso financeiro’, e vêm se difundindo paralelamente ao crescimento dos serviços de atendimento médico. E, longe de serem práticas arcaicas com tendências a desaparecer na medida em que a terapêutica médica, mais moderna e “eficaz”, foi ocupando espaço, elas se apresentaram ressignificadas como uma alternativa às práticas oficiais de saúde.

Para um número cada vez maior de médicos, tem se mostrado como uma importante aliada: “A cura por intermédio das alternativas populares oferece diversas vantagens a seus usuários, se comparadas à medicina ocidental moderna, tais como proximidade, afeto, informalidade, visões de mundo semelhantes, linguagem coloquial e envolvimento da família no tratamento” (HELMAN, 1994, p. 23).

Para Avila-Pires (2000), que as denomina de práticas alternativas, elas seriam, na realidade, complementares ou suplementares aos sistemas oficiais para a prevenção ou para o tratamento de doenças. Isso porque curam com base na visão de mundo de cada pessoa, ao contrário das práticas oficiais as quais geralmente se baseiam num

8 De acordo com o conceito botânico, rizoma é a extensão do caule que une sucessivos brotos. O termo e seus adjetivos passaram a ser usados como instrumentos conceituais por Deleuze e Guattari, 2004 Segundo esses autores, é o contrário da estrutura, pois enquanto esta se apresenta constituída como um“(...)conjunto de pontos e posições que opera por correlações binárias entre os pontos e relações biunívocas entre as posições ” (DELEUZE e GUATARRI, 1995, p.32), o rizoma procede por variação, conquista, captura, é heterogêneo, um mapa “(...) sempre desmontável, conectável, reversível ” (DELEUZE e GUATARRI, 1995, p. 33). É uma produção de inconsciente (individual, dual, coletivo, social), e não uma representação de conteúdos desprovidos de significância e de subjetivação. Fazer um rizoma é traçar estas linhas.

etnocentrismo que às vezes eles mesmos (os médicos) não percebem, como afirma Moffatt (1984).

Essa nova postura em relação às práticas populares de cura demonstra que, ao longo dos anos, elas têm se transformado em um *campo*. O *campo* das Tradições Populares de Cura como comprovam as novas frentes de trabalho dos estudos antropológicos “que refletem novos paradigmas analíticos” (LANGDON, 1996, p. 11), e, conseqüentemente, têm ajudado a assegurar o não silenciamento das tradições populares de cura que constituem, segundo esses teóricos, uma forma de marcar posição contra as práticas de saúde cartesianas que excluem o mágico e o simbólico do diagnóstico da doença e da busca pela cura e, muitas vezes, negam a validade do conhecimento popular para sustentar, dentre outras frentes capitalistas, a lógica mercadológica dos grandes laboratórios de medicamentos alopáticos.

Trata-se de uma tendência investigativa que se inicia mais significativamente com os trabalhos de Castañeda (1968, 1971, 1972, 1977, 1981 apud LANGDON, 1996, p. 10) que questionaram o olhar positivista que o conhecimento científico preconizava até então sobre a realidade e as diferentes formas de percebê-la e apreendê-la (ZOLLA, 1983).

Nessa perspectiva se insere a pesquisa de doutorado que estamos desenvolvendo sobre as práticas populares de cura no Município de Parintins, estado do Amazonas. Um dos objetivos do trabalho é dar visibilidade a essas práticas e ajudar a fortalecer as inúmeras iniciativas governamentais, não-governamentais e científicas que há muito buscam legitimá-las. Algumas iniciativas nesse sentido já são registradas.

A Organização Mundial da Saúde/OMS, em 1978, recomendou a integração das práticas tradicionais ou populares de cura à medicina oficial. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde do Brasil ratificou a recomendação e, em 2006, o Ministério da Saúde baixou a portaria 971/2006 fixando diretrizes para a implementação da chamada medicina alternativa, possibilitando aos profissionais não-médicos o exercício desta prática mediante credenciamento e remuneração pelo SUS.

Ao analisar o atendimento a essas recomendações, percebemos que, além de São Paulo cuja inserção dessas práticas no sistema de saúde serve de modelo, registra-se no país algumas poucas iniciativas nesse sentido como no Paraná, onde as benzedeiras fazem parte da rede municipal de saúde.

Essas ainda poucas iniciativas para legitimação de práticas populares de cura, no Brasil, só foram possíveis a partir do resultado de inúmeros projetos de pesquisa científica que demonstraram a eficácia simbólica e não-simbólica dessas práticas. Atualmente, no Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq, há o registro de mais de

10 grupos⁹ estudando práticas populares de cura; no site da Capes estão registradas 14 teses de doutoramento sobre o tema.

A explicação para esse fenômeno é que tanto a medicina *oficial* quanto a medicina *marginal* - termos que usaremos até o final do texto para nos referirmos as duas práticas de cura - operam com os modos de cura de doenças e, por isso, são *crenças práticas* - crença em atos, inculcada pelos aprendizados primários que, de acordo com uma lógica tipicamente pascaliana, tratam o corpo como um ‘lembrete’, como um autômato ‘que arrebatava o espírito sem que este se aperceba’ e também como um depósito no qual são conservados os valores mais preciosos” (BOURDIEU, 2009, p. 112). Logo, tanto uma quanto a outra devem ser entendidas como o resultado de condicionamentos associados a uma classe particular de condições de existência, ou seja um *habitus*:

sistema de disposições duráveis e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, ou seja, como princípios geradores e organizadores de práticas e de representações que podem ser objetivamente adaptadas ao seu objetivo sem supor a intenção consciente de fins e o domínio expresso das operações necessárias para alcançá-los, objetivamente ‘reguladas’ e ‘regulares’ sem em nada ser o produto da obediência a algumas regras e, sendo tudo isso, coletivamente orquestradas sem ser produto da ação organizadora de um maestro. (BOURDIEU, 2009, p. 112).

Todavia, percebemos que enquanto a medicina *marginal* “funciona como uma estrutura estruturante de práticas e de representações que podem ser objetivamente adaptadas ao seu objetivo sem supor a intenção consciente de fins”, a medicina *oficial* tem sido o produto da ação organizada de *um maestro* – as Sociedade Médicas, como o Conselho Federal de Medicina, que, ao policiar a obediência a algumas regras, normatizam o exercício dessa prática. Assim, enquanto a medicina *marginal* funciona como um *habitus*, a medicina *oficial* parece atuar como uma tentativa de controle das diferentes e constantes modificações do *habitus*.

Perceber a funcionalidade de cada uma dessas modalidades de cura só nos foi possível, porque evidenciamos “os objetos pré-construídos” em torno dos sistemas culturais que empoderaram a medicina *oficial*. Pois, como dizem Bourdieu, Chamboredon e Passeron (1999, p. 47), “não é possível evitar a tarefa de construir o objeto sem abandonar a busca por esses objetos pré-construídos, fatos sociais separados, percebidos e nomeados”. E, para tanto, utilizar conceitos de *crença*, *campo* e *habitus* significou conhecer e desvelar esses sistemas de cura no Brasil.

⁹ Antropologia, Religião e Saúde; Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde das Populações Amazônicas; Centro de Estudos Etnobotânicos e Etnofarmacológicos; Corpo, Saúde e Doença; Encruzilhada de Saberes: cultura, corpo e ambiente são alguns deles.

A *arqueologia do saber* e a *genealogia do poder* (Foucault, 1987) que marcaram o processo de elaboração deste artigo nos permitiu apresentar um outro elemento novo para a discussão sobre as práticas *não científicas e não oficiais de cura*: entendê-las não como um traço distintivo dos “menos favorecidos”, “menos escolarizados”, “um estigma do gosto bárbaro”, mas como um operador ontológico de ressignificação que, por isso, não se permite ordenar, enquadrar, modelar ou ser inserido numa estrutura fixa, sempre dada, imóvel.

Tal capacidade reside no fato de essas práticas operarem na *borda* da estrutura, *na marginalidade* do sistema, como uma forma de resistência, Assim, sem reconhecer e sem se submeter às disposições científicas, normatizadoras e reguladoras, elas adquirem as características de um *rizoma* (DELEUZE e GUATTARI, 1995).

2.2 Estratégia rizomática da medicina *marginal* ou práticas não oficiais de cura

Para que possamos entender a proposta de compreensão das práticas populares de cura como estratégia rizomática de resistência, ou como operador ontológico de ressignificação é preciso que explicitemos melhor o conceito de *rizoma*.

Tal conceito, apresentado e descrito em Mil Platôs (DELEUZE e GUATTARI, 1995), é na verdade a síntese da oposição dos autores ao pensamento eminentemente universalista e dicotômico que caracteriza o mundo ocidental. Deleuze e Guattari (1995) propõem, como outra perspectiva teórica, a subversão de uma “imagem dogmática do pensamento” que procede por hierarquizações, categorias estáveis (identidade, consciência, poder), representada metaforicamente pela árvore de Descartes (“a raiz a metafísica, o caule a física e a copa e os frutos a ética”), pela imagem não dogmática do pensamento, entendido como movimento criador, sem hierarquias, ou categorias estáveis. Daí a escolha do rizoma, como conceito basilar.

O termo rizoma foi emprestado da botânica e usado para construir o que pode ser definido como um modelo teórico de resistência ético - estético - político.

Resumamos os principais caracteres de um rizoma [...]. Ele não é feito de unidades, mas de dimensões, ou antes de direções movediças. Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda. Ele constitui multiplicidades lineares a n dimensões, sem sujeito nem objeto (...). Oposto a uma estrutura, (...), o rizoma é feito somente de linhas (...). O rizoma é uma antigenealogia. É uma memória curta ou uma antimemória. O rizoma procede por variação, expansão, conquista, captura, picada. (...), o rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga. (...) unicamente definido por uma circulação de estados [...] todo tipo de ‘devires’ (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 32).

O conceito é, portanto, uma tentativa de negar os princípios cartesianos de pensar o mundo, por isso sugere que apreendamos a realidade a partir da perspectiva rizomática composta por linhas e não por formas. As linhas indicam a possibilidade de o rizoma poder fugir, se esconder, se ressignificar, sabotar, cortar caminho; o que as formas impedem de acontecer.

Daí, podermos entender as práticas populares de cura como um *rizoma* que, por não se permitir “formatar”, têm escapado da normatização jurídico-científica imposta pela ciência. A estratégia foi o uso de inúmeras linhas de fuga criadas a partir do contato com outras raízes (meditação, cura pela imposição de mãos, xamanismo, pentecostalismo, fitorapia, terapia de florais) que seguiam outras direções. Assim como o rizoma deleuziano, elas não são uma forma fechada, e não mantêm ligação definitiva e têm um agenciamento que

é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões. Não existem pontos ou posições num rizoma como se encontra numa estrutura, numa árvore, numa raiz. Existem somente linhas” (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p. 34).

Segundo os autores, “as estruturas quebram o rizoma, e tentam aprisionar o objeto, mas toda vez que uma multiplicidade se encontra presa numa estrutura, seu crescimento é compensado por uma redução das leis de combinação” (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p. 33). Essa tentativa de aprisionamento do objeto, da qual falam os autores, de acordo com nossa proposta de análise, pode ser personificada pela medicina *oficial* que, a partir de um aparato jurídico científico, tenta aprisionar as práticas de cura, por meio de taxinomias médicas - as quais se constituem em um poder simbólico como tentativa de jurisprudência sobre as diferentes formas de doenças e de cura.

Segundo Bourdieu (1989), na verdade, essas taxinomias são sistemas de classificação políticos que se apresentam sobre a aparência legítima, mas que não passam de imposições de outras taxinomias construídas tanto filosóficas quanto religiosas e juridicamente. E, como temos visto, essas normatizações sempre surtiram efeito na medicina *oficial*. Da mesma forma que o *rizoma* não se deixa conduzir ao uno, as práticas da medicina *marginal* têm pavor da unidade, por isso podemos defini-las como contra um fechamento, contra regras pré-estabelecidas; assim como o pensamento rizomático se move e se abre, explode em todas as direções, a trajetória das práticas não oficiais de cura apresentam essa mesma característica. Antecipando-se talvez, de maneira mais eficaz, ao surgimento de novas perspectivas sobre a concepção de doença e de cura.

Em Parintins, cidade do interior do estado do Amazonas, onde estamos desenvolvendo uma pesquisa de doutorado, já foram identificadas sete especialidades diferentes de cura que atendem a categorias diferentes de doença *se do corpo, se da alma, se do tempo, se da terra, do ar, da água, ou causada pelos espíritos*. Para diagnosticar cada um desses males parece haver um especialista capaz de “penetrar no corpo da doença e de lá trazer o entendimento da cura” (palavras de um *curador* local, registrada em caderno de campo). Outros trabalhos em outras regiões do Brasil citam outras especialidades (TAVARES, 1998). Tudo indica que essas práticas são como um “riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio” (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 36).

O processo analítico desenvolvido até aqui nos permite inferir, tendo as práticas populares de cura como mediação interpretativa, uma aproximação entre o conceito de *rizoma* e o conceito de *habitus*. Pois, de acordo com Bourdieu (2009), o *habitus* articula dialeticamente, o ator social e a estrutura social, através de princípios de ação e de reflexão, esquemas de percepção e de entendimento, sob a forma de estruturas da subjetividade, sempre relacionadas à objetividade. E, de acordo com Deleuze e Guattari (1995) o *rizoma* não se fecha sobre si, é aberto para experimentações, é sempre ultrapassado por outras linhas de intensidade que o atravessam. Como um mapa que se espalha em todas as direções, se abre e se fecha, constrói e desconstrói. Cresce onde há espaço, floresce onde encontra possibilidades, cria seu ambiente. Portanto, assim como o *rizoma*, o *habitus* não cessa de produzir percepções, opiniões, desejos, crenças, gestos, um conjunto inesgotável de produções simbólicas. Além disso, tanto o *rizoma* quanto o *habitus* ambos são produção inconsciente de si mesmos e, como vimos, instrumentos conceituais muito importantes para pensarmos os processos de poder.

Assim, à margem da ciência e das leis, portanto na *borda* da estrutura, mais distantes do controle, as práticas não oficiais de cura tendem a se reproduzir rizomáticas, silenciosa e constantemente, e assim assegurar as antecipações do *habitus* que diferentemente das estimações eruditas [típicas da medicina oficial] que se corrigem após cada experiência conforme as regras rigorosas do cálculo,

as antecipações do habitus, espécie de hipóteses práticas fundadas na experiência passada, atribuem um peso desmedido às primeiras experiências; são com efeito, as estruturas características de uma classe determinada de condições de existência que, por meio da necessidade econômica e social que fazem pesar sobre o universo relativamente autônomo da economia domésticas e das relações familiares(...) produzem as estruturas do habitus que estão, por sua vez, no princípio da percepção e da apreciação de toda experiência ulterior (BOURDIEU, 2009, p. 89).

Como é possível perceber, se por um lado “o *habitus* reproduz os referenciais da cultura legitimada, por outro lado, desenvolve um trabalho cognitivo de ressignificação dos objetos materiais e imateriais da cultura”.

No caso desta análise essa ressignificação assegurou o surgimento de dois *campos*. Um construído consciente pelas escolas de medicina e pelo estado: o campo da *medicina oficial*. Outro está sendo paulatinamente construído por outras forças, o da medicina *marginal* ou das práticas não oficiais de cura - que a princípio não adotam um corpo próprio de poder, mas, que estigmatizadas pelo poder simbólico das taxinomias médicas, foram construindo no silêncio rizomático de suas diferentes formas de ressignificação, sua *eficácia simbólica*.

Há um cem número dessas práticas metamorfeseadas: algumas mais esotéricas outras não: benzimentos, heiki, xamanismo mestiço, pajelança cabocla, produção de medicamentos com ervas medicinais, cura por imposição das mãos, florais, equilíbrio por meio de cristais, quiropraxia, acupuntura e tantas outras.

Em cada uma dessas diferentes formas em que se apresenta vamos encontrar, o que Bourdieu (2009, p. 112) denominou de a *doxa originária* - “uma relação imediata que se estabelece na prática entre um *habitus* e o *campo* ao qual ele é atribuído, essa experiência muda do mundo como algo evidente que o senso prática oferece”.

3. Por uma outra alternativa de prática de cura

Esperamos ter demonstrado até aqui que a opção pela medicina oficial ou pela medicina marginal não se trata apenas de uma concepção de doença ou de terapêutica, cada prática de cura encerra em si mesma toda uma visão de mundo, um *habitus* - um conjunto de valores e normas morais, bem dizer todo um universo cultural articulado a estas práticas. Sua própria existência rizomática coloca na mesa de discussões a possibilidade de continuar acreditando que existe um único modo de representação, tanto da doença como dos processos de cura.

O paciente, ao apresentar-se a uma consulta, não traz somente uma doença; traz também uma expectativa em relação à mesma e aos seus sintomas, assim como a expectativa em relação ao médico e à cura (FAHARA et al., 1985).

É na importância dada às diferentes concepções de mundo – sempre diferentes, sempre cambiantes - que podemos encontrar uma das explicações para o crescimento das diferentes práticas da medicina *marginal*. Elas, como citamos na seção 2.2, curam com base na visão de mundo de cada pessoa, ao contrário da medicina *oficial* que geralmente se baseia num etnocentrismo que às vezes *os agentes-médicos mesmos não percebem*.

Muito mais do que a ausência de médicos ou de recursos financeiros para a procura da medicina oficial, a medicina *marginal* está presente como uma opção de cura

que não concebe a separação entre corpo e espírito. “Os elementos sobrenaturais do mundo, por sua longa presença no dia-a-dia e no imaginário de cada um, pode ser muitas vezes mais compreensíveis que o desequilíbrio dos humores ou a auscultação do coração” (MORAES, 2001, p. 19).

Por conta disso, cada vez mais as pessoas estão percebendo que a medicina oficial cientificamente *industrializada* não é a única alternativa para cura de doenças e conseqüentemente tem buscado entender como as energias da natureza e do corpo podem interferir na saúde. Isso demonstra que a medicina *marginal* está se reconfigurando, se ressignificando, está sendo adaptada para atender às necessidades e à nova mentalidade contemporânea.

Essa postura parece indicar que atualmente já não há uma crença tão peremptória, quanto antes, da ciência como a única e legítima explicação possível para as questões da vida, e que o caráter de resistência à normatização, manifestado por algumas práticas, talvez diga mais à mentalidade, ainda cartesiana do ocidente, do que estejamos preparados para ouvir.

Considerações finais

Esse longo percurso analítico reflexivo nos permitiu perceber as condições em que foi produzido *o gosto, a crença, o empoderamento* da medicina *oficial* como única prática legítima de diagnosticar e curar doenças no Brasil, como também identificar as estratégias usadas para este fim, e entender como as práticas populares de cura, ou medicina *marginal*, têm se constituído como um *campo* alternativo para o diagnóstico e cura de doenças no país. Analisando o empoderamento da medicina oficial no Brasil, a partir dos conceitos de *crença, campo e habitus* de Bourdieu (1979, 1980, 1987, 1989), as contribuições de Wolf (1969), Goldman (1969) e Foucault (1979) sobre a instituição do poder social, bem como o conceito de rizoma de Deleuze e Guattari (1995) e os trabalhos de outros teóricos que tratam especificamente do tema, esperamos ter contribuído com a perspectiva que concebe o poder não como um estado mental, mas como um conjunto de práticas sociais e discursos construídos historicamente que disciplinam o corpo e a mente de indivíduos e grupos, como defendido por Foucault (1977, 1979, 1980, 1995).

Essa rápida retrospectiva histórica é um exemplo de como os processos de poder podem e são utilizados por diferentes agentes econômicos e políticos para instituir e manter a hegemonia de determinados grupos sobre os demais no *campo* social. Esses grupos constroem e disseminam os traços distintivos que lhes asseguraram um *capital simbólico* maior e, portanto, mais poder. Há um provérbio popular que diz “se queres conhecer o caráter de alguém, dê poder a ele”. Aqui, propomos uma atualização da moral desse enunciado: “se queres saber por que alguém tem poder, reconstrua os passos históricos e as práticas que lhe asseguraram esse poderio”.

Levando em consideração a necessidade de reconstituição da história das práticas para que possamos melhor compreendê-las, neste trabalho, procuramos fazer, além de uma *arqueologia do saber* ao reconstituir o início da história das práticas de cura no Brasil, uma *genealogia do poder* ao desvelar as estratégias de empoderamento utilizadas pela medicina oficial para se auto-legitimar e marginalizar as demais práticas com quem disputava o *mercado* da cura.

Apesar de não termos nos aprofundado sobre os motivos de constituição desse *mercado*, o percurso histórico percorrido nos possibilita inferir que o interesse das sociedades médicas pelo domínio da prática não era movido apenas para assegurar saúde de qualidade à população do país no início do século XIX. Tratava-se não só de assegurar o domínio de uma permanente fonte lucrativa de dividendos, mas também, e, principalmente, eliminar a concorrência.

Fica claro, portanto, que este trabalho vai ao encontro do projeto que está bem definido por Foucault (1979) em *A Microfísica do Poder*. Pois se, por meio do primeiro procedimento buscamos entender o processo de formação social e histórica dos discursos, o segundo tem como propósito investigativo entender como esses discursos apresentam-se como relações de poder, baseados em regimes de instauração da verdade e do saber, por meio de dispositivos discursivos que não permitem ser percebidos facilmente.

Assim sendo, o “estudo desta microfísica supõe que o poder nela exercido não seja concebido como uma propriedade, mas como uma estratégia, que seus efeitos de dominação não sejam atribuídos a uma ‘apropriação’, mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos” (FOUCAULT, 1987 p. 29).

Este trabalho nos permitiu desvelar uma rede de relações de instauração de poder sempre tensas, sempre em atividade, com o fim último de legitimar a medicina *oficial* e deslegitimar a medicina *marginal*. Tudo feito de tal forma que ao longo dos anos esse sistema de empoderamento gerou dispositivos sociais ou modos de subjetivação, regimes de luz, modos de reconhecimento, enfim, meios pelos quais se pode sentir, ver, dizer e agir no mundo social. Assim, como também, nos possibilitou entrever novas perspectivas de entendimento das práticas de cura, compreender sua função como operador ontológico de ressignificação e lançar a provocação de que a reconstituição da história de uma prática, a arqueologia do saber que a instituiu e a genealogia do poder que a legitimou podem nos dizer mais sobre a condição humana do que podemos imaginar. Até porque, como assevera Godelier (1977, p. 6), “a história não explica: precisa ser [constantemente] explicada”.

Referências bibliográficas

AVILA-PIRES, F. D. *Saúde, doença e teoria de sistemas*. In: CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 1., 2000, Évora. *Actas*. Évora: Cidade Editora, 2000.

- BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996, pp.9-14.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.-C. E PASSERON, J.C. **A profissão de sociólogo**: preliminares epistemológicas. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas: Papyrus, 1996.
- _____. [1987] Espaço social e poder simbólico. In: _____. **Coisas ditas**. São Paulo: 2004.
- _____. [1980] Modos de dominação. In: _____. **Senso Prático**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2009, pp. 108; 112; 114; 163; 221.
- _____. [1980] **O poder simbólico**. Rio de Janeiro, 2003, p. 9-163.
- _____. [1979]. A disposição estética. In: _____. **A distinção**: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp, Porto Alegre (RS): Zouk, 2007, pp. 9;33;42.
- CASSIANO, G. O. **História da medicina no Brasil no século XVI**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de História da Medicina, 1974.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs - Capitalismo e Esquizofrenia**. V.1. Rio de Janeiro: Ed.34, 1995, pp.32, 33, 36.
- EDLER, F. C. Medicina versus magia. **Revista de História**. Postado em 7/02/2011. Disponível em: <<http://www.revistadehistoria.com.br/secao/capa/medicina-versus-magia>>. Acesso em: 12 de dez. 2013, 17:31:12.
- _____. A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia a parasitologia médica. **Tese de doutoramento**, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1999.
- _____. A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. **Asclepio**, vol. L-2, 1998, pp. 169-86.
- FAHARA, J.; CHAZAN, L. F.; CORDEIRO, V. R. Medicina Psicossomática: o paciente ambulatorial. **Jornal Brasileiro de Medicina**. v. 48, n. 1, jan/fev. 1985.
- FOUCAULT, M. [1980]. Subjetividade e verdade. In: _____. **Resumo dos cursos do Colège de France (1970 -1982)**. Trad. Andrea Daher. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997, p. 107 -115.
- _____. [1979]. **Microfísica do poder**. São Paulo: 1984, pp. 181;428.
- _____. [1977]. Segurança, território, população. In: _____. **Resumo dos cursos do Colège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008 (Coleção tópicos).
- _____. [1975]. **Vigiar e Punir**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1987.

- _____. A verdade e as formas jurídicas. In: _____. Conferências realizadas por Foucault, em 1973, no Brasil. Trad. Roberto Cabral de Meio Machado e Eduardo Jardim Morais, supervisão final do texto Léa Porto de Abreu Novaes Rio de Janeiro: Nau Ed., 1995.
- FILHO, L. História geral da medicina brasileira. São Paulo: Edusp/HUCITEC, 1991.
- _____. Pequena história da medicina brasileira. São Paulo: DESA/Edusp, 1966.
- _____. Medicina Colonial. In: HOLANDA, Sérgio Buarque de. História Geral da Civilização Brasileira (tomo I, vol. 2) - Difusão Européia do Livro, São Paulo, 1960.
- _____. História da medicina no Brasil. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1947.
- GODELIER, M. Antropologia econômica. Revista Antropologia – ciência das sociedades primitivas? Lisboa: Edições 70, 1977, p.6.
- GOLDMAN, M. Antropologia contemporânea, sociedades complexas e outras questões. Revista Alguma Antropologia. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1999, p.101.
- HELMAN, C. G. (1994) Cultura, saúde e doença. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- KUPER, A. Leach e Gluckman: para além da ortodoxia. REVISTA ANTROPÓLOGOS E ANTROPOLOGIA. Rio de Janeiro. Ed. Francisco Alves, 1978, p.171.
- LAMEGO, L. A medicina seiscentista. REVISTA BRASILEIRA DE HISTÓRIA DA MEDICINA. 1. trim. 1950, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.129-133.
- LANGDON, E. J. Introdução: xamanismo – velhas e novas perspectivas. In: _____. Xamanismo no Brasil: novas Perspectivas. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1996, p. 10-11.
- LAPLANTINE, F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LOYOLA, M. A. Medicina popular: rezas e curas de corpo e alma. Ciência Hoje. São Paulo, v. 6 n. 35, p. 34-43, set. 1987.
- _____. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984.
- MACHADO, R. Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- MONTERO, P. Da doença à desordem: a magia na Umbanda. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- MOFFATT, A. Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular. São Paulo: Cortez, 1984.
- MORAES, L. do N. R. Medicina, empirismo e outras práticas de cura no sul do Brasil, no século XIX e início do XX. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PORTUGAL/BRASIL, Portugal, Anais, 2001, p. 19.
- OLIVEIRA, Elda Rizzo. O que é medicina popular. São Paulo: Brasiliense, 1985b.

- _____. O que é benzeção. São Paulo: Brasiliense, 1985a.
- SOUZA, L. de. A saúde e a doença no dia a dia do povo. **Cadernos do CEAS**. Salvador, n. 77, p. 18-29, jan./fev. 1982.
- TAVARES, F. R. G. Os terapeutas alternativos nos Anos 90: uma nova profissão? **Revista Antropolítica**, Niterói, n. 4, p. 63-83, 1. sem. 1998.
- TURNER, V. [1974]. **Dramas, campos e metáforas: Ação simbólica na sociedade humana**. Rio de Janeiro: EdUFF, 2008.
- WOLF, E. Encarando o poder: velhos insights, novas questões. **Antropologia e Poder: Contribuições de Eric Wolf**. Editoras UnB, Unicamp e Imprensa Oficial, 2003, pp.325-344.
- _____[1969]. **American Anthropologists and American Society, Pathways of Power: Building an Anthropology of the Modern World**. Berkeley: University of California Press, 2001f, p.21.
- ZOLLA, E. A. **Vindication of Carlos Castañeda**. Londo: Labrys. V. 8, 1983, p. 106