

Andrea Caprara

ANTROPOLOGIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

*INTERPRETAÇÕES DO
CONTÁGIO E DIFERENÇAS
CULTURAIS*



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Andrea Caprara

**ANTROPOLOGIA DAS
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**
*INTERPRETAÇÕES DO CONTÁGIO E
DIFERENÇAS CULTURAIS*

1ª Edição

Fortaleza - CE

2018



**ANTROPOLOGIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS.
INTERPRETAÇÕES DO CONTÁGIO E DIFERENÇAS CULTURAIS**

© 2018 *Copyright by* Andrea Caprara

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Maria Celia Filismino Lima

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

C251i

Caprara, Andrea

Antropologia das doenças transmissíveis. Interpretações do contágio e diferenças culturais / Andrea Caprara. ¾ Fortaleza-CE, 2018.
220 p.

ISBN: 978-85-7826-668-4

1. Antropologia cultural. 2. Contágio. 3. Doenças transmissíveis. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 306.461

PREFÁCIO

Este livro apresenta os resultados de diversas pesquisas realizadas pelo autor sobre o tema do contágio ao longo das últimas duas décadas, em diversos países. Trata-se de material inédito na língua portuguesa e reorganizado no intuito de identificar um único fio condutor e elementos comuns entre material recolhido em contextos socioculturais bem diversificados, bem diferenciados.

Os diversos capítulos expõem, a seu modo, conclusões parcialmente publicadas em periódicos e capítulos de livros. Parte da introdução e o capítulo 1 referem-se a uma primeira pesquisa sobre o contágio, na Costa do Marfim, e publicada em livros na França e Itália (CAPRARÁ, 2000, 2001). O capítulo 2 discute a problemática do contágio entre os Alladian da Costa do Marfim. O capítulo 3 retoma os resultados de uma pesquisa sobre Aids também na Costa do Marfim, ainda no começo da pandemia (1990-92), e publicada nas revistas *Social Science & Medicine*, *AIDS Care*, *Santé Culture Health*.

O capítulo 4 trata de uma pesquisa desenvolvida em 1993-95 na província de Aceh, na ilha de Sumatra na Indonésia, cujos resultados foram em parte publicados na revista *Medical Anthyropology*. Em 26 de dezembro de 2004 Aceh foi o epicentro de um terremoto que

disparou, por sua vez, uma sequência de tsunamis que produziram centenas de milhares de vítimas em todo o Oceano Índico. Mencionado capítulo é dedicado às vítimas dessa tragédia. O capítulo 5, em parte inédito, refere-se à interpretação das doenças transmissíveis na Bahia e apresenta os resultados de uma pesquisa elaborada em 1995-98 e em parte publicada na coletânea organizada por Alves e Rabelo (1995), nos dois capítulos citados a seguir (Caprara A. 2004; 2012), assim como no livro publicado na Itália (CAPRARA 2011). Enfim, o capítulo 6 aborda a questão da complexidade no surgimento da dengue, zika e chikungunya, utilizando uma perspectiva eco-bio-social, com vistas a compreender os fatores comportamentais, biológicos e sociais que influenciam sua difusão. Parte desses resultados foram publicados em numerosas revistas, entre as quais: *Cadernos de Saúde Pública*, a revista italiana *Thule* e a *Revista Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*.

Entre as advertências preliminares, resalto o seguinte: utilizarei, neste trabalho, os conceitos de contágio e transmissibilidade da doença como sinônimos, mesmo que entre determinados autores da literatura biomédica e da antropologia social tenha se estabelecido uma diferença entre eles.

Um grande número de pessoas participaram das pesquisas constantes deste livro. A todas elas estou profundamente grato. Um agradecimento particular ao professor Gilles Bibeau, que me acompanhou ao longo

da primeira parte dessas pesquisas e foi determinante na interpretação e organização do trabalho, assim como aos professores Tullio Seppilli, Naomar de Almeida Filho, Silvia Mamede e José Wellington de Oliveira Lima, que me acompanham neste percurso de pesquisa até hoje. Um agradecimento a Sandra Lima, Suyanne Freire e Lyvia Mesquita, que me ajudaram nos capítulos 3 e 6. Agradeço também, especialmente, à Mãe Stella, *lolorixá* do terreiro *Ilê Axé Opô Afonjá*, em Salvador (BA). Enfim, um agradecimento particular a Professora Maria Salete Bessa Jorge, ao Professor Marcelo Gurgel e ao Professor Jackson Sampaio, Reitor da Universidade Estadual do Ceará, por terem me acolhido nesta Universidade e pelo constante apoio e incentivo ao longo desses anos.

INTRODUÇÃO

Em 1546, Girolamo Fracastoro publica o tratado *De contagionibus et contagionis morbis et eorum curatione*, no qual distingue três formas de contágio: uma que age por simples contato; outra que opera por um contato indireto através de substâncias infecciosas; enfim, aquela que atua mediante transmissão a distância (1950). Trata-se da primeira grande obra sobre o contágio, cuja base conceitual o mesmo Fracastoro (1968) explicará em outro livro, *De sympathia et antipathia rerum*. Durante o Renascimento, quatro elementos-chave constituíam o episteme que fornecia a abertura para a compreensão das relações que se estabelecem entre elementos aparentemente diversos. Entre eles, *convenientia*, *aemulatio*, *analogia* e *simpatia*, até o final do século XVI, tiveram papel-chave na exegese dos textos, na interpretação e representação do mundo (FOUCAULT, 1966).

Estas quatro formas de pensamento permitiam uma interpretação dos signos do universo colocando em relação elementos aparentemente diferentes entre eles, por meio de semelhanças de cor, forma ou posição, estabelecendo relações entre o corpo humano, o universo, as plantas, os animais e as coisas. De acordo com Foucault, o poder da *simpatia* é tornar a pessoa

ou a coisa semelhante àquela que é atingida: “Ela pode surgir de um único contato como ‘aquelas rosas de luto utilizadas durante o funeral’ que, com a simples proximidade da morte, produzirão a quem respira o cheiro ‘triste e [...] moribondo’. Essa altera na direção do idêntico [...]”¹ (FOUCAULT, 1967, p. 38-39). A *simpatia* gera movimento por causa da atração das coisas umas com as outras, e torna possível a existência do seu oposto: a *antipatia*, que permite que as coisas, os animais e as plantas fiquem separadas, mantendo, pela oposição, a própria individualidade.

Ainda hoje, nas suas diversas dimensões, médica, social e cultural, o problema do contágio é de primordial importância tanto conceitual como prática. Tal problema constitui o foco de toda uma série de atividades para prevenir e controlar a doença, seja nas sociedades ocidentais, seja naquelas tradicionais.

Poucos são os estudos antropológicos que têm analisado o problema nas culturas não-ocidentais e inúmeras perguntas ficam à espera de uma resposta. Como se estrutura o conceito de contágio nas sociedades não-ocidentais? Quais são as normas que regem a transmissão da doença? Qual é a relação entre estas normas e a organização social, as concepções sobre o corpo, a vida, a morte? Por exemplo, a maioria dos estudos publicados sobre as doenças contagiosas nas sociedades africanas discutem esta questão sob diferentes perspec-

¹ Todas as citações em língua estrangeira foram traduzidas pelo autor, exceto onde explicitamente indicado.

tivas. Entre estas, dominam seis abordagens principais: a da biomedicina (KRAUSS *et al*, 2003), a da história social (DAWSON, 1979; JANZEN, 1978; FORD, 1979; TURSHEN, 1977; M'BOKOLO, 1986; FEIERMAN; JANZEN, 1992); a da ecologia médica (WIESENFELD, 1967; HUGHES; HUNTER, 1970); a da história das doenças (ACKERKNECHT, 1965; PATTERSON, 1984) e, enfim, a da história da medicina colonial (PLUCHON, 1985; BADO, 1996). Poucos estudos antropológicos tentaram refletir sobre o problema do contágio no seio de uma comunidade, focalizando a atenção sobre as interpretações e as práticas de caráter coletivo tanto preventivas quanto terapêuticas adotadas no grupo. Na literatura, publicaram-se alguns artigos interessantes relacionados a este tema, tais como os de Michel Perrin (1985), de Marguerite Dupire (1985) e de Gilles Bibeau (1996). Sobressaem, ainda: um capítulo de Marc Nichter (1989), um livro de Dina Czeresnia (1997), dois trabalhos de Sylvie Fainzang (1986, 1996), assim como o texto de Roberto Lionetti (1994) e de Bonnet & Jaffre (2003). Na literatura brasileira, depois do importante trabalho de Sevalho G & Castiel LD (1998) sobre a relação entre antropologia e epidemiologia, o desenvolvimento da etnoepidemiologia (ALMEIDA FILHO N 1992a), o livro sobre doenças endêmicas de Rita Barradas Barata e Roberto Briceño-León (2000), os trabalhos antropológicos de doenças transmissíveis com populações indígenas (SANTOS RV, COIMBRA JR. 2003; BUCHILLET, D. 1995), temos interessantes trabalhos mais específicos sobre sífilis (CARRARA, Sérgio.1996) e sexualidade e Aids

(BARBOSA, S. M. C. 2005). Na literatura internacional, os principais temas desenvolvidos no âmbito antropológico dizem respeito ao controle das doenças individuais mediante imunizações (HEGGENHOUGHEN; CLEMENTS, 1987; NICTER, 1990), a diarreia (COREIL; MULL, 1988; KENDALL, 1989), doenças respiratórias agudas (PELTO, 1997), tuberculose (VECCHIATO, 1997; NICTER, 1994; LIEFOOGHE et al., 1995), a Aids (ver o terceiro capítulo), a malária (BROWN, 1983; MANDERSON, 1997), hanseníase (VOLINN, 1989; JUSTIÇA, 1997), leishmaniose cutânea (BEDOYA, Sandro Javier et al., 2017). A maioria destes estudos podem ser incluídos na linha de investigações de antropologia médica aplicada em programas internacionais de saúde (MULL, 1989).

Não obstante esses trabalhos, poucos são os estudos antropológicos que tentaram refletir sobre o problema do contágio interpretado em uma comunidade, focalizando interpretações e práticas coletivas adotadas pelo grupo, preventivas ou terapêuticas.

Tentarei, então, inicialmente, analisar as duas questões que me levaram a considerar essa temática. Na cultura ocidental, as doenças são interpretadas à luz da teoria dos germes. As práticas de prevenção e tratamento são geralmente construídas com fundamento nessa matriz explicativa, mesmo se, antes da apresentação da teoria dos germes durante a segunda metade do século XIX, na Europa, as diferentes interpretações quanto à etiopatogenia da doença fossem fundamentadas em outras bases paradigmáticas. Evidentemente, comparar

a história dos paradigmas do pensamento ocidental com os processos em curso hoje, em outros contextos culturais, seria temerário (GRMEK, 1999). Meu interesse, sobretudo, é enfatizar a presença de contradições e conflitos presentes em cada cultura quando se afirma uma nova teoria. Como sabemos, atualmente as culturas tradicionais transformam-se não só no âmbito econômico e social, mas também no conceitual e epistemológico em face da globalização do modelo ocidental (FASSIN, BOURDELAIS 2005).

No inerente aos problemas relativos à saúde-doença, penso que é precisamente o conceito de contágio um dos aspectos-chave das diferenças, contradições, incoerências e conflitos surgidos nas sociedades tradicionais onde há a difusão e disseminação do modelo médico ocidental (MANFREDI P, D'ONOFRIO A, editors; 2013). Em termos práticos, o estudo deste problema também é importante para a implementação de programas de educação e informação, por exemplo, sobre Aids (SONTAG, S. 2009). Se os padrões epidemiológicos da disseminação da doença são bastante conhecidos, são os aspectos socioculturais que se mantêm em grande parte obscuros. Uma abordagem etnográfica deve ter por objetivo o estudo dos conhecimentos e das práticas relacionadas à Aids, levando em considerações as interpretações desenvolvidas por cada comunidade sobre a transmissão da doença.

Esta abordagem procura ultrapassar a simples adaptação de programas de saúde em um contexto cultural, permitindo uma verdadeira ancoragem nos

processos cognitivos e no tecido comunitário da população (EDGINTON M., E.; SEKATANE C., S.; GOLDSTEIN S., J. 2002). Por exemplo, se levarmos em conta os programas de atenção primária, o problema a se discutir é: como é que podemos esperar mudar o comportamento de uma população sobre a prevenção ou a higiene, quando existe a coexistência de diferentes paradigmas de pensamento? Esta questão não nos leva a subestimar os fatores sociais e econômicos relacionados com a distribuição das doenças: ao contrário, exorta-nos a ampliar o quadro de análise introduzindo maior complexidade. Exposta em termos de intervenção, a pergunta inicial poderia ser feita desta forma: qual é, por exemplo, o significado de um programa de construção de banheiros, de introdução de filtros de água nas casas, ou de uso de luvas descartáveis entre parteiras leigas se, para a população envolvida, existem outras formas interpretativas diferentes daquelas baseadas na teoria de germes de Pasteur?

Vários autores centram suas discussões nas relações entre a medicina ocidental e tradicional em sociedades caracterizadas pela presença de uma pluralidade de sistemas (BIBEAU, 1982; JANZEN, 1978; KLEINMAN, 1978; LESLIE, 1980; PERRIN, 1980; YOUNG, 1976). A existência de um pluralismo conceitual nos obriga, sem dúvida, a destacar não apenas as regras, as normas, mas também, e acima de tudo, as contradições, as incoerências, limitações existentes em determinado contexto social e cultural.

Alguns conceitos nos ajudam a compreender melhor as situações de pluralismo cultural: em primeiro lugar, temos aquele bem difundido de contato intercultural ou aquela de sobreposição de códigos diferentes como resultado de um processo histórico no qual são envolvidos atores sociais locais ou pertencentes a outras culturas. Alguns autores, como Corin (1988), refletiram sobre a relação entre códigos centrais e periféricos em uma determinada cultura.

Outro conjunto de questões percorre todo este trabalho: como os conceitos e práticas ocidentais relativas à prevenção e controle das doenças infecciosas influenciam o comportamento de uma comunidade tradicional diante deste problema? Quais significados adquirem estas práticas em um contexto tradicional? A introdução de ideias ocidentais tem produzido paradoxos e contradições dentro do sistema de pensamento tradicional?

Tentarei responder a estas perguntas com base em material etnográfico coletado ao longo de diferentes experiências de pesquisas etnográficas: 1. A primeira pesquisa, apresentada no segundo capítulo, foi realizada entre os Alladian da Costa do Marfim, um grupo cultural que, desde o começo do século XX, está em contato com as concepções e práticas da medicina ocidental; 2. Uma sucessiva pesquisa foi realizada, também na África Ocidental, analisando as interpretações da Aids entre dois grupos étnicos da Costa do Marfim; 3. A terceira, discutida no quarto capítulo, aborda os aspectos culturais da tuberculose em um contexto diferente, a provín-

cia de Aceh, na ilha de Sumatra, na Indonésia; 4. a quarta pesquisa, constante do quinto capítulo, desloca a atenção para o contexto do Nordeste do Brasil, no Estado da Bahia, onde a investigação sobre este tema foi desenvolvida no período de 1995 a 1997; 5. Enfim, a quinta pesquisa, apresentada no capítulo seis, discute uma nova perspectiva de ecologia da saúde aplicada no Estado do Ceará sobre o tema do controle do *Aedes Aegypti*.

Pretendo demonstrar que os conceitos relativos ao contágio da doença, em todas essas culturas, são estruturados com base em cinco princípios: o empirismo e o pensamento analógico; as classificações simbólicas e o sistema de representações; as concepções da pessoa e do corpo; as relações interpessoais e a organização social; finalmente, os fatores individuais e as situações contextuais.

O contágio, portanto, adquire significado no interior das práticas diárias, das experiências cotidianas, que evidenciam sua importância nas dinâmicas sociais e não é interpretado somente com crise em uma teoria específica e homogênea. O contágio é um conceito transversal que liga a doença, ao mesmo tempo, ao social e aos valores culturais de uma comunidade específica. Ao contrário da univocidade, é caracterizado pela sua multidimensionalidade, a qual permite que determinados fatores individuais e contextuais possam alterar as regras de transmissão. O medo de ser atingido por uma doença, o desejo de cometer uma ofensa, a inveja a alguém, a predisposição do indivíduo a uma doença específica, todos são fatores relacionados às caracte-

rísticas individuais expressas em situações contextuais, e que podem favorecer a transmissão da doença. Tento entender se estes conceitos podem gerar conflitos, contradições, assim como similaridades conceituais, quando são introduzidas medidas de controle, formas de tratamento ou práticas de prevenção e controle das doenças infecciosas articuladas a partir da teoria dos germes de Pasteur.

Este é certamente um aspecto limitado no campo mais vasto de relações dinâmicas que a introdução de pensamento da economia e das formas religiosas ocidentais tem inevitavelmente produzido nas sociedades tradicionais. É necessário compreender como, dentro de uma sociedade, em um contexto histórico preciso, se desenvolvem-se complicados processos de transformação em nível de conhecimentos, de significados e de ações. Demonstrarei que, apesar da presença prolongada da medicina ocidental, as interpretações de contágio entre as populações dos diversos contextos analisados ainda não foram completamente alteradas, modificadas por algumas razões principais:

1. As concepções de contágio entre os Alladian da Costa do Marfim, entre as comunidades afro-brasileiras na Bahia, entre as populações da província de Aceh na Indonésia estão enraizadas na vida social, na ordem simbólica e nas concepções do corpo presentes nestas sociedades: alterar estas concepções colocaria em

xeque os próprios fundamentos do sistema de representações e práticas destas culturas.

2. No plano histórico, e de forma diferente nas diversas sociedades africanas, a introdução das práticas médicas entre os Alladian da Costa do Marfim limitou-se, desde o começo do século XX a atividades de saúde, campanhas de vacinação, a práticas muitas vezes reduzidas à cura dos doentes, e isso explica a falta de impacto dessas práticas sobre o modo de fazer e pensar nessas culturas.

Por exemplo, os conflitos e paradoxos gerados durante a segunda metade do século XIX, após a apresentação da teoria dos germes de Pasteur, permitem enfatizar as resistências verificadas em qualquer sociedade quando se afirma um novo paradigma (SALOMON-BAYET, 1986). A análise focaliza os conceitos de doença prevalentes entre os primeiros europeus que chegaram à África durante o século XIX, ainda ligados à tradição hipocrática, e aqueles comumente aceitos no final do século XIX, após ter-se estabelecido a teoria dos germes. O que quero salientar, porém, é que estas alterações não foram produzidas de forma radical e completa.

Na verdade, sempre considerando como exemplo os Alladian da Costa do Marfim, a medicina ocidental, introduzida no início do século XX, baseava-se, seja em elementos relacionados com o novo paradigma que

estava se afirmando após a descoberta de Pasteur, seja em interpretações derivadas do modelo hipocrático. No final do século XIX, a descoberta dos micróbios como causa de doença era, com efeito, uma referência fundamental para a aplicação de medidas de controle e medidas preventivas, porém o clima, a umidade do ar, os fatores climáticos restavam importantes elementos utilizados na interpretação da disseminação da doença. As concepções derivadas do novo paradigma propiciaram justificar a conquista e colonização no final do século XIX. Ao longo deste livro, mostrarei exemplos sobre as formas de resistência que as populações, seja na África Ocidental, seja no contexto afro-brasileiro, adotaram diante da introdução da medicina ocidental.

No referente aos conhecimentos, nos capítulos 2, 4 e 5, tento compreender os códigos que me parecem organizar a estrutura de pensamento de uma sociedade tradicional, como aquela dos Alladian ou das populações da província de Aceh, sobre a transmissão de certas doenças. Dispenso particular atenção aos termos linguísticos utilizados nos diferentes contextos para expressar a transmissão. Por exemplo, na Bahia, utiliza-se o termo “doença que pega” para expressar o fato de que a mesma doença pode “grudar”, passar de uma pessoa a outra. Entre as populações da província de Aceh, na ilha de Sumatra, as palavras *Jiek* e *Keunong*, na língua Aceh, representam o contágio, a transmissibilidade da doença de uma pessoa a outra. Entre os Alladian da Costa do Marfim, a palavra *koto* exprime o conceito de con-

tágio e refere-se à ação de forjar um círculo, de fechar alguma coisa e produzir a enfermidade. A doença *pisa* representa melhor do que qualquer outro conteúdo esta expressão. Para que a doença apareça, é necessário estabelecer um vínculo, um círculo de relações entre três pessoas, envolvidas, por exemplo, em uma situação de adultério: a esposa, o amante e o marido. Os termos *koto* e *pisa* levantam, portanto, o problema de contágio em referência às relações sociais entre os indivíduos e ao papel deles na comunidade. Logo, é importante compreender quem transmite a doença a quem e em que contexto.

Esta questão abre espaço à interpretação de problemas de ordem semântica que somente podem ser resolvidos ao se analisarem os símbolos e os valores culturais peculiares de cada grupo cultural. Perrin (1985), por exemplo, em seu trabalho sobre o contágio entre os Guajiro, demonstrou, claramente, a influência dos animais e dos ossos dos mortos, simbólica e socialmente ricos de significados, sobre a transmissão de doenças.

Como demonstrarei, entre os grupos culturais afro-brasileiros ligados ao candomblé assim como entre os Alladian da Costa do Marfim, o quadro nosográfico articula-se em cinco relações principais:

- a) A experiência, adquirida como resultado de observações pormenorizadas, permitiu-lhes entender que certas doenças endêmicas e epidêmicas são transmitidas apenas de uma

pessoa para outra através do contato direto ou indireto com uma pessoa doente. Podemos pensar, portanto, que o exame cuidadoso de situações patológicas tem ajudado a desenvolver uma interpretação empírica do contágio nos diversos grupos culturais.

Junto a essa forma inicial de pensamento concreto e empírico, combina-se outra forma de pensamento, que é de tipo analógico e que estabelece relações e influências de alguns fenômenos sobre outros, por meio de semelhanças conceptuais. A semelhança de forma e de cor de elementos de diferente natureza, bem como a influência de contiguidade de um elemento para outro são utilizadas para interpretar a transmissão de certas doenças.

- b) A ordem simbólica é organizada através de interseção entre as representações simbólicas e as normas que regem a organização de um grupo social. Esta relação permite compreender que certas doenças ocorrem ou são transmitidas, por exemplo, quando a pessoa viola certas regras, tais como a relação entre o puro e o impuro.
- c) Diferentes componentes do corpo, tais como fluidos corporais (exemplo: urina, saliva e sangue menstrual), são considerados causas de impureza e poderosos vetores de infecção.

- d) Da mesma forma, o olhar e as palavras, especialmente mediante relação com os poderes sobrenaturais de que as pessoas são investidas, também se transformam em uma importante fonte de transmissão a distância como exposto por este Alladian entrevistado:

As doenças contagiosas não são transmitidas apenas durante uma refeição ou bebendo do mesmo copo. Quando você vive junto na mesma casa, se eu sofrer alguma coisa e uma pessoa passa na rua e olha para mim, ela pode estar contaminada pelo olhar. Mesmo que você saia de casa para encontrar um amigo doente, a sua respiração ou o calor do seu corpo são suficientes para contaminar.

- e) Para haver contágio devem intervir também outras condições individuais e contextuais: a vontade de cometer uma ofensa, o medo do contágio, a inveja contra alguém, todos são fatores individuais que salientam a importância do contexto e da singularidade de certos eventos na transmissão da doença.

Por exemplo, com base em dados etnográficos coletados com os Alladian da Costa do Marfim, ilustrarei estes cinco níveis interativos, por meio de descrições detalhadas das principais doenças percebidas como transmissíveis: *pisa*, *omua*, *nnowie yia yia*, *nnowie akra kra*, *ave oinse*, *eki nnowie* e *ncrusiwo*, são algumas doen-

ças contagiosas conhecidas. As formas de transmissão destas doenças podem ser compreendidas com fundamento em várias relações: entre o empirismo e a analogia, entre o puro e o impuro, entre o sistema de representações e as concepções do corpo, do indivíduo e da sociedade, entre os fatores individuais e contextuais (FASSIN, MEMMI, 2004). Trata-se de conceitos importantes também na sociedade ocidental, por exemplo em um contexto hospitalar, e não somente em sociedades de outras culturas (JACKSON, C. 2016).

. As normas que regem esta organização conceitual, entretanto, não são rígidas e podem mudar conforme a situação: em determinada condição, a doença pode ser transmitida através de certos mecanismos e, em outras circunstâncias, por outros meios.

Assim, por exemplo, no caso de *omua* e *ncrusiwo*, a doença que se originou de um ataque de feitiçaria, na etapa seguinte, pode ser transmitida, direta ou indiretamente, através de qualquer contato físico, através de ferramentas ou objetos manipulados pelo doente. Além disso, em alguns casos, a intenção deliberada por parte do indivíduo de violação de uma regra é necessária para garantir que a doença possa ocorrer, por exemplo, *niam-bure*. Em outros casos, como na doença *yia yia*, o simples receio de serem afetados pode ser um fator favorável para a sua transmissão: uma pessoa que está com medo de ser infectada pode se contaminar com mais facilidade do que outra. Qualquer um pode ser afetado por uma doença contagiosa, também os curandeiros: no caso de

omua, eles podem ficar doentes se demonstrarem certo receio, e também os mesmos *awa-bo*² podem ser afetados se comerem alimentos contaminados, como bem exposto por esse entrevistado: “A doença *ebrouakpe* também pode afetar o *awa-bo* ao contaminar a alma ou ao comer o sangue da vítima doente”.

Assim, como mencionado no capítulo 4, na província de Aceh, na ilha de Sumatra (Indonésia), o que a biomedicina chama de tuberculose é representado por uma rede semântica de doenças (GOOD, 1977). Algumas dessas são claramente identificadas como transmissíveis, enquanto outras estão relacionadas a fenômenos específicos que afetam o indivíduo, como o *terbuk* (envenenamento) ou *trouk* (fadiga produzida pelo trabalho pesado), e para essas razões não são consideradas contagiosas.

Também, nesse caso, as formas de transmissão da doença são interpretadas, principalmente, por categorias empíricas e analógicas. A tuberculose, por exemplo, é relacionada a diferentes aspectos: a) categorias biomédicas, bem como a teoria dos germes; b) condições socioeconômicas; c) transgressão de regras sociais; d) envenenamento e influência de poderes sobrenaturais. Já os comportamentos que buscam a saúde estão relacionados a causas percebidas da doença, fatores econômicos e acessibilidade aos serviços de saúde.

2 Indivíduos que se crê sejam dotados de poderes sobrenaturais e, portanto, possam produzir ataques de feitiçaria contra outras pessoas (ver capítulos posteriores).

Quanto à interpretação da transmissão das doenças no contexto afro-baiano (capítulo 5), há três elementos interpretativos principais: 1. a dialética entre pensamento empírico e analógico; 2. os determinantes sociais e econômicos das doenças; 3. a relação entre domínio simbólico e regras sociais.

1. O pensamento empírico, concreto, ligado ao cotidiano, permite interpretar a transmissão de uma doença mediante experiência direta de casos. Este saber prático, o papel da prática quotidiana no processo do conhecimento, foi analisado por diferentes autores (GEERTZ, 1983; TAMBIAH, 1985; BOURDIEU, 1980). Bibeau (1992) enfatiza o papel da experiência na construção do saber. Para Geertz (1983), também são estas ações quotidianas que permitem definir os códigos que estruturam o pensamento e produzem o sentido do mundo. Por exemplo, no caso da doença catapora, na Bahia, o pensamento concreto e experimental propicia compreender como a doença se transmite de um indivíduo a outro, como se lê nesse relato de uma mãe-de-santo: "O filho de uma amiga estava doente de catapora e a minha neta ficou doente também. Em um dia, ela pegou catapora. A menina entrou na sua casa e saiu. No outro dia, já tava com febre. Assim que saiu, pipocou toda."

O pensamento empírico se relaciona com o pensamento analógico, outra forma interpretativa que permite identificar relações entre diferentes domínios de pensamento. Michel Foucault é seguramente um dos grandes autores que analisaram esta forma de pensamento no seu livro “As palavras e as coisas”, como veremos nos próximos capítulos.

Ainda hoje, o pensamento analógico é um modelo interpretativo importante em muitas sociedades, como a ocidental, e vários elementos se encontram também na cultura afro-baiana: por exemplo, existe uma relação analógica entre as lesões cutâneas de Omolu e as flores de pipoca, entre as feridas divinas deste Orixá e as lesões que afetam os indivíduos, como veremos no capítulo 5. Esta forma de pensamento possibilita identificar a influência que certos elementos produzem sobre outros, através de uma semelhança conceitual.

2. As duras condições de vida, a sujeira, a contaminação, são um segundo grande campo de análise explorado recentemente por alguns autores brasileiros em Salvador, na Bahia (PAES MACHADO, CARDOSO, 1996; REGO, R. D. C. F et al. 2002). Essa perspectiva ajuda a evitar um erro frequente dos antropólogos, enfatizado por Bibeau (1992), a chamada “sobreculturação”, a tendência dos antropólogos a “sobreculturar” o sistema causal, como se as

comunidades fossem incapazes de interpretar as causas das doenças em termos socioeconômicos ou de conflito social e a nível causal estivesse sempre uma dimensão interpretativa de tipo mágico-religioso. Na verdade, os indivíduos, muitas vezes, reconhecem com clareza o papel dos determinantes sociais e econômicos das doenças (ver capítulo 4).

- 3) Um terceiro elemento de análise se refere à relação entre domínio simbólico e regras sociais. Como afirma Joel Birman, o real se constitui como realidade pela mediação da ordem simbólica, e o instrumento fundamental desse processo é a linguagem (BIRMAN, 1991). Mostrarei essa perspectiva com um exemplo concreto. Em muitas culturas, considera-se a epilepsia como uma doença transmissível. Em toda a África Ocidental, por exemplo, e também na Bahia, entre as comunidades de Salvador, as manifestações convulsivas são consideradas transmissíveis.

Morton Beiser, psiquiatra canadense que estudou esta doença no Senegal, ressalta: Os *Sérère* do Senegal diferenciam duas formas de crise epiléptica: a primeira, chamada *Dof*, não é considerada transmissível; a outra, *M-Befedin*, é considerada contagiosa. A diferença ad-

vém da presença da saliva na boca do paciente durante a crise (BEISER, 1985). A saliva na boca assume o valor de signo que permite definir em diferentes culturas a contagiosidade de uma doença. Outro exemplo se refere aos dados que recolhi sobre as interpretações das doenças transmissíveis em Salvador. Uma mãe-de-santo assim me contou: “o povo diz que essas doenças de bater pertencem a ele, Omolu, essa é epilepsia [...]”.

Outra pessoa, ao relatar um caso de crise epiléptica, afirma: “Ele começou a se bater, babar, bater a cabeça, quebrou a boca, ninguém queria encostar nele com medo da baba, pensando que era epilepsia. Se entortou todo.”

Diante desse modo de conceber a transmissão da doença, uma perspectiva interpretativa propicia analisar o valor simbólico da saliva, seu valor como signo e sua relação com outros códigos culturais: representações do corpo, do ambiente, de gênero, das regras sociais. É através de uma perspectiva que relaciona o domínio simbólico e as regras sociais que se pode analisar detalhadamente este tema e compreender o significado de uma doença no plano conceitual e prático. A saliva neste caso funciona como símbolo de transmissão da doença.

Importa notar, nesse exemplo, que o significado simbólico está ligado ao contexto de uso; assim, o significado não é intrínseco ao símbolo, mas à sua utilização em determinado contexto. Nem todas as culturas consideram que a saliva transmite a epilepsia, e, na cultu-

ra afro-brasileira, a saliva pode ser carregada também de significados positivos. Com este exemplo, podemos também abordar o tema da relação entre elementos simbólicos e representações corporais. A relação puro e impuro abre um jogo de relações entre líquidos corporais, concepções do corpo, da pessoa e regras sociais, tema brilhantemente desenvolvido na antropologia clássica por Douglas (1967) e amplamente documentado na maioria das culturas (SAMUELSEN, H. 2004; SINGER, M. 2015).

Assim, cria-se uma série de regras para impedir a transmissão da doença, como, por exemplo, a que aponto para evitar o contato com líquidos considerados impuros, como o suor, ou como a saliva, no caso da epilepsia. O valor simbólico da saliva, em nosso exemplo da epilepsia, pode ser detectado pela análise das concepções do corpo e dos outros líquidos corporais e as regras sociais estabelecidas em uma sociedade determinada. Em muitas sociedades, esta diferença define que coisa se pode comer e que coisa não se pode, quais são os elementos impuros que podem produzir doenças ou não. Tais conceitos se cruzam com as explicações da medicina ocidental.

SUMÁRIO

PREFÁCIO |

INTRODUÇÃO |

CAPÍTULO 1 | 30

ESTRUTURAS SIMBÓLICAS CONSTRUÍDAS SOBRE O CONTÁGIO

CAPÍTULO 2 | 50

O PROBLEMA DO CONTÁGIO NA ÁFRICA OCIDENTAL: TRANSMISSÃO DA DOENÇA ENTRE OS ALLADIAN DA COSTA DO MARFIM

CAPÍTULO 3 | 88

AS INTERPRETAÇÕES DA AIDS: DESDE OS ANOS OITENTA ATÉ A QUARTA DÉCADA DE EPIDEMIA.

CAPÍTULO 4 | 110

A “DOENÇA DOS PULMÕES MOLHADOS”. SIGNIFICADOS CULTURAIS DA TUBERCULOSE NA ILHA DE SUMATRA, INDONÉSIA

CAPÍTULO 5 | 142

A INTERPRETAÇÃO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NA BAHIA

CAPÍTULO 6 | 171

DOENÇAS EMERGENTES E NOVAS PERSPECTIVAS: UMA ABORDAGEM ECO-BIO-SOCIAL DO CONTRÔLE DO AEDES AEGYPTI NO CEARÁ

CONSIDERAÇÕES FINAIS | 196

REFERÊNCIAS | 198

CAPÍTULO 1

ESTRUTURAS SIMBÓLICAS CONSTRUIDAS SOBRE O CONTÁGIO

Frazer, no seu célebre livro *O Ramo de ouro*³ (*The golden bough; a study in magic and religion*), apresenta um interessante conjunto de dados etnográficos sobre a transmissão de doenças entre os seres humanos, animais e plantas (FRAZER, 1973). Os exemplos que o autor considera, seja no contexto europeu seja em outras áreas culturais, indicam a presença de símbolos, signos e elementos naturais diretamente relacionados com a transmissão da doença e que mudam de acordo com o contexto cultural. Frazer (1973) observa, por exemplo, a existência da prática, no *Cheshire*, na Inglaterra, da maneira de curar as verrugas: era preciso esfregar as verrugas com um pedaço de toucinho, fazer uma pequena incisão na casca de uma árvore, e nela inserir a peça de toucinho. As verrugas desapareceriam pouco a pouco, enquanto a árvore ficaria coberta de nós. A passagem

3 No livro *O Ramo de ouro*, Frazer faz um estudo comparativo de contos míticos e de aspectos folclóricos de diversas sociedades, desenvolvendo a tese segundo a qual o pensamento humano evoluiu através de diversos estágios a partir do mágico para outro religioso, e daí para um nível científico.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

da doença se produzia entre seres humanos e o mundo, através da analogia vegetal, a semelhança entre a forma das verrugas e os nós da árvore.

Há inúmeros exemplos relacionados às formas de conexão entre elementos naturais e simbólicos. Em especial, em caso de doença, sua passagem de uma pessoa doente para uma pessoa saudável pode produzir a cura da doença para a pessoa enferma, mas, ao mesmo tempo gerar danos graves na outra pessoa. Tal mecanismo não funciona apenas entre duas pessoas, mas também entre as pessoas, animais, plantas e algumas figuras simbólicas. O contato entre as duas realidades, vegetal, animal ou ser humano, é estabelecido em torno de um mediador. Este sistema também tem outra peculiaridade: o mecanismo de transmissão é realizado apenas no contexto no qual existe uma relação precisa entre um que transmite a doença e um outro que é afetado. Uma das mais importantes contribuições de Frazer é ter definido os dois princípios associativos que explicariam o pensamento mágico: o princípio de analogia, de semelhança, bem como o princípio de contágio ou de contiguidade (TAMBIAH, 1993). Frazer divide os princípios nos quais se baseia o pensamento mágico, em particular, em duas categorias principais: a magia simpática e a magia contagante, mesmo se, de acordo com Tambiah (1993), Frazer estivesse consciente de que, na prática, havia uma parcial sobreposição das duas.

Frazer também procurou identificar os elementos fundamentais do pensamento mágico e do pensamen-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

to racional e situá-los na perspectiva histórica. Na forma típica dos modelos evolutionistas e lineares, para ele o pensamento mágico antecede o pensamento religioso, o qual, por sua vez, é substituído pelo pensamento científico. Sobre o plano histórico, estas três formas de pensamento se seguiriam uma após a outra.

A tentativa de Frazer de definir e separar os elementos do pensamento mágico daqueles do pensamento racional sofreu os ataques da crítica; um dos mais duros entre eles foi o de Wittgenstein. Contrariamente a Frazer, Wittgenstein (1975) procura mostrar como, de fato, elementos do pensamento mágico pertencem a todas as sociedades humanas e como os seres humanos, considerados “civilizados”, são, na própria lógica cultural e de formação, semelhantes aos povos “selvagens”.

Em sua nota crítica ao *Ramo de ouro*, Wittgenstein (1975) refere-se a uma forma de pensamento comum a todos os seres humanos e que, continuamente, associa a razão e a imaginação. Essa forma de pensamento é caracterizada por estruturas de simbolização bem conhecidas por Saussure e os estruturalistas, a metáfora e a metonímia, as quais Wittgenstein considera arbitrárias e convencionais, mas também cheias de significado e racionais. No pensamento humano, tudo pode ser escolhido e mantido para representar uma outra coisa; mesmo entidades diferentes podem ser usadas para representar a mesma coisa (TAMBIAH, 1993).

Para Wittgenstein (1975), por conseguinte, o homem “civilizado” tem a mesma tendência a simbolizar e

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

ritualizar do homem “primitivo”. Este esforço para identificar certas formas universais de pensamento é acompanhado pela tomada de consciência da diversidade das culturas complexas que se constituíram historicamente. Em particular, Wittgenstein (1975) enfatiza a impossibilidade de comparar o que não é comparável, como fazem, por exemplo, aqueles que traduzem as representações de determinadas populações nas categorias do pensamento ocidental.

O pensamento analógico é, em qualquer caso, o modelo explicativo fundamental que nos permite compreender e interpretar a transmissão da doença em muitas sociedades. Esta é uma das principais conclusões de um artigo de Perrin sobre a noção de contágio dos Guajiros (PERRIN, 1985). Este autor introduz um outro conceito de análise que me parece importante para explicar a transmissão da doença: o conceito de contaminação. Duas características especiais permitem distingui-la da infecção: em primeiro lugar, sua estreita ligação com o conceito de impureza e, posteriormente, sua generalização por um agente infeccioso que pode ser um animal ou um objeto.

O autor nos lembra que os Guajiros distinguem três tipos principais de doenças transmitidas por contaminação: aquelas que provêm de um animal, aquelas produzidas pelo contato com os ossos de um homem morto e, finalmente, aquelas resultantes do corpo de um homem que morreu assassinado. No caso dos animais, apenas alguns têm o poder de contaminar as pessoas,

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

especialmente crianças. “Alguns destes animais contaminam porque comem plantas ou alimentos contaminados” (PERRIN, 1985, p.105). Para tratar uma criança assim infetada, é necessário matar o animal e simbolicamente incorporar o animal no corpo da criança pela boca ou por inalação. O animal vivo produz a doença; morto, permite a cura da criança doente. Outros animais podem causar a doença simplesmente porque a forma ou a cor do animal é semelhante a um ou outro dos sintomas da mesma doença. As diferentes interpretações variam de acordo com os contextos culturais específicos (diferentes contextos tomam em conta animais distintos), no entanto testemunham a presença de uma matriz comum global fundamentada, sobretudo, na relação analógica.

Seria um erro, no entanto, acreditar que o pensamento e os comportamentos relativos ao contágio em diferentes culturas se fundamentam simplesmente no pensamento analógico (CAPRARA, 2001). Este é, sem dúvida, um importante componente do pensamento humano em todas as culturas, mas a observação dos fatos e o empirismo assumem um papel crucial. Às vezes, as associações metafóricas desempenham um papel puramente convencional, mas é a observação minuciosa da realidade que pode dar significado aos acontecimentos.

Observação e empirismo permitem, em muitos casos, esclarecer as causas das doenças. A presença de duas pessoas com os mesmos sintomas, após man-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

terem um contato entre elas, leva-nos a considerar a doença como contagiosa por ter-se transmitido entre elas. As epidemias foram um terreno de observação capital para estabelecer interpretações sobre as causas das doenças. Contudo, o fato de que apenas uma parte e não todas as pessoas tivessem sofrido da doença durante a epidemia sempre criou um limite para a utilização do conceito de transmissão. No tocante, por exemplo, à história europeia e, particularmente, à do século XVII, o italiano Cipolla estudou o caso de um médico de Prato durante uma epidemia de tifo, que alegou não ter havido qualquer evidência de infecção porque ninguém, incluindo outros pacientes e enfermeiros do hospital, tinha mostrado sintomas da doença, apesar do contato frequente com os pacientes que sofrem de febre tifóide (CIPOLLA, 1989). A questão da observação direta e concreta leva a questionar a base de conhecimento empírico para a construção de sistemas de conhecimento e de significado.

Bibeau (1992), em seu ensaio *Entre sens et sens commun*, convida-nos a refletir sobre o componente metafórico e experiencial do pensamento humano. Ele salienta ser necessário articular o conhecimento e o significado: "A busca do significado e da atribuição de significado é o caminho fundamental que caracteriza as culturas humanas, percurso que coloca o sentido no centro das classificações e da ordem empírica do mundo" (BIBEAU, 1992, p. 89). E reafirma o papel fundamental desempenhado pela experiência na construção de todo

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

o conhecimento: o senso comum apresenta um caráter prático e, em grande medida, coincide com o que resulta geralmente em termos de sabedoria popular.

Uma primeira experiência do mundo permite a todos os seres humanos com os mesmos órgãos de percepção⁴ de conceber, em um primeiro nível, a realidade, por exemplo, com base nas características externas de plantas e animais; em um segundo nível, eles constroem as categorias e as classificações no concernente aos seus valores e sistemas de representação. Bibeau (1988, p. 26) resume assim sua perspectiva:

A construção cultural da realidade nos grupos humanos e também a teoria de sentido podem ser entendidas apenas se o antropólogo segue, em sua análise, uma dupla leitura complementar dos códigos culturais: por um lado, aquela que está mais perto de uma interpretação centrada na produção de “senso comum” e da “percepção sensorial”; por outro lado, aquela inspirada pela antropologia interpretativa à maneira de Geertz, Tambiah ou dos semiólogos pós-saussurianos que tendem a descobrir o significado dos códigos de segundo nível. Cada trabalho antropológico envolve a utilização de uma dupla hermenêutica capaz de produzir tanto o senso comum e o sistema de signos, cuja combinação gera a estrutura do significado original de cada cultura.

4 Sobre este aspecto é necessário analisar os trabalhos de Atran (1986).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Um componente que poderíamos definir universal na interpretação da doença considera esta como produto de uma transgressão, como uma violação de certas regras ou leis estabelecidas de maneira precisa pela sociedade (HÉRITIER-AUGÉ, 1992).

A transgressão pode ser de tipo religioso e provocar uma doença considerada como castigo divino, ou social, mediante violação das regras comuns, tais como a quebra do elo com os antepassados. Inicialmente, há uma transgressão, um erro do indivíduo ou grupo contra uma norma coletiva. Ainda hoje, na sociedade ocidental, cada vez mais guiada por descobertas científicas, muitas vezes, a doença ainda é considerada como o resultado da violação de certas regras sociais, que variam de uma comunidade para outra e de acordo com a época e o contexto local (RUFFIÉ; SOURNIA, 1985). Por exemplo, o consumo de álcool, tabaco é na verdade, visto como uma violação das regras estabelecidas de prevenção e pode induzir o aparecimento de diversas patologias. Na nossa sociedade, a Aids é o produto da infração de regras sociais e morais. No entanto, é necessário acrescentar que, dentro desse paradigma, o caso e a probabilidade talvez desempenhem um papel importante, porque inscrevem o futuro do paciente na imprevisibilidade.

Cada doença transmissível pode ser entendida somente se inserida em um tecido social, porque põe em discussão a dinâmica das relações existentes entre indivíduos de um grupo. O risco de transmissão e os meca-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

nismos através dos quais ocorre o contágio contribuem para a construção social da doença e conduzem, inevitavelmente, a comportamentos que tendem a separar o enfermo da sociedade, por meio da rejeição ou do isolamento⁵. Algumas doenças, como a lepra, a tuberculose ou a Aids, são portadoras de estigma que influencia as relações da pessoa afetada com a sociedade: em geral, é a percepção de risco que gera rejeição, mesmo quando a identificação precisa do perigo de transmissão continua a ser relativamente imprecisa, como no caso da lepra (VOLINN, 1989; JOSEPH T et al., 2007; SUÁREZ, R., et al., 2006). A indefinição ou ambiguidade que contribuem para a definição do estigma associado à doença têm sido muito bem descritas por Goffman (1983).

Vejamos, por exemplo, o caso mencionado por Mull (1989), que apresenta a verificação de um programa de controle da hanseníase no Paquistão: trinta por cento dos doentes que recebiam tratamento haviam deixado o programa, e a principal motivação desta negligência era o fato de negarem a presença da doença. A investigação revelou que o medo de serem excluídos da sociedade ou de perderem o emprego ou a incapacidade de se casarem os induziram a negar a própria doença.

Os inúmeros casos de exclusão de leprosos constituem outros exemplos em diferentes contextos culturais. Na verdade, as interpretações religiosas desta doença, normalmente identificada como um castigo

⁵ Ver sobre este tema, a obra publicada na França por um grupo de historiadores da medicina (BARDET et al., 1988).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

divino, torna-a, ainda mais que outras, uma verdadeira doença-estigma. Estes exemplos mostram como é importante o estudo da percepção que os pacientes têm da própria doença, as diversas formas de adaptação ou as possíveis maneiras de “desestigmatização”.

Como podemos evidenciar, as representações sociais da doença, incorporando os valores e os juízos de uma comunidade, traduzem as relações dos indivíduos entre si e com a sociedade. A análise dos significados culturais e históricos, as imagens, as metáforas construídas para designar as doenças, particularmente tuberculose e câncer, nos possibilitam entender os valores, os símbolos e as regras da sociedade.

Sontag (1979) tornou popular, nos anos 1970, uma perspectiva importante de análise da doença, aquela que considera a enfermidade como uma metáfora. O doente e a doença permitem ler, indiretamente, a sociedade e o lugar que ocupa o indivíduo: por exemplo, a reação de uma população diante de uma doença pode ser vista como um ato de defesa que se expressa via exclusão da pessoa doente. Esta recusa demonstra publicamente a mais fundamental interrupção de comunicação por meio da distância física, visual, espacial e verbal. Estas reações, de acordo com Sontag, são o resultado de múltiplas interpretações da doença que estão carregadas de significado e conteúdo moral.

Sontag se opõe a estas interpretações tentando desmascarar o sentido oculto e convidando as pessoas a se libertarem. Apenas a ciência médica, mais clara e

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

precisa, poderia, na sua opinião, ajudar-nos a nos livrar dessas estruturas simbólicas construídas em torno da doença. Mas podemos, realmente, nos libertarmos deste imaginário coletivo construído historicamente? É verdade que a medicina poderia ajudar a nos libertar? A medicina não contribuiu ao contrário para o seu desenvolvimento? Se algumas descobertas científicas têm, sem dúvida, ajudado a clarificar alguns aspectos do campo etiológico e nosográfico, uma parte delas continua a ser ritual, “religiosa” e mantém vivas muitas metáforas.

Temos de incluir a experiência da doença, entendida como *illness*⁶, no processo de diagnóstico e de tomada de decisão. Em paralelo, no entanto, é preciso combater, como salienta Sontag, o aspecto mais pernicioso da doença, associado à sua transmissão, na medida em que gera a tendência a excluir o paciente da sociedade, processo bem ritualizado com o surgimento da Aids.

Com efeito, as sociedades tradicionais definem as doenças transmissíveis, por oposição às doenças não-contagiosas, por meio de critérios de causalidade muito diferentes dos identificados no paradigma ocidental. Esses critérios não se referem apenas a uma relação causa-efeito, mas também a outros códigos simbólicos, corporais e sintomatológicos que formam modelos de tipo multiaxial (BIBEAU, 1981).

6 Estou me referindo, em particular, aos conceitos de *disease* e *illness* elaborados por Eisenberg (1977) e ao modelo explicativo de Kleinman (1980). Nesta perspectiva, por *illness* entende-se a doença percebida pelo doente. Em trabalhos sucessivos, Kleinman tentou superar os limites do modelo explicativo, incorporando a dimensão social e do sofrimento do paciente no encontro clínico (1988; 1991; 1995; 1997).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Conforme sabemos, o estudo de conceitos e práticas relacionadas com a transmissão obriga o pesquisador, com base em uma análise sociológica, a analisar os processos de interação entre os indivíduos. Esta atenção ao contexto social propicia identificar as formas de passagem de “alguma coisa” de um indivíduo para outro ou, possivelmente, para muitos outros. A configuração do espaço vivido (a aldeia, a disposição das casas, as vias de comunicação etc.) e a organização social (a vida familiar e da comunidade, a hierarquia social, as regras) delimitam um primeiro campo de análise. É preciso também considerar, no plano cognitivo, as concepções do corpo, de vida e morte e o seu papel em relação à interação entre os indivíduos.

O tema central, ao redor do qual se organiza em diversas sociedades o conjunto de regras e proibições, refere-se à relação entre o puro e o impuro. Douglas (1981) demonstra que as noções de contaminação e de ordem adquirem significado apenas em relação a uma organização específica da realidade humana. Podemos falar de proibições somente as situando em uma classificação fundamental, primária, mais ou menos explícita e sempre ligada à ordem social. Colocando-se na linha de pensamento de Durkheim e da antropologia funcionalista inglês – Radcliffe-Brown e Evans-Pritchard, em especial – Douglas (1981, p. 24) corrigiu e completou a tese de Frazer e Tylor: “A sujeira – a autora escreve – é essencialmente desordem [...], e os rituais de pureza e

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

de impureza conferem uma certa unidade à nossa experiência.”

Douglas foi capaz de demonstrar que cada cultura, seja ocidental ou mais tradicional, tem as próprias concepções de ordem e sujeira: na cultura ocidental, as noções de higiene são baseadas na teoria dos germes; nas sociedades tradicionais, ao contrário, “a sujeira não é nunca um fenômeno isolado, único: onde há sujeira, há um sistema. A sujeira é o subproduto de uma organização e classificação da matéria [...], de uma sistematização do universo” (DOUGLAS, 1981, p. 55).

Em outro trabalho relacionado, principalmente, com as obras de Durkheim e Mauss, Douglas mostra como os sistemas simbólicos estruturam-se com base nas concepções do corpo, as quais, por sua vez, estão intimamente ligadas às regras sociais (DOUGLAS, 1979). Esta relação permite à autora mostrar as numerosas correspondências entre o sistema simbólico e o sistema social. Desta forma, o corpo humano transforma-se em um sistema semelhante ao sistema social, como em um jogo de espelhos presente em muitas sociedades no mundo. Efetivamente o corpo humano, de acordo com Douglas (1979), fornece um sistema natural de símbolos que se inscrevem na organização social e tornam o corpo uma espécie de codificador primordial, universal. Como cada símbolo adquire seu significado apenas mediante a relação que se estabelece com outros símbolos, o significado não pode ser entendido ao se analisarem,

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

de forma separada, os diversos elementos, um por um, independentemente da estrutura como um todo.

Cada sistema simbólico é prisioneiro do próprio contexto, das regras autônomas que o controlam e, portanto, é necessariamente específico de cada grupo humano. Douglas de toda maneira não deixa de destacar algumas generalidades e alguns modelos comuns a muitas sociedades, e, neste contexto, distingue quatro sistemas naturais de símbolos: no primeiro, o corpo é concebido como um órgão de comunicação. No segundo, o corpo é concebido como um veículo de vida que mantém sua eficácia através da qualidade dos alimentos introduzidos. No terceiro, o corpo é considerado sobre o plano pragmático, concentrando-se principalmente sobre os orifícios, os fenômenos da eliminação e excreção. No quarto, a vida é considerada na sua forma espiritual e o corpo assume significados ligados à vida social (DOUGLAS, 1979).

O que interessa a Douglas (1981), no referente às categorias das doenças contagiosas e sua relação com a noção de contaminação, é o fato de ser esta regida por regras inerentes à estrutura de ideias e não a formas de poder. Estamos falando da violação de regras estabelecidas pela comunidade e não em nível de práticas de bruxaria. Portanto, se olharmos, em uma perspectiva estruturalista, as categorias de pensamento de determinado grupo, encontraremos que a sujeira, muitas vezes, coincide com a desordem e a limpeza, com a ordem.

Antropologia da Saúde, Doenças Contagiosas e Experiência Narrativa

Ao longo dos últimos vinte, trinta anos, novas formas de interpretação no campo da antropologia médica têm sido desenvolvidas por meio da análise das experiências do paciente na forma de narrativas (MATTINGLY; GARRO, 1994). Segundo esta perspectiva, a experiência da doença, contada através de histórias de vida, estudos de caso, entrevistas e diálogos com os pacientes e médicos, constitui uma forma de expressão da narrativa que nos ajuda a compreender o significado da doença. Por meio da narração, conseguimos dar sentido à sucessão de uma série de eventos, ações e, de acordo com Mattingly e Garro (1994), a história, a narração, a vida vivenciada nos propõe algumas questões fundamentais: Que tipo de representação da doença ou do tratamento oferece a narrativa? Como se diferencia de outras formas de representação da doença e da compreensão dos fenômenos de cuidado? Entendemos a doença de modo diferente quando ouvimos as histórias dos doentes? (MATTINGLY; GARRO, 1994).

Esta abordagem nasce de uma exigência cada vez mais forte entre os pesquisadores que analisam a relação entre saúde e doença do ponto de vista social e cultural: apenas a explicação biomédica da doença não é suficiente; certas áreas de sentido permanecem obscuras se não se enfrenta o tema com base em ângulos diferentes. O crescente surgimento de numerosos estudos

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

voltados para compreender a experiência da doença tal como é vivida pelo paciente pertence a esta abordagem crítica que destaca as limitações de uma única e simples análise consoantes as das tipologias médicas (GOOD, 1994, 1977; GOOD, B. DEL VECCHIO GOOD, 1992).

Inegavelmente, o visível interesse para novas formas de expressão na antropologia está ligado à análise crítica das estruturas narrativas dos estudos antropológicos, um fenómeno que tem crescido, no início dos anos 1980, e que hoje reside na interseção entre antropologia e estudos culturais (CLIFFORD; MARCUS, 1986).

Maior atenção é dirigida à análise da retórica, das figuras de estilo, utilizadas em monografias e estudos etnográficos. A crítica volta-se, precisamente, para o modelo utilizado pelos antropólogos, de tipo classificatório, ao invés de ser de tipo narrativo (MARCUS, 1992).

Temos de nos perguntar se esses novos instrumentos de análise, advindos, principalmente, da crítica literária, são suficientes para nos fazer compreender o polimorfismo, a multivocalidade de sentidos ligados à experiência da doença. Bibeau e Corin (1995) nos propõem, em um texto de alguns anos atrás, um novo caminho, que nos permitiria sair dos limites produzidos por esta excessiva polarização quanto às noções de texto, discurso, história (BIBEAU; CORIN, 1995). No livro intitulado *Beyond textuality*, esses autores propõem uma abordagem que combina os principais elementos da antropologia interpretativa e crítica. Por um lado, o conto é

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

visto como uma manifestação das relações de força de uma comunidade; por outro, a experiência da doença manifesta um sentido na medida em que a experiência individual está ancorada nos valores culturais e nos elementos históricos e contextuais da comunidade.

Antropologia Médica Aplicada

A opção de desenvolver, especialmente no final dos anos 1970, programas de cooperação internacional de tipo seletivo, com intervenções destinadas a controlar específicas doenças, levou muitos antropólogos a trabalharem sobre esses temas, analisando aspectos culturais e sociais de cada doença estudada, assim como exposto na introdução (MULL, 1989). Nesta linha de estudos, desenvolve-se um debate interessante que apresenta os processos de transformação em curso nas sociedades tradicionais quando se realizam projetos internacionais no campo da saúde.

Trata-se não somente de adaptação cultural dos programas de saúde, mas de uma efetiva integração deles no tecido de um determinado contexto cultural. Ao mesmo tempo, temos a tese sustentada por alguns pesquisadores envolvidos em programas de desenvolvimento, segundo os quais, para a efetiva realização de um programa, não é necessário explicar às populações locais o significado da intervenção. Argumenta-se, na prática, ser importante que as pessoas aceitem um

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

programa de vacinação, que possam introduzir, por exemplo, na alimentação, novos produtos, fazendo uso adequado de medicamentos para combater determinadas doenças, sem obrigatoriamente conhecer, compreender o significado das ações. Neste sentido, não é absolutamente indispensável compreender a forma como uma comunidade interpreta certas doenças e que tipo de práticas aplica para preveni-las. Mas é possível que uma cultura adote novas práticas sem mudar radicalmente o modelo cognitivo tradicional, como tentam provar Mull, Anderson e Mull em um ensaio dos anos 1990 (MULL; ANDERSON; MULL, 1990)?

Outros autores, em contraposição a Mull e Anderson, argumentam ser preciso entender o que realmente ocorre dentro de uma comunidade e enfatizam a necessidade de desenvolver processos educativos que envolvam as pessoas e criem participação através, por exemplo, de processos de conscientização (VOINSON M.; BILLIARD S.; ALVERGNE A. 2015). A etapa prévia é compreender os significados subjacentes às ações de uma comunidade para poder implementar programas de saúde que tenham um significado, que respondam às ideias expressas em Alma-Ata, aptos a ajustar as ações ao contexto cultural local (NICTER, 1990). Não precisamos tanto de *marketing social* de produtos, mas de compreensão crítica em relação a esses produtos (NICTER, 1990, p. 218).

É controversa a questão relativa aos processos de transformação dentro de um determinado grupo cultural. Existem autores segundo os quais certas mu-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

danças comportamentais são possíveis, mesmo se, em um determinado grupo, não são entendidas as razões dessas mudanças. Outros afirmam ser necessário criar processos de envolvimento para que a população possa entender os significados implícitos das ações. Mostraremos exemplos que evidenciam aspectos opostos do mesmo problema. Mull, Anderson e Mull (1990) apresentaram um caso que ilustra a primeira tese: entre as comunidades de montanha do noroeste do Paquistão é frequente o uso, nos recém-nascidos, de excremento de vaca seco em pó, de forma semelhante ao talco.

Essa prática era considerada saudável e benéfica pela população. Na realidade, porém, gerava graves problemas de saúde, como episódios de tétano neonatal. Os autores salientam que as pessoas concordaram em alterar as práticas, apesar de o modelo biomédico de tétano não ser compreendido, e continuaram a interpretar estas doenças de acordo com o modelo interpretativo tradicional. Alguns comportamentos mudaram, sem contudo haver uma transformação no pensamento. Na concepção dos autores, este ocorreu graças a um contexto religioso importante: as pessoas são de religião muçulmana ismailita e as práticas modificaram-se como parte de um programa de prevenção de iniciativa de profissionais de saúde ismailita. Embora não tenha mudado o modelo conceitual, as mudanças de comportamento são produzidas por fatores relacionados ao contexto religioso.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Para ilustrar o segundo argumento, relacionado às atividades de vacinação em um contexto indiano, Nichter afirma que, quando é fornecida uma informação limitada para a comunidade sobre as atividades da vacinação, surgem equívocos, falsas expectativas, medos, os quais, por sua vez, afetam negativamente a eficácia das atividades de imunização (NICTER, 1990). É necessário atribuir ao povo um papel de responsabilidade na execução dos programas de imunização, desenvolvendo um modelo convergente de comunicação em vez de persuasão (KINCALD citado por NICTER, 1990). Este autor sugere o uso de ferramentas educacionais que utilizam analogias, como processos cognitivos de referência, pois estas ferramentas permitem desenvolver atividades com base em um modelo cultural organizado baseado em algumas metáforas centrais relevantes para a comunidade (NICTER, 1989). Idéias parecidas foram retomadas em outros contextos, em publicações mais recentes (PARVEEN S et al., 2016).

CAPÍTULO 2

O PROBLEMA DO CONTÁGIO NA ÁFRICA OCIDENTAL: TRANSMISSÃO DA DOENÇA ENTRE OS ALLADIAN DA COSTA DO MARFIM

O contexto do estudo

O território Alladian, localizado ao longo da costa atlântica, a oeste de Abidjan, estende-se entre o mar e a lagoa Ebrié. Os Alladian vivem em quatorze aldeias na beira-mar, numa extensão de 60 quilômetros, e por cerca de 6 de profundidade. Referido território é constituído, principalmente, por duas faixas paralelas de terra: um cordão arenoso, sobre o litoral, especialmente dedicado à cultura dos coqueiros, e a floresta que se estende até a lagoa. Composta sobretudo de floresta, a vegetação natural foi destruída em grande parte, nos últimos anos, para aumentar a área plantada com vegetação, composta basicamente por coqueiros. Culturas agrícolas são quase inteiramente formadas por campos de mandioca e leguminosas, cuja produção está forçando as pessoas a obterem outros produtos em Abidjan e Dabou (KOFFI; ZANOU CAKPO, 1985).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Quanto ao clima, este é caracterizado pela alternância de quatro estações, duas úmidas e duas secas, as quais exercem grande influência sobre os rituais e o calendário agrícola⁷. No início do ano, começa uma temporada seca, *eché*, que dura de janeiro a abril. Nessa época, prepara-se o terreno para a sementeira, queimando a vegetação arbustiva. Boa parte deste período é dedicada às práticas religiosas: a formação das classes de idade, *esùgba*, a construção de novos bairros, as manifestações de culto. Em seguida, vem a grande temporada de chuvas, *enbanchi*, que dura de abril a julho. Nesta temporada, há menos atividades religiosas e muito mais atividades agrícolas, porque é a fase do cultivo das plantas alimentares. Após esta temporada, a partir de meados de julho até início de setembro, ocorre outra pequena estação seca, *educin*.

Segundo os Alladian, muitas doenças epidêmicas espalham-se durante este curto período. Finalmente, há uma pequena *ekwan*, estação chuvosa, que vai de outubro a dezembro.

O encontro dos europeus com os povos da costa data do século XV. Foram os marinheiros portugueses que, já a partir da segunda metade do século XV, sinalizaram esta zona da costa (RIVALLAIN, 1983). Mais tarde, entre o final do século XVII e início do século XVIII, os comerciantes ingleses e franceses relataram hábitos e costumes das populações costeiras⁸. Como afirma Du-

⁷ Os dados referem-se ao documento de Niangoran Bouah (1964).

⁸ Parece-me oportuno mencionar os contos de viagem e as muitas obras dedicadas a este tema: Dapper (1686), Loyer (1714), Barbot (1746), Mc Queen (1821), Augé (1969), Bée (1975) e Diabaté (1988).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

ponchel (1974), os contatos de longa data dos Alladian com as línguas europeias, por ocasião do comércio e do sistema de educação formal, estabelecidos desde o começo do século XX, explicam a presença, hoje, de um bilinguismo generalizado. Desde a segunda metade do século XIX até os primeiros anos do século XX, o comércio de óleo de palma com os traficantes da Inglaterra e da França tornou-se uma grande fonte de lucro no litoral. Este negócio possibilitou a algumas famílias aumentar significativamente suas riquezas e prestígio de seus líderes e também o número de escravos (AUGÉ, 1975).

Embora, a princípio, a pescaria tenha constituído outra importante fonte de renda, já perdeu seu papel fundamental na economia familiar, hoje baseada, principalmente, na exploração e comercialização do coco e no cultivo da mandioca.

Assim, atualmente, as atividades relacionadas à pesca, pouco a pouco abandonadas pelos Alladian, são quase exclusivamente realizadas pelos habitantes de Gana e Togo, no referente à pesca marítima, e pelos habitantes do Mali e Benin, referente à pesca lacustre.

Hoje, os Alladian lidam, sobretudo, com a exploração das nozes de coco, mas a queda dos preços no mercado tem levado a uma grave crise comercial sem solução. As mulheres são as mais envolvidas no cultivo e comercialização da mandioca, outro produto na base da economia familiar.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Em relação aos grupos étnicos que vivem no território, em virtude da diversidade destes, torna-se difícil a contagem da população Alladian. Segundo o estudo publicado em 1985 pela Escola de Estatística (ENSA), a população da cidade de Jacqueville⁹ era de 11.702 pessoas, entre as quais os Alladians representavam 27%; os habitantes do Gana, 26% e originários do Burkina Faso. O restante consistia de outros grupos étnicos (KOFFI; ZANOU CAKPO, 1985). Da população, 44% viviam na cidade de Jacqueville.

As três últimas décadas foram testemunhas de uma imigração maciça proveniente de fora da Costa do Marfim, e estes recém-chegados se dedicam principalmente, à pesca e à agricultura. Entre eles, os ganeses instalam seus acampamentos de pescadores na costa, junto às aldeias Alladian, enquanto os imigrantes de Benin e Mali se dedicam, sobretudo, à pesca na lagoa. Uma boa porcentagem de pessoas chegaram do Burkina e trabalham nas plantações de coco. Mesmo estas populações vivem em campos ao lado das aldeias Alladian.

Em 1990, quando visitei, pela primeira vez, um povoado Alladian, fiquei impressionado com a presença de areia por todo lado e de cercas de bambu ao redor do quintal das casas. De modo geral, estes pátios cercados são compostos de um grande jardim de areia, pontilhado com vegetação, em especial durante a estação chuvosa. No centro, estão duas grandes estruturas: a casa,

⁹ A cidade de Jacqueville, considerada neste estudo, é representada pelas seguintes localidades: Diéssé, Adoumanga, Ahua, Akrou, Avagou, Bapo, Grand Jacques, Jacqueville, Koko, Taboth.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

que consiste em uma sala e os quartos; ao lado tem a cozinha, construída no piso térreo, coberta com telhado e separada da casa principal. A família faz as refeições no pátio colocado sob um toldo que o protege do sol. Toda quinta-feira, as mulheres saem da aldeia para recolher a mandioca nos campos. Na sexta-feira e sábado, ocupam-se com a preparação do *atiéké*, alimento base de autoconsumo, e, na segunda-feira, o ciclo recomeça. Na quinta-feira, as crianças do ensino primário não vão para escola. Elas, então, ajudam às mulheres no trabalho nos campos. O *atiéké* é importante, seja como produto de consumo interno, seja como produto comercial. De fato, as mulheres podem vendê-lo no mercado local e abastecem a cidade de Abidjan.

Quanto à descendência, é matrilinear¹⁰ e cada aldeia tem um chefe tradicional que pertence sempre ao clã fundador. Na cidade de Jacquville, por exemplo, existem dois clãs, *Mambé* e *Kacou*, e o chefe sempre pertence ao clã fundador *Mambé*. Segundo Augé, os *Kacou* e os *Mambé* devem ser considerados os dois clãs fundadores de Jacquville porque, ao longo do tempo, se alternam no poder (AUGÉ, 1975).

Em Jacquville, encontrei-me, várias vezes, com o chefe da aldeia, que também é chefe da família *Mambé*. Ao lado das casas, há um grande espaço retangular rodeado por uma parede branca, onde os *Mambé* costumam se reunir em grandes ocasiões, como na morte de um membro da família.

10 Passagem do tio materno para o sobrinho.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Durante os encontros com o chefe, há a presença constante de um intermediário, uma pessoa que traduz o discurso, elemento fundamental de comunicação. Trata-se de uma pessoa prestigiada porque transmite as mensagens usando a forma e as palavras adequadas para evitar ofender o chefe da aldeia. Esta pessoa é o *griot*, o qual, no passado, e, ainda hoje, desempenha o papel de intermediário nas negociações.

Agente de socialização, mediação, conciliação, o *griot* é uma figura importante pela sua capacidade de interpretar, por seu papel hermenêutico de transmissão de ideias. Outras vezes é o próprio líder que chama o povo para comunicar mensagens importantes. Essa presença constante de um intermediário no discurso é usada em outros aspectos da vida social, às vezes em conjugação com outras regras.

Os Alladian têm uma organização social baseada na divisão em grupos étnicos, os *esùgba*, que juntam a população independentemente da organização em clãs, apenas por idade (AUGÉ, 1969). A idade confere certo poder a uma pessoa de acordo com a sua pertença a um *esùgba*. Esta regra, por exemplo, permite a um irmão mais velho exercer poder sobre seus irmãos e irmãs mais novos. Sua palavra é vinculativa para os mais jovens e é significativa não só na família, mas também dentro de toda a comunidade.

Entre 15-20 anos, a pessoa torna-se parte de um *esùgba*, o qual é composto por membros da mesma idade, cujas diferenças variam de três a quatro anos no

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

máximo. Inicialmente, os membros da mesma geração escolhem um padrinho do seu grupo de idade que desempenha um papel como conselheiro e ajuda em caso de problemas. Se um *esùgba* encontra-se com um grande número de componentes, porque muitas pessoas pertencem à mesma faixa etária, o promotor pode decidir limitar a admissão. Da mesma forma, uma pessoa que nasceu nos primeiros dias de janeiro pode sentir-se velha demais em comparação com as pessoas nascidas em outubro ou novembro do mesmo ano e pode pedir para passar para a faixa anterior. Assim como o *esùgba* permite aos indivíduos se situar em relação à sociedade e entrar respeitando as regras gerais, o princípio da primogenitura permite adquirir uma identidade dentro de uma classe e exige que o indivíduo respeite os idosos e seja respeitado pelos mais jovens.

Representações do Contágio: Contradições e Continuidade

Este capítulo é composto por três partes principais: a primeira visa mostrar como as representações e práticas relacionadas ao contágio são organizadas em múltiplas relações ligadas à vida social e cultural das comunidades Alladian. Mostrarei que a doença é interpretada como consequência da ruptura de uma dessas regras sociais.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

A doença *pisa*, por exemplo, a qual geralmente é vista como decorrente de um adultério, propicia entendê-la como resultado de uma transgressão importante na dimensão da sexualidade¹¹. Duas outras doenças, *omua* e *ave-oinse*, nos ajudam a compreender a influência dos poderes sobrenaturais sobre a dinâmica social. Os ataques de bruxaria e os poderes sobrenaturais dão sentido à experiência da doença e da morte.

A segunda parte procura explicar como o conceito Alladian de contágio se inter-relaciona com as noções de corpo e pessoa, bem como com a relação entre pureza e impureza. Por exemplo, a estrutura simbólica permite a classificação dos fluidos corporais que se tornam uma fonte de impureza e, portanto, um possível veículo de transmissão da doença.

Evidenciarei como as interpretações de contágio são estruturadas de acordo com os conceitos de corpo, de norma individual e social. Em particular, o corpo constitui um elemento de articulação entre ações individuais e coletivas, como demonstrado pelo exemplo dos fluidos do corpo, classificados pela relação limpo-sujo. Serres (1990) assinala que o ato de marcar ou de sujar os objetos, longe de ser uma ação acidental ou involuntária, manifesta muitas vezes a profunda intenção de exercer o direito de propriedade. Duas doenças, *eki go nnowie* e *n'to sre nnowie*, transmitidas através do contato com as excreções corporais, são um exemplo

11 Ver os trabalhos de Augé e Herzlich (1986).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

de como a lógica binária de pureza e impureza pode se aplicar aos conceitos de corpo e de pessoa.

A terceira parte apresenta as contradições e semelhanças surgidas ao se compararem elementos constitutivos da medicina tradicional Alladian e da ocidental. Desta forma, pude descobrir como, entre estas, existem semelhanças na prevenção e controle, assim como profundas diferenças nosológicas.

Como observado, os ataques de bruxaria e os poderes sobrenaturais estão constantemente presentes na vida cotidiana e, muitas vezes, dão sentido à doença e à morte. O interrogatório do falecido, as sessões de cura e os atos de confissão são meios para identificar o possível envolvimento de uma pessoa na sociedade dos *awa-bo* (sociedade dos bruxos). Por exemplo, muitas vezes, é a interpretação de sonhos, durante uma sessão de terapia, que revela se a pessoa pertence de fato ao mundo dos *awa-bo*. Os símbolos que aparecem durante este estado de sonho são interpretados de acordo com os códigos que se referem em particular à oposição entre pureza e impureza. Mostrarei, nas páginas seguintes, as semelhanças e as contradições presentes em uma sociedade tradicional quando coexistem diferentes sistemas médicos e diferentes paradigmas de pensamento. Além das profundas diferenças nosográficas produzidas por estes sistemas, surgem contradições e paradoxos nos domínios da prevenção e controle das doenças transmissíveis. Ao mesmo tempo, ressaltarei a presença de semelhanças conceituais e práticas: de fato,

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

muitas práticas tradicionais ajudam a controlar e evitar a propagação de doenças e são ferramentas úteis para a saúde pública (MASSÉ, 1995).

Em publicações anteriores, analisei a doença contagiosa a partir de casos concretos de pessoas doentes (CAPRARA, 2000; 2001). A observação, a descrição, o estudo do espaço clínico e da relação entre paciente e terapeuta são uma esfera privilegiada de análise para descobrir como a doença é percebida pelo terapeuta e é vivenciada pelo indivíduo e sua família. Por exemplo, ataques de bruxaria, frequentemente tornam-se explícitos neste momento pelas confissões dos doentes. Portanto, a doença é, muitas vezes, o resultado de conflitos sociais ocorridos dentro da área da família e do parentesco. De modo geral, as acusações entre pai e filho, tio materno e sobrinho, netos, cônjuges e, finalmente, entre uma pessoa e o matriclã (*eme*) são comuns e constituem situações patogênicas.

Com base no estudo das sessões de cura, pude compreender a figura polimorfa do terapeuta na dinâmica social e também o seu papel dentro da comunidade. Contudo, quando falo de terapeuta, utilizo um termo ambíguo, que pode facilmente distorcer a realidade. O verdadeiro terapeuta, entre outras coisas, soluciona problemas individuais e coletivos e resolve situações que não necessariamente são ligadas à presença de uma doença. Muitas vezes, os conflitos entre membros da família, questões de herança, trabalho, escola, são problemas que invadem o espaço clínico e

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

transformam o terapeuta em juiz, padre ou confessor. Esta função leva o terapeuta a uma posição interpretativa, sem equivalente no contexto ocidental. É importante destacar este aspecto, que também tem implicações práticas. Frequentemente, quando lembramos a relação entre a medicina ocidental e a tradicional, sobressai o papel dos curandeiros tradicionais na organização dos cuidados de saúde, considerando-os como profissionais de saúde, mas negligenciando o papel social e religioso.

O Círculo da Doença: A Contaminação *Pisa*

Koto é o termo usado pelos Alladian para indicar a transmissibilidade de uma doença de um indivíduo para outro. O significado atribuído a esta palavra refere-se à ação de fechar, de prender algo. Fixar um cinto ou fechar uma porta são outros sentidos expressos por este termo. Em relação à doença, *koto* significa a ideia de um fechamento, uma relação que se estabelece entre duas ou mais pessoas, como no caso de *pisa*. *Pisa* é, por excelência, a doença da culpa, a doença consequência da quebra de uma regra social. Muitas vezes, o adultério é considerado a causa da doença, mas o *pisa* pode também ser provocado por outras transgressões das normas sociais. Doença grave, capaz de levar à morte, pode atingir homens e mulheres, produzindo o que os Alladian descrevem como “*uma verdadeira destruição da pessoa que faz os homens impotentes e as mulheres inférteis*”.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Esta doença se propaga através de vários mecanismos de transmissão e aparece quando se produz uma espécie de circuito entre três indivíduos, dois homens e uma mulher. No caso de adultério da esposa, a doença manifesta-se após, no marido, quando ele entra em contato direta ou indiretamente, por acidente ou de propósito, com o amante da esposa. Só neste caso a doença ocorre, e isso pode acontecer também muitos anos depois do adultério. Uma espécie de jogo revelador faz com que os homens se encontrem e se toquem: isso vai produzir o aparecimento da doença. Por exemplo, se eles vão pescar juntos na mesma canoa, o contato entre ambos pode acontecer quando o marido, fumando um cigarro, oferece outro ao companheiro e ele aceita. É neste ponto que a doença começa a manifestar-se no marido. Por isso, o amante é obrigado a evitar qualquer contato, mesmo em situações de perigo (uma ajuda ao marido em apuros), para não criar, neste caso, uma situação paradoxal, uma ajuda que se transforma em uma possibilidade de morte. Mas o risco de contato é frequente porque, muitas vezes, as pessoas se cumprimentam com um aperto de mão e se apresentam uns aos outros em ocasiões como os funerais, nos quais a população participa em massa.

A doença torna-se o evento, o signo da transgressão de uma regra fundamental prevista pela comunidade. Isso mostra, claramente, as relações entre as formas de comunicação humana, as regras sociais e a doença. Quando uma regra básica é quebrada por uma parte

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

(adultério), o contato entre o marido e o amante não pode mais ser feito sem riscos da doença no marido e sem uma admissão pública da culpa por parte da mulher e do amante. No mesmo tempo, existe uma série de atos que podem transmitir a doença como narrado por esse terapeuta tradicional:

“O pisa pode aparecer depois de ter tomado banho junto com a propria esposa. Ela estava com menstruações, e o marido, sem saber, foi tomar banho junto com ela e ficou pisando em cima. Isso pode produzir pisa. A mulher que urina na cama conjugal é uma fonte de pisa (no marido), assim como no caso em que ela, durante uma briga com o marido, joga em cima dele sua roupa interior. Quando uma mulher casada comete adultério, e o marido, sem saber, divide a mesma comida com o amante dela, bebe ou fuma o cigarro com ele mesmo, pode também produzir pisa. Pisa também acontece em crianças. Se a sua mulher tem um bebê e vai tomar banho, a criança, rebelde e indisciplinada, pode correr no chuveiro e, enquanto ela se lava, a criança pode ficar em baixo de algumas gotas de água e pode levar o pisa. Algumas crianças rebeldes, quando eles têm a vontade de fazer xixi, podem mijar nas calças de seus companheiros mais novos. Isso afeta tanto meninos e meninas e, portanto, representa uma das causas de pisa em crianças.”

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Como estes exemplos, podemos constatar que há dois contextos principais considerados necessários para a transmissão da doença: a cama de casal e o banheiro, além de outras circunstâncias especiais. Por exemplo, o encontro e o contato direto ou indireto entre o marido e o amante da esposa; o contato da criança com a água utilizada para tomar banho pela própria mãe; o contato com uma variedade de fluidos corpóreos (urina, sangue menstrual, água suja) e objetos (roupas, cigarros, alimentos etc.), que representam contextos e condições para o aparecimento da doença. Como lugar privilegiado da relação entre água pura e impura, o banheiro é particularmente importante. Mesmo os fluidos corpóreos são muito significativos como elementos de transmissão. Referem-se à relação entre pureza e impureza aplicada às representações do corpo.

Como vimos, para acontecer a doença, é necessário que o marido entre em contato com o amante da esposa. Se o adultério é cometido no leito conjugal, basta o marido dormir com a esposa para manifestar a doença. Se o adultério foi cometido em outro lugar, no entanto, precisa-se de outro tipo de contato, direto ou indireto, entre o marido e o amante. Consequentemente, um número de objetos intermediários podem servir como fonte de transmissão: a cama de casal, uma troca de cigarro, uma refeição partilhada. É preciso que, entre as pessoas envolvidas, se feche um círculo, um contato, e isso é o que expressa a palavra *koto*. A doença se manifesta através de sintomas muito diferentes; na maioria das vezes, com

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

uma tosse com expectoração com sangue (em um caso que examinei, a pessoa tinha uma dor no braço direito). Em outras palavras: o diagnóstico é feito com base em questões contextuais mais que sobre os sintomas como tais. Um comentário fornecido por curandeiros confirma essa observação: *“Se você está ferido e seu sangue flui continuamente, é pisa. Se você tiver uma ferida que está curada, e o sangue continua a fluir, todo mundo vai saber o que você tem, é pisa”*. É necessária, portanto, a criação de uma situação anormal (por vezes várias complicações relacionadas com a doença), para se pensar na presença de *pisa*. Muitas vezes, o sangue é o foco das manifestações clínicas e, como enfatizado pelos curandeiros, *“o pisa é uma doença de sangue.”* As descrições das manifestações da doença, com a presença de tosse, são precisas e detalhadas:

“Quando o doente tem tosse, os olhos e as sobrancelhas incham. A doença também afeta as mulheres. Quando você tosse, você não tem saliva. Quando você tosse, é uma tosse seca, dói. Quando a doença se agrava, a tosse é ruim para a sua garganta e no peito. A garganta é tão seca que você tem dor nas costas. Neste ponto começa o sangue. Às vezes, juntos à tosse, você pode ter sangue e pouca saliva. Quando tem tosse, até a urina é pouca. Não come muito bem. Não há apetite. Tudo isso não permite sequer uma bebida para se consolar. À noite, você não consegue dormir. Muitas vezes, porque a urina é pouca, há sangue na urina. Em outros casos, o sangue sai das narinas.”

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Estas descrições poderiam evocar a tuberculose, mas, como expus anteriormente, os sintomas variam, e a equivalência *pisa*-tuberculose não pode ser feita, exceto em alguns casos. De acordo com os curandeiros, se a doença pode ser tratada no hospital significa que não é *pisa*, pois este deve ser tratado somente por terapias tradicionais. Permanece, contudo, a possibilidade de terapia dupla. Após a confissão da culpa e a aplicação de terapias tradicionais, o paciente pode buscar tratamento no hospital.

Quando se manifesta, a doença é transmitida de forma semelhante às modalidades aceitas pela medicina ocidental. É nesse momento que as pessoas próximas são mais suscetíveis a manifestar a doença, uma vez que o paciente pode transmiti-la, por exemplo, através da sua tosse. Segundo os Alladian, os membros da família podem se tornar vítimas da doença também através do ar ou escarro. Deve-se, portanto, isolar a pessoa doente, ou pelo menos evitar que ela partilhe com os outros determinados objetos, como talheres, pratos, copos etc.

No passado, o diagnóstico da doença era seguido por uma confissão pública. A roupa íntima da mulher, utilizada durante o adultério, era colocada diante da assembleia. Segundo os curandeiros entrevistados, se a mulher sentia vergonha, realmente podia morrer. Esta confissão pública podia ser feita também durante o funeral. Com a morte do marido, os homens podiam interrogar a esposa. Este interrogatório, porém, causava muitos conflitos, e, por isso, abandonou-se a prática. Em nossos dias, ten-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

de-se a não divulgar os fatos: a confissão da culpa é feita à meia-noite, na presença dos culpados, do marido, do curandeiro, como sublinhado por este último:

A mulher vem me procurar chorando e dizendo: "Perdão trata-se de algo sujo, me cure". Então, à meia-noite, vou para a casa dela e, no sítio do adultério, preparo o rimedio e trato. Antes de começar o tratamento, o marido, a esposa e o amante estão completamente despidos e isso é vergonhoso se acontecer na frente de todo mundo. Para isso, devemos implorar o marido a aceitar. É muito complicado, precisa assustar o marido e dizer-lhe: "Se você não concordar pode morrer".

Assim, ao longo do tempo, as práticas mudaram, passando de um ato público de cura para um ato privado. Nesse caso, o aspecto fundamental do tratamento é o reconhecimento da culpa que deve ocorrer na presença do marido. Então, a confissão reafirma o poder da palavra como ato terapêutico. O processo de cura continua com a purificação, não só do doente, mas também dos outros membros da família. Apenas um curandeiro de sexo masculino pode curar a doença. Ele borrifa água purificada no pátio, nas salas, nos objetos da casa. Sempre ao tossir, o doente deve beber e lavar-se com a água na qual foram colocadas folhas com propriedades terapêuticas¹².

12 Trata-se de uma erva chamada *nmusi* acrescida de suco de limão.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Nessa fase, a ação terapêutica baseia-se em um processo de purificação, que tende a lavar as impurezas presentes no paciente. A purificação segue regras muito precisas: a água deve ser limpa e sair de uma torneira ou de um poço; deve ser utilizada de imediato para não se tornar impura; o curandeiro, ou um filho dele ou uma virgem serão responsáveis pela busca da água; a água não pode ficar muito tempo em um balde, porque o ar pode sujá-la. Esta forma de purificação é usada também para a prevenção e, geralmente, é estendida a toda a comunidade.

Para que o *pisa* se manifeste, deve haver uma transgressão a proibições sociais de natureza sexual. Mas o fato não é suficiente para desencadear a doença. É indispensável haver um segundo evento: o contato entre o amante e o marido. As outras formas possíveis de contaminação, das quais já falei, mostram que a doença se manifesta também mediante quebra de outras proibições, ou pelo contato com líquidos impuros. Esta doença torna-se, portanto, o sinal de uma violação de normas sociais relativas à sexualidade.

Outra doença associada ao ato sexual chama-se *n'to sre nnowie*: "É uma doença sexualmente transmissível. Se você tiver relações sexuais com uma mulher que carrega a doença, não há escapatória, a menos que estejam protegidos. Há pessoas doentes que escondem a doença pela vergonha e que, ao fazê-lo, aumentam sua difusão". As doenças *pisa* e *n'to sre nnowie* mostram como o conceito Alladian de contágio expressa ideias

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

relacionadas à ordem social, por exemplo, a relação entre homem e mulher.

Muitas vezes, a mulher é considerada responsável pela transmissão da doença ao homem, uma situação que revela a expressão de uma assimetria ou de uma hierarquia, nas palavras de Douglas (1981, p. 25):

Cada um dos sexos é um perigo para o outro quando eles entram em contacto através dos fluidos sexuais [...]. Geralmente é a mulher que coloca em perigo o homem [...] estas noções de perigo são [...] a expressão de uma assimetria ou de uma hierarquia.

Outra doença, também transmitida sexualmente, abre espaço para análise sobre a relação entre os seres humanos e o mundo natural e permite identificar as diferenças entre esses dois universos, com base nas condutas que regem a sexualidade. Trata-se, neste caso, de uma doença provocada por uma relação incestuosa, chamada *niambure*¹³. São as regras ligadas à sexualidade, típicas dos seres humanos, que reafirmam a identidade de grupo e marcam as diferenças com o mundo animal: “*Somente os animais não têm regras e proibições sobre a sexualidade*”, afirma um curandeiro Alladian.

Esta liberdade que existe no mundo animal propicia aos mesmos animais a capacidade de conhecer e transmitir aos curandeiros os remédios específicos para as doenças causadas pela violação de proibições, como

13 Um conceito similar, *niumbre*, é utilizado para indicar o ritual de purificação que antecede o matrimônio com a prima cruzada matrilateral (AUGÉ, 1971).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

niambure. A doença é consequência de um incesto cometido dentro da mesma linhagem. Referida curandeira conta como ela adquiriu o poder de curar:

Trata-se de minha bisavó que teve contato com os animais e que recebeu o medicamento. Os animais podem ter relações livres porque eles não têm proibições. O segredo é passado da avó para suas filhas e depois para mim. São todos os animais que decidiram entregar o medicamento para a minha bisavó. Deram o medicamento para ela porque a velha sempre foi gentil com eles.

Portanto, a doença pode ser curada com os remédios fornecidos aos seres humanos por parte dos animais. É a falta de proibições e regras que governam o universo da sexualidade animal que dá aos seres humanos a possibilidade de tratar uma doença que ocorre apenas entre eles. Além disso, como a narrativa mostra, a transição do poder de cura, de animais para humanos, exige o estabelecimento de um pacto de respeito entre os dois universos. Assim como o *pisa*, *niambure* também se manifesta em formas muito diferentes: “Há meninas com barriga grande, tem crianças que não enxergam bem, que têm sangue que sai pelos olhos, que têm manchas na pele. Os olhos começam a fazer-lhes mal, e, se o paciente não se cuida, ele pode ficar cego.”

Como enfatizado, a doença é causada por relações sexuais entre um homem e uma mulher da mesma linhagem materna (irmãos, primos); assim não é consi-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

derada como uma doença transmissível. É a quebra da proibição que determina sua manifestação, mas, para ocorrer a doença, deve haver intencionalidade, ou seja, o homem ou a mulher devem estar conscientes de cometer uma transgressão: “Se você sabe que não pode dormir com seu primo e vai contra essa regra, então pode pegar a doença. Se ela não sabe, não pega.”

Contudo, a doença ocorre somente diante de determinadas condições ligadas ao contexto específico. Nesse caso, o diagnóstico não se baseia em regras mecânicas e universais, como pode ser no pensamento ocidental. Para os Alladian, existem diversos fatores individuais e contextuais envolvidos na transmissão. Finalmente, as mulheres e os homens adoecem da mesma forma, porque a condição necessária é haver a clara intenção de contrariar a proibição.

O Olhar e a Palavra

A palavra cura; a palavra mata. Assim, os Alladian concebem o poder médico do discurso. Em uma cultura oral, necessariamente, o ato terapêutico baseia-se na palavra. Normas precisas regem a ação, e, para evitar que as coisas aconteçam em segredo, a palavra torna-se pública. Muitos momentos “críticos” da vida cotidiana acontecem publicamente: durante o interrogatório do falecido, nas sessões de cura, as confissões transformam-se em atos, documentos públicos: qualquer pes-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

soa pode assistir ou participar. Contudo, raramente o discurso é um ato particular, pessoal; ele é sempre elaborado em presença de muitas pessoas que são envolvidas diretamente ou ficam sentadas a ouvir.

Todo discurso estimula a aprovação, a crítica, o interesse dos outros: “Entre os Alladian não há segredos”, diz o povo, a fim de expressar a preocupação constante de eliminar as sombras da sociedade, para melhor defender-se do mal. Para eles, os conceitos considerados a base desta regra são encontrados na forma de símbolos na vida cotidiana: por exemplo, as velas, usadas durante as sessões de terapia, nos rituais e nas reuniões públicas. Estas velas são, portanto, um “espírito de luz” que ilumina a sessão e revela a verdade.

Este modo de tornar comum, até mesmo público, cada aspecto mais íntimo da vida de um indivíduo aparece, aos olhos de um ocidental, como uma forma de controle social exercida não tanto por determinadas pessoas em detrimento de outras, mas, sim, por toda a comunidade sobre ela mesma. Vejamos alguns exemplos que nos mostram como algumas dessas regras aplicam-se ao discurso. Examinaremos, primeiro, como a palavra desempenha papel fundamental no espaço terapêutico e, posteriormente, na interpretação da transmissão da doença.

O primeiro exemplo é do filho de um pregador que vai para o curandeiro. Ele alega estar doente há um longo período de tempo, e que a doença persiste, apesar de mesmo ter ido para o hospital. Dia a dia, ele perde peso e

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

pergunta ao terapeuta o que está errado. Este responde com outra pergunta: *“Seu pai pediu-lhe que você se torne um pregador na igreja harrista?”* O jovem responde: *“Sim, meu pai me chamou e, na frente de outra pessoa de Adoumanga, ela também harrista, disse: Estou-lhe apresentando o meu filho, peça-lhe fazer dele um pregador”.*

“Meu pai morreu, mas eu continuei assim.” O curandeiro responde: *“Esta é a causa da sua doença. É o descontentamento do seu pai. Você, na verdade, não se tornou um pastor como seu pai queria. Existe alguém que poderia substituir seu pai?”* O rapaz responde: *“Sim, tem ainda meu tio por parte de pai.”*

Então, o curandeiro determina:

“Quando voltar para sua aldeia diga a seu tio que eu concordo em cuidar de você. Ele tem de pegar uma garrafa de tônica, solicitar a presença de um pastor da sua igreja e juntos ir ao cemitério diante do túmulo do seu pai, para rezar. Seu irmão vai falar e despejar a bebida sobre a sepultura. Depois você precisa começar a exercer-se na pregação.”

O curandeiro identifica a causa da doença e sugere a cura. O filho que não conseguiu seguir o pai na igreja harrista é punido e vai emagrecendo sem causa definida. Só a restauração de um equilíbrio em sua vida social, especificamente a continuação do caminho do pai, pode salvá-lo. Devemos considerar também outra questão: para ter a devida restauração, o filho deve rezar no

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

túmulo do pai. Embora o filho deva estar lá, o tio é quem deverá rezar e derramar a bebida. Neste caso, o tio desempenha o papel de intermediário entre pai e filho.

Omua, esta era a doença do jovem, e é transmitida pela palavra. Mencionada palavra significa “boca dura”, um poder e um atributo que alguns indivíduos têm em si mesmos. Estes seres possuem o poder de desencadear, com seus discursos, a doença *omua*, a qual é transmitida, essencialmente, pela palavra. Por exemplo, quando eles veem uma criança e dizem: “*Oh que criança bonita!*”, podem obter o efeito oposto, de modo que a criança ficará doente. Muitas vezes, o ato não é intencional, mas uma simples palavra pode produzir, paradoxalmente, a doença na criança. Este poder é manifestado também em outros contextos. Portanto, se essas pessoas, ao olhar para uma plantação, exclamam: “*Que bela plantação!*” Esta pode começar a murchar imediatamente, e até morrer. Cada vez a mensagem produz o oposto do que deveria ocorrer, e isso acontece mediante uma forma de poder invertido.

Esta doença desenvolve-se também em situações de tensão familiar, como aquela na qual um filho está agindo contra a vontade do seu pai. Há, por exemplo, pais que proíbem seus filhos de fazer certas coisas. Se o filho não obedece, poderá ficar doente. O pai com esse poder da palavra deveria evitar expressões verbais e usar apenas punições corporais. Uma alternativa seria obter a execução de determinada ação através de expressões verbais afirmativas: “*Você deve fazer isso*”. Neste caso,

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

mesmo se a criança não cumpre a ordem do pai, não será afetada pela doença.

Do contrário, se a expressão verbal é formulada como proibição: “Não faça isso”, a desobediência levará à doença e, às vezes, à morte. Neste ponto, é se o indivíduo já estiver doente com *omua*, tem o poder de transmitir a doença, através do discurso:

“Ela vem da carne. Quando ela começa, você sente coceira. O homem pode transmitir ou não transmitir a doença. Por exemplo, quando digo ‘Ah que bom!’, se não excluir a palavra, você será atingido pela doença. Mas nem todo mundo tem esse poder. Precisa-se de alguém que tem a doença em si.”

Quando a paciente é afetada pelo *omua*, pode facilmente propagar a doença. Neste ponto, por um mecanismo semelhante ao de outras enfermidades transmissíveis, a doença é transmitida por outras formas. Ela se espalha, principalmente, através dos pratos, dos garfos, colheres, facas comuns, ou pelo simples contato, ou, ainda, pela roupa usada pelo paciente. Neste caso, as regras a seguir são semelhantes àquelas estabelecidas na medicina ocidental (na explicação da transmissão de uma série de patologias).

De modo geral, a doença manifesta-se por pápulas que aparecem em toda a superfície do corpo e são uma fonte de intenso prurido. O terapeuta é chamado

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

nesses casos, e trata os doentes com ervas espalhadas pelo corpo todo, criando uma barreira “mágica” entre o paciente, sua família e toda a comunidade. Em virtude do contágio da doença, ele também orienta sobre um conjunto de regras que impedem a sua propagação. Conforme recomenda, o paciente deixa de usar os mesmos utensílios de cozinha, será isolado e apenas o terapeuta pode vê-lo. Estas orientações serão observadas até o final das manifestações da doença.

Outra forma vital de comunicação é o olhar. Pode ter valor terapêutico ou, pelo contrário, ser um fator de malignidade. Alguns indivíduos com estes poderes especiais podem olhar uma criança e matá-la, mesmo independentemente da vontade deles, tal como aqueles que transmitem *omua*. Com vistas a proteger outras pessoas do seu poder sobrenatural, eles são forçados a impor-se regras rígidas: por exemplo, não colocar seus olhos em crianças pequenas; portanto, devem evitar olhá-las.

Mencionamos, ainda: a *ave oinse*, cuja manifestação física é semelhante à da conjuntivite; é uma das doenças transmitidas pelos olhos. Desde que os astronautas foram à lua, os Alladian também a denominam de *apolo*. É considerada uma forma de castigo divino em decorrência da quebra de regras estabelecidas entre os seres humanos e o mundo sobrenatural:

“Se você olhar, mesmo de passagem, alguém que sofre da doença, você tem o risco de pegar ave oinse. A conjuntivite, que chamamos de apolo,

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

é transmitida pelo olhar. Ela tem um período de duração. Quando um de vocês está doente e outro olha de passagem, quando ele acordar, estará contaminado. O período da doença é entre julho e agosto.”

O terapeuta é capaz de determinar se certa pessoa tem o poder de transmitir a doença *ave oinse*. Se está doente, para curá-la precisa se livrar do poder do mal. Para fazer isso, o curador terá de “quebrar” os olhos dominados por este poder do mal, preservando os olhos “normais”. Podemos mencionar o caso de uma criança que se apresenta diante do terapeuta acompanhada por seu pai. O pai explica ao terapeuta que o filho tem sido desrespeitoso e que agora apresenta algum comportamento anormal com os outros meninos. O curandeiro responde:

“Essa criança não tem o mesmo espírito que os outros, mas tem em si um espírito maligno. Para curá-la, devemos usar uma medicação que rompe os olhos do espírito do mal e deixa os olhos de uma pessoa normal!”

Entre os Alladian, os poderes do olhar e da palavra são, portanto, fatores essenciais para a transmissão da doença. Eles são considerados formas de poder sobrenatural inato nos indivíduos, que se manifestam por meio de ações em diferentes níveis, de acordo com vários fatores. No entanto, é em caso de ataques de bruxaria que eles revelam todas as suas características. Como

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

me explicou um curadeiro, o poder sobrenatural é a capacidade de identificar o universo invisível no universo visível.

São especialmente as descrições precisas de crianças com poderes sobrenaturais que nos possibilitam compreender como esses poderes aparecem desde o nascimento de um indivíduo e como eles acontecem:

“Algumas crianças têm poderes sobrenaturais. Elas veem coisas que os adultos não veem. Esses poderes podem ser perigosos para eles e é preciso prevenir possíveis doenças. As crianças veem o que muitos adultos não veem porque elas têm essa capacidade, mas depois elas ficam doentes. Para evitar que isso aconteça, precisa-se examinar o destino delas para saber o que é bom ou ruim para elas, para prestar atenção. Durante os funerais muitas coisas incríveis ocorrem. Alguns awa-bo caminham com os pés no ar, outros têm caudas como os animais. E as crianças que veem são aquelas que choram muito e ficam doentes muitas vezes. Para estas crianças, é necessário usar um medicamento no olho para librá-las desse poder de ver na escuridão.”

Muitas vezes, os ataques de bruxaria são objeto de debates animados entre os Alladian. Revelações, ofertas, festas e voos noturnos constituem momentos importantes que reúnem os seres humanos com o mundo sobrenatural e, particularmente, com o mundo dos

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

awa-bo. Às vezes, o problema adquire um caráter sério, grave; outras vezes, inversamente, transcorre de forma criativa e divertida.

Obviamente, o poder dos *awa-bo* é muito forte, capaz de enfraquecer a ordem social. É um poder que se expressa por analogia. Não necessariamente desperta medo, mas pode, ao contrário, ser experimentado e descrito, por vezes, de forma agradável e divertida.

Particularmente engraçadas são as manifestações de feitiçaria em crianças. Um bebê pode ser levado por uma criança mais velha durante a noite para um campo para comer mandioca. Durante esses voos noturnos imaginários, os irmãos primogênitos carregam seus irmãozinhos pequenos sobre os seus ombros, para o campo da mandioca. Os adultos podem perceber que ocorreu um voo noturno, por exemplo, porque as fezes da criança tendem ao verde. A interpretação, construída sobre uma lógica das semelhanças entre a cor verde das fezes e a das plantas de mandioca, permite dar um sentido à manifestação da doença. A dor no peito pode se tornar, novamente, o sinal indicador de uma queda por terra do bebê durante o voo. Para evitar que a criança voe para longe, os pais amarram-lhe um pedacinho de chumbo no pé. O peso simbólico impedirá as crianças de participar dessas festas noturnas.

Contudo é possível constatar que os poderes sobrenaturais, assim como os ataques de bruxaria, têm formas e conteúdos diversos em relação a diferentes contextos. Alguns eventos paradoxais, como a trans-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

missão de bens hereditários envenenados, tornam-se temas de discussão e até de diversão. Entre as causas mais frequentes de ataques de bruxaria, estão os problemas de herança. A bruxaria pode ser dirigida contra qualquer pessoa, mas só surte efeito dentro de determinadas regras. Por exemplo, para atacar uma pessoa, o *awa-wro* deve ter o apoio de um intermediário, um membro do mesmo clã da vítima.

Contatos Perigosos

A experiência e a observação, bem como a prática diária, desempenham decisivo papel nas ideias sobre o contágio. Algumas observações, às vezes minuciosas, permitem a introdução, na prática, de aplicações simples e eficazes, como no caso de *ncrusiwo*. Esta doença pode ser considerada semelhante às formas de diarreia infantil. Vejam, a seguir, as palavras de um curandeiro tradicional:

“Para curar uma criança que tem ncrusiwo, ela precisa tomar água potável. Sua garganta vai secando e a regularidade das fezes nos obriga a dar de beber a cada hora. Fornecemos às mães das crianças também água fervida com medicações, que elas têm que dar a beber às crianças. Quando tem o ncrusiwo, a criança tem que beber muito.”

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Neste caso, o tratamento é semelhante àquele utilizado na medicina ocidental para evitar a desidratação.

A cuidadosa observação e a longa experiência determinam a adoção de um procedimento terapêutico empírico (dar de beber à criança) semelhante ao que teria sido prescrito na medicina ocidental.

Mas as práticas dos Alladian relacionadas às doenças contagiosas também são baseadas em outros aspectos sociais relevantes da vida coletiva. Por exemplo, a refeição é um momento-chave para a possível transmissão de uma doença contagiosa e torna-se, por este motivo, a ocasião para aplicar um conjunto de regras práticas para prevenir a contaminação. Tal como em outras doenças, utensílios, pratos e copos são considerados uma importante fonte de transmissão. Às vezes o paciente é isolado até o desaparecimento da doença e serão separados não apenas os objetos que ele usa para comer ou beber, mas também aqueles usados para tratá-lo: *“Se você usa objetos ou recipientes que foram utilizados para o tratamento do doente, ou se você mora na casa com ele, ou se sua esposa é atingida, você também poderá ser contagiado.”*

Além disso, lavar as roupas de várias crianças no mesmo recipiente pode se tornar uma fonte de transmissão da doença: *“Quando as mães juntam roupas de diferentes crianças para lavá-las, ou usam o mesmo recipiente para as roupas de dois deles, mesmo a criança saudável pode ser contaminada.”*

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Apesar das diversas semelhanças conceituais entre regras tradicionais e normas ocidentais, hoje é impossível entender quais tenham sido as influências mútuas após muitos anos de contato. Segundo os Alladian, a transmissão pode ocorrer através de vários objetos e até mesmo através da roupa. Assim, o contato da roupa de uma pessoa doente com aquela de uma pessoa saudável durante a lavagem pode contaminar a pessoa saudável, como no caso do *ncrusiwo*:

“Por exemplo: se duas crianças vivem na mesma casa e uma delas tem uma doença que ainda não foi curada, e as mães se reúnem para lavar suas roupas, ou usam os mesmos baldes para as duas crianças, a criança saudável pode ser contaminada”.

Ademais, a proximidade e a similaridade, como no caso de gêmeos, pode ser uma fonte de contágio: *“A infecção também pode ocorrer no caso de gêmeos que usam as fraldas ou tomam leite do mesmo seio materno.”*

As Doenças Epidêmicas

A observação e análise detalhada das características das doenças, com vistas a compreender seus mecanismos de difusão, encontraram, nas doenças epidêmicas, um dos exemplos mais férteis. A *yia-yia*, por exemplo, que é comparável às formas exantemáticas da infância,

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

pertence a esta categoria. Trata-se de uma doença que quase todo mundo considera, à primeira vista, como uma doença *koto*, provavelmente em virtude da sua frequência e da sua propagação bastante generalizada. Como evidenciado, a doença *yia-yia* se espalha de forma epidêmica e aparece, principalmente durante os meses de junho e julho, logo após o período chuvoso:

“A doença se manifesta por pequenas manchas vermelhas no rosto e no corpo inteiro. O homem pode contrair na época de chuva. O tempo é o fim da estação chuvosa. Se nós estamos no mesmo pátio, e a doença afeta uma pessoa, e se usarmos sem saber os objetos dele, podemos ser contagiados. Ela pode afetar a cada dois anos, este ano, por exemplo, ainda não chegou.”

Uma relação empírica, reconhecida pelos Alladian, liga a propagação das doenças e os fatores ambientais. Com efeito, tal como para muitas doenças epidêmicas, sua difusão é maior durante determinados períodos do ano.

Medidas para evitar a propagação da doença afetam toda a comunidade. Preferem-se ações de purificação de toda a comunidade em vez de ações isoladas ou parciais. Isto será feito por aspersão dos pátios com água limpa, ou deixando os baldes nos cruzamentos das ruas da aldeia, para permitir a purificação de toda a população com o seu conteúdo: *“Para evitar que a doença se espalhe, colocamos em baldes bastante água e, utilizando as folhas, polvilhamos, ao redor, todo o quintal.”*

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Este ato de purificação da comunidade era feito de forma sistemática, uma vez ao início de cada ano (BÉE, 1975).

Outra doença que, às vezes, se espalhava de forma epidêmica é a denominada *nnowie akra-kra*. Segundo vários autores, esse termo, que significa “doença-boa”, corresponde a varíola. Pode parecer paradoxal chamar de “boa” uma doença grave como a varíola, mas, na verdade, o nome é usado para anular o perigo da doença. Permite reduzir o poder do mal e mostrar que você não tem medo. Agora que a varíola desapareceu, alguns curandeiros continuam a lidar com casos de *nnowie akra-kra* que, provavelmente, são apenas formas de varicela. Conheci, na aldeia *Addah*, um curandeiro *Alladian* considerado por muitos como aquele que melhor curava essa doença em tempos passados. Ele me contou sua história e como a doença ocorre:

*“Comecei a fazer este trabalho há muito tempo, quando voltei de Port-Bouet. Deve ser cerca de quarenta anos atrás. Quando eu estava lá, a varíola vinha dos Ebrié. Não havia cura. Essa doença vinha de outras aldeias e quando chegava, não havia mais tempo. Nós, curandeiros, começávamos a trabalhar cedo, no início da manhã. Os pacientes eram numerosos, as mulheres sofriam e as bolhas iam cobrir completamente seus corpos. A doença, geralmente, vinha no mês de *djako* (quarta lua, no mês de junho) a cada ano sempre nessa época. A varíola produzia a morte*

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

de muitas pessoas, os mortos não se contavam mais. Os pacientes eram feios, a doença atingia a garganta, o rosto, e as pessoas ficavam cegas. A doença chegava aqui através do contágio, e os Ebrié foram os primeiros portadores da doença”.

Muitas outras descrições mostram como a origem do surto da doença é sempre localizada em outro lugar, em um povo vizinho e inimigo. É sempre o contato com o paciente ou com seus objetos que produz depois a propagação desta doença na comunidade.

A transmissibilidade da doença entre seres humanos leva a considerar o papel da intencionalidade como um elemento fundamental para sua difusão. Um outro curandeiro da aldeia *M'bokrou* nos contou como a doença se disseminou na aldeia e como as pessoas tinham-se protegido. Nesta história é um *awa-wro*, um bruxo, que, intencionalmente, transmite a doença na aldeia, em particular, a certos indivíduos:

“Uma vez que não havia remédios para curá-la, os doentes tinham que ficar isolados no mato. É a doença mais contagiosa do mundo. Você fica contaminado no momento em que você toca o paciente. Naquela época não tinham remédios e o doente ficava à espera da morte. Se Deus lhe ajudava durante o isolamento, então você podia ficar bem e voltar para casa. Lembro-me de quando a doença apareceu nos anos 1960. Alguns de nós tinham alguns remédios e pre-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

paravam medicamentos e poções de água para lavar os doentes. Trata-se de uma das doenças mais devastadoras, da qual você não deve falar muitas vezes. É uma doença diabólica. São os espíritos malignos que a enviam por maldade. Ela mata em desordem. Se hoje a nossa aldeia tornou-se pequena, é por causa desta doença, que dizimou a população. Ela mata muito. Todo dia ela conseguia matar entre 80 - 100 pessoas.

Naquele momento, nós dizíamos que a causa da doença eram os diabos. Os idosos da comunidade diziam que eram os demônios que enviavam a doença. Esta doença é chamada pelos Alladian: doença do vento, dos espíritos. Aquele cara ali é um dos sobreviventes da epidemia. Naquela época ele era pequeno. Fazia parte das crianças que haviam sido isoladas; como elas não tinham morrido, tinham sido colocadas na outra extremidade da aldeia. É uma doença do espírito do mal. Quando a epidemia chegou, apenas uma pessoa em toda a região era capaz de curá-la. Ele está em Addah (trata-se do curandeiro do que já falamos). Se dizemos que é uma doença do espírito ruim, é porque quando a doença já chegou em nossa aldeia os anciãos consultaram um curandeiro que olhou e disse: 'É uma manifestação dos demônios.' Então, os anciãos chamaram os familiares e os chefes das linhagens e foram para a igreja. Proferiram maldições, jurando a Deus que, se entre seus parentes, havia apenas

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

um que levava a doença para a aldeia, ia ser amaldiçoado e banido para sempre da família. Todas as linhagens juraram. Assim a aldeia inteira se comprometeu.”

Agora, *nnowie akra-kra* tornou-se uma doença rara, que não se espalha mais de forma epidêmica como no caso descrito: *“Agora ela afeta as pessoas de forma isolada, vai de um indivíduo para outro e assim por diante.”* Na África, a varíola e o sarampo são certamente as doenças epidêmicas mais conhecidas e descritas por vários grupos étnicos (DARMON 1986). A rápida disseminação da doença entre muitas pessoas, mas não entre todas, já produziu duas formas básicas de interpretação: a primeira que “cai” sobre todos os indivíduos ao mesmo tempo, e uma segunda, que afeta apenas determinado número deles.

A primeira consideração nos leva a interpretações hipocráticas das epidemias, também presente, de forma parecida, entre muitas populações africanas. Entre os Kamba do Quênia, por exemplo, o sarampo é interpretado como uma doença de Deus, que afeta muitos indivíduos ao mesmo tempo (MAINE-AHLBERG, 1984). Este grupo étnico estabelece diferença entre as doenças provocadas por um ataque de feitiçaria (doenças causadas por seres humanos), e aquelas causadas por Deus (MAINE-AHLBERG, 1984). No caso do sarampo, uma doença que afeta muitas crianças em forma de epidemia, os Kamba falam de “doença do vento”, ou

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

seja, a consideração ligada às condições climáticas e ataques de bruxaria (MAINE-AHLBERG, 1984). O fato de a doença “cair encima” de várias pessoas ao mesmo tempo exclui a hipótese de ser ela transmitida de um paciente para outros. No pensamento de Hipócrates, este fenômeno é associado aos efeitos dos miasmas, os eflúvios que flutuam no ar. Em muitas sociedades africanas, esta doença é vista como um castigo divino (MAINE-AHLBERG, 1984). A segunda consideração abre o campo de interpretação para o tema da cadeia causal das doenças, como descrito por Evans-Pritchard (1976) em seu famoso exemplo: “Por que tocou a meu filho, ele, agora, e não ao outro, ao filho do vizinho?” É a pergunta fundamental que orienta a discussão e interpretação e leva a refletir sobre as práticas de bruxaria. Esta pergunta permite também considerar vários níveis de causalidade: um primeiro nível de tipo empírico, um segundo de tipo sobrenatural e um terceiro de tipo social. Entretanto, também no caso empírico, o fato não é o produto do acaso, mas de um possível ato sobrenatural de bruxaria. O segundo nível está sujeito à transgressão de uma regra social ou de um conflito que o terapeuta deve ser capaz de explicar e resolver.

No caso específico do contágio, a causalidade e a prevenção permitem valorizar a existência de conhecimentos elaborados com base na observação empírica e experiências acumuladas ao longo do tempo.

CAPÍTULO 3

AS INTERPRETAÇÕES DA AIDS: DESDE OS ANOS OITENTA ATÉ A QUARTA DÉCADA DE EPIDEMIA.

Andrea Caprara e Ilka Alcântara de Araújo

A propagação da pandemia de Aids, desde os anos 1980 – 1990 motivou uma proliferação de formações discursivas sobre o tema, inerentes a aspectos políticos, éticos, técnicos e científicos, sociais e de comunicação. Embora vários planos e programas de prevenção tenham sido implementados para controlar a propagação, a incidência da doença continua a aumentar em muitos países. Algumas temáticas centrais, na Antropologia da saúde, nesses 30 anos procuraram entender o tema da cultura sexual (PARKER RG. 1991; 1995), assim como os diversos contextos socioculturais que influenciam as percepções e a vulnerabilidade de diversos grupos populacionais contra essa doença (SUAREZ, Roberto et al., 2008).

No campo dos direitos humanos, o debate sobre a AIDS foi incorporado na agenda política como fenômeno, a partir da *Conferência Internacional de Direitos Humanos*

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

de Viena (1993), ao ser compreendida a indivisibilidade entre políticas de saúde e direitos civis, sociais e políticos para a compreensão e enfrentamento da epidemia.

Os estudos contemporâneos de SNIFFER e PARKER (2016) colocam a AIDS como *marcador social* para evidenciar a complexidade das desigualdades sociais no contexto político-cultural contemporâneo. Esses autores analisam as estratégias neoliberais que anunciam o fim da AIDS por meio de fortes estratégias de medicalização, em detrimento da ampliação das ações coletivas de promoção à saúde e prevenção da doença.

Ao longo dos últimos 30 anos, os estudos sobre as relações de gênero, desde as concepções clássicas do gênero como categoria útil para analisar as contruções sociais sobre o sexo (SCOTT, 1995) até as reelaborações teóricas sobre gênero, as quais questionam a dimensão binária de identidade a partir do sexo (HARAWAY, 1995; BUTLER, 2010), como também o estudo sobre as sexualidades (HEILBORN, 2002; HEILBORN; BRANDÃO, 1999; LOYOLA, 1999) as juventudes (CARDOSO e SAMPAIO, 1995; GROPO, 2000; LHOMOND, 1999), no campo da ciências sociais, têm contribuído fértilmente para se construir interseccionalidades com objetivo de refletir sobre as dimensões subjetivas, sociais, políticas e culturais que envolvem a AIDS na quarta década de epidemia, no Brasil.

Há, porém, um aspecto novo na sociedade ocidental, assim como enfatizado por Bibeau (1994, p. 40), qual seja, pela primeira vez, na história do relacionamento entre povos e doenças, os pacientes contam a própria

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

experiência, quebrando o silêncio, desmistificando a enfermidade.

Para Bibeau e Murbach (1991) a Aids tornou-se uma doença símbolo da pós-modernidade, assim como as patologias malignas são importantes na modernidade, ao se posicionarem entre a transgressão e a permissão, entre o admissível e o proibido, entre as liberdades individuais e coletivas, em um mundo no qual a liberdade é simbolizada pela transgressão das regras. Como sugerem estes autores, a Aids possibilitou o surgimento de categorias interpretativas comuns pertencentes ao nosso passado, texto e drama do sofrimento humano. Estes elementos originam-se de histórias de pacientes que apresentam também a lenta e progressiva mudança das relações sociais. O estigma, a exclusão social e até mesmo a fragilidade psicológica, a extrema vulnerabilidade dos indivíduos, no plano psicológico e social. Na ótica de estudiosos, os pacientes tornaram-se mesmo mestres para os seus psicoterapeutas, provocando uma discussão sobre os próprios medos, questionando a própria experiência (MICHAUD, 1994). Esta discussão do próprio papel e da própria profissionalidade foi se desenvolvendo, também, entre os profissionais de saúde. Jamais se escreveu tanto e em primeira pessoa sobre uma doença, e é certo que as inúmeras publicações escritas por pacientes abriram um novo espaço de debate sobre a experiência e a vivência individual da doença.

Na maior parte dos países africanos, a introdução de métodos ocidentais de prevenção, controle e trata-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

mento das doenças, baseados no modelo epidemiológico de relação entre agente infeccioso-hospedeiro-ambiente externo, foi se desenvolvendo em substituição a um outro modelo de pensamento tradicional, associado ao contexto de origem. Se um modelo mostra um grau de eficácia a curto prazo, pode ser mais facilmente aceito por uma comunidade, mas para ser integrado deve também ser efetivamente compreendido. Sabemos como as práticas ocidentais são concebidas com suporte em um modelo conceitual fundamentado em uma série de elementos-chave (agente infeccioso, ambiente, hospedeiro, sistema imunitário). A nosso ver, conforme defendi em trabalho anterior, uma integração das práticas preventivas ocidentais só é possível se o modelo conceitual de apoio for compreendido e aceito (CAPRARÁ, 1991).

Por exemplo, com vistas à adoção dos métodos de prevenção, os conceitos principais relacionados com a transmissibilidade da doença devem ser claros e aceitos por toda a comunidade. Este achado, aparentemente simples, mostra sua complexidade quando se olha para as categorias nas quais se estrutura o conceito de transmissão de uma doença em um contexto tradicional. Se tomamos, por exemplo, os programas educativos e de prevenção da Aids no contexto africano, e as tentativas de modificar os comportamento das pessoas, temos de pensar como as doenças são entendidas na comunidade e que práticas são adotadas para evitar a transmissão (Mshana G, Plummer ML, Wamoyi J, et al., 2006).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Em artigo publicado nos anos 1990, mostramos como as interpretações da Aids entre dois grupos étnicos da Costa do Marfim, os *Bété* e os *Baoulé*, são estruturadas, seja no referente às interpretações tradicionais da doença, seja no referente às categorias ocidentais (CAPRARA et al., 1993).

As Percepções da Aids entre os *Bété* e os *Baoulé*

O objetivo desta pesquisa foi entender melhor os aspectos socioculturais das doenças transmissíveis, em especial as percepções da Aids, entre os dois principais grupos étnicos da Costa do Marfim, os *Bété* e os *Baoulé*, com vistas a implementar programas educacionais mais adequados ao contexto social e cultural local. Como métodos utilizados, optamos por entrevistas estruturadas para obter resultados quantitativos sobre saberes e práticas, “grupos focais” e entrevistas abertas com informantes-chave para a coleta de dados qualitativos. Conforme mostraremos ao longo deste capítulo, as interpretações sobre a doença estão ainda vinculadas a formas de pensamento tradicional, seja entre o grupo étnico dos *Bété*, seja entre os *Baoulé*. Categorias tradicionais de pureza e impureza, assim como o uso de poderes sobrenaturais, são algumas das formas interpretativas usadas para dar significado à Aids. Por exemplo, urinar no mesmo lugar onde um paciente com Aids urina ou ser alvo de ataques de bruxaria são consideradas possíveis formas de trans-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

missão da Aids de um paciente para outro. Contudo, o nível educacional é o fator que mais influencia os conhecimentos de uma pessoa sobre Aids e os métodos de prevenção de acordo com as categorias ocidentais. Ao mesmo tempo, o estudo mostrou que a educação, além de um melhor conhecimento sobre a doença, apresenta-se associada a uma atitude que favorece o isolamento do paciente (CAPRARA et al., 1991). Das conclusões da pesquisa, evidenciamos o seguinte: os conteúdos das mensagens de educação em saúde em programa de controle e prevenção da Aids em ambiente rural, num contexto africano, não podem ser separados das concepções tradicionais sobre as doenças transmissíveis ainda presentes entre *Beté* e *Baoulé*.

Aids e Vulnerabilidade

O número de pessoas infectadas pela Aids, seu modo de transmissão e seu impacto em toda a sociedade sugerem tratar-se de uma doença social. Na África, o modo de transmissão está relacionado a uma maior vulnerabilidade da pessoa, em presença, por exemplo, de um indivíduo com múltiplos parceiros sexuais. De modo geral, a tentativa de promover mudanças comportamentais é o objetivo dos programas de controle, mas o comportamento individual tem diversos determinantes e abordagens que procuram discutir somente um aspecto comumente resultam em fracasso. Urge en-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

tender a Aids em seu contexto cultural, especialmente em nível micro (indivíduo, aldeia, comunidade), bem como em um nível macro (urbanização, marginalização, pobreza). Assim, é necessário entender o ambiente sociocultural de cada indivíduo, seus modelos e padrões de interpretação da realidade, seus costumes locais e suas práticas (fatores culturais e religiosos), assim como suas ações na busca de tratamento. A importância do entendimento sobre como a doença é percebida em um contexto cultural já definido é essencial para desenvolver estratégias comunicacionais e de prevenção efetivas.

Em observância a essas considerações, a pesquisa buscou identificar aspectos sociais e culturais relacionados à Aids, entre dois grupos étnicos da Costa do Marfim, *Baoulé* e *Beté*, com a finalidade de sugerir a implementação de programas educacionais mais eficazes. Procuramos entender a influência de variáveis, como sexo, idade, nível econômico, educação, todos fatores ligados aos conhecimentos, significados e comportamentos sobre essa enfermidade. A pesquisa também concentrou-se na compreensão de categorias de pensamento que fundamentam a concepção de contágio em determinada comunidade e na influência destes na interpretação da enfermidade. Quais são os fatores sociais e culturais que influenciam informações corretas sobre a interpretação da Aids? Os dois grupos étnicos interpretam a Aids de acordo com categorias próprias de pensamento? Existem diferenças em termos de percepção da doença entre os dois grupos étnicos?

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Uma perspectiva focada no relacionamento entre fatores sociais e conhecimentos sobre Aids, elementos simbólicos e representações cognitivas e entre explicações empíricas e analógicas, ajudou na interpretação do significado subjacente à transmissão da doença.

Outro aspecto estudado foi a atitude das pessoas em relação aos pacientes. Isolação e estigma foram, pois, conceitos pertinentes para o estudo. Pessoas estigmatizadas incluem pessoas desviadas que a sociedade considera culpadas, aquelas fisicamente incapazes ou mentalmente danificadas, e pessoas infectadas por doenças vergonhosas e contagiosas. Portanto, o risco de contágio tem fortes implicações sociais, e isso determina reações sociais, como medo, isolação, discriminação. Tal como exposto por Goldin (1990), quando a identificação do risco é indeterminada, a ambiguidade transforma-se em um contribuinte definitivo para o estigma decorrente da doença. Como consequência, medidas de exclusão são postas em vigor, como o exílio de uma comunidade, afastamento dos amigos, expulsão da família e de instituições sociais e discriminação geral.

Todos os dados foram coletados entre *Beté* e *Baoulé*, os dois maiores grupos étnicos da Costa do Marfim. Com uma população de cerca de 600.000 habitantes, os *Bété* pertencem ao grupo *Krou*, enquanto os *Baoulé*, com uma população em torno de 1.000.000 de pessoas, pertencem ao grupo *Akan*. A sociedade *Bété* é patrilineal, patrilocal e exogâmica. Entre eles, a poliginia é amplamente praticada. Na sociedade *Baoulé*, a descendên-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

cia é transmitida pela linha maternal e a herança passa do tio materno para o sobrinho.

De modo geral, a modernização tem influenciado essas sociedades e modificado os comportamentos sociais e individuais, conduzindo também a mudanças nos comportamentos sexuais. A urbanização, a migração, as novas regras econômicas, a educação em massa, têm modificado as estruturas sociais e as organizações tradicionais. Somado a isso, uma nova lei contra a poligamia e a transmissão da herança através da linhagem materna foi criada em 1964, forçando pessoas a modificarem padrões tradicionais. Conforme a lei, estabeleceu-se que a herança deveria ser transmitida de pai para filho.

Nos dois grupos, o indivíduo não deve ser considerado isolado, mas como parte integral de um mundo composto por fatores sociais, naturais e sobrenaturais. Nesse contexto, quase todos os comportamentos que se acredita capazes de pôr em risco este equilíbrio são considerados perigosos como favorecedores de um estado de doença. Ao mesmo tempo, todos os comportamentos que buscam reconstituir o equilíbrio são vistos como favorecedores de um melhor estado de saúde na comunidade e no indivíduo. Isso explica por que os conceitos de saúde e doença não se limitam somente à esfera individual, mas também envolvem aspectos sociais, religiosos e culturais da sociedade.

Normalmente, a comunidade é envolvida e o indivíduo não lida sozinho com as consequências de suas ações. Entretanto, a comunidade não pode ignorar suas

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

responsabilidades em relação ao que acontece com cada um dos seus membros. Quanto ao processo de cura, é orientado à restauração do equilíbrio natural e social, pois, muitas vezes, a doença é tida como consequência de uma violação de normas grupais. Portanto, a cura depende de um comportamento correto do paciente mas envolve também a sociedade.

Entre *Beté* e *Baoulé*, bem como em várias sociedades africanas, existem diferentes formas de interpretar as causas das doenças. A ideia é de que a doença deve ocorrer por causas naturais ou sobrenaturais. Por exemplo, pode ser produzida por um trabalho realizado por um feiticeiro ou, ainda, pelo envenenamento de um membro de uma linhagem, geralmente em decorrência de conflitos de herança. As causas naturais escondem o sobrenatural e o sobrenatural esconde o social. Assim, a tarefa do curandeiro tradicional é identificar as causas por trás dos “trabalhos” realizados pelos feiticeiros. Com o exemplo a seguir, ilustramos a conexão entre esses diferentes níveis: entre os *Bété*, a palavra *gou* possui diversos significados: a doença, um objeto utilizado pelo feiticeiro com finalidades malignas, uma parte de diversas palavras compostas que definem diferentes tipos de curandeiros tradicionais e feiticeiros.

Pouco a pouco, a introdução das teorias científicas mediante processos de colonização e contatos com a cultura ocidental levou ao surgimento de novas interpretações de transmissão da doença. Novos conhecimentos e práticas foram introduzidos na vida cotidiana,

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

e, hoje, as pessoas fazem referência tanto ao sistema médico ocidental quanto à medicina tradicional. A interpretação da malária entre *Beté* e *Baoulé* exemplifica esse ponto. Um relacionamento analógico existe entre causas e sintomas – frio/quente, febre/arrepio. Grande exposição ao sol ou ao frio é interpretada como uma das causas da doença. Mesmo depois de uma explicação científica para a malária, os *Beté* e *Baoulé* ainda hoje consideram que essa exposição ao “muito quente” ou ao “muito frio” pode ser a causa da doença. Essa forma interpretativa coexiste com a explicação científica de “transmissão pelo mosquito”.

Coleta de Dados

Na coleta e análise dos dados, utilizamos métodos qualitativos e quantitativos. Com a escolha aleatória de trinta *cluster*, grupos populacionais das duas comunidades foram selecionados aleatoriamente com base no censo de 1988. Optamos pelos distritos rurais de Guiberrou e Brobo. O primeiro representa a área ao redor de Gagnoa e é habitado, principalmente, pelos *Beté*; o segundo representa os subúrbios de *Bouaké* e é habitado, sobretudo, pelos membros do grupo étnico *Baoulé*. A homogeneidade cultural de cada grupo foi o principal critério usado para selecionar as áreas de pesquisa. Dentro de cada área, tomamos uma amostra, estratificada por sexo e grupo de idade, com vistas a assegurar a adequa-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

da representação de gerações e gêneros. As pessoas que não pertenciam ao referido grupo étnico foram excluídas, bem como os habitantes de cidades de Guiberoua e Brobo (moradores de cidades foram excluídos a partir do momento em que a pesquisa passou a ter o foco nas populações rurais). Enfim, a amostra consistiu em 211 adultos *Beté* e 200 *Baoulé*, com idades entre 15 e 49 anos.

Estruturamos as entrevistas com base em uma série de perguntas preparadas de acordo com pesquisas da OMS sobre Aids e outros autores e modificadas para se adequar aos contextos locais e minimizar reações em relação aos tópicos mais delicados. O questionário foi redigido em idioma local. Um homem e uma mulher, entrevistadores, pertencentes ao correspondente grupo étnico, foram selecionados e treinados durante o mês de agosto de 1990. Cada entrevistado de cada sexo, com seu idioma próprio. Todas as entrevistas foram pré-testadas.

Para obter informações adicionais e para entender as razões, além das respostas obtidas na entrevista estruturada, adotamos a técnica de grupo focal antes e depois da utilização do questionário. Os grupos focais foram realizados com membros dos dois grupos étnicos, separados em grupos de homens e mulheres. Após modificada de acordo com os achados, a versão final do questionário foi conferida com os entrevistadores, no intuito de minimizar os vieses do observador. Selecionamos os locais em cada área utilizando a metodologia padrão para a seleção de amostras de grupos (ABRAMSON, 1974).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Como adicional às entrevistas estruturadas, quatro grupos focais foram organizados e gravados em aldeias escolhidas em cada distrito, para reunir dados qualitativos. O alvo desse método foi entender o significado subjacente de certas respostas ao questionário, além do resultado quantitativo, buscando identificar como crenças e comportamentos são influenciados pelas dinâmicas sociais.

Conhecimentos sobre Transmissibilidade das Doenças

Como observado, o conceito de transmissão de doença é reconhecido pelas duas populações, cuja interpretação baseia-se na relação entre quatro categorias de pensamento: dimensão simbólica, pensamento empírico, organização social e dimensão sobrenatural. Os *Beté* e os *Baoulé* distinguem alguns elementos pela justaposição de dois conceitos: puro e impuro. O contato com elementos impuros produz a transmissão de doença: se uma pessoa pisa ou urina onde um doente urinou, essa pessoa pode pegar a mesma doença. Tal fato pode ser explicado por interpretação segundo a qual urina, sangue menstrual e saliva são líquidos impuros. Por exemplo, 53,8% consideram que urinar em um lugar onde alguém doente urinou pode ser fonte de transmissão da doença. Essa informação é também confirmada tanto pelos mais educados *Beté* (34%) como

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

pelos *Baoulé* (46,6%) com nível mais alto de educação. Ambos os grupos étnicos também reconhecem a transmissibilidade das doenças por relações sexuais, como a sífilis, gonorreia, cancroide.

Ademais, uma explicação empírica sobre contágio pode ser admitida, qual seja, a transmissão da doença pode ocorrer pelo contato direto com o paciente: se uma pessoa ajuda um infectado por uma doença dita transmissível, ele ou ela pode contrair a mesma doença. Conforme os *Beté*, a transmissão da doença é denominada *plenagou*, ou seja, “doença que vai de um ponto a outro”.

Algumas doenças têm fortes implicações sociais, tais como as transmitidas hereditariamente: lepra e tuberculose são percebidas como herdadas por serem reconhecidas como relacionadas a uma família específica e relatadas como doenças de família. Outra considerada transmissível é a epilepsia.

Em resposta às questões sobre os modos de transmissão da Aids, para 20% a doença pode ser transmitida através de bruxaria, que, por sua vez, está invariavelmente envolvida, até certo ponto, na etiologia da doença: “*Existem algumas doenças não-diretamente relacionadas com a feitiçaria, mas em certos casos a bruxaria pode forçar a pessoa a ter um comportamento irracional, expondo ele/ela à doença*”. Essa explicação sobrenatural da doença é compartilhada por *Beté* e *Baoulé*. Medidas de controle e prevenção também são baseadas em regras tradicionais. Um curandeiro tradicional em um vila-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

rejo *Beté*, onde diversas mortes ocorreram recentemente, abriu a cerimônia dizendo a todos o seguinte: “*Se vocês não querem mais nenhuma morte aqui, vocês têm que fazer um sacrifício debaixo da árvore da comunidade*”.

Entendimentos sobre a Aids

No geral, 95% das pessoas dos dois grupos étnicos já ouviram falar de Aids e 52% entendem que o tratamento está disponível. Como observado, um melhor conhecimento está diretamente ligado a homens, jovens, com maior grau de instrução e maior renda. De acordo com uma análise de regressão multivariada, entre os *Betés*, o melhor conhecimento está relacionado ao nível de educação, renda e idade (CAPRARA et al., 1991). Entre os *Baoulés*, os resultados mostram que é o maior grau de educação que influencia os conhecimentos sobre a doença (CAPRARA et al., 1991).

Quanto ao nível de informação correta sobre a doença (sexual, agulhas infectadas e transmissão pela mãe), muda conforme a questão perguntada e a variável considerada: uma alta porcentagem das duas populações entrevistadas tem informações corretas sobre as formas de transmissão e a letalidade da Aids. Entretanto, apenas 5,8% dos dois grupos sugeriram que é um micro-organismo a causa da doença e aqueles que responderam corretamente estão entre os de maior nível educacional.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Interpretações consonantes com a maneira tradicional de se pensar são mais generalizadas entre *Beté* e *Baoulé*, sem diferenças significativas entre as duas populações: 20% acreditam na transmissão por bruxaria e 52%, no uso de banheiros públicos.

Uma consistente porcentagem dos dois grupos étnicos interpreta a Aids de acordo com o padrão tradicional de transmissão e sintomas de outras doenças conhecidas: por exemplo, 33% dos *Beté* veem a Aids como uma doença chamada *Bagoumelé*. Essa doença é percebida, principalmente, como doença sexualmente transmitida, que é crônica e letal se não for tratada, e que apresenta sintomas, como diarreia crônica, e sérios problemas no sistema genital-urinário, como exposto por este entrevistado:

“Entre os Beté, nós acreditamos que a Aids é a mesma doença Bagoumelé, porque quando alguém fica doente apresenta diarreia crônica. Bem no começo, o curandeiro tradicional pode tratar, mas se a pessoa esconde a doença, essa se torna crônica e ninguém consegue mais curar. O paciente pode morrer. A mesma coisa acontece com o paciente com Aids, que é considerado como Bagoumelé, como se diz aqui na terra dos Betés.”

Mencionado processo ora descrito apresenta outro aspecto que permite entender melhor a percepção da doença: doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a Aids, são vistas entre os *Beté* e *Baoulé* como vergonhosas e estigmatizantes.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Diferentes doenças requerem que a pessoa doente seja isolada, com o objetivo de proteger a comunidade, mas, ao mesmo tempo, o indivíduo é considerado contagioso, pecador, vítima de feitiçaria ou ele próprio feitiçeiro. Nos dois grupos, o maior grau de educação está associado a uma atitude de culpabilização da pessoa que contraiu a doença e apoio à necessidade de isolamento do paciente. De qualquer maneira, quase todas as pessoas tendem a pensar que a família deveria cuidar do doente melhor que o hospital ou o centro de saúde (52% vs 43%).

Enquanto a maioria das pessoas entrevistadas dos dois grupos gostariam de saber se foram infectadas pelo HIV, os *Beté* se percebem como em risco mais do que os *Baoulé*. Sexo, idade, educação, renda e religião não influenciam essa percepção. A maior parte dos jovens entre os dois grupos consideram a si mesmo em risco.

Já o nível educacional está associado às medidas preventivas. Fidelidade ao mesmo parceiro e vulnerabilidade ligada à prostituição mostram relações com o nível de educação, sexo e idade.

Entre os *Baoulé*, a percepção de uma possível prevenção como lavar-se após o ato sexual é mais generalizada (20%), enquanto uma minoria acredita na possibilidade de proteção por parte dos feitiçeiros.

Ainda como observado, as camisinhas são conhecidas por cerca de 50% (66% dos *Beté* e 33% dos *Baoulé*), mas entre esses apenas 57% dos *Beté* e 34% dos *Baoulé* as consideram como forma de prevenção. Além disso, 43% dos *Beté* e 37% dos *Baoulé* afirmam ter usado, en-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

quanto 10% e 6% usam frequentemente e estes são apenas homens. Os de maior nível de educação e os mais jovens demonstram um melhor entendimento sobre a função da camisinha como forma de prevenir doenças sexualmente transmissíveis e gravidez ($p < 0.0001$).

Quando perguntados sobre qual comportamento deveria ser modificado, a redução de parceiros sexuais foi mencionada como prática preventiva (34%), seguida de fidelidade ao mesmo parceiro (29%) e uso de camisinha (10%).

Fontes de informação

Em fontes de informações percebidas como as mais efetivas, as assembleias das comunidades são mencionadas pelos homens *Beté*, enquanto as mulheres *Beté* expressam preferência por uma aproximação mais pessoal: isso é provavelmente ligado à sua posição de subordinação perante a assembleia. Entre os *Baoulé*, não se verifica uma diferença semelhante.

Das fontes de informação, sobressai o rádio como principal meio de comunicação, seguido pela televisão, os vizinhos e os amigos. Apenas uma pequena porcentagem de entrevistados indicou outras fontes, como jornais, parentes, centros de saúde, igrejas ou mesquitas e escolas. Não existe diferença étnica nas respostas. Pessoas afirmam ouvir programas de rádio mais frequentemente entre as 6 e 8 horas da manhã e entre as 16 e as 20 horas da noite.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Homens, com melhor nível educacional e maior *status* econômico, são os que mais escutam os programas de rádio. Homens jovens preferem ler jornais. Programas de televisão são assistidos por um número substancial de entrevistados, embora irregularmente. Mas o grupo *Baoulé* assiste mais televisão do que o grupo *Beté* (68,5% vs 29,9%), principalmente os mais jovens e com renda maior. *Status* educacional parece não influir no fato de assistir televisão, pois esta, geralmente, é assistida do lado de fora da casa do dono do aparelho.

Conforme sugestões de participantes, a maneira mais apropriada para desenvolver uma campanha educacional seria começar pelas assembleias nas comunidades (34%), seguidas pelo rádio (28%) e televisão (17%), enquanto apenas alguns mencionaram os centros de saúde (6%) e jornais (5%).

Discussão

De modo geral, o entendimento dos grupos étnicos *Beté* e *Baoulé* sobre Aids é baseado em várias interpretações. Algumas explicações científicas ocidentais são entendidas de forma clara, enquanto outras não o são. A transmissão da Aids também é interpretada através de categorias tradicionais e essas são combinadas com outras ocidentais. Dos vários fatores, o nível educacional é o que mais influencia o conhecimento de uma pessoa sobre a Aids. Quando transmitida pela picada de um in-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

seto, essa doença pode ser considerada como uma má interpretação ou resultado de mensagens com informações distorcidas. Como mencionamos, urinar onde um paciente com Aids urinou e ser alvo de ataques de bruxarias são vistas como possíveis formas de transmissão de acordo com categorias tradicionais de pureza-impureza e intervenção de poderes sobrenaturais.

Existem, porém, diferenças na interpretação da doença também entre os dois grupos étnicos e são produtos de diferentes interpretações de contágio. A identificação da Aids como curável, *Bagoumelé*, entre os *Beté*, não ocorre entre os *Baoulé*, e poderia levar a uma subestimação da periculosidade da doença.

Da mesma forma, as atitudes em relação à enfermidade são bastante contraditórias. Por exemplo, um melhor nível educacional assim como um melhor conhecimento sobre a doença parecem estar associados a uma atitude que favorece o isolamento do paciente. Pessoas mais jovens e com maior nível educacional são mais a favor do isolamento dos pacientes, enquanto a maioria dos entrevistados consideram que as famílias deveriam cuidar dos pacientes com Aids. O sentimento de estar “em risco” parece estar relacionado ao nível de conhecimento sobre a doença e deste modo está mais generalizado nos *Beté* do que nos *Baoulé*, e entre os mais educados.

Quando ao estilo de vida dos dois grupos, este não parece ter mudado, especialmente a preocupação com o uso de camisinhas para a prevenção de doenças sexual-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

mente transmissíveis. Apenas algumas pessoas afirmam ter mudado seus comportamentos. Isso confirma que a informação e programas educacionais podem proporcionar melhor entendimento entre a população, mas, para haver uma mudança no comportamento, exigem-se transformações mais profundas dos valores sociais.

Como depreendemos, as mensagens publicitárias no rádio e na televisão teriam eficácia limitada pela escassez de aparelhos nas áreas rurais analisadas na pesquisa. Com efeito, poucas pessoas têm a oportunidade de escutar um programa regularmente, e menos ainda entendem os programas em francês; os programas mais ouvidos são aqueles transmitidos em língua local. Como o nível de analfabetismo é muito alto, falta capacidade para avaliar a eficácia das mensagens escritas. Ressaltamos: a cobertura limitada dos serviços de saúde nas periferias e a falta de profissionais na atenção primária poderiam explicar a baixa consideração expressada pela população no referente aos centros de saúde como locais de atividades de prevenção da Aids.

Reflexões

A organização de campanhas de informação e educação sobre Aids no ambiente rural não pode ser separada dos conhecimentos dos *Beté* e *Baoulé* sobre a doença, assim como as interpretações de outras doenças tradicionalmente conhecidas como transmissíveis.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

A percentagem de respostas que identificam a “feitiçaria” como uma possível causa da Aids demonstra a necessidade de considerar esse aspecto na elaboração dos conteúdos das mensagens.

Como vistas a superar esta realidade, é preciso concentrar esforços para sensibilizar principalmente as pessoas jovens sobre o risco de contrair a doença, sobre a presença de portadores sãos, bem como e quando sejam necessárias práticas de isolamento do paciente. Dentro do grupo *Beté*, em face dos discretos níveis de conhecimento da função da camisinha, as campanhas de educação teriam de conter mensagens para ampliar sua aceitabilidade e melhorar os conhecimentos em relação às formas de transmissão da doença, em particular do sangue. Seria necessário explicitar as diferenças existentes entre Aids e *Bagoumelé*. Entre os *Baoulé*, a função e uso da camisinha teriam de ser bem explicitados antes de se realizar em atividades de promoção e/ou distribuição.

Outras pesquisas precisam ser conduzidas para apoiar e monitorar os programas educacionais através de um *feedback* contínuo. Os aspectos sociais e culturais, assim como os conhecimentos e as práticas relacionadas à Aids teriam de ser investigados também nas áreas urbanas e entre outros grupos étnico-culturais da Costa do Marfim ou entre grupos de população como prostitutas, estudantes, imigrantes ou trabalhadores, os quais, provavelmente, são mais suscetíveis à doença.

CAPÍTULO 4

A “DOENÇA DOS PULMÕES MOLHADOS”: SIGNIFICADOS CULTURAIS DA TUBERCULOSE NA ILHA DE SUMATRA, INDONÉSIA¹⁴

Certamente, as enfermidades emergentes, como Aids e tuberculose, reacendem o debate atual sobre os mecanismos de transmissão das doenças (WHO, 1989). Enquanto os padrões epidemiológicos e clínicos são bem compreendidos, ainda sabemos pouco sobre as percepções da TB e os comportamentos que buscam a saúde entre as culturas não-ocidentais. Depois dos estudos pioneiros conduzidos, nos anos 1960, por Banerji e colegas sobre comportamentos em saúde de pessoas

14 Gostaria de agradecer o apoio do governador da província de Aceh por permitir a realização deste estudo. Agradeço, também, a Peter J. Brown e Nora E. Poling, cujos comentários foram úteis para melhorar este capítulo; Marteen Schurman, que ajudou como pesquisador para desenvolver o estudo desde o início; ao Conselho Consultivo, composto por Dr. H. Burhanuddin Yusuf, Dr. H. Syarifuddin Anwar, Dr. A. Manaf, Dr. T. Makmur M. Zain, Dr. Iskandar, Dr. Moead Zulkisli. Todos os pacientes com suas famílias e membros da comunidade que foram entrevistados, por participar em ativamente neste estudo de campo. Membros da equipe de investigação, Sra. Fauziah, Dentista, Sr. Djuraiddin Ismail, MS, Sr. Syaiful Bahri, SKM, Sr. Iman Jaya, SKM, Sr. Nusli Imansyah, SKM, Sra. Dra. Ariah Hastuti e Sr. Fatma Deri, Sr^a. Rachmawati, Sr. Sabri Amin, Dr. Abdul Rahman, Sr. M. Yusuf Siddik e Sr. Amiruddin Simanungkalit, que participaram ativamente na concepção do estudo, na coleta de dados e na análise.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

com sintomas de TB, diferentes estudos foram publicados com ênfase nesses aspectos (BANERJI; ANDERSON, 1963; WIESE, 1974; NICTER, 1994; LIEFOOGHE et al., 1995; MENEGONI, 1996). Um artigo de Farmer (1997) estimula a ampliar a perspectiva antropológica para além das análises cognitivas e sobre os modelos de percepção da doença focando sobre fatores econômicos e o funcionamento dos serviços de saúde. Os dados apresentados neste capítulo são parte de um projeto de pesquisa maior destinado a melhorar o controle da TB e desenvolver pesquisas sobre os sistemas de saúde na província de Aceh, na Ilha de Sumatra, na Indonésia. Como exposto, os resultados sobre a utilização dos serviços de saúde, a satisfação dos pacientes, as causas de abandono do tratamento são analisados profundamente pela pesquisa e apresentados detalhadamente em outras publicações (IDAWANI; HANIF; ABDULKADIR, 1995; HEALTH System Research, 1995).

De acordo com essa pesquisa, para o povo da província de Aceh, Sumatra, Indonésia, a TB é representada por uma rede semântica de doenças. Algumas dessas são claramente identificadas como transmissíveis, enquanto outras estão relacionadas a um fenômeno específico, o qual afeta o indivíduo, bem como o *terburk* (envenenamento) ou *trouk* (fadiga produzida pelo trabalho pesado), e, por essas razões, não são consideradas contagiosas. As formas de transmissão são interpretadas, principalmente, por categorias empíricas e analógicas; já a etiologia da TB é constituída por diferentes fatores:

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

a) categorias biomédicas, bem como a teoria dos germes; b) condições socioeconômicas; c) transgressão de regras sociais e oposições simbólicas; d) envenenamento e influências de poderes sobrenaturais. De modo geral, a busca por comportamentos mais saudáveis está relacionada com as causas percebidas da doença: no norte de Aceh, é mais frequente uma interpretação da doença que identifica os germes como uma possível causa; os *Acehnese* (população de Aceh) que vivem nessas áreas acreditam na biomedicina e na possibilidade de cura mediante regular tratamento com remédios. Entretanto, nas áreas ocidentais da província, são mais amplamente difundidas explicações mais tradicionais e conseqüentemente, a utilização dos serviços de saúde ou de curadores tradicionais está ligada a outros fatores. Contudo, os métodos de prevenção, diagnose e cura da TB utilizados na biomedicina podem falhar se os profissionais de saúde não reconhecerem a importância dessa rede. Finalmente, mostraremos que a doença como a TB, entendida como uma rede semântica de doenças, pode ser prevenida, diagnosticada e tratada por um conjunto de abordagens.

Em seguida, apresentaremos os resultados de uma pesquisa realizada em três diferentes regiões da província de Aceh, abordando, em particular, os seguintes temas: 1. as noções de contágio; 2. os comportamentos individuais e outros fatores sociais relacionados à TB; 3. os métodos de prevenção e tratamento. As relações sociais, as condições de trabalho, o consumo de tabaco

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

e certos padrões alimentares serão considerados como fatores relacionados à TB.

Uma pesquisa desenvolvida por Nicher (1994) mostra claramente a necessidade de ir além de pesquisas nas ciências sociais focalizadas em doenças específicas para conjuntos de doenças interligadas entre elas, como percebido nas diversas culturas populares. Muitos projetos de antropologia médica aplicada têm estudado aspectos culturais e sociais de doenças específicas, como a tuberculose, mas existe a necessidade de perspectivas mais abrangentes no estudo dessas doenças. Corroboramos a perspectiva de Nicher, mostrando que a TB é representada entre os grupos étnicos habitantes da província de Aceh, por uma conexão de doenças ligadas semanticamente entre si.

As pessoas afetadas por tuberculose levam uma vida de sofrimento, uma experiência exaustivamente descrita por estudiosos da sociedade ocidental no fim do século passado (SONTAG, 1979). No contexto ocidental, desenvolveu-se uma concepção romântica dessa doença, mas a TB representa uma doença paradigmática de desigualdade, bem difundida no século XIX, na Europa, sobretudo entre trabalhadores de fábricas e pessoas das classes mais pobres. McKeown (1979) mostrou brilhantemente, como o declínio dessa doença ocorreu, no começo do século XX, mais pelo melhoramento das condições de vida do que pela descoberta dos medicamentos apropriados.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Seguindo essas condições preliminares, duas questões fundamentam essa pesquisa: Como a transmissão da doença, particularmente a tuberculose, é interpretada num contexto não-ocidental? Como a TB é percebida entre os vários grupos étnicos da província de Aceh e que comportamentos foram adotados para prevenir e tratar a doença?

Para responder a essas questões, esta pesquisa analisa as interpretações sobre a transmissão das doenças, particularmente considerando as percepções de TB e os comportamentos de busca da saúde. Tentamos entender como esses processos se apresentam num contexto cultural não-ocidental, na província de Aceh. O contexto da província de Aceh é caracterizado pela presença de um pluralismo médico que poderia ser representado da seguinte maneira: 1. Práticas biomédicas ocidentais, executadas em serviços de saúde privados e públicos; 2. Conceitos e práticas médicas islâmicas. De acordo com Good e Del Vecchio Good (1992), a coexistência de uma única cosmologia médica islâmica em diferentes culturas mulçumanas é possível (GOOD; DEL VECCHIO GOOD, 1992). A teoria islâmica humoral reside numa episteme que liga correspondências entre homem e mulher com a teoria da reprodução. Nesse sentido, quente-frio, seco-molhado são sensações ligadas com práticas dietéticas, e o pensamento popular sobre saúde está ligado às noções de pessoa e aos poderes sobrenaturais (WOODWARD, 1985). A interação das ideias culturais de contágio na província de Aceh e as explica-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

ções biomédicas sobre os germes e a transmissão das doenças às vezes termina em uma situação na qual uma concepção não-ocidental de TB pode levar ao tratamento ocidental biomédico, mas, em outros casos, produz fortes contradições e paradoxos.

O propósito dessa pesquisa é determinar os fatores sociais e culturais que influenciam as percepções e os comportamentos em busca da saúde das comunidades da província de Aceh. Para isso, exploraremos as classificações etnossemânticas das doenças, as percepções da transmissão, os símbolos, os valores e as ideias não-ocidentais de pureza e poluição, assim como as atitudes em relação aos pacientes e os comportamentos preventivos adotados pelos membros das comunidades (GOOD; DEL VECCHIO GOOD, 1992; LADERMAN, 1992; DOUGLAS, 1967).

Esses diferentes aspectos serão levados em consideração, no intuito de mostrar como, em um contexto particular, são organizados os conhecimentos, os significados e as ações de uma comunidade no concernente à transmissão das doenças. Primeiro, apresentaremos alguns aspectos socioculturais da província, seguidos de breve descrição da prevalência da TB, assim como do funcionamento dos serviços de saúde e dos tratamentos aplicados em Aceh. Depois, mostraremos como as percepções e comportamentos das pessoas à procura da cura estão estritamente relacionados com os fatores contextuais.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

O contexto

Aceh está localizada na parte mais ocidental do arquipélago da Indonésia, na parte norte-ocidental da ilha de Sumatra. A área da província é de 55.390 quilômetros quadrados, consistindo em sua maioria de florestas e terras de agricultura. É dividida em dez territórios governamentais (oito distritais e dois municipais), subdivididos em 142 subdistritos, 591 *kemukiman* (três ou quatro comunidades juntas historicamente entre elas por uma mesquita) (LOEB, 1972) e 5.653 vilas. Hoje, a maioria dessas comunidades têm sua própria mesquita, mas ainda continuam a manter fortes relacionamentos entre elas. Do século XV ao XVIII, o sultanato de Aceh foi um dos mais importantes do estreito de Malacca, renomado centro de troca de pimenta, noz-betel, benjoim e cânfora¹⁵.

O nível mais baixo da hierarquia administrativa, a aldeia, é chefiado pelo *Keuchick* (chefe da aldeia) e assistido por alguns *Kepala Dusun* (chefes das aldeias menores habitadas por pessoas que têm em sua maioria relações de parentesco entre eles). Três ou quatro aldeias são unidas em um grupo chamado *Kemukiman*, chefiado por um *Imeum Mukim* (chefe). Essa autoridade tradicional coordena as atividades de todos os *Keuchik* no território que ele governa. Hoje, embora um *Kemukiman* não seja uma estrutura formal de governo, é considerado pelos habitantes da aldeia como uma importante forma tradicional de governo. Em cada comunidade, o chefe é

¹⁵ Sobre a história de Aceh, ver Snouck (1906), Loeb (1972), Marsden (1966), Reid (1969; 1988), e o livro de Lee (1995).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

assistido por quatro idosos (*Tuha Peut*), que são os habitantes das aldeias, que tomam decisões legislativas, e por um líder religioso (*Teungku Imeum*). Em cada aldeia, há uma construção chamada *Meunasah* a qual funciona como um lugar onde as decisões comunitárias são tomadas em diferentes áreas, como educação, comércio, cerimônias, e em outras atividades públicas. Os diversos grupos étnicos da província de Aceh dependem de regras islâmicas, mas antes da chegada do Islã, no século IX, a cultura hindu era bem difundida na província, influenciando a língua e os comportamentos sociais.

A população da província consiste em vários grupos étnicos; destes, o mais destacado é o dos *Acehneses*, que vivem em sua maioria nas zonas norte e leste do litoral. Os *Gayo* e os *Alas* são duas comunidades étnicas habitantes da parte sul de Aceh; os *Gayo* vivem nas terras altas, e os *Alas*, no “vale dos *Alas*”. As áreas ocidentais são colonizadas por comunidades étnicas de *Aneuk Jame*, vindo dos territórios *Minangkabau*. Outros dois grupos menores estão presentes na área: os *Tamiang*, nos territórios ao leste, e os *Kluet*, nos territórios a oeste.

Enquanto os *Acehneses* são patrilineares e matrilocais, os *Gayo* e os *Alas* são patrilineares e patrilocais. Já os *Aneuk Jamie* seguem um padrão de parentesco de *Minangkabau* e são matrilineares e matrilocais (IDAWANI, 1990; HANIF, 1990). Todos esses grupos falam línguas diferentes, *acehnese*, *gayonese*, a língua falada pelos *alas*, a língua falada pelos *Jame*, e *Kleut* e *Melayu* (falados por pessoas *Tamiang*). Quase todos (90%) os habi-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

tantes da província de *Aceh* são muçumanos; os demais são católicos, protestantes, hindus ou budistas. Grande parte das pessoas são pequenos agricultores (65%), seguidos por outros que se ocupam de serviços privados, comerciantes, servidores públicos civis e trabalhadores industriais. Conforme estimativas, a população da província totaliza 3.609.758 habitantes (censo de 1990, *Katond Statistik, Aceh*, 1992). Quase 90% deles moram em áreas rurais (BIRO PUSAT STATISTIK, 1992). Aproximadamente, 44% das pessoas são menores de 15 anos.

Dados epidemiológicos sobre a tuberculose

De 1983 a 1986, a equipe de saúde da província realizou um projeto de pesquisa sobre os serviços de saúde com a assistência financeira da USAID (projeto CHIPPS), estudando diferentes aspectos de controle de TB, e, particularmente, os conhecimentos e as práticas dos trabalhadores das aldeias nas áreas rurais. Com a finalidade de desenvolver um estudo de base sobre a saúde na província de *Aceh*, promoveu-se um estudo de prevalência da TB e da prova tuberculínica, cujos resultados mostraram uma prevalência de TB de 1.1% dos casos ativos entre os adultos com 15 anos de idade ou acima (SOLTER; HASIBUAN; BURHANUDDIN, 1986). Atualmente, não há dados confiáveis disponíveis; estimativas colocam a Taxa Anual de Infecção (ARI) entre 1,65 e 2,26 % por ano, em 1993 (HEALTH System Research, 1995). A incidência da doença detectada no período

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

1989-93 parece elevada e corresponde a 80% dos casos esperados. Porém, o número de falsos positivos nos laboratórios dos centros de saúde é tão alto que, na verdade, é impossível descobrir se foi alcançada uma boa cobertura (HEALTH System Research, 1995).

No referente à organização de serviços de saúde, seguindo a política nacional, o Programa de Controle de TB em Aceh começou em 1980-90, com a implementação da quimioterapia em alguns centros de saúde selecionados. No começo do programa, três categorias de centros comunitários de saúde (CHC) foram definidas de acordo com cobertura, habilidade da equipe e participação da comunidade. O programa nacional de expansão iniciou-se em 1990-91 e 81 centros de saúde foram selecionados; em 1994-95, 100 centros comunitários de saúde já estavam realizando atividades de controle de TB seguindo os novos protocolos (incluindo a utilização da quimioterapia de curta duração – seis meses).

Coleta de dados

Como estabelecido, a pesquisa baseou-se, principalmente, em métodos qualitativos, incluindo observação participante, estudos de casos, grupos focais, entrevistas abertas, envolvendo membros da comunidade, líderes de comunidade (curandeiros não-ocidentais, chefes e líderes religiosos), e familiares de pacientes com TB. Considerando a área de estudo, etnicidade foi

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

um dos principais fatores relacionados à percepção da doença e aos comportamentos de busca da saúde. Desse modo, dividimos a província de Aceh em três áreas de acordo com características geográficas e aspectos socioculturais:

1. A costa norte inclui os distritos de *Aceh besar*, *Pidie*, *Acer Utara*, e *Aceh Timur*. Nesta área, moram os grupos étnicos de *Aceh*;
2. A região mais ao sul consiste dos distritos de *Aceh Tengah* e *Aceh Tenggara*, e é habitada pelas comunidades *Gayo* e *Alas*;
3. A costa oeste encobre os distritos de *Aceh Barat* e *Aceh Selatan*, onde moram, principalmente, os *Aneuk Jame*. De cada uma dessas três áreas, foram selecionados, aleatoriamente, quatro subdistritos. Como o número de subdistritos na costa norte é muito amplo, decidimos selecionar cinco daquela região; quatorze subdistritos foram, finalmente, selecionados aleatoriamente e, em cada um deles, foram conduzidos dois grupos focais (um com homens e outro com mulheres), e três entrevistas abertas com líderes de comunidade e dois familiares. No total, foram conduzidos 28 grupos focais com membros de comunidade (8-10 pessoa cada um), 42 entrevistas abertas com líderes comunitários e 28 entrevistas aprofundadas com familiares de pacientes com TB.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Algumas entrevistas aprofundadas e realizadas, inicialmente, com informantes-chave contribuíram para identificar temas relevantes desde o começo do estudo. Os grupos focais com homens e mulheres ajudaram a entender as percepções da TB, as interpretações da transmissão da doença, as atitudes em relação aos pacientes com TB, os comportamentos de procura da saúde, os métodos preventivos adotados em nível familiar e comunitário.

Determinados casos permitiram focalizar o interesse sobre as vidas de pacientes e suas famílias no dia a dia, as relações sociais e as condições de trabalho. Todos os dados qualitativos foram gravados, transcritos e traduzidos na língua indonesiana e em inglês. As respostas foram sucessivamente codificadas de acordo com as principais categorias de pesquisa, como classificações de doença, percepções de causalidades, atitudes em relação a pacientes com TB e comportamentos preventivos. Elaboraram-se diversas matrizes de dados qualitativos (MILES; HUBERMAN, 1984) para identificar similaridades e diferenças entre os grupos étnicos habitantes das três áreas estudadas: os *Acehneses*, nas áreas do norte e do leste da costa; os *Gayo* e os *Alas*, na parte mais ao sul da província de Aceh, e os *Aneuk Jame*, no oeste. As matrizes ajudaram também na correção dos dados coletados com membros das comunidades, líderes comunitários (curandeiros tradicionais, chefes e líderes religiosos) e familiares dos pacientes com TB.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Rede Semântica das Doenças

Região da costa norte

No Norte, a maioria das pessoas pertence ao grupo étnico dos *Acehnese*. Nesse contexto, quatro principais termos são utilizados para expressar a doença TB: 1. *seunak*, que em *Acehnese* significa “senso de opressão”, de dificuldade de respirar normalmente; 2. *batuk darah*, que na língua da Indonésia significa “tosse com sangue”; 3. *batuk seratus hari*, que na língua da Indonésia significa “tosse que dura cem dias”. Essa última forma de doença é considerada uma doença que vai sanar em um período de tempo bem definido, com ou sem tratamento. Ela afeta mais as crianças e, algumas vezes, é associada com tosse de coqueluche; 4. *Batuk kering* é o último termo utilizado na parte mais norte da província de Aceh e significa tosse seca.

Essas quatro formas sintomatológicas mostram como a TB deve ser considerada dentro de um amplo complexo de sintomas e sinais representado por diferentes doenças. Essas doenças podem ser desencadeadas por causas diferentes; por exemplo, algumas pessoas pensam que *batuk darah* é causada por germes, enquanto outros pensam ser produzida por um ataque de envenenamento. Quase todas as pessoas se referem a uma doença afetando, principalmente, os pulmões; em alguns casos, falam sobre a “doença de pulmões molhados” (*paru-paru basah* na língua indonesiana) ou

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

“pulmões sujos” (*paru-paru- kotor*). Pulmões sujos estão relacionados com o período de infância da pessoa; se, depois do parto, a parteira não limpar a garganta do bebê, permanece uma matéria suja que se acumula nos pulmões do indivíduo produzindo a doença durante a vida adulta. Dois sintomas-chave associados com a doença são expressados por pessoas entrevistadas durante grupos focais e entrevistas abertas: *batuk darah* e *bahu naik*, significando posição vertical de ombros, seu sinal característico. Basta olhar para a pessoa andando com os ombros em certa posição (inchado, com orgulho), as pessoas diagnosticam TB.

O Islã exerce importante papel na sociedade de Aceh e a cultura islâmica é evidente nos conhecimentos e práticas dos *Acehnese*. É necessário lembrar também das profundas influências da medicina islâmica na cultura *Acehnese*. Algumas doenças se manifestam por um desequilíbrio do bem-estar do indivíduo decorrente de alterações dos elementos humorais quente-frio, seco-molhado. Conceitos similares são bem documentados em outros contextos da Indonésia (NIEHOF, 1988) e seguem as orientações da teoria humoral islâmica.

No norte de Aceh, é frequente também uma interpretação da doença que identifica os germes como causa possível. Os *Acehnese* que vivem nessa área confiam na biomedicina e nas possibilidades de cura da doença por um tratamento regular com drogas. Se o tratamento fornecido pelos serviços de saúde não consegue curar a doença, os pacientes exploram outras formas de cura.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

O relato seguinte mostra um caso de um paciente *Acehnese*, que mora nas partes mais ao norte da província. Primeiro ele procura ajuda nas unidades de saúde, mas, quando o tratamento falha, vai para um curandeiro tradicional da sua aldeia natal. Uma das causas da mudança está relacionada aos recursos financeiros. A falta de dinheiro é o fator-chave que o pressiona para abandonar o tratamento, assim explicado por sua esposa:

“Seis anos atrás meu marido ficou doente. Ele começou com uma tosse e, depois disso, a tosse começou a ser uma tosse sangrenta. Nós fomos à mantri (enfermeira) e ela sugeriu que nós fôssemos ao médico. O doutor não explicou o que era a doença, mas eu sabia que era TB. Tratado pelo doutor ele não melhorou e, já que não tínhamos mais dinheiro, nós decidimos ir para a aldeia natal dele para ele ser curado por um tabib¹⁶ (curador não-ocidental)”.

Esse relato é típico da situação de alguns pacientes que suspendem o tratamento por falta de dinheiro. Embora o tratamento para TB seja gratuito, há custos de transporte, de acessibilidade física (falta de veículos), custos ligados à primeira visita de diagnóstico no centro de saúde. Porém, se a família decide ter a assistência de um curandeiro tradicional, o *tabib*, na maioria dos casos, vai para a casa do paciente. Como as pessoas

¹⁶ *Tabib* (nome árabe) atribuído a um curandeiro tradicional considerado como pessoa capaz de tratar as doenças mediante seus poderes para curar as pessoas. Utiliza o *Al Qur'an* para tratar os pacientes.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

afirmam, elas recebem tratamento de graça. É preciso, porém, recompensar o *tabib* de alguma forma, mas não em dinheiro. Às vezes, o paciente fica morando por um tempo na casa do *tabib*, comendo e dormindo lá até se recuperar. Depois da recuperação, seus parentes pagam o curandeiro tradicional com produtos alimentícios (arroz, cocos, frango).

Região sul

Na parte sul da província, a doença é expressada por diferentes termos: entre os Gayo, *isak*¹⁷ é o termo mais utilizado e representa certa dificuldade em respirar especialmente à noite; a pessoa tosse continuamente (*atuk* na língua Gayo), enquanto dorme e anda. Outro termo é *matuk peloah ryoh*, que significa “tosse com sangue”. Entre os Alas, a presença de tosse com sangue denomina-se *engkat*. A infração de regras sociais é considerada uma decisiva forma de predisposição à doença, como mostrado no exemplo a seguir: entre os Alas uma importante causa é a quebra de normas que se referem especialmente à gravidez e à sexualidade. É comum pensar que quando o pai está doente e tem relações sexuais com uma mulher durante a sua gravidez, ele pode transmitir a doença para o bebê. Outra causa possível, identificada principalmente entre os Gayo, refere-se à ação de mascar folhas de *sirih* (folhas de betel) com

17 Trata-se de uma doença que afeta também as crianças de forma semelhante à asma.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

tabaco. A medicina tradicional e a biomedicina podem ser utilizadas como recursos alternativos de tratamento. Como observado, a coexistência de diferentes formas de interpretação e tratamento das doenças apresenta diferenças e contrastes, mas também formas complementares indicadas por determinado líder religioso Gayo:

“Quando uma pessoa está sofrendo de TB, ela deve ser tratada por um médico, sem ir ao tabib (curador tradicional); tabibs não podem curar TB. Há uma doença que pode ser curada por tabibs e ela é tekona (uma doença produzida por ataque de envenenamento)”.

Um segundo exemplo é emblemático e mostra a história de um homem do grupo étnico Gayo habitante das terras altas e atingido pela doença de TB por oito anos. Sua mulher afirma:

“Em 1987, foi quando meu marido pegou uma tosse acompanhada por sangue. Isso aconteceu porque talvez ele trabalhou demais e fumou muito, e a doença começou, mas eu não sei a causa. Talvez isso foi causado por um feitiço mágico. Eu tentei ir com ele a um tabib, mas ele não ficou bem ainda. Então nós fomos ao centro de saúde e ele começou a tomar remédios. Ele está seriamente doente e desde isso não dormimos no mesmo quarto, nós dormimos em camas separadas. Ele dorme sozinho enquanto eu durmo com as crianças.”

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Outra interpretação considera a TB como causada por germes. Na língua *Gayo*, germe é *kumen*, que significa: “a semente da doença entrando no corpo humano”.

As más condições sociais e econômicas que favorecem o aparecimento da doença são bem compreendidas. Elas são expressas em termos populares com a palavra *trouk*, ou seja, “trabalho duro” (na língua *Acehnese*). Vejamos, a seguir, as causas da doença relatadas por um líder comunitário *Gayo*:

“Não tendo o café da manhã, em seguida, trabalhando duro. A desnutrição é a causa principal, a comida não é suficiente, então a doença vem. Apesar de sermos pobres, temos de tentar manter saúde, porque a saúde é mais valiosa do que ouro e prata.”

Como mostrado no exemplo, o bem-estar do indivíduo é altamente considerado e este fato poderia estar relacionado com a forte influência do *Adat* sobre os *Gayo* e sobre as populações de Aceh (BOWEN, 1993). *Adat* é a tradição¹⁸, a lei que, em tempos antigos, foi transmitida oralmente dos mais velhos para os jovens e, agora, também é apresentada de forma escrita (ISMUHA, 1983). Ela representa os costumes a serem seguidos pelo povo. De acordo com o *Adat*, as pessoas que pertencem à mesma família têm que seguir as regras, particularmente a solidariedade e a ajuda mútua.

18 Ver também a discussão sobre o *Adat* feita por Geertz (1983).

Região da costa oeste

As pessoas que vivem nas áreas ocidentais se definem como *Acehnese*, mas, ao mesmo tempo, pertencem ao grupo *Jame* (termo derivado de *Aceh* que significa “adivinhar”), originário da cultura *Minangkabau*. Essas pessoas falam uma linguagem influenciada pela cultura *Padang*. Nas zonas ocidentais, empregam-se termos diferentes, demonstrando a riqueza e a complexidade do tema: *Barah* (língua *Jame*) significa uma úlcera que afeta as partes internas do corpo; *Batok Tho* (língua *Acehnese*), tosse seca; *trouk* (língua *Aceh*) significa uma forma de fadiga produzida pelo trabalho duro. Outro termo amplamente difundido é *terbuk*, veneno, porque alguns casos são considerados efeito de envenenamento. Ainda dois termos, *terbuk jin* e *angen donya* (língua *Aceh*), representam e relacionam a doença com os poderes sobrenaturais e os ataques de feitiçaria: *terbuk Jin* refere-se a um ataque de envenenamento produzido por uma *dukun*¹⁹ (uma pessoa que possui poderes sobrenaturais) e acompanhado por uma palavra mágica²⁰. *Angen donya* significa ventos do mundo e que a doença

19 Utilizamos o termo *dukun* de forma diferente de outros autores (AFDHAL; WELSH 1988). Na província de Aceh, o termo *dukun* é utilizado para definir pessoas que possuem poderes sobrenaturais e que usam esses poderes para curar e ao mesmo tempo produzir poções venenosas e falas mágicas. Outro termo utilizado é *orang pintar* para referir-se a pessoas que possuem poderes de cura e divinização. Essas pessoas podem predizer a evolução das doenças, suas características e assim se assemelham a outras figuras de cura como os *dukun*.

20 Utilizamos o termo “mágico” neste contexto particular como citado também no trabalho de Good e Del Vecchio Good (1992): “Os cosmologistas islâmicos e os cientistas não dividiam o universo entre natural e sobrenatural”, aceitando a presença do mágico em uma única episteme que conjuga o mundo natural e sobrenatural, as ciências naturais e o mundo do oculto.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

é produzida por um vento ruim. Alguns desses termos referem-se a sinais e sintomas das doenças; outros são estritamente ligados ao domínio etiológico.

O bem-estar de um indivíduo também está relacionado ao fato de seguir as regras *Hadis Nabi*²¹ Entre elas, constam algumas ideias extraídas durante uma entrevista aberta com um líder comunitário em uma aldeia da parte ocidental de Aceh:

“No ensinamento do Islã, devemos acreditar que cada doença tem o seu próprio remédio, mas eu sou a favor no ponto de que mesmo que a doença seja uma catástrofe, nós não temos que tomar as drogas feitas de coisas nocivas como Khamar (álcool) ou outras coisas que nos embebedam; de acordo com a doutrina do Islã, existem duas fontes de medicamentos: 1) Al Qur’an é a medicina e a bênção; 2) Ibadah ou culto, sempre lembrando do Criador; 3) é também conhecido no Al Qur’an (Alcorão) que o madu, o mel, o néctar, é um medicamento que cura. Uma vez um homem veio ao profeta Maomé dizendo que ele estava doente em seu estômago e o profeta lhe disse para beber o néctar e ele se curou.”

Outro líder religioso apresenta-nos as cinco regras de prevenção:

“Cuide dessas cinco regras antes que outras cinco venham até nós:

21 *Hadis Nabi* são regras estabelecidas pelo profeta Maomé; trata-se de explicações adicionais do Alcorão.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

1. *Cuide da saúde antes que a doença venha;*
2. *Cuide da juventude, antes da velhice chegar;*
3. *Cuide do tempo de reposição antes do tempo de pressão vir;*
4. *Cuide da sua saúde antes da pobreza vir;*
5. *Cuide da vida antes da morte chegar.”*

Estes conceitos são aplicados na prevenção de doenças como a tuberculose. *Terbuk* (envenenamento) é outra causa comum de doença (identificada por 50% das pessoas entrevistadas nas zonas oeste). Os *dukun*, feiticeiros com poderes sobrenaturais, são geralmente considerados os responsáveis pelo preparo dessas formas de intoxicação que a vítima toma com alimentos ou bebidas. Tal ação de envenenamento é determinada por um conflito que a vítima tem com outra pessoa, muitas vezes produzido por ciúme, rivalidade, conflitos de herança de terras. Em casos extremos, a pessoa consulta um *dukun* para preparar uma solução de envenenamento. Quando o paciente fica doente, as pessoas pensam que ele não pode transmitir a doença e lhe é permitido viver em família sem grandes problemas. Os membros da comunidade têm certamente mais medo do *dukun* que fez o ataque do que do próprio paciente. Diferentes formas de venenos são conhecidas e uma das principais é constituída por “cabelos” finos de bambu, “bigodes” de tigre. A história a seguir representa um caso emblemático de envenenamento referido por um *tabib* de Aceh que vive nas zonas oeste da província:

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

“Eu sei que em todo o mundo existem kekuatan jahat [poderes do mal], formados por pessoas que trabalham junto com Jin [espíritos sobrenaturais]. Muito tempo atrás, quando eu estava voltando de Medan para minha aldeia, durante a viagem o ônibus parou e eu queria beber um café em uma cafeteria. Percebi que alguém tinha colocado veneno no meu copo. Eu não podia beber o café porque tentando pegar a taça, ela permanecia grudada no prato.”

A história enfatiza também a importância dos espíritos sobrenaturais como possíveis causas da doença. Eles podem afetar o indivíduo, especialmente após o não-cumprimento de um voto, como já foi bem documentado na literatura etnográfica de Aceh do final do século XIX (HURGRONJE, 1906).

Outro exemplo centra a atenção na interpretação dos conceitos de corpo: nas zonas ocidentais, tomar um banho quando se está com fome (*dek*) e cansado (*hek*) ou tomá-lo à noite pode causar a tuberculose, já que a água vai entrar no corpo e ir para os pulmões, produzindo a chamada doença pulmonar úmida (*paru-paru basah* na língua indonesiana). Nas áreas de *Jame*, explicações não-ocidentais são mais difundidas e, conseqüentemente, a utilização dos serviços de saúde ou de um curandeiro tradicional está relacionada com a causa identificada. Quando esta se refere à *terbuk*, a escolha será o *tabib*. Em *Aceh Barat* e em *Aceh Selatan*, as pessoas utilizam a biomedicina como uma segunda opção caso o tratamento não-ocidental do curandeiro tenha falhado.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Excesso de trabalho, hábitos tabagísticos, mas também o envenenamento ou ataques de magia são considerados como possíveis causas, como mostrado nos capítulos anteriores. As frases mágicas podem estar ligadas a um veneno (*guna-guna* na linguagem de *Aceh*) que o *dukun* prepara e adiciona aos alimentos ou bebidas. As palavras mágicas reforçam o poder da poção.

Tanto a medicina ocidental como a tradicional não são mutuamente exclusivas, e é comum serem utilizadas em conjunto.

Discussão sobre às Semelhanças e Diferenças Intraregionais

Comportamentos em busca de uma saúde plena estão estritamente relacionados com as causas percebidas da doença e, como vimos nos capítulos anteriores, mudam conforme as diferenças étnicas e geográficas. Muitas vezes, a busca de terapia é um processo que envolve a família e pode ser caracterizado por diferentes padrões de procura de tratamento. Os membros da comunidade entrevistados por meio de grupos focais revelam diferentes percepções de causalidade de acordo com zonas geográficas. Diferentes termos são adotados para expressar a doença por membros do mesmo grupo étnico. Algumas dessas doenças são claramente identificadas como doenças transmissíveis, enquanto outras estão relacionadas a causas específicas que afetam o

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

indivíduo e, por estas razões, não são consideradas transmissíveis. Germes são considerados uma das causas da doença, especialmente no norte (70%) e na zona sul (50%), enquanto esta causa é menos conhecida na zona oeste (25%). A teoria de germes é mais conhecida entre as pessoas que vivem em Pidie e Aceh Utara: mas em Aceh Barat e Aceh Selatan as ideias não-ocidentais de causalidade são muito mais difundidas. Para quase 50% dos membros da comunidade, o trabalho duro, especialmente durante a juventude, chamado *trouk*, é um dos principais fatores causadores da doença. Este aspecto está associado com outra série de atos relacionados aos comportamentos individuais, como ficar fora até tarde da noite, fumar em excesso, comer muito e de forma anormal. Esses fatores são mencionados frequentemente por moradores de toda a província. TB aparece como um produto ligado também a condições de desigualdade e trabalho pesado, como mencionado por muitos moradores: *“A nossa maneira de pensar a causa da doença é devido ao trabalho muito duro e exaustivo”*.

O trabalho duro pode funcionar como indicador das más condições sociais e econômicas, como consequência de más condições de vida. Alguns líderes comunitários referem, explicitamente, a ligação entre a pobreza e as condições de saúde: *“Os pobres não podem pagar para manter a saúde nem prover as necessidades da vida diária”*; *“a desnutrição é a causa principal, a comida não é suficiente, então a doença vem”*; *“apesar de sermos pobres, devemos ser inteligentes para manter a saúde”*. Trata-se

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

de um problema presente também em outras culturas (PORTERO NAVIO J., L.; RUBIO YUSTE, M.; PASICATAN M., A. 2002). Outro fator importante, relacionado com as condições socioeconômicas, é o fato de viver em um ambiente sujo. Além disso, algumas pessoas pensam que a tuberculose pode ser transmitida por hereditariedade.

Jiek e *keunong* na linguagem *Acehnese* representam o contágio, a transmissibilidade da doença de uma pessoa para outra. No referente à tuberculose, sua transmissão é interpretada, principalmente, por meio de categorias empíricas e analógicas de pensamento; algumas ideias estão relacionadas à oposição dos conceitos puro e impuro. No que diz respeito aos modos empíricos de transmissão, os membros da comunidade, em todas as três áreas do estudo, identificam a doença como consequência da transmissão através do ar (através da tosse, fala, respiração na mesma sala), mas também através de alimentos e bebidas do paciente e de utensílios, como copos e pratos. Em particular, eles se referem ao ato de comer junto do mesmo prato (*Sapat pajoh bu* na língua Aceh), uma prática que acompanha cerimônias particulares, embora, durante a vida diária, cada membro da família tenha seus próprios utensílios. Entre as pessoas que vivem nas zonas norte e sul, viver e dormir juntos são mencionados como outras formas de transmissão, porém esta possibilidade é menos considerada entre os habitantes das áreas ocidentais. Tal diferença advém, provavelmente, do seguinte fato: entre as populações ocidentais, o *terbuk* (em *Acehnese* significa veneno), *terbuk jin*, *angen donya* – termos denotadores

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

da doença – são relacionados à intoxicação e poderes sobrenaturais que, por definição, estão associados a pessoas específicas e não podem ser transmitidos a outras pessoas.

Um total de 35% dos membros das famílias de pacientes com TB (todos habitantes das zonas norte e sul) consideram a tuberculose uma doença não-transmissível, já que nestas famílias não existem outras pessoas afetadas pela doença (raciocínio empírico).

No concernente ao pensamento analógico, como relatado por moradores das três áreas, a doença pode ser transmitida quando dois indivíduos têm o “mesmo sangue” e compartilham uma similaridade comum (que não corresponde às categorias médicas). Neste caso, se eles moram perto ou dormem juntos, há altas possibilidades de transmissão porque têm o “mesmo sangue”. Pelo contrário, se eles têm “sangue diferente”, podem dormir ou viver juntos sem transmitir a doença. Outra interpretação refere-se ao sistema de parentesco ainda existente, mas menos importante do que no passado. Refere-se ao *kawom* constituído pelos “descendentes de ancestrais comuns na linha masculina” (LOEB, 1972). Os membros de cada *kawom* consideram-se pertencentes ao mesmo grupo, através das relações de sangue. Com esta interpretação, o contágio pode ser possível dentro de cada grupo de relação de sangue *kawom*.

Finalmente, o exemplo a seguir mostra outra forma de transmissão de mãe para filho, através de substâncias impuras. A esposa de um jovem paciente com TB fala sobre o caso do seu marido:

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

“Eu não sei se essa doença pode ser curada ou não. A doença de tosse, sofrida pelo meu marido, é também sofrida por outras pessoas que nos cercam. Até sua mãe começou a tossir e pegou a doença. Ocorreu em 1984, ao mesmo tempo em que ela deu à luz o filho mais novo. Depois que ela foi examinada pela parteira tradicional, ela foi informada de que tinha tosse por causa do sangue impuro em seu ventre. É possível que o meu marido esteja sofrendo da doença da tosse porque sua mãe transmitiu a ele.”

De acordo com a maioria dos membros das famílias de pacientes com TB que vivem em Aceh, os pacientes estão preocupados em receber um tratamento contínuo dos serviços de saúde ou pelos médicos privados.

Muitas vezes, a automedicação é complementar com a biomedicina e os remédios não-ocidentais. Tem de ser lembrada também a utilização frequente dos remédios caseiros como uma terceira forma de busca da terapia. As famílias desempenham papel importante ao sugerir mudanças na ingestão de alimentos, plantas e utilização de animais. Estas práticas consistem, sobretudo, em dietas particulares, uso de certos componentes nutricionais, abstinência de determinados alimentos.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Reflexões

Diferentes termos são usados para se referir ao que a medicina ocidental chama de tuberculose e diferem segundo o contexto. A semântica refere-se em especial a causas ou sintomas. Alguns são estritamente relacionados com os pulmões, “pulmões úmidos”, “pulmões sujos”, “úlceras nos pulmões” –, enquanto outros se referem aos sintomas como tosse com sangue, tosse sazonal, dificuldade em respirar, sensação de exaustão, perda de peso etc. Finalmente, alguns outros dizem respeito a causas representadas por uma ampla gama de possibilidades relacionadas a diferentes tradições médicas: medicina ocidental, medicina islâmica e outras formas não-ocidentais de cura. De fato, como a pesquisa mostra, a tuberculose não é interpretada como uma única doença, mas como uma rede de doenças associadas. Esta constatação salienta as limitações evidenciadas por investigações em antropologia médica que estudam as doenças de forma separada, e revela o valor de uma abordagem mais ampla de uma doença como a tuberculose.

De modo geral, a etiologia da tuberculose é pensada com base em diferentes categorias: a) biomédica; b) socioeconômica; c) organização social e oposições simbólicas; d) envenenamento e poderes sobrenaturais.

No norte de Aceh, uma interpretação da doença que identifica os germes como uma possível causa é mais frequente, enquanto os *Acehnese*s habitantes des-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

tas áreas confiam na biomedicina e na eficácia dos quimioterápicos na cura da doença.

Nas áreas ocidentais, são mais difusas as interpretações não-ocidentais e, conseqüentemente, é frequente a procura de curandeiros tradicionais. Quando a causa é o envenenamento, eles escolhem o *tabib*, e a biomedicina torna-se uma segunda opção. Intoxicação e poderes sobrenaturais, como importantes causas de doenças, têm sido bem documentados desde o final do século XIX, por Hurgronje (1906, p. 414), que viveu em Aceh, em 1891:

Tais poderes de feitiçaria, empregados para trazer infelicidade de uma outra pessoa, são chamados *hékeumat*... Um veneno deve a sua atividade principalmente pelos encantamentos mágicos pronunciados sobre ela, ou a bruxaria necessária para a sua preparação. Sua força pode de igual maneira ser quebrada por uma pessoa experta, com o auxílio de algumas orações definidas (*tangkay*).

Como podemos depreender, as diversas interpretações entre as áreas do norte e as do oeste são provavelmente decorrentes de fatores culturais, educacionais e econômicos, que produziram diferenças entre estas duas áreas: as regiões do norte sofreram um processo de rápido desenvolvimento, especialmente modivado pelas atividades comerciais, através do estreito de Malaca, e, mais recentemente, descobriram-se novos caminhos de desenvolvimento com rodovias e estradas asfaltadas

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

ligando esta área com Medan e o norte de Sumatra. Cinco importantes atividades no norte de Aceh podem ser mencionadas hoje: as plantações de palmeiras; plantações de coqueiros; a exploração da borracha; os campos de arroz; as indústrias de processamento de petróleo desenvolvidas recentemente. Quanto à alfabetização e escolaridade, estas são mais elevadas nas regiões do norte do que naquelas ocidentais (FAKULTAS EKONOMI. UNIVERSITAS SYIAH KUALA, 1986).

A pesquisa antropológica sobre as doenças transmissíveis também deve chamar a atenção para o conceito de contágio e as práticas a ela relacionadas, ressaltando as diferenças e paradoxos presentes em uma cultura não-ocidental, quando coexistem diferentes paradigmas de pensamento (CAPRARA, 1994, 1998). Consoante enfatizado por diversos autores, na sociedade ocidental, o contágio é interpretado por um modelo de causalidade, considerando as relações entre agente, hospedeiro e meio-ambiente (PIGNATTI, 2004; D'ANDRADE, 1995). Na província de Aceh, algumas doenças são transmissíveis, principalmente por meio de categorias analógicas e empíricas. Na costa oeste, pelo contrário, as ideias, bem difundidas que associam a TB com o envenenamento e os poderes sobrenaturais descartam a possibilidade de contágio, pois a doença é limitada a indivíduos específicos. *Terbuk jin, angen donya, trouk* estão relacionadas a causas específicas que afetam os indivíduos isolados e, por isso, elas não podem ser transmitidas, porque estão ligadas a pessoas específicas. Lembremos, no entanto: a

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

experiência empírica desempenha papel contraditório na interpretação dos diferentes modos de transmissão: os membros da comunidade sabem que a tuberculose pode ser transmitida através da tosse, ao falar para os outros, ao respirar na mesma sala, através da alimentação dos pacientes e bebidas, e de utensílios, como copos e pratos. Ao mesmo tempo, para 35% dos membros de famílias de pacientes com TB, dormir, comer (*Sapat pajoh bu* em Aceh) e viver com um doente de tuberculose não é considerado um ato capaz de afetar outros membros da família. Isto vem da experiência dos familiares com os pacientes e pode decorrer de diferentes fatores como, por exemplo, os efeitos positivos do tratamento farmacológico sobre os pacientes e algumas medidas preventivas adotadas pelos familiares.

Ao se implementar um programa de controle de TB, devem-se levar em consideração as diferentes interpretações da TB dos grupos étnicos habitantes de província de Aceh, sobretudo por meio de uma adaptação das atividades de ensino ao contexto local. Ao mesmo tempo, é preciso atribuir à população um papel de responsabilidade, implementando um modelo de “convergência” de comunicação em vez de persuasão (NICTER, 1990). Nichter (1990) salienta a necessidade de desenvolvimento de ferramentas educacionais utilizando a analogia como um processo cognitivo de referência, mediante ações com base nos modelos culturais locais e organizados em algumas metáforas centrais relevantes para as comunidades.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Com vistas a pôr em prática atividades educativas adaptadas ao contexto local, os profissionais de saúde deveriam elaborar mensagens sobre a TB em consonância com as concepções locais da doença. Além disso, ao trabalhar programas de prevenção e controle, é necessário transformar um papel passivo de aceitação da população em participação ativa local. Este processo irá contribuir para o desenvolvimento de atividades de prevenção e controle adaptadas ao contexto local.

CAPÍTULO 5

A INTERPRETAÇÃO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NA BAHIA

Tal como exposto na introdução e nos capítulos anteriores, a questão da transmissibilidade das doenças infecciosas tem visível importância conceitual e prática. Ela está no centro de uma série de atividades de prevenção e controle, seja nas sociedades ocidentais, seja naquelas tradicionais.

Na minha pesquisa com os Alladian da Costa do Marfim, em 1990-92, apresentada no capítulo 2, proponho pensar o contágio como um conceito transversal que atravessa toda a cultura, que está ligada aos valores e regras sociais do grupo e não a uma teoria específica, como no caso da teoria dos germes de Pasteur (CAPRARA, 1994). Em 1994, comecei uma pesquisa em Salvador sobre o mesmo tema e mostrarei agora alguns resultados ao analisar três elementos interpretativos principais: 1. A dialética entre pensamento empírico e analógico; 2. Os determinantes sociais e econômicos das doenças; 3. A relação entre domínio simbólico e regras sociais.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Na Bahia, foi através de um encontro direto com a realidade das casas de culto de candomblé que desenvolvi meu trabalho de pesquisa etnográfica. Em particular, tentei retomar o fio condutor de pesquisas antecedentes desenvolvidas na África Ocidental e na Indonésia, para me aproximar da cultura afro-brasileira, analisando, especialmente, a experiência com as doenças contagiosas, temática ainda hoje pouco explorada na vasta literatura sobre o candomblé. O candomblé deve ser abordado não apenas como matriz religiosa, mas também, e sobretudo, como fonte de identidade afro-baiana que hoje se desenvolve em diferentes campos do saber tanto literário, musical, iconográfico, pictórico, arquitetônico, histórico.

Focalizei meu interesse na investigação, em especial, sobre o percurso terapêutico de alguns indivíduos que, através da experiência da doença, estabeleceram uma relação com os *Orixás*, em particular *Omolu*²², e modificaram seu estilo de vida e as relações com o contexto social, encontrando, em muitos casos, a saúde (DELOACH, C. D., & PETERSEN, M. N. 2010). Na coleta de dados, privilegio uma abordagem metodológica baseada na observação participante, mas também dedico particular atenção à narrativa, aos contos, às histórias de vida. Apesar dos muitos métodos existentes, as premissas comuns de Ricoeur e Gadamer constituem a base para a abordagem fundamentada na análise de narrativa que eu usei neste trabalho (ROBERTSON-MALT, 1999; GEA-

22 Divinidade do candomblé ligada às doenças da pele e às doenças contagiosas.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

NELLOS, 2000; TODRES; WHEELER, 2001; FAGERBERG; KIHLOGREN, 2000).

Ao longo do trabalho, observei muitos rituais em diferentes contextos terapêuticos. Além disso, entrevistei diversos pacientes e familiares, principalmente moradores das favelas de Salvador,, recolhendo acima de tudo, histórias orais e estudos de caso. Várias entrevistas abertas com mães e pais-de-santo, com curandeiros tradicionais e líderes espirituais de casas de culto foram feitas na cidade de Salvador.

Um exame detalhado de casos permitiu-me compreender as dimensões sociais e culturais da doença, os elementos simbólicos, as representações do corpo, as dinâmicas sociais do itinerário terapêutico. Os casos foram estudados através de uma análise que me possibilitou identificar a narrativa principal, a estrutura do texto, os tempos, o espaço, os personagens envolvidos no processo diagnóstico e de tratamento. Em face da multivocalidade do discurso, da diversidade das práticas, das profundas diferenças de contexto e significados, a pesquisa tem sido caracterizada por sua diversidade, contra a unicidade.

Os dados da pesquisa etnográfica realizada na cidade de Salvador apresentados neste capítulo foram elaborados em duas áreas de interesse no campo da antropologia da saúde: 1. O primeiro importante contexto de estudo é constituído das práticas de cura ocorridas nos terreiros de candomblé e que preservaram os elementos culturais afro-brasileiros, resguardando-se do sincretismo com outros elementos religiosos e rituais.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Profundamente ligado às tradições do passado, o terreiro *Ilê Axé Opô Afonjá* representa um primeiro grande espaço de encontro e reflexão; 2. O segundo contexto de estudo constitui-se dos espaços sincréticos nos quais elementos do culto afro-brasileiro combinam-se com elementos católicos. Pudemos identificar este aspecto de sincretismo na Igreja de São Lázaro²³, lugar de grande afluência de doentes, em busca da proteção dos santos a ela dedicados, São Lázaro e São Roque, identificados com as divindades do candomblé *Omolu* e *Obaluaiê*.

Omolu: o Senhor dos Labirintos²⁴

Nesta seção, mostraremos aspectos da cultura afro-baiana, em particular, a elaboração do conceito de médico ferido representado no candomblé pela divindade *Omolu*. Uma descrição das características dessa divindade possibilitará explorar sucessivamente a relação que se estabelece entre doente, experiência da doença e divindade.

23 Outro espaço terapêutico, perto da Igreja de São Lázaro, é formado pela gruta de *Omolu* que visitamos várias vezes.

24 Quero agradecer a Mãe Stella, *Jalorixá* do *Ilê Axé Opô Afonjá*, Carybé, Oba Kakanfó, Mãe Detinha, Genivaldo Rosendo de Lima, Graça Vianna (Graça de Isansã), Francisco e Eva Codes, Susanna Bárbara, Anna Nolasco e os outros filhos de *Omolu* e irmãos do *Ilê Axé Opô Afonjá*, pelo carinho, afeto e disponibilidade com os quais me acolheram entre eles. Um agradecimento particular a Nadja de Andrade, pela ajuda na transcrição dos contos e das cantigas. Gostaria também de agradecer a Vivaldo Costa Lima, Naomar de Almeida Filho, Gilles Bibeau, João Guilherme Biehl e Gabriela Godoy pela leitura e comentário de uma primeira versão do texto, e a Eurides Pitombeira de Freitas, Marialda Silveira e Denise Coutinho pela revisão crítica. Durante a pesquisa de campo, este trabalho teve a ajuda também de Ana Terra, Armando Castro Filho, Maria de Lourdes, Adriana Camargo e de Jacinea Santana na transcrição de parte do material. Muito obrigado a todos.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

A abordagem lexical permite identificar uma polissemia manifesta em diferentes heterônimos utilizados para expressar o nome de *Omolu*. *Omolu* significa “Filho do Senhor” e *Obaluaiê* “Rei, Senhor da Terra” (VERGER, 1992). Esses dois nomes designam a mesma divindade, mas, em alguns contos míticos, no discurso popular e na literatura antropológica (CARNEIRO, 1948), são interpretados também como duas formas da mesma divindade, uma mais jovem (*Obaluaiê*) e a outra mais velha (*Omolu*). Pierson (1967), por exemplo, apresenta um conto dos anos 1930, no qual essas duas figuras são representadas como pai e filho.

Omolu é chamado “rei do mundo” não por ser somente uma divindade da terra, mas pela relação mítica com os outros *Orixás*. Ele foi nomeado rei por Oxalá em um dos mais lindos contos que compõem o sistema mítico desse *Orixá*, conforme a narrativa de Dentinha, Obágesi, do *Ilê Axé Opô Afonja*:

“E certa vez, Oxalá já estava caminhando para velhice, mas não estava tão velho, então Exu partiu pra Oxalá e pediu ‘– Olha, meu pai, o senhor está tão velho, dê cá logo a minha herança, a minha parte. Por que é que o senhor não divide logo?’ ‘– Mas, meu filho²⁵, não está no tempo de eu dividir a herança, mas, como você quer, aí eu vou dar a sua parte. Aí deu a parte da herança pra ele, e não deu para os outros. Então quando ele foi chegando mais pra velhice, ele disse ‘– Agora

25 Segundo a tradição, *Exu* também é filho de *Oxalá* com *Nanã*, e irmão mais velho de *Omolu*.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

eu vou dividir a herança para meus filhos.' Aí Exu voltou... já tinha acabado com tudo: 'Eu também quero' – Mas, Exu, eu não dei a sua parte?' – Ah, eu não quero saber, eu quero mais." Aí Oxalá tornou a dividir, deu umas terras a ele, que essas terras eram as encruzilhadas (essas encruzilhadas é dele), e deu mais outras coisas que ele exigiu e foi dividindo com os outros filhos. Na hora que ele chamou Omolu [aí é que entra a história de Omolu], chamou Olomu, e disse: '– Meu filho, ta aqui a sua parte'. Ele disse: '– Eu não quero, meu pai, eu não quero herança. Eu quero o senhor.' Aí Oxalá levantou da cadeira, do trono, chamou todos e disse: '– Meu filho, já que você não quer nenhuma herança, então eu vou lhe sentar no meu trono. A partir de hoje, Omolu, você se chamará Obaluaiê, o rei do mundo'. Mas, como Omolu trouxe a missão de viver curando as pessoas doentes de pele... de doenças de pele, então aquele trono só vivia vazio. Xangô chegando, encontrou o trono vazio, aí disse: '– Cadê Omolu?' – Ah, Omolu está aí pelo mundo curando' – E o trono está vazio?' Aí sentou na cadeira, aí chamou [ele era muito querido], chamou por todo mundo e se coroou como rei. Essa é uma das histórias de Omolu, porque Omolu se chama Obaluaiê, é o mesmo, certo? Ele ganhou esse título por causa disso."

Assim, podemos encontrar muitos outros nomes menos comuns, presentes na literatura antropológica: *Saponan, Wari-warú, Afoman, Omonolú* (RODRIGUES,

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

1935), Odogun (RAMOS, 1934)²⁶. O termo *Sakpata*, que em nagô antigo significa “que corta, que mata”, e que corresponde a *Xapaná* em Yorubá, é um nome pouco pronunciado pelo medo que essa palavra produz, segundo informação de Verger (1995). Por isso, prefere-se utilizar os nomes *Omolu* ou *Obaluaiê*.

Outros termos, como: “o velho”, “a doença do velho”, o “velho chegou”, são utilizados na linguagem popular para nomear *Omolu* e marcam duas importantes características dessa divindade: uma ligada à sabedoria e a outra, ao sofrimento, à dor²⁷. Tais características se manifestam na dança com o corpo dobrado, nas contorções e nos espasmos dos músculos do corpo, na cabeça inclinada em recolhimento e no ritmo particular chamado *Opanijé*, significando em Yorubá: “Ele mata qualquer um e come” (VERGER, 1993, p. 229).

Outros contos míticos, a ele dedicados, favorecem a compreensão da relação dessa divindade com as doenças epidêmicas e da pele e com o jogo entre o visível, o estigma e o contágio. Podemos citar o conto mítico (*Oriki*) que se refere ao nascimento do *Omolu* e que permite identificar algumas de suas características, como a de ser filho de *Nanã*, divindade das águas, das lagoas, da lama. Esta narrativa é apresentada, aqui, na versão de Mãe Detinha, *Obágesi do Ilê Axé Opô Afinjá*:

26 Uma larga lista de termos e qualidades em línguas ketu, jêje e angola é também apresentada por Prandi (1994).

27 Sua personalidade e relação com as outras divindades permitem várias leituras interpretativas como aquela do analista junguiano Pedro Ratis e Silva (1987), que em interessante conto autobiográfico analisa a própria vida em relação com esse Orixá, ou como aquela de Botas (1996), que representa Obaluaiê como “negação da negação”.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

“Omolu é filho do Orixá Nanã com Oxalá. Mas esse filho nasceu muito cheio de problemas, doenças de pele, cheio de feridas. Então Nanã desprezou ele. Iemanjá encontrando ele jogado fora, né, acolheu ele, criou ele, curou as feridas dele e quando ele cresceu, ele saiu pelo mundo curando as doenças de pele, principalmente catapora, sarampo, varíola, esses tipo de doenças, todo tipo de doença de pele... e certa vez a mãe dele mandou chamar ele para pedir perdão porque estava arrependida do que ela havia feito. Então ele perdoou. Mas a mãe dele, que ele considera muito mais do que a própria Nanã, é Iemanjá. Aí tem uma prova que a verdadeira mãe muitas vezes não é aquela que pare, e sim, aquela que cria, né? Que cria, que educa, mas ele perdoou a mãe dele.”

A presença de feridas divinas, desde o nascimento de *Omolu*, confere-lhe uma dupla polaridade de figura doente, com poderes de cura. O drama de ser rejeitado, inicialmente, pela mãe, e de ser recolhido por *Iemanjá* marca, sucessivamente, sua vida errante pelo mundo, curando as doenças contagiosas.

Divindade da varíola, deus das pestes, mas também das doenças da pele, sua imagem iconográfica manifesta uma simbologia carregada de significados. *Xaxará*, o cetro real que ele sustenta com a mão, e os búzios que enfeitam sua vesta de palha são um “manifesto-signo” de poder divino e de cura. Como descrito por Verger (1993, p. 229), o *Xaxará* é “Uma espécie de vassoura feita de nervuras de folhas de palma, decorada

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

com búzios, contas e pequenas cabaças que se supõe conter remédios.” Além disso, a veste de palha da costa que cobre o rosto e o corpo cria uma barreira ao olhar, impedindo que seu corpo contorcido e ferido seja visto, abrindo, assim, os caminhos do imaginário coletivo. Interdições físicas e visuais obrigam a manter uma distância da divindade como o preceito passado pelo *Oba Aré do Opo Afonjá*: “Esse Santo não se deve abraçar” (CRUZ DA ANDRADE; COSTA LIMA; ROSSI, 1959). Durante as festas dos terreiros, quando a divindade se manifesta em uma pessoa, esta é coberta com um pano branco chamado *alá*, para evitar seu rosto ser visto.

Nos terreiros, a comida de Omolu, com bastante dendê e servida em folhas de mamona, é constituída de feijão-preto, milho branco, vatapá, acompanhados de carne de galo e bode²⁸. Essa comida é preparada durante uma cerimônia a ele dedicada: *Olubayê*²⁹. Mencionado ritual consiste em uma cerimônia de oferenda de comidas frias. De manhã cedo, prepara-se a comida, muito antes da festa que se realiza, geralmente, na segunda-feira, dia de *Omolu*. Além dessas comidas, oferta-se muita pipoca, lançada sobre *Omolu* e todas as pessoas presentes à cerimônia.

A origem desse ritual e da relação existente entre Omolu e Oxum pode ser encontrada no mito, a seguir, contado por Mãe Detinha:

28 Nos terreiros da Bahia, utilizam-se, também, pato, porco, pombo, feijão-fradinho, acarajé, farofa de dendê.

29 *Olubayê* significa: *Olú*: aquele que, *gba*: aceita, *je*: comer (CACCIATORE, 1977).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

“Certa vez Omolu se aborreceu, se aborreceu e aí sumiu. Ninguém achava Omolu. Todos procuravam ele e não achavam. Foram pedir para Nanã procurar ele, ninguém achou Omolu. E Oxum era muito feiticeira. O feitiço dela era na comida. Ela aí fez uma comida muito gostosa, muito cheirosa, botou num balaio e cobriu e saiu andando pelo mundo afora... aquele cheiro!

Aí Omolu não aguentou, que já estava com muita fome, há dias que ele estava com fome. Aí ele disse: ‘– Oxum! Oxum’. Aí Oxum ficou procurando. ‘– Oxum!’ Ela olhou e ele estava dentro de um buraco. ‘Você me dá um pouco de sua comida, Oxum?!’ Ela disse: ‘– Omolu! Não, sai, eu lhe dou comida. Eu lhe dou, mas você sai aí desse burado.’ Aí ele disse: ‘– Não saio não’ ‘Sai Omolu. Sai que eu lhe dou a comida.’ Ele saiu, aí ela entregou a comida. Quando entregou, aí ela agarrou ele, e gritou pelo povo: ‘– Ah! Omolu, achei Omolu.’ Aí tirou essa cantiga:

Yèyé sol u ba je isso

lu ba je

Yèyé sol u ba je isso

lu ba je³⁰

Aí que Oxum ficou muito amiga de Omolu, muito amiga de Omolu.”

30 Uma segunda versão dessa cantiga é a seguinte:

Olu gba onje

onje mbo

e e e onje mbo

Olu gba onje

O significado da cantiga é este: faça bom proveito da comida, venha comer (Mãe Stella, Axé Opó Afonjá).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Há uma relação privilegiada desta divindade com a terra que constitui um elemento interpretativo central no candomblé, sendo a terra símbolo de fertilidade, de energia, de força. Nesse conto mítico sobre a origem do *Olubayê*, reforça-se o vínculo de *Omolu* com a terra, encontrando-se ele dentro de um buraco, em contato direto com as partes mais profundas da terra.

A terra é necessária para o desabrochar da natureza, e o povo do candomblé sempre à saída, tocando primeiro o solo com a mão e depois, com esta, toca a cabeça. Esse ato de se voltar para a terã-mãe foi interpretado por Machado (1996) nesse enunciado: “Quando você toca o solo e depois a cabeça, você está tirando a força da terra para sua cabeça.” Tal relação com a terra está presente também em *Oxumaré*, irmão de *Omolu*, representado simbolicamente por uma serpente que, rastejando a sol, mantém um vínculo indissolúvel com a terra. Mas *Omolu* está vinculado também à terra árida, seca, daí serem os cactos árvores ligadas a ele. A dupla lógica interpretativa da terra – de um lado é fértil, dá a vida; de outro, é o espaço onde repousam os corpos e os ossos dos mortos. *Nanã* e *Omolu* estão profundamente associados também a esse processo. Na verdade, o temor que *Omolu* produz nas pessoas não é somente relacionado à possibilidade de produzir a doença; ele advém da forte ligação que ele tem com os *Eguns*, os ancestrais, e com a própria morte. Isto explica por que muitas pessoas de candomblé, quando vão a um funeral, levam consigo contas de *Omolu* ou contas de *lan-*

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

sã³¹. Este elo com a morte é a lógica consequência da relação que essa divindade mantém com a doença. Ele é filho de *Nanã*, associada, por sua vez, com a morte. Por ser ligada à lama primordial, à terra da própria criação dos homens, *Nanã* é, ao mesmo tempo, responsável pela devolução dos corpos dos seres humanos à própria terra. Ela se situa no espaço-chave entre a vida, o nascimento dos indivíduos, e a passagem para a morte. Como seu filho, *Omolu* tem a responsabilidade sobre os ossos dos mortos.

O Médico Ferido

Narra Ramos (1934, p. 37-38) este caso:

Me foi relatado no Gantois, de Américo, antigo filho-de-santo que quis retirar-se de um candomblé, no momento em que cantavam a *Omolu*. “Não saia que você se arrepende!” Exprobraram-lhe. Não fez caso e saiu “que me importa!”, exclamando. No caminho, alta noite, encontrou um velho que lhe esfregou as mãos no rosto. Ali mesmo caiu e ficou três dias, ao fim dos quais o foram encontrar coberto de bexigas.

31 *Iansã*, chamada também com o nome de *Oyá*, na forma de *Yansã* de *Igbalé*, é conhecida como rainha dos Eguns, podendo penetrar e andar em meio deles (VERGER, 1993).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Uma abordagem semântica da figura de *Omolu* permite identificar alguns elementos simbólicos importantes: *Omolu* é, principalmente, o *Orixá* das epidemias, “das doenças que pegam”, como dizem no cadomblé (COSTA LIMA, 1995). Do ponto de vista histórico, esta relação com as doenças epidêmicas graves, como a varíola, produziu um vasto fenômeno religioso de culto, conforme menciona Ramos (1934, p. 37): “Nas antigas epidemias de varíola, na Bahia, o seu culto tomou uma extensão assombrosa.”

Para os membros do cadomblé, o conceito de doença transmissível está associado à figura de *Omolu*. Doenças como varíola, lepra, peste, sarampo, rubéola ligam-se a esta divindade e se evidenciam, muitas vezes, com manifestações cutâneas, signos que reforçam as relações com essa figura, como nesse caso relatado por uma mãe-se-santo:

“o filho de uma amiga estava doente de catapora e minha neta ficou doente também. Ela estava toda pipocadinha, toda enfofadinha. Mas saiu tanta! É o Velho que traz essas doenças.”

Uma primeira interpretação causal considera a manifestação da doença como uma punição da divindade contra aqueles que “o ofenderam ou conduziram-se mal” (VERGER, 1992, p. 61). Esta interpretação é muito frequente entre as comunidades de diferentes terreiros. No entanto, conforme uma segunda interpretação dada por Mãe Stella, *lalorixá* do *Ilê Axé Opô Afonjá*, a doença

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

não é produto de uma punição divina, mas consequência de um comportamento individual não condizente com os fundamentos relacionados a divindade. Para Mãe Stella, os *Orixás* não punem as pessoas, mas elas podem ficar mais frágeis se não cuidam do próprio *Orixá* e se o ofendem. Se isso ocorre, a pessoa pode ficar tal como uma criança sem a proteção do pai.

Na manifestação da doença, uma relação analógica se estabelece entre feridas divinas e lesões cutâneas, entre a contagiosidade da doença do divino e a transmissibilidade no ser humano. Pode-se identificar esta relação entre as feridas de *Omolu* e as flores de pipoca, uma das suas comidas preferidas e utilizadas nos banhos de purificação e em diferentes rituais.

A visibilidade cutânea mostra a clara presença de um estigma de contágio. Uma das doenças que não entra nesse jogo de lesões cutâneas visíveis e contágio é a epilepsia, considerada, em alguns terreiros, como a expressão emblemática de possessão. Tal interpretação é negada por outros, em um jogo de polissemia e multivocalidade, sempre presente no candomblé. *Omolu*, na dança, às vezes, se move espasmodicamente, com gestos clônicos que lembram a epilepsia. O tronco e a cabeça curvados mantêm uma relação analógica entre as manifestações da doença e a dança.

Várias interpretações consideram a epilepsia como uma doença típica de *Omolu*. Uma mãe-de-santo assim me falou: “o povo diz que essas doenças de bater pertencem a *Omolu*, essa é epilepsia.”

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Segundo a tradição popular, a transmissão da epilepsia entre uma pessoa e outra se produz através do contato com a saliva, como podemos comprovar pelo exemplo extraído da narração de uma pessoa entrevistada: “Ele começou a se bater, babar, bater a cabeça, quebrou a boca, ninguém queria encostar nele com medo da baba, pensando que era epilepsia. Se entortou todo.”

Esta saliva na boca assume o valor de signo que permite, em diferentes culturas, definir o contágio de uma doença. Uma dupla causal liga a epilepsia à figura de *Omolu* e ao contágio com a saliva. As contrações, signo de uma doença ligada a *Omolu*, convidam a pessoa atingida a estabelecer uma relação com a divindade através de uma série de obrigações, as quais possibilitam curar ou reduzir a sintomatologia.

O tema do terapeuta sensível ao sofrimento e à dor do paciente se manifesta de maneira profunda no candomblé não somente pelas próprias características de *Omolu*, mas pela presença de terapeutas que vivenciaram, eles próprios, um processo de doença, de sofrimento e de cura. Aliás, no caminho terapêutico do paciente, esses terapeutas tentam restabelecer o equilíbrio da pessoa doente, recuperando a energia vital, isto é, o *axé*. Três principais formas de cura podem ser identificadas: 1. Rituais de purificação: trata-se de banho de flores de pipoca ou com a água do santo³²; alguns destes rituais, os *ebó*, permitem a passagem da doença do corpo da pessoa ao alimento ou permitem a passagem da doença do corpo

32 Por exemplo, pode-se observar a utilização da água da gruta de São Lázaro, em Salvador, para banhos rituais.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

da pessoa ao alimento ou ao animal, um processo de contágio por contiguidade, descrito também em outras culturas (FRAZER, 1922; PERRIN, 1985; CAPRARA, 1994); 2. Obrigações rituais: referem-se aos cumprimentos de uma série de obrigações dedicadas a *Omolu*, como, por exemplo, realizações de cerimônias no mês de agosto. Uma mulher, filha de *Omolu*, como os diversos membros da sua família, me contou que toda a família tem a devoção de jogar pipoca no telhado, nas pessoas, e distribuir pipoca aos meninos de rua; caso a família não faça isso, os membros dela ficam doentes e surgem feridas, furúnculos, abscessos nas pernas e nos braços; 3. Iniciação: trata-se da adivinhação do jogo de búzios, que permite à mãe-de-santo adivinhar quem é o Orixá que pede que a pessoa “seja feita” (BRAGA, 1988). A partir desse momento, a cura segue um longo processo de iniciação, já descrito na literatura antropológica (RAMOS, 1934; CARNEIRO, 1948; BASTIDE, 1978). Em diferentes casos que documentei, a cura se produziu depois da iniciação.

O Jogo do Reverso

Um ponto essencial dessa pesquisa diz respeito, principalmente, à relação entre paciente e divindade, com a frequente mediação da mãe e pai-de-santo na prática terapêutica. Uma primeira relação se estabelece entre *Omolu* e seus filhos³³. Os filhos desse *Orixá* utili-

33 No *Ilê Axé Opô Afonjá*, Deoscóredes Maximiliano dos Santos (Didi) mantém um importante cargo ligado a *Omolu*, aquele de *Asobá*.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

zam colares de cor preta e vermelha, em particular um de cor preta chamado Lagdibá. No Axé Opô Afonjá, em toda primeira segunda-feira do mês, há uma obrigação dentro da casa de *Omolu*³⁴. Geralmente, no domingo, os filhos dele dormem no terreiro para realizarem, na segunda-feira, o ritual chamado *Ose*, caracterizado pela limpeza das ferramentas do *Orixá* e dos assentamentos. Ao entrarem na casa de *Omolu*, os filhos ficam em silêncio, porque a palavra a ser usada na comunicação com essa divindade deverá ser muito bem escolhida.

Ele é um *Orixá* muito temido e, em uma espécie de jogo de reverso, seus filhos e outras pessoas que querem lhe pedir um favor terão de pronunciar o pedido ao contrário: “*Omolu*, eu peço que você não me ajude”; falam assim por temor a ele. Este jogo de contrários não se manifesta somente na relação entre indivíduo e divindade, mas também nas relações entre os membros do terreiro. Um exemplo que pode ilustrar esse jogo é o fato de uma pessoa mais velha, filha de *Iansã*, encontrar uma pessoa mais jovem e afirmar: “*Iansã* te abençoa”, referindo-se ao próprio *Orixá*. Esse tipo de cumprimento é comum para todos os *Orixás*, exceto para *Omolu*. Nesse caso, não se pronuncia a frase para não desencadear um processo reverso, que poderia produzir o irreparável. Ao mesmo tempo, esse respeito, esse temor à divindade, influencia também a relação com os seus filhos que são respeitados para não ofender o pai. É frequente ouvir a seguinte frase: “*Não mexa com um filho de Omolu porque ele é filho de Omolu.*”

34 A casa é consagrada também à sua mãe Nanã e ao seu irmão Oxumaré. No Axé Opô Afonjá, também, os filhos de Ogum se reúnem na mesma data.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

O jogo do reverso atravessa a cultura afro-brasileira e se manifesta em múltiplas outras formas interpretativas. Suas raízes remontam à cultura africana, como já descrevemos em outras publicações (CAPRARA, 1994). No candomblé, o jogo do reverso pode ser identificado, além da transformação produzida nos seres humanos, mediante estados de possessão, em outras formas de inversão. Pode-se também enfatizar o forte vínculo existente entre imaginário e realidade, entre as múltiplas formas evocadas através do discurso, dos sonhos, das práticas e da vida quotidiana. Omolu representa esta subversão da ordem.

Tradição Católica e Tradição Afro-Brasileira: Os Rituais na Igreja de São Lázaro

Uma das áreas mais emblemáticas, testemunha do sincretismo entre elementos da tradição católica e da tradição afro-brasileira, é a Igreja de São Lázaro. Esta, assim como a de Nossa Senhora do Rosário dos Pretos³⁵, a Igreja de Senhor do Bonfim³⁶ e a de Nossa da Conceição da Praia constituem exemplos da realidade sincrética na Bahia. Neste contexto, é representativa,

35 A Igreja Nossa Senhora do Rosário dos Pretos foi construída no bairro histórico da cidade, o Pelourinho, através do trabalho de escravos libertos, e caracteriza-se, ainda hoje, pela estrita relação com diversos terreiros de candomblé.

36 Um dos exemplos do sincretismo afro-católico é representado pela festa do Senhor do Bonfim durante o qual mulheres que pertencem a diversas casas de culto de candomblé cumprem a lavagem da escada da igreja como descrito por Jorge Amado no livro Bahia de Todos os Santos (AMADO, 1986).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

por exemplo, sobretudo nos terreiros de candomblé de caboclo, a prática de encerramento do processo de iniciação, a feitura de santo (literalmente, “o ato de fazer, para consertar o santo”) (CACCIATORE, 1977), com uma visita às igrejas católicas de São Lázaro, Nosso Senhor do Bonfim e Conceição da Praia. Durante a cerimônia, o filho-de-santo – que aparece na frente da igreja vestido de branco, com a cabeça raspada e coberta por um chapéuzinho, com os colares sagrados no pescoço e acompanhado por um pequeno grupo de pessoas ligadas ao terreiro – depois de ter tirado os sapatos antes de entrar na igreja, com os pés descalços, chega ao altar de São Lázaro, de joelhos, prostrado diante do santo e, finalmente, retira-se com o grupo.

Contudo, nos terreiros tradicionais *jeje-nagô*, esta cerimônia não é contemplada por ser considerada um sinal de submissão da cultura e da religião afro-baiana à Igreja Católica, como foi durante o período da escravidão.

Embora não seja tão magnífica como outras igrejas, a de São Lázaro pode ser, por várias razões, considerada um símbolo: primeiramente, pela figura do santo a quem a igreja é dedicada, e que, no sincretismo afro-baiano, corresponde, como já mencionado, a *Omolu* e, conseqüentemente, ao sofrimento à cura. É como se São Lázaro e *Omolu* fossem destinados a se encontrar, os dois ligados à experiência da doença e aos processos terapêuticos, como documentado por inúmeras imagens, iconografias, símbolos. Em segundo lugar, a igreja é de-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

dicada também a outro santo ocidental também ligado aos processos de saúde e doença: São Roque, considerado por muitos fiéis sincretizado com *Obaluaiê*.

É oportuno enfatizar que, enquanto na iconografia de santos no Brasil, São Lázaro é geralmente representado junto a um cachorro que o acompanha, no contexto europeu é São Roque a ter tal caracterização³⁷. Na visão popular, muitos fiéis identificam *Obaluaiê* como uma figura separada de *Omolu*, enquanto no candomblé tradicional *jeje-nagô*, ambos representam dois nomes da mesma divindade. Na lógica sincrética, *Obaluaiê* se torna o mais novo irmão de *Omolu*, assim, relacionado com São Roque que, na iconografia baiana, é representado como uma pessoa mais jovem que São Lázaro. Este último é representado na forma de um homem velho, com longa barba branca, que caminha com ajuda de uma bengala e tem muitas feridas em diferentes partes do corpo.

Como lugar de culto e de cura, a Igreja de São Lázaro assume elementos de elevada ambivalência simbólica: não é vista apenas como um lugar de purificação, de cura, de esperança para o alívio do sofrimento; é também uma área de potencial perigo para os encontros com as chamadas “almas sofridas”, que se pensa reúnam-se naquele lugar.

37 Segundo o dicionário dos santos, na Europa, é o cão a figura que encontra São Roque só e doente, e que, de alguma forma, o salva; o santo também aparece no ato de indicar uma ferida na perna esquerda produzida pela peste. No Brasil, ao contrário, é São Lázaro a ser representado com várias feridas causadas pela hanseníase e com o cachorro lambendo suas feridas.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

A igreja fica no topo de uma colina, com vista lindíssima sobre o bairro de Ondina³⁸. A estrada que leva à igreja é minúscula e pontilhada de objetos impuros, cujo significado é o de livrar-se simbolicamente do mal. Despachos, *ebo*, rituais constituídos por charutos, pés de galinha, pipoca, são colocados em cada lado da estrada. A ambivalência característica das divindades *nagô* está, portanto, presente também nos espaços sincréticos de junção entre o catolicismo popular e a religiosidade afro-brasileira. Toda segunda-feira, o ônibus para São Lázaro, utilizado por estudantes que se dirigem pela manhã à universidade, transforma-se em um ônibus hospital: cheio de pessoas doentes, a maioria vestida de branco, com muitas mulheres idosas; move-se lentamente, representando quase o veículo simbólico de uma viagem ao mundo do sofrimento, da doença, da cura. Um universo de marginalizados povoa essas ambulâncias do sofrimento e da esperança quase nos lembrando aquelas *Stultifera Navis*, admiravelmente descritas por Foucault (1972).

38 Não muito longe da Igreja de São Lázaro, no bairro de Ondina, na beira do mar, encontra-se uma gruta natural, chamada gruta de Omolu, que foi destino, ao longo de todo o século XX, de muitos devotos que vinham para se banhar e recolher "água para levar para casa". A gruta consiste em um espaço estreito, principalmente na entrada, mas é possível ficar de pé dentro dela. Mais de trinta anos atrás, foi construído um grande hotel no espaço atrás da caverna, no alto de uma crista de rocha. Nos anos 1990, a caverna foi alvo de vandalismo, tornou-se abrigo para sem teto e, por isso, de acordo com várias mães-de-santo, perdeu sua carga espiritual que possuía no início do século, nos anos 1930 até os anos 1950 e 1960. Nos anos de 1990, um Ogã do terreiro de Gantois, que também era um guia turístico, com apoio político conseguiu construir uma casa de caridade ao lado da gruta, construção que impedia o acesso à gruta. De acordo com esse Ogã, a função da casa era proteger a caverna de vandalismo e começar uma série de cultos e oferendas em honra de Omolu. A casa, inaugurada em 1994, mas de construção extravagante, foi demolida pouco depois. Funcionários municipais fizeram derrubar a construção em 1995.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

O adro da igreja é constituído por um grande espaço, onde se vendem bebidas e *souvenirs* religiosos. No centro, está uma grande cruz e nesse espaço diante da igreja, muitos fiéis ouvem a missa no domingo. Um megafone amplifica os cânticos religiosos ao redor, liturgias que são audíveis a várias centenas de metros de distância. Desde as primeiras horas da manhã, a igreja está lotada com os fiéis, muitos deles vestidos de branco, com velas, e, principalmente, com inúmeras cestas de pipoca, sacos, recipientes cheios de oferendas para *Omolu*. Como observado, a analogia entre feridas cutâneas e grãos de milho soprado (pipoca) é evidente em um jogo de polissemia e significados que atravessam o espaço religioso baiano; a pipoca é de fato usada como uma oferta para este *Orixá* na umbanda, no cadomblé de caboclo, nos mais tradicionais terreiros jeje-nagô, bem como no espaço em frente a São Lázaro.

Os ritos afro-católicos no adro da igreja

No domingo, o movimento de fiéis na igreja e no espaço em frente, normalmente, é fraco. A melhor maneira de conhecer este espaço sincrético é chegar à igreja na manhã de segunda-feira. A liturgia católica foi modificada para permitir na segunda-feira, dia dedicado a *Omolu*, a participação de centenas de fiéis, doentes, filhos desse *Orixá* nas funções religiosas. Elas participam de cerimônias religiosas realizadas neste dia. Na verdade,

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

ao contrário do que acontece no domingo, quando se celebra apenas uma missa, na segunda-feira celebram-se quatro cerimônias: às 9 horas às 11h, às 16h e às 18h.

Espalhada pelo chão, no adro da igreja, há muita pipoca. É neste espaço em frente à igreja que as mães-de-santo realizam, todas as segundas-feiras, banhos de pipoca para as pessoas presentes. A mãe-de-santo enfia as mãos em uma cesta contendo a pipoca, pega dois punhados de milho e começa a esfregar o corpo do doente; começa pela cabeça, desce dos dois lados, em seguida no peito, e ao longo dos braços. Durante este ato de purificação, a mãe-de-santo invoca *Omolu* e *Obaluaiê* com um discurso pronunciado em forma direta, sem utilizar aquelas fórmulas de inversão proferidas tradicionalmente, nos terreiros *jeje-nagô*: “*Que Obaluaiê lhe abençoe, lhe dê saúde, saúde para os seus filhos, pelo seu trabalho.*” Depois de passar o milho nas diversas partes do corpo, a mãe-de-santo joga-o no chão. Então, a pessoa faz uma oferta, colocando algumas moedas em uma cesta, e sai deixando o espaço para outra. Tudo acontece no espaço de alguns minutos. Em fila, os fiéis esperam, pacientemente, pela sua vez, e, geralmente, recebem este banho de pipoca depois da missa, em um ritual de purificação sincrético com a cerimônia religiosa cristã.

Ao executar este ritual de purificação, a mãe-de-santo fica de pés descalços, em contato com o solo e com *Omolu*, divindade profundamente ligada à terra. Durante a purificação com a pipoca, é importante que os fiéis tirem seus sapatos para seus pés tocarem dire-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

tamente o solo descoberto. Às vezes, porém, isso não é possível, especialmente quando se formam longas filas ou a pessoa está com pressa. Durante a conversa, olhando para a praça da igreja com uma cruz no meio, com toda a pipoca no chão, a mãe-de-santo suspira e revela em tom decisivo: “*Aqui tem fundamento.*” A cura é possível por este contato direto com *Omolu*, a fé nele, no processo de purificação ritual, que permite liberar o corpo da doença. A enfermidade será levada pelo vento, como afirma a mãe-se-santo: “*É o vento que arrebatava a doença.*” Algumas pessoas se submetem a processos de cura prolongados, de acordo com uma bem definida periodicidade. Fazer uma corrente de sete dias, por exemplo, é um desses rituais terapêuticos nos quais a pessoa, por sete segundas-feiras seguidas, vai até a Igreja de São Lázaro para fazer o rito de purificação, tomar o banho de pipoca. O ritual é acompanhado por outra prática de sincretismo: acender velas em devoção ao santo.

Por serem profundamente ligadas à figura de *Omolu*, muitas daquelas pessoas que realizam os ritos sofrem de doenças de pele, embora esta não seja a única motivação; algumas cumprem estes rituais para resolver outros problemas; a grande maioria dos fiéis esperam poder resolver uma série de dificuldades cotidianas relacionadas ao emprego, ao desemprego, à escola, ou a esfera familiar, como no caso da violência, brigas, problemas de dinheiro.

Além do espaço na frente, mesmo dentro da igreja celebram-se rituais de purificação que poderíamos

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

definir paralelos: quando o padre, por exemplo, lança a água benta sobre os fiéis, acredita-se seja particularmente importante ficarem molhados, até mesmo por algumas gotas, para serem purificados, tal como ocorre com a pipoca no adro da igreja. Outros exemplos são também testemunhados pelo uso de velas nos espaços externos da igreja e pelo contato das mãos do padre com partes do corpo do doente, como descrito por um dos três sacerdotes da igreja, nesta parte da entrevista:

“Nós fazemos muitas vezes uma bênção com interposição das mãos. Se as pessoas nos pedem, por exemplo, em caso de dor de cabeça, dor nas costas, pernas, tocamos com nossas mãos. Na maioria das vezes na cabeça, mas às vezes pedem para tocar as pernas, o peito, as costas.”

Reflexões

Como espaço de cura a resolução de problemas da vida cotidiana, a Igreja de São Lázaro é caracterizada por uma afluência considerável ao longo do ano inteiro, mas é, especialmente no mês de agosto, o mês dedicado a Omolu, que aumenta de forma visível a quantidade de fiéis.

Durante todo esse mês, amplia-se o número de fiéis, sobretudo nas proximidades do dia 16, quando se realiza a festa de São Lázaro. Nesta data, o adro da igreja está repleto de barracas, há um enorme fluxo de fiéis e muitos rituais são realizados. Às vezes, as filhas de

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Omolu se apresentam equilibradamente com tabuleiros sobre a cabeça. Elas carregam pipoca e, se uma mãe-de-santo joga sobre elas um pouco de milho, podem perder o equilíbrio, ter contrações em diferentes partes do corpo, entrar por breve espaço de tempo em estado de possessão. Estes primeiros sinais de possessão que desaparecem em poucos minutos se manifestam através de movimentos corporais causados por contrações musculares e pequenos gestos característicos de *Omolu*.

O espaço em frente à igreja é repleto por uma multidão que fica por longo tempo em filas, à espera de um rito de purificação com pipoca. A queima de fogos saúda a chegada das filhas-de-santo no adro da igreja, mulheres procedentes de diversos terreiros. Não apenas os indivíduos, mas também objetos e veículos estão sujeitos a “banho” de purificação: uns polvilham o próprio carro com pipoca, outros o telhado da própria casa e outros ainda oferecem pipoca às crianças na rua. Algumas pessoas sugerem trazer o milho da própria casa, para que ele seja puro e evite o uso de pipoca de proveniência duvidosa, a qual poderia invalidar os resultados do rito. No entanto, a fé que o indivíduo tem no candomblé e na existência dos Orixás é a chave para obtenção de cura.

Dentro da igreja, há uma capela lateral com um genuflexório e a imagem de São Roque, dedicada aos ex-votos: Trata-se de uma área extremamente interessante, com muitas semelhanças com outro espaço que encontramos na Igreja do Senhor do Bonfim. O salão é decorado com cabeças, mãos, braços, peito, pernas, pés de plástico, bem como

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

um número expressivo de bilhetes deixados pelos fiéis em virtude da graça recebida ou com a esperança de cura, de um emprego, de resolução de um problema familiar. Estas ofertas para São Lázaro e São Roque são um sinal de gratidão aos santos pela resolução de problemas pessoais.

Na verdade, trata-se de atos de troca, colocados em um espaço ritual, cuja função visual evidencia a ação executada pela representação iconográfica das figuras envolvidas no evento. Nos últimos anos, tal como na Igreja do Senhor do Bonfim, verifica-se uma mudança gradual das representações figurativas, enquanto as imagens fotográficas estão pouco a pouco substituindo os desenhos e imagens pictóricas. De acordo com Porto (1995), a introdução da fotografia tem produzido grande transformação no século passado, uma vez que redefiniu a comunicação entre a pessoa que faz a oferta e o santo: este último, presente nos desenhos e imagens pictóricas, desaparece na representação fotográfica, e é a pessoa mesma que transporta ao centro da cena visual. Segundo o autor, pode-se afirmar, portanto, que a mediação fotográfica da relação entre os santos e os fiéis implica uma redefinição de expressão desta relação (PORTO, 1995).

Alguns dos fiéis vão à igreja e procuram em particular a sala dos ex-votos para fazer uma promessa; outros, para cumprir a obrigação. Trata-se de pagadores de graças recebidas, que lembram os famosos personagens descritos por Dias Gomes (1987). Entre eles, há um cavaleiro distinto que aparece cada segunda-feira, no adro da igreja com, uma cesta de pão, para distribuir aos po-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

bres. Como depreendemos, a forte ligação da igreja com o candomblé e a cultura africana está relacionada à função das orações: estas são direcionadas, principalmente, para os espíritos dos mortos que estão presentes na vida cotidiana e são capazes de interagir com os vivos. Também prevalece entre os fiéis a convicção segundo a qual estas orações são mais eficazes nas segundas-feiras, dia dedicado a *Omolú*, que, como vimos, é consagrado à preservação dos ossos dos mortos, tão profundamente associados à morte, assim como a própria mãe, *Naná*.

De modo geral, as práticas tradicionais de cura mostram-se eficazes somente quanto à presença de princípios ativos, mas também ao valor simbólico que a planta, animal ou mineral adquirem em determinado contexto cultural. Conforme percebemos, o valor terapêutico relacionado com a eficácia simbólica e as práticas rituais é cada vez mais confirmado por estudos recentes de psiconeuroimunologia. Nestes estudos, salientam-se que a eficácia advinha da relação estabelecida entre terapeuta e paciente, as expectativas de cuidado produzidas nesse encontro e o valor terapêutico da cura, seja em termos de poder simbólico, seja pelos princípios ativos presentes nas relações sociais (os familiares e conhecidos reforçam as atitudes positivas sobre os resultados da cura).

O valor simbólico está ligado à analogia, uma forma de pensamento que permite a interpretação dos sinais do universo, ligando elementos aparentemente diferentes entre eles, com base em semelhanças de cor, forma ou posição, estabelecendo relações entre o corpo

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

humano, o universo, as plantas, os animais e as coisas. No candomblé, por exemplo, o pensamento analógico é importante para a classificação das plantas, bem como para sua utilização: cor, textura, presença de aspereza, de espinhos, substâncias urticantes, sabor, tamanho. Por exemplo, as folhas alongadas como espadas representam um atributo masculino, enquanto as folhas largas, arredondadas, são femininas. A terapêutica é organizada de acordo com estas lógicas classificatórias.

Seria um erro, no entanto, acreditar que o pensamento e o comportamento dos diferentes grupos se baseiam apenas no pensamento analógico. Este, sem dúvida, constitui um componente essencial do pensamento humano em todas as pessoas, mas a observação dos fatos, o empirismo ocupam, inegavelmente, um lugar igualmente fundamental. Às vezes, as associações metafóricas desempenham um papel puramente convencional, e, no lugar disso, é a observação minuciosa da realidade que pode dar sentido aos acontecimentos. Na etnomedicina, observação e empirismo propiciam especificar as razões que guiam as escolhas terapêuticas. A questão da observação direta e da experiência concreta leva a nos indagar sobre a função do conhecimento empírico na construção de sistemas de conhecimento e significado. Experiência empírica e pensamento analógico são, portanto, dois níveis de interação que se mobilizam reciprocamente. A experiência cotidiana do mundo fornece os materiais básicos que permitem a construção de metáforas e metonímias e, de forma mais ampla, do universo simbólico e imaginário.

CAPÍTULO 6

DOENÇAS EMERGENTES E NOVAS PERSPECTIVAS: UMA ABORDAGEM ECO- BIO-SOCIAL DO CONTROLE DO *Aedes* *Aegypti* NO CEARÁ

Neste capítulo, abordaremos o tema do controle do *Aedes Aegypti*, utilizando uma perspectiva eco-bio-social, com vistas a compreender os fatores comportamentais, biológicos e sociais que influenciam sua difusão. Exporemos uma parte dos resultados da pesquisa inerentes às relações entre iniquidades socioambientais, questões de gênero e controle do *Aedes Aegypti*, remetendo a outras nossas publicações que abordaram outros aspectos (CAPRARA et al., 2006; 2009; GOMES et al., 2015; GONÇALVES et al., 2015; QUINTERO et al., 2017).

Não obstante os crescentes esforços no seu controle, a dengue em Fortaleza continua endêmica, com esporádicos surtos epidêmicos. Como em outras doenças de caráter vetorial, as epidemias de dengue estão estreitamente associadas a mudanças ambientais (QUINTERO et al., 2014), em particular, à existência de cidades

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

superlotadas com falta de suprimento de água, saneamento básico e coleta pública de lixo. Há ainda lacunas de conhecimento sobre estratégias de controle, que levem em consideração as dinâmicas entre as práticas da comunidade, o controle da doença, a ecologia do vetor e o contexto político, sendo importante desenvolver novas abordagens embasadas na comunidade.

A interação entre esses diversos fatores marcou a abordagem central desta pesquisa influenciada pela teoria da complexidade. De modo geral, os autores integrantes dessa moldura conceitual (Thomas Kuhn, Paul Feyerabend, Ilya Prigogine, Isabelle Stengers e Edgar Morin, e na biologia, por Humberto Maturana e Francisco Varela) enfatizam a excessiva simplificação da racionalidade científica, sua redução a uma ou duas formas particulares de pensamento, conformadas exclusivamente pela ciência, enquanto a realidade é mais complexa, articulada em múltiplas formas (MORIN; LE MOIGNE, 2000; BAGLIO; MATERIA, 2006).

Sob a perspectiva bio-ecológica, a presença do vetor, o mosquito *Aedes aegypti*, e a disponibilidade de procriação deste em locais específicos são os principais fatores determinantes para a ocorrência da dengue (LENZI et al., 2000). A transmissão de um arbovírus por seus vetores depende de interações muito complexas, entre estas, lembramos, a temperatura do ambiente e a umidade relativa do ar (DOHM; O'GUINN; TURELL, 2002; WATTS et al., 1987; BRUBAKER; TURELL, 1998). Segundo o modelo de MacDonald (SPIELMAN; JAMES, 1990), o

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

aumento da idade do vetor é mais significativo para a transmissão do que o aumento da população. Ou seja, a transmissão cresce de forma exponencial com o crescimento da idade do inseto e de forma linear com o aumento do número de insetos. Pouca atenção, no entanto, tem sido dada à importância que o aumento da sobrevivência do vetor possa ter na transmissão das arboviroses, em geral, e da dengue, em particular (THU; AYE; THEIN, 1998).

Como divulgado, os recipientes de armazenamento doméstico de água são importantes locais de procriação para o *Aedes aegypti*. Em 2001, na cidade de Fortaleza, havia 278.000 recipientes de água potável, muitos ainda não protegidos, facilitando o acesso do mosquito, apesar das campanhas de educação pública. Desde 1986, inseticidas organo-fosforados (OP) são utilizados no controle do *Aedes aegypti*, no Brasil. Em 1998, foi detectada a resistência aos OP em grandes cidades brasileiras, incluindo Rio de Janeiro (LIMA et al., 2003) e Fortaleza (PONTES et al., 2005). Mas o controle do *Aedes aegypti* baseado em inseticidas não é uma estratégia sustentável e, a longo prazo, vai prejudicar o ambiente (AUGUSTO et al., 1998; AUGUSTO et al., 2000). Assim, novas abordagens sustentáveis devem ser identificadas. O controle do vetor está relacionado com a gerência do ambiente e deve abranger o setor saúde e outros setores públicos (FONSECA, 2012).

Segundo aponta a revisão de literatura, alguns setores da sociedade, tais como os profissionais da es-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

tratégia de saúde da família, precisam viabilizar a promoção de ações no âmbito da saúde e meio ambiente (FONSECA, 2012). A participação da comunidade no controle de vetor de dengue é uma ferramenta a ser instituída, mas que depende do apoio contínuo de todos os setores (KITAYAPONG et al., 2012).

No Brasil, desde 1999, o controle do *Aedes aegypti* foi descentralizado do nível federal para o municipal, mas, atualmente, a implementação do programa por parte do município de Fortaleza continua a ter caráter vertical (PENNA, 2003). Embora as atividades de controle sejam executadas pelos agentes municipais (trabalhadores do programa) e os moradores das casas, existe um consenso entre os autores de que o programa de controle do *Aedes aegypti* está sendo realizado com mão-de-obra não qualificada, em decorrência das restrições nos gastos públicos (TAUIL, 2001; CHIARAVALLOTTI et al., 1999; LENZI et al., 2000).

De acordo com determinados estudos, as abordagens em saúde pública, como as clássicas estratégias de controle da dengue, tendem a ignorar a complexa interação das dimensões socioeconômicas e ambientais da saúde (FONSECA, 2012) que estão contribuindo para o ressurgimento da dengue, tais como: desfavoráveis condições de moradia e saneamento básico, falta de suprimento de água, falta de coleta pública de lixo, reservatórios desprotegidos de água potável, grandes quantidades de materiais descartados em locais não apropriados. Este capítulo aborda a questão da comple-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

xidade na emergência da dengue, com o propósito de identificar estratégias apropriadas de controle baseadas num significativo envolvimento comunitário.

Descrição do Contexto de Estudo

Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localizada no Nordeste do Brasil, (população de 2.627.482 milhões de habitantes), é um contexto urbano peculiar para a transmissão das arboviroses. Em 2017, a Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza tem notificado 37.075 casos suspeitos de dengue e 68.483 casos de chikungunya. Dos casos notificados de dengue, 36,1% foram confirmados por critério epidemiológico, enquanto para chikungunya foi de 82,3% dos casos. Confirmando esta tendência, também em 2017, foram notificados para dengue, em todo o Ceará, 78.591 casos de dengue no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), correspondendo a uma taxa da incidência acumulada no Estado de 876,7 casos por 100 mil habitantes, distribuídos em 99,4% (183/184) dos municípios. Quanto à chikungunya em 2017, no estado, foram notificados 134.223 casos suspeitos, com uma taxa de incidência acumulada de 1.497,4 casos por 100 mil habitantes (CEARÁ, 2017).

Fortaleza situa-se numa região quente do semiárido. A média de precipitação pluviométrica anual no Ceará, é de 400 mm no interior, e de 1.200 mm na ca-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

pital. No Estado do Ceará, existem duas estações distintas, uma chuvosa, que vai de janeiro a junho, e outra de baixa precipitação pluviométrica, de julho a dezembro. Enquanto a temperatura ambiente é semelhante nas duas estações, a umidade relativa do ar é mais elevada na estação chuvosa. Os maiores percentuais de infestação predial pelo *Aedes aegypti* são observados durante o período chuvoso. Também a incidência das arboviroses é mais elevada nesse período. Como mostram os dados confirmados de Fortaleza, entre 2010 e 2017, foram registrados 132.366 casos de dengue no período chuvoso, enquanto no não chuvoso foram notificados apenas 26.655 casos (Fortaleza, 2017) como se evidencia no gráfico abaixo, que mostra os casos notificados de dengue e chikungunya em 2017. As altas temperaturas do município e a umidade relativa constantemente elevada contribuem para um aumento na incidência de casos de arboviroses no primeiro semestre do ano, período chuvoso para a região, que se alterna com momentos de estabilidade, contribuindo para que a doença concentre o maior número de casos.



Fonte: SIMDA

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Na grande maioria, estes criadouros são materiais descartáveis que ficam em locais não protegidos e que podem acumular água quando ocorre uma precipitação. Os criadouros mais produtivos (maior número de larvas e pupas) são os depósitos utilizados para o armazenamento domiciliar da água (potes, tanques, caixas-d'água, latas, tambores) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2017). Contudo, a presença desses depósitos é consequência de diversos fatores: a) um sistema de fornecimento público de água irregular; b) um sistema inadequado de distribuição da água no intradomicílio; c) hábitos da comunidade relacionados com o manejo da água; d) a presença de árvores de grande porte, com ocos, quilhas (espaço entre o talo e os galhos) que podem ser criadouros produtivos de larvas e pupas do *Aedes aegypti*.

Diante da situação, as ações de controle das doenças transmissíveis por vetores foram incorporadas pelo município de Fortaleza, no ano de 2017, sendo a vigilância do *Aedes aegypti* a ação de maior preocupação epidemiológica. Nesse município, o Programa de Controle do *Aedes aegypti* utilizou, tradicionalmente, desde 1986, um larvicida químico da classe dos organofosforado (temefós) para o combate das larvas do vetor. A partir de 2001, em decorrência do desenvolvimento de resistência pelo vetor, passou-se a usar um larvicida biológico (Bti). Atualmente, o município usa medidas de controle biológico e orientações para prevenção, bem como o larvicida (pyriproxifeno), aplicado apenas em locais com

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

presença de foco do vetor. Como evidenciado, o tratamento dos imóveis positivos para a larva do vetor é feito numa periodicidade de 15 dias. Gradativamente vêm sendo implementadas ações alternativas à utilização de larvicidas, com o objetivo de reduzir a quantidade de coleções de água que funcionam como criadouros do *Aedes aegypti*. Entre elas destacam-se: vedação de caixas-d'água, peixamento de depósitos, recolhimento de pneus, mutirões de limpeza e mobilização das populações. A vigilância vetorial para avaliar o impacto dessas ações ocorre, periodicamente, em 10% dos imóveis existentes no município. Desde 2001, os índices de infestação predial mostraram um comportamento decrescente, quando estavam em patamares muito elevados (em torno de 8-9%), registrando uma inflexão descendente para 0,63%, em novembro de 2017 (Fortaleza, 2017). Ainda de acordo com essa fonte, a infestação predial por *Aedes aegypti*, no município de Fortaleza, tem apresentado um comportamento sazonal com alta infestação nos primeiros meses do ano, coincidindo com o período das chuvas. No município de Fortaleza, o Programa de Controle do *Aedes aegypti* está assim estruturado: uma gerência municipal, seis gerências regionais (distritos técnicos de endemias) e, desde 2016, o trabalho de controle vetorial foi territorializado de acordo com as 109 unidades de atenção básica à saúde do município. Cada UAPS possui um supervisor de frente e para cada 5 UAPS um supervisor técnico. Os agentes de combate às endemias trabalham com uma meta pres-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

tabelecida para inspeção do imóvel numa sequência de quarteirões e nos quarteirões a sequência dos imóveis. Em 2014, a Portaria MET 593/2014 estabelece os requisitos mínimos e as medidas de proteção para o trabalho em altura, envolvendo o planejamento, a organização e a execução, de forma a garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores envolvidos direta ou indiretamente com esta atividade, passando assim o município de Fortaleza a ter dificuldade em realizar a inspeção de caixas d'água como medida de prevenção. Este fato demonstra o resultado de índice de infestação predial (IIP) apenas em depósitos ao nível de solo, sendo um impasse para eliminação de focos do vetor (ALVES,2017).

Coleta de dados

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem transdisciplinar, interligando as áreas de antropologia, entomologia e de políticas públicas (Caprara et al., 2009). Um estudo de caso múltiplo foi adotado incluindo a pesquisa em seis unidades selecionadas propositalmente. Tais unidades de estudo são quarteirões, constituídos por áreas socioeconômicas de, aproximadamente, quarenta famílias, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em cada unidade, foram desenvolvidas pesquisas antropológicas e entomológicas. Desde o começo, a coleta de dados entomológicos e a observação dos riscos dentro das ha-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

bitações foram integrados com a pesquisa etnográfica. Também, em cada unidade, foi feito um estudo etnográfico em profundidade, baseado em observação participante, entrevistas não-estruturadas, histórias de vida e grupos focais (CAPRARA; LANDIM, 2008; SOUZA, 2015; SOUZA, 2014). Foram analisadas as relações entre os discursos populares, as condições de habitação, a presença do *Aedes Aegypti* e as práticas de controle.

No início, promoveram-se algumas oficinas com grupos comunitários para ajudar a elucidar os objetivos da pesquisa, assim como a metodologia, no intuito de compreender os problemas e as percepções das necessidades da comunidade. Seis pesquisadores realizaram um estudo etnográfico nos seis quarteirões denominados blocos (A, B, C, D, E e F) (um para cada quarteirão), duas vezes por semana, observando e participando das práticas comunitárias associadas à ecologia do vetor, observando-às e procurando entender como se dá o tratamento e descarte do lixo, o armazenamento de água e as atividades diárias da vida. Pela observação participante, tentamos entender as condições de vida da população, o ambiente do vetor, as condições de habitação, as relações de gênero e o uso da água. Entrevistas em profundidade com informantes-chave, como os líderes comunitários, ajudaram a compreender as percepções de risco, as interpretações da doença e as práticas preventivas adotadas na comunidade.

Foram conduzidos alguns grupos focais com os membros da comunidade para compreender as interpretações e os comportamentos sobre a transmissão da

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

doença, as medidas de prevenção e controle contra a dengue adotadas no âmbito comunitário e familiar.

Os seis quarteirões foram selecionados sob o critério de categorias socioeconômicas (baixa e médio-alta), pois, como mencionado, iniquidades entre pessoas pobres e ricas são presentes e associadas com o acesso aos serviços de saúde, a prevenção, a educação e as atividades de controle.

Para melhor se situarem, os pesquisadores observaram e participaram das práticas comunitárias, tais como o tratamento e descarte do lixo, o armazenamento de água, as atividades cotidianas da vida da população, bem como as condições da habitação, as relações de gênero e a forma como se dá o suprimento de água nas famílias. Entrevistas em profundidade com informantes-chave foram conduzidas com base em uma lista de temas, com vistas a compreender as percepções de risco, a interpretação da enfermidade, as práticas preventivas seguidas pela comunidade. Informações etnográficas e outros dados provenientes das narrativas foram anotados pelos pesquisadores em diários de campo. De posse dessas informações, a equipe tentou integrar os dados entomológicos, etnográficos e sociais. Neste capítulo, apresentaremos uma parte dos resultados da pesquisa etnográfica relativa às desigualdades de acesso e uso da água em nível domiciliar.

Os quarteirões estudados foram agrupados em quarteirões socioeconômicos elevados e pobres conforme os seguintes fatores: 1. As características das moradias; 2. A estrutura da vizinhança; 3. O abastecimento,

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

suprimento e uso da água; 4. O manejo dos resíduos sólidos (lixo). Feita a descrição socioambiental dos quarteirões, estabelecemos um paralelo entre a questão de gênero e o controle do vetor.

O Bloco A situa-se no bairro da Aldeota, localização nobre do município de Fortaleza, pertencente à Secretaria Regional II (SER II). Abriga 36 casas de cerca de oito cômodos cada uma, feitas de tijolo e com paredes rebocadas. Este quarteirão é provido de abastecimento público de água, energia, saneamento e coleta de lixo semanal (três vezes por semana). A população despeja o lixo em depósitos reservados para este fim, facilitando o trabalho da empresa de coleta. Tais serviços são realizados regularmente, sem interrupções.

O Bloco B situa-se no bairro Álvaro Weyne, pertencente à SER I. O abastecimento ocorre pela rede encanada do sistema público. Entretanto, alguns moradores não dispõem de água encanada, mas possuem bombas para retirar água do poço. Este quarteirão é constituído de mais de 100 domicílios. Nela, a maioria das construções são de alvenaria, possuem muros nas calçadas, algumas apresentam pavimento superior, poucas têm garagens na própria residência. Em todas as residências do quarteirão, o armazenamento da água é feito em caixas-d'água, localizadas, em sua maioria fora de casa. Na maioria das casas, há filtro d'água e, na minoria, tanques, tambores e potes, sendo encontrada uma casa com cisterna. O serviço de limpeza urbana da prefeitura ocorre, através da coleta, durante três vezes por sema-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

na. De modo geral, esta vizinhança colabora com este serviço, entretanto alguns moradores reclamam de vizinhos que colocam o lixo nas calçadas nos dias em que o caminhão não passa, contribuindo para o aparecimento de ratos e insetos no local.

O Bloco C situa-se no bairro Quintino Cunha, pertencente à SER III, localizado na periferia de Fortaleza. Nele, há quarenta casas. Algumas têm fachadas que evidenciam ainda mais a condição precária ao se entrar nelas: elevado número de pessoas morando em cômodos espremidos, paredes sem reboco, com cupim e rachaduras. Muitas são conjugadas, não são forradas, e têm ventilação e iluminação inadequadas. O abastecimento se dá pela via sistema público, Companhia de Água e Esgoto do Ceará (CAGECE). Alguns moradores fazem uso de água da própria cacimba, outros trazem de chafariz público, localizado a dois quilômetros, no bairro Antônio Bezerra. Ainda encontramos uma faixa pequena da população que compra água mineral para consumo. Quanto à água oriunda da CAGECE, sempre chega pela madrugada, não tem dia certo, e a quantidade é tão pouca que não sobe para as caixas-d'água das casas. Encontramos, na maioria das casas, um amontoado de telhas, tijolos, pneus, garrafas, pedras, latas. No entanto, a coleta de lixo é regular, três dias na semana.

O bloco D situa-se no bairro do Itaperi, SER IV. Dispõe de 200 casas, cuja maior parte de alvenaria. Nas paredes, não há reboco, possibilitando infiltrações e por conseguinte, umidade. Nos domicílios, a ventilação e a

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

luminosidade são inadequadas. Trata-se de construções conjugadas, as quais foram feitas aproveitando a parede dos vizinhos. A coleta de lixo é realizada três vezes por semana, entretanto muitos moradores despejam o lixo domiciliar no terreno baldio localizado de frente para o quarteirão. Abastecido pelo serviço público de água, este quarteirão sofre com as constantes irregularidades. Ali inexistente suplementação privada de água.

O bloco E situa-se no bairro Manoel Sátiro, SER V. É composto por 47 domicílios. A maioria das casas são escuras e com ventilação precária. Isto torna as casas quentes e praticamente sem iluminação natural. Há disponibilidade de água encanada pela CAGECE, porém nem todas as famílias têm condições financeiras para dispor desse sistema. Embora haja coleta regular do lixo, os moradores costumam depositar os resíduos sólidos nos terrenos vizinhos ao quarteirão.

O bloco F situa-se no bairro Dias Macedo, SER VI, e é composto por 39 domicílios. As casas do quarteirão são de alvenaria, possuem muros e calçadas, algumas apresentam pavimento superior, garagens na própria residência. Existem, neste quarteirão, casas conjugadas e pequenos cômodos para alugar. Neste bloco, o abastecimento ocorre por três vias: a principal; a por rede encanada do sistema público; outra por venda a granel em carroça com tração animal (carro-pipa); e outra: com água originada de três chafarizes (poço profundo). O serviço de limpeza urbana da prefeitura é realizado através da coleta, três vezes por semana (segundas, quartas

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

e sextas). Não obstante isso, encontram-se muitos resíduos sólidos e lixo ao longo das margens das calçadas, por onde também circula água servida (proveniente de usos domésticos). Também pode ser encontrado lixo em um terreno baldio em uma das ruas do quarteirão. Esta ocorrência pode ser justificada pela dificuldade de acesso do caminhão de limpeza urbana ao local.

Iniquidades Socioambientais, Questões de Gênero e Controle da Dengue

Os resultados deste estudo apontam uma complexa interação entre iniquidades socioambientais e questões de gênero e controle da dengue em Fortaleza. Como podemos perceber, os dados etnográficos referentes aos quarteirões estudados, bem como as entrevistas realizadas, retratam a complexidade socioeconômico-ambiental e cultural de uma grande metrópole de um país em desenvolvimento que se vê às voltas com um grave problema de saúde pública: a dengue.

Para muitas doenças transmitidas por insetos vetores, a casa é o local de referência e é o ambiente responsável por alguns ou quase todos os passos na transmissão do ciclo, incluindo o desenvolvimento das formas larvárias dos insetos, a transmissão efetiva entre insetos, homens e animais domésticos e o diagnóstico e tratamento das doenças. Não surpreende que estratégias de controle das doenças devam ser frequentemente imple-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

mentadas nos níveis dos domicílios, sendo de fundamental importância o envolvimento e participação ativa dos moradores da casa, sejam eles homens ou mulheres.

Neste estudo, como evidenciamos, as mulheres desempenham a maioria das atividades domésticas, sejam elas remuneradas ou não. Entender a importância da relação entre as questões de gênero e o controle da dengue é entender que a mulher exerce um poder doméstico dentro da casa. É papel e responsabilidade dela cuidar dos filhos, limpar a casa, fazer comida. Desta forma, ela lida cotidianamente com tarefas, como armazenamento e utilização da água. Tais tarefas estão, conseqüentemente, relacionadas à criação de potenciais criadouros da dengue. Além de responsáveis pelos afazeres domésticos, as mulheres são cuidadoras do marido e dos filhos, e, muitas vezes, garantem o sustento da família com uma terceira jornada de trabalho.

Esta divisão de trabalho generificado é confirmada por D. Eneida, 64 anos, uma senhora de classe média alta, psicóloga, moradora do quarteirão 216, situado no bairro da Aldeota, que remunera uma empregada diarista para auxiliar no trabalho doméstico, considerado por ela um trabalho do feminino, por ser desvalorizado, difícil e de segunda classe:

Os banheiros daqui de casa que não são usados são todos telados, e inclusive o meu banheiro tem tela, todos têm. E quando a menina vem ela lava os vasos, lava as pias, o vaso sanitário fica

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

fechado, ela lava com sabão e fica o sabão dentro. E a cozinha é usado bastante, não preciso me preocupar. É usado bastante, lava louça, lava roupa na lavanderia. Cozinha você usa muito, então eu acho que não tem maior problema não. É uma tarefa muito mais do feminino, né, porque a água, a água é muito feminina, né! E parece que você associa a água ao feminino, né, à emoção, turbilhão de coisas. Então, na verdade, esta parte de água parece que é muito mais do mundo feminino do que do masculino, embora tenha muitas exceções, homens que cuidam muito de vasos, que gostam de planta. Isso aí você já vê isso, graças a Deus, a gente já vê isso. Vê homens trabalhando a terra. Mas os trabalhos sujos, né, trabalhos que são de segunda classe geralmente é pro feminino. Ainda há muito isso, essa discriminação, esta desvalorização, né!

Por ser a mulher a maior autoridade no lar, é ela que permite ou recusa a entrada dos agentes de controle da dengue nos domicílios. A rejeição da entrada dos agentes de endemias nos domicílios começa quando estes solicitam a permissão da entrada para inspeção e para a colocação dos produtos químicos. Por serem estes na maioria homens, as mulheres se sentem ameaçadas. Elas se preocupam com assaltos e outros tipos de violência. D. Joana, moradora do quarteirão da Aldeota, demonstrou remorso após desconfiar da visita dos agentes, como mostram os trechos do diário de campo da pesquisadora:

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Felizmente na casa nº 70, uma das casas em que além de cerca elétrica, tem bolas de arame farpado no muro, a dona da casa, D. Joana, nos convidou a entrar e sentarmos em confortáveis cadeiras de balanço na sala de estar. Pediu desculpas pela desconfiança. Explicou que é o medo da violência, pois esta semana mesmo uma pessoa da família veio visitá-la teve o carro arrombado e levaram o som. Após alguns minutos nos tranquilizamos um pouco.

A recusa também é motivada pelo receio da interferência dos agentes na “ordem” doméstica. D. Socorro Ximenes, coordenadora do Centro Comunitário Dias Macedo, relata a dificuldade encontrada pelos agentes da dengue deste bairro para realizar a visita em um domicílio próximo ao Centro Comunitário, ao qual a dona de casa não permitiu o acesso dos agentes de controle de endemias, por perceber que eles interferem na dinâmica da casa:

“Como eu falei, essa residência vizinha aqui do Centro os agentes não têm acesso porque a dona da casa não permite, ela não aceita mexer com as plantas dela, com os animais, [...] ela tem também um minizoológico, além de um grande pomar, [...] ela não aceita interferência de ninguém.”

Um outro aspecto importante relacionado com as dinâmicas sociais da questão de gênero e o controle da doença é a percepção que a população possui de que a doença dengue é originada de fora ou é um problema

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

ocasionado pelo quintal do vizinho. A doença é vista como sendo introduzida nas casas por homens e mulheres ou crianças que estão expostos aos patógenos no trabalho ou escola ou por insetos que entram na casa, pois este ambiente tipicamente é um ambiente limpo e saudável (WINCH et al., 1994). D. Lourdes, moradora do quarteirão 13, acometida duas vezes pela doença, exemplifica esta assertiva:

“Eu não sei. Porque eu trabalhava lá na creche, né? E quando eu venho é por dentro da roça. Aí é uma roça né? Eu não sei se foi de lá. Na creche teve eu, Angela, a outra professora, a Paula. O pessoal da Sucan tiveram lá e não encontraram nenhum foco. Aí aqui no bairro o pessoal diz que tem foco, né? E eu também gosto muito de lavar roupa à noite. Eu não sei se eles pica à noite né? Aí eu não sei, se foi da creche ou se foi daqui. Aí eu não sei se foi de lá ou se foi quando eu venho. Aí minha madrinha veio me pedir pra eu não vir mais por dentro da roça, porque ela achava que eu peguei pela roça. Mas eu não sei se foi pela roça. Porque na roça tem muita água empoçada, tem mato.”

Usualmente, as campanhas educativas relacionam que a falta de higiene propicia a transmissão da dengue. Estas mensagens podem sugerir, indiretamente, que o ambiente da casa não é saudável, questionando a habilidade da mulher de preservar o lar saudável e higiênico. E quando elas afirmam a sua posição de limpas e

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

higiênicas a culpa que passaria a ser delas é transmitida para o vizinho, como se o controle da dengue não fosse uma responsabilidade coletiva. Verônica, moradora do quarteirão 13 do Itaperi, retrata em seu discurso esta transferência, um discurso que é também tomado pelos próprios agentes de controle das endemias:

Tinha um balde aqui em que eu acumulava água assim pras meninas porque elas tinha crise de garganta e eu gostava de dá banho quente, mas até isso eu deixei, mas todo dia eu lavava, todo dia eu lavava. Às vezes o homem da dengue passava e dizia assim: interessante que você lava as suas coisas, mas tem casa aqui que a gente passa aqui é uma ave Maria.

Tradicionalmente, as estratégias de controle de doenças vetoriais têm sido conduzidas de forma vertical, permitindo que os agentes adentrem as casas, inspecionam, apliquem inseticidas e eliminem os focos de *Aedes aegypti*, sem perceber a dinâmica das relações sociais estabelecidas e a historicidade de cada lar.

As atividades domésticas relacionadas com o acondicionamento, utilização e abastecimento d'água estão intimamente associadas à forma como as donas de casa cuidam do seu lar. Dentro desta dinâmica, elas, por desempenharem a maioria dos papéis domésticos, passam a ser consideradas a autoridade no lar. As donas de casa são responsáveis por limparem suas casas, dar banhos nos seus filhos, fazer comida, lavar pratos, panelas, potes.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Algumas até se responsabilizam pelo suprimento diário da água, como no caso da dona de casa do bairro Quintino Cunha, que ia de madrugada buscar água no chafariz da vizinhança. Outras são responsáveis por realizar o tratamento da água que será consumida, como a moradora do bairro Itaperi, que, antes de beber, coloca um coador na torneira e armazena a água coada nas garrafas na geladeira. Outro papel importante de domínio feminino é a ornamentação da casa, a utilização de vasos de planta com água. Todas estas atividades da dinâmica intradomiliar estão relacionadas com o papel feminino no lar.

Discussão

Além da biologia, a dimensão do gênero abrange características culturais que definem o comportamento social de homens e mulheres e a relação entre eles. Cada tarefa e responsabilidade do gênero particular são constantemente renegociadas pelas famílias, trabalhadores e comunidades (TONELLI, 2012).

De acordo com dados mais recentes de áreas urbanas de baixa renda no Brasil, com a dificuldade crescente dos homens de garantirem uma renda familiar adequada, ou mesmo de manterem um trabalho minimamente estável, estamos passando por uma transição de gênero na qual as mulheres não somente ajudam como também começam a ser responsabilizadas e a se considerarem responsáveis pela provisão de renda (MORAE, 2012).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Como os trabalhos remunerados aos quais a maioria das mulheres tem acesso são, em geral, relacionados às suas habilidades “domésticas”, desvalorizadas e mal pagas, sua tripla jornada de trabalho não é fonte de independência financeira e nem mesmo de estabilidade familiar. Ao contrário, embora necessária à sobrevivência e manutenção dos filhos, é intimamente relacionada à desestruturação do provedor masculino no contexto de desemprego e salários inadequados à manutenção de uma família (SOUSA; GUEDES, 2016; SILVA, 2015).

As dinâmicas sociais estabelecidas nos domicílios e a divisão de tarefas desempenhadas neste espaço privado podem influenciar nas atividades preventivas de controle da dengue. Conforme evidenciado, a relação entre os efeitos das intervenções dos órgãos de saúde pública no controle do vetor da dengue e o papel do gênero, de como estas intervenções podem modificar ou substituir o poder das relações existentes nos arranjos familiares, são assuntos que receberam pouca atenção e que merecem mais aprofundamento. Para MORAE (2012), a divisão do mundo em esferas “generificadas”, a divisão sexual do trabalho que o feminismo questionou, acentuou a identidade masculina no seu atributo de provedor e a feminina no seu papel doméstico e reprodutivo de mãe. Em todo o mundo, as mulheres representam a autoridade no ambiente doméstico. De modo geral, as características físicas das casas e as mudanças realizadas no domicílio estão diretamente ligadas ao poder doméstico desempenhado por elas (WINCH et al., 1994).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Ainda, segundo estes autores enunciam, as potenciais explicações para esta objeção de algumas mulheres podem estar relacionadas com os múltiplos papéis desempenhados por elas como cozinheiras, cuidadoras e donas de casa. Como cuidadoras, as mulheres podem estar preocupadas com os efeitos dos produtos químicos, pois os fortes odores poderiam causar asma ou agravar alergias nos residentes. Como cozinheiras, as mulheres poderiam estar evitando a contaminação de produtos químicos nos animais de criação, como as aves domésticas, muitas vezes fruto da alimentação da família. Como donas de casa, as mulheres poderiam estar preocupadas com os prováveis danos dos produtos químicos nos animais domésticos, nas plantas decorativas, nos móveis ou no ambiente de modo geral.

Em estudo realizado por Lozano, Rodriguez e Hernandez-Avila (2002) observou-se o seguinte: embora as donas de casa soubessem da larva do *Aedes aegypti* em suas casas, elas desconheciam a transmissão da doença pela picada.

Como estes autores enfatizam, as convenções culturais diferentes e os papéis sociais impostos entre homens e mulheres são determinantes importantes para as diversas exposições de doenças ocasionadas por vetores. Esta estrutura social pode ser certamente responsável pela necessidade de maior participação da mulher no controle da doença em seus domicílios, utilizando-se de abordagem holística, consolidada na compreensão dos determinantes sociais, no papel da mulher no cui-

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

dado familiar e na direta participação dela na manutenção ambiental.

Neste contexto, um passo importante para uma agenda de pesquisa entre o domicílio e o gênero seria reconhecer o domicílio como um espaço de domínio feminino, onde existem distintos espaços de privacidade e características físicas específicas. Concordamos com Gonçalves et al. (2015) sobre a necessidade de explorar vários aspectos para reforçar as ações no controle da dengue, tais como: a formação e engajamento de mulheres neste trabalho, a influência do controle do vetor entre as relações interpessoais, entre vizinhos, e como a utilização de diferentes zonas dentro da casa e áreas ao redor pelos membros do domicílio influencia a seleção de medidas de controle do vetor pelos residentes.

Reflexões

A intromissão de pessoas estranhas, tecnologias estranhas ou ideologias estranhas pode mostrar inúmeros aspectos relacionados entre o que deve ser de domínio público e de domínio doméstico, ocasionando uma ameaça sobre o poder e a autoridade da mulher. A entrada de homens desconhecidos que desempenham as atividades de controle do vetor estende não só o poder de instituições públicas, mas também o poder masculino dentro de um espaço onde o poder e a autoridade feminina são maiores.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

A implementação de medidas de controle do vetor nos domicílios é frequentemente responsabilidade das mulheres, como também é de sua responsabilidade a implementação de outros tipos de medidas de prevenção de outros tipos de doenças, relacionadas com o seu papel de mãe. A percepção delas sobre a picada do *Aedes aegypti*, a efetividade das diferentes medidas de controle e a quantidade de depósitos de água, sejam plantas ou depósitos no âmbito domiciliar, são características essenciais quando se planejam ações de controle da dengue.

A quebra dos laços de solidariedade entre vizinhos e a forma individualista e culpabilizadora com que a dengue é tratada podem contribuir para a não-eficiência do controle desta doença na zona urbana do município de Fortaleza. Diante desta realidade, o resgate do sentimento do coletivo e o estabelecimento de redes de cuidado poderiam ser estratégias importantes a serem desenvolvidas na população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todos os grupos culturais estudados, os conceitos referentes à transmissão das doenças são estruturados com base em cinco princípios: a relação entre pensamento empírico e analógico; as classificações simbólicas e o sistema de representações; as compreensões da pessoa e do corpo; as relações interpessoais e a organização social; finalmente, as relações entre o sujeito e o contexto de vida.

O contágio adquire significado a no contexto das experiências cotidianas das pessoas, que demonstram sua importância nas dinâmicas sociais. O contágio é um conceito transversal que liga a doença à dimensão social e aos valores culturais de um grupo. É caracterizado também pela sua multidimensionalidade, a qual permite que determinados fatores individuais e contextuais possam alterar as regras de transmissão. Este é certamente um aspecto limitado no campo mais vasto de relações dinâmicas produzidas nas sociedades tradicionais, pela introdução do pensamento, da economia e das formas religiosas ocidentais.

Apesar da presença prolongada da medicina ocidental, as interpretações de contágio entre as populações dos diversos contextos analisados ainda não foram

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

completamente alteradas, modificadas, por uma razão principal: as concepções de contágio entre os Alladian da Costa do Marfim, entre as comunidades afro-brasileiras na Bahia, entre as populações da província de Aceh na Indonésia estão arraigadas na vida social, na dimensão simbólica e nas concepções do corpo presentes nestas sociedades: mudanças são possíveis, mas através de processos de redução das desigualdades e de modelos convergentes de comunicação, baseados em conceitos centrais e relevantes para as comunidades. Uma integração e adaptação cultural das práticas preventivas ocidentais só é possível se o modelo conceitual de apoio for compreendido e aceito.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMSON, J. H. **Survey methods in community medicine**. London: Longman, 1974.

ACKERKNECHT, E. H. **History and geography of the most important diseases**. New York: Hafner Publishing Co., 1965.

AFDHAL, A. F.; WELSCH, R. (1988) The rise of the modern jamu industry in indonesia: a preliminary overview. In: VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. (ed.). **The context of medicines in developing countries**. Holland: Kluwer Academic Publishers, 1988. p. 149-172.

ALMEIDA FILHO N 1992a. Hacia una etnoepidemiología (Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico). **Revista de la Escuela de Salud Pública** 3(1):33-40

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: DA ROCHA PITTA, A. M. (org.). **Saúde e comunicação**. Visibilidades e silêncios. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1995. p. 217-235.

ATRAN, S. **Fondements de l'histoire naturelle**. Pour une anthropologie de la science. Bruxelles: Complexe, 1986.

AUGÉ M. HERZLICH C. (organizadores), **Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie**, Paris : Éditions des Archives Contemporaines, 1984

AUGÉ, M. 1969. **Le rivage alladian**, Paris: ORSTOM (Mémoires ORSTOM n. 34).

AUGÉ, M. Traite précoloniale, politique matrimoniale et stratégie sociale dans les sociétés lagunaires de Basse Côte d'Ivoire, Paris : "**Cahiers O.R.S.T.O.M.**" (Série Sciences humaines), 8, 2, pp. 143-152, 1971.

AUGÉ, **Théorie des pouvoirs et idéologie: étude de cas en Côte d'Ivoire**, Paris : Hermann, 1975.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

AUGUSTO, L. G. S.; NOVAES, T. C. P.; ABRAHÃO, C. E. C.; PAVÃO, C. A.; SOUZA, A. C. Avaliação crítica do programa de erradicação do *Aedes aegypti*: contribuições técnicas para medidas de controle. **Revista IMIP**, v. 14, n. 1, p. 90-97, 2000.

AUGUSTO, L. G. S.; TORRES, J. P. M.; COSTA, A. M.; PONTES, C. A.; NOVAES, T. C. P. Programa de erradicação do *Aedes aegypti*: inócuo e perigoso. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 876-877, 1998.

BADO J-P. **Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique**, Paris: Karthala, 1996.

BAGLIO, G.; MATERIA, E. Scienza, salute e complessità: per un'etica dell'incertezza. **Tendenze Nuove**, v. 1, p. 83-87, 2006.

BANERJI, D.; ANDERSON, S. A sociological study of awareness of symptoms among persons with pulmonary tuberculosis. **Bulletin World Health Organization**, v. 29, p. 655-683, 1963.

BARBOSA, S. M. C. (2005). **A representação da sexualidade e das doenças sexualmente transmissíveis segundo as idosas da cidade de Olinda: estudo de caso na "Cais do Parto" - ONG/OLINDA-PE**. Recuperado em 15 de setembro, 2007, de http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/sonia_maria_costa_barbosa.htm.

BARBOT, J. **A description of the coasts of North and South Guinea**, London: A Collection of Voyages and Travels, 1746.

BARDET, J. P.; BOURDELAIS, P.; GUILLAUME, P.; LEBRUN, F.; QUETEL, C. (curatori). **Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis XIX^e – XX^e siècles**. Paris: Fayard, 1988.

BARRADAS BARATA, R. ; BRICEÑO-LEÓN (organizadores). **Doenças endêmicas. Abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

BASTIDE, R. **O candomblé da Bahia: rito nagô**. São Paulo: Nacional, 1978.

BEDOYA, Sandro Javier et al. Estigmatização social pela leishmaniose cutânea no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 11, n. 3, sep. 2017. ISSN 1981-6278.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

BÉE, M. La christianisation de la basse Côte d'Ivoire. **Revue Française d'Histoire d'Outre-Mer**, LXII, 229, pp. 619-639, 1975.

BEISER, M. The grieving witch: a framework for applying principles of cultural psychiatry to clinical practice. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. 130-141, 1985.

BIBEAU, G. The circular semantic network in ngbandi disease nosology. **Social Science & Medicine**, v. 15B, p. 295-307, 1981.

BIBEAU, G. A systems approach to Ngbandi medicine, pp. 43-84, in YODER Stanley (organizador), **African health and healing systems: proceedings of a symposium**, Los Angeles: Crossroad Press Ed., 1982.

BIBEAU, G. **Entre sens commun et sens**: éléments d'une théorie de la signification chez les Angbandi. Montréal: [s.n.], 1988. (versione preliminare non pubblicata).

BIBEAU, G. Entre sens et sens commun. In: EXPOSE DE PRESENTATION A L'ACADEMIE DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES DE LA SOCIETE ROYALE DU CANADA, 1992, Montréal. **Presentation...** Montréal: Societe Royale du Canada, 1992.

BIBEAU, G. Une mémoire oubliée. **Vice Versa**, p. 40-43, mai, 1994.

BIBEAU, G. **Promenades ethnographiques autour du concept de "contact"**. In: COLLOQUE DU DEPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL, 2., 1996, Montréal. Annales Montréal: Université de Montréal, 1996. p. 7-25.

BIBEAU, G. & CORIN, E. From submission to the text to interpretative violence. In: **Beyond Textuality. Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation. Approaches to Semiotics Series** (G. Bibeau & E. Corin, ed.), pp. 3-54, Berlin: Mouton de Gruyter, 1995.

BIBEAU, G.; MURBACH, R. (org.). Présentation. Déconstruire l'univers du sida. **Anthropologie et Sociétés**, 15, 2-3, 5-11, 1991.

BIRMAN, J. **Interpretação e representação na saúde coletiva**. *Physis*, 2:7-22, 1991.

BIRO PUSAT STATISTIK. **Penduduk daerah istimewa Aceh**. Jakarta, 1992.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

BONNET, D.; JAFFRE, Y. (organizadores). **Les maladies de passage**. La construction sociale des notions de transmission. Paris: Karthala, 2003.

BOURDIEU P., **Le sens pratique**, Paris: Minuit, 1980.

BOWEN, J. R. **Muslims through discourse**: religion and ritual in gayo society. Princeton: Princeton Univ. Press, 1993.

BRAGA, J. S. **O jogo de búzios**: um estudo de adivinhação no candomblé. São Paulo: Brasiliense, 1988.

BRITO, J. Enfoque de gênero e relação saúde/ trabalho no contexto da reestruturação produtiva e precarização da pobreza. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, p. 195-204, 2000.

BROWN, P. J. Demographic and socioeconomic effects of disease control. The case of malaria eradication in Sardinia. **Medical Anthropology**, v. 7, n. 2, p. 63-87, 1983.

BRUBAKER, J. F.; TURELL, M. J. Effect of environmental temperature on the susceptibility of culex pipiens (Diptera: Culicidae) to Rift Valley Fever Virus. **Journal of Medical Entomology**, v. 35, p. 918-921, 1998.

BUCHILLET, Dominique. Saúde & povos indígenas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 338-341, June 1995.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**. Feminismo e subversão da identidade. Tradução de Renato Aguiar. 3. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira Editora, 2010.

CACCIATORE, O. G. **Dicionário de cultos afro-brasileiros**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1977.

CAPRARA, A. La contágion: conceptions et pratiques dans la société Alladian. **Anthropologie et Société**, v. 15, n. 2-3, p. 189-203, 1991.

CAPRARA, A.; DEDY, S.; DE GREGORIO, G.; PARENZI, A.; SALAZAR, C.; TAPÉ, G. The perception of AIDS in the Bété and Baoulé of Côte d'Ivoire. **Social Science & Medicine**, v. 36, n. 9, p. 1229-1235, 1993.

CAPRARA, A. **Les interprétations de la contágion**. Représentations et pratiques chez les Alladian de la Côte d'Ivoire. 1994. Thèse (Doctorat en Anthropologie)–Université de Montréal, Canada, Montréal, 1994.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

CAPRARA, A. Cultural interpretations of contagion. **Tropical Medicine and International Health**, v. 3, n. 12, p. 996-1001, 1998.

CAPRARA, A.; ABDULKADIR, N.; IDAWANI, C.; LEVER, P.; DE VIRGILIO, G. Cultural Meanings of Tuberculosis. Social and Cultural Aspects in Aceh Province. **Medical Anthropology**, v. 19, p. 65-89, 2000.

CAPRARA, A. **Interpretare il contagio**. Un'indagine storico-etnografica sulle pratiche mediche presso gli Alladian della Costa d'Avorio. Lecce: Argo, 2001.

CAPRARA, A. Salud y enfermedad en el candomblé de Bahia. In: Gerardo Fernandes Juarez. (Org.). **Salud e interculturalidad en América Latina**. Quito: Abya-Yala, 2004, v., p. 305-321.

CAPRARA, A.; LIMA, J. W. de O.; CALVASINA, P. Escassa disponibilidade de agua e Dengue. Um estudo eco-bio-social no Nordeste do Brasil. **Thule Rivista italiana di studi di americanistica**, v. 20-21, p. 207-224, 2006.

CAPRARA, A; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, June 2008.

CAPRARA, A.; LIMA, J. W. de O.; PEQUENO, A.; CALVASINA, P. G.; LANDIM, L. P.; SOMMERFELD, J. Irregular water supply, household storage and dengue: an eco-bio-social study from Northeast Brazil **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. S125-S136, 2009.

CAPRARA, A. **La divinità che cura. Percorsi di salute e malattia nel candomblé di Bahia**. 1. ed. Lecce: Argo Editrice, 2011. 176p.

CAPRARA, A. Contagio. In: Donatella Cozzi. (Org.). **Le parole dell'antropologia medica**. Piccolo dizionario. 1ed. Perugia: Morlacchi Editore, 2012, v. p. 53-66.

CAPRARA, A; LIMA, José Wellington de Oliveira ; PEIXOTO, Ana Carolina Rocha; MOTTA, Cyntia Monteiro Vasconcelos; Soares Nobre J M; SOMMERFELD, Johannes; KROEGER, Axel. **ENTOMOLOGICAL IMPACT AND SOCIAL PARTICIPATION IN DENGUE CONTROL. A CLUSTER RANDOMIZED TRIAL IN FORTALEZA BRAZIL**. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, v. 109, p. 99-105, 2015.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

CARDOSO, R. C.; SAMPAIO, H.M.S. (Orgs). **Bibliografia sobre a juventude**. São Paulo: Ed USP, 1995.

CARNEIRO, E. **Candomblés da Bahia**. Salvador: Museu do Estado da Bahia, 1948.

CARRARA, Sérgio. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 391-408, Nov. 1996.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Informe semanal do dengue**. Fortaleza, 2006.

CHIARAVALLI, F.; COSTA, A. I. P.; MOURA, M. A. S.; SOARES, M. R. D.; PEREIRA, F. C.; BATTIGAGLIA, M.; ARAGÃO, F. J. O. S. Avaliação de ações municipais de combate a vetores da dengue na região de São José do rio Preto, São Paulo, 1989 a 1995. **Revista Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 32, n. 4, 1999.

CIPOLLA, C. M. **Miasmi ed umori**. Bologna: Società Editrice il Mulino, 1989.

CLIFFORD, J. MARCUS, G. E. **Writing Culture: the poetics and politics of ethnography**, Berkeley: University of California Press, 1986.

COREIL, J.; MULL, J. D. (curadores). Anthropological studies of diarrheal illness. **Social Science & Medicine**, v. 27, n. 1, (special issue), 1988.

COREIL, J.; MULL, J. D. (curadores). **Anthropology and primary health care**. Boulder: Westview Press, 1990.

CORIN E. (1988), **Meaning games at the margins**: the cultural centrality of subordinated structures, 12ème Congres International d'Anthropologie et des Sciences Sociales, Zagreb, 1988.

CORIN, E.; BIBEAU, G. & UCHÔA, E., 1993. Eléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali. **Anthropologie et Société**, 1-2:125-156.

COSTA LIMA, V. Transe e possessão no candomblé da Bahia: uma abordagem antropológica. In: JUNQUEIRA FILHO, L. C. U. (org.). **Corpormente**: uma fronteira móvel. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

CRUZ DE ANDRADE, N.; COSTA LIMA, V.; ROSSI, N. Afoxé, auto lúdico-religioso. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE ESTUDOS LUSO-BRASILEIROS, 4., 1959, Salvador. **Anais...** Salvador, 1959.

CZEREZNIA, D. **Do contágio à transmissão.** Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

D'ANDRADE, R. **The development of cognitive anthropology.** Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

DAPPER O. (1686), *Description de l'Afrique*, Amsterdam.

DARMON, P. **La longue traque de la variole.** Paris: Librairie Perrin, 1986.

DAWSON, M. H. Smallpox in Kenya, 1880-1920. **Social Science & Medicine**, v. 13B, p. 245-250, 1979.

DAWSON, S.; MANDERSON, L.; TALLO, V. **A manual for the use of focus groups WHO/UNDP/TDR.** Boston: INFDC, 1993.

DELOACH, C. D., & PETERSEN, M. N. African spiritual methods of healing: The use of Candomblé in traumatic response. **The Journal of Pan African Studies**, 3(8), 2010, pp. 40-65.

DIABATE H., **Eglise et société africaine:** Paroisse Saint-Pierre de Jacqueline. Un siècle d'apostolat, Abidjan: Les Nouvelles Editions Africaines, 1988.

DIAS GOMES, A. **O Pagador de promessas.** Rio De Janeiro: Bartrand Basil, 1987.

DOHM, D. J.; O'GUINN, M. L.; TURELL, M. J. Effect of environmental temperature on the ability of *Culex pipiens* (Diptera: Culicidae) to transmit West Nile virus. **Journal Medical Entomology**, v. 39, p. 221-225, 2002.

DOUGLAS, M. **De la souillure.** Tradução de François Maspéro. Paris: Purity and Danger, 1981. (Edição original: An analysis of concepts of pollution and taboo. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1966. Edição italiana: Purezza e pericolo. Un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù. Tradução de Alida Vatta, introdução de Guido Ferraro. Bologna: Il Mulino, 1975).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

DOUGLAS, M. **I simboli naturali**. Esplorazioni in cosmologia, Tadução de Primo Levi. Torino: Einaudi, 1979. (Edição original: Natural symbols. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1970).

DOUGLAS, M. **Purity and danger**. London: Routledge and Kegan Paul, 1967.

DUPIRE, M. Contágion, contamination, atavisme: trois concepts serer ndut (Sénégal). **L'Ethnographie**, n. 96-97, p. 123-139, 1985.

DUPONCHEL L. (1974), **L'Alladian**: phonologie et enquête lexicale, Institut de Linguistique Appliquée, Université d'Abidjan, Abidjan.

EDGINTON M., E.; SEKATANE C., S.; GOLDSTEIN S., J. Patients beliefs: do they affect tuberculosis control? A study in a rural district of South Africa. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Volume 6, Number 12, December 2002, pp. 1075-1082(8).

EISENBERG, L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. **Culture Medicine and Psychiatry**, v. 1, p. 9-23, 1977.

EVANS-PRITCHARD E.E. (1976 [1937]), *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*, traduz. dall'inglese di Vito MESSANA, Franco Angeli Editore, Milano [ediç. orig.: *Witchcraft oracles and magic among the Azande*, Oxford University Press, London, 1937].

FAGERBERG; KIHLGREN, 2000. Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses 2 years after graduation **Advanced Nursing** Volume 34 Issue 1, Pages 137 – 145.

FAINZANG, S. Alcoholism, a contagious disease. A contribution towards an anthropological definition of contagion. **Culture Medicine and Psychiatry**, v. 20, p. 473-487, 1996.

FAINZANG, S. **L'intérieur des choses**. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina. Paris: L'Harmattan, 1986.

FAKULTAS EKONOMI. UNIVERSITAS SYIAH KUALA. **Monografi daerah istimewa Aceh**. Banda Aceh: Universitas Syah Kuala, 1986.

FARMER, P. Social scientists and the new tuberculosis. **Social Science and Medicine**, v. 44, n. 3, p. 347-358, 1997.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

FARMER, P.; BECERRA, M. **Biosocial research and the TDR agenda**. [S.l.]: [s.n.], 2001. (TDR news, nº. 66).

FARMER, P., **Infections and Inequalities, The modern plagues**. Los Angeles, University of California Press, 2001.

FASSIN, D., MEMMI, D., **Le gouvernement des corps**, Paris, EHESS, 2004.

FASSIN, D., BOURDELAIS, P., Les constructions de l'intolérables, Études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral, Paris, La Découverte, 2005.

FEIERMAN, S.; JANZEN, J. M. (curatori). **The social basis of health and healing in Africa**. Berkeley: University of California Press, 1992.

FONSECA, Ana Flávia Quintão. Ambiente e saúde: visão de profissionais da saúde da família. **Ambient. soc.** [online]. 2012, vol.15, n.2, pp.133-150. ISSN 1809-4422.

FORD, J. Ideas which have influenced attempts to solve the problems of African trypanosomiasis. **Social Science & Medicine**, v. 13B, p. 269-275, 1979.

FOUCAULT, M. **Histoire de la Folie à l'âge Classique** (1961). Paris: Gallimard, 1972.

FOUCAULT, M. **Les mots et les choses**: une archéologie des sciences humaines. Paris: Gallimard, 1966.

FRACASTORO, G. **Il contagio, le malattie contagiose e la loro cura**. Tradução, introdução e notas de Leo S. Vincenzo Busacchi. Firenze: Olschki, 1950. (Edição original: De contagionibus et contagiosis morbis et eorum curatione, 1546).

FRACASTORO, G. **La simpatia e l'antipatia delle cose**. Introdução, tradução e notas de Pietro Gelmetti. Bologna: Università degli Studi di Bologna, 1968. (Edição original: De sympathia et antipathia rerum, 1546).

FRAZER, J. G. **Il Ramo d'oro**. Torino: Boringhieri, 1973. (Edição original: The Golden Bough. A study in magic and religion, 1922).

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

GADAMER, H.-G. **Dove si nasconde la salute**. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1994. (1ª edição *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, 1993).

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nursing Inquiry**, v. 7, p.112-9, 2000.

GEERTZ, C. **Local knowledge**. Further essays in interpretive anthropology. United States: Basic Books Inc., 1983.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. de Saúde Pública**, v. 18, p. 103-112, 2002. Suplemento.

GOFFMAN, E. **Stigma**. L'identità negata. Tradução de Roberto Gianmanco. Milano: Giuffrè, 1983. (Edição original: *Stigma*. New Jersey: Prentice-Hall, 1963).

GOMES, K. W. L.; MESQUITA, L. P. S.; CAPRARA, A.; BENEVIDES, B. S.; GONÇALVES, R. P. Organization of the work process in the handling of dengue in a northeastern capital. **Saúde debate**. v. 39, n. 105, Apr-Jun 2015.

GONÇALVES, R. P.; LIMA, E. C.; LIMA, J. W. de O.; SILVA, M. G. C.; CAPRARA, A.; Recent contributions about the Brazilian population's knowledge, attitudes and practices regarding dengue. **Saude soc.** v. 24, n.2, Apr-Jun, 2015

GOOD, B. The heart of what's the matter: the semantic of illness in Iran. **Culture Medicine and Psychiatry**, v. 1, p. 25-58, 1977.

GOOD, B. **Medicine rationality and experience**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

GOOD, B.; DEL VECCHIO GOOD, MJ. The comparative study of greco-islamic medicine: the integration of medical knowledge into local symbolic contexts. In: LESLIE, C.; YOUNG, A. (ed.). **Paths to Asian medical knowledge**. Berkeley: University of California Press, 1992. p. 257-271.

GOOD, B.; DEL VECCHIO GOOD MJ. Au mode subjonctif. La construction narrative des crises d'épilepsie en Turquie, **Anthropologie et Sociétés**, vol. 17, n. 1-2, pp. 21-42, 1993.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

GRMEK, M.D. (Org.), *Histoire de la pensée médicale en occident. Du romantisme à la science moderne*, vol. 3, Paris, Seuil, 1999.

GROPPO, L.A. **Juventude: ensaios sobre a sociologia e a história das juventudes modernas**. Rio de Janeiro: DIFEL, 2000.

HANIF, A. **The factors affecting TT Immunization in Aceh province**. 1990. Dissertation (Master's Degree)–University of Western Australia, Sidney, 1990.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. In: **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, 1995: pp. 07-41.

HEALTH System Research for the Improvement of Tuberculosis Control in Aceh Province, Indonesia. Research report. Amsterdam: Koninklijk Instituut vor de Tropen (KIT), 1995.

HEGGENHOUGHEN, H. K.; CLEMENTS, J. **Acceptability of childhood immunization: social science perspectives**. London: Evaluation and Planning Centre for Health Care; London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1987. (Epc Publication, n. 14).

HEILBORN, M. L.. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor. 2002.

HEILBORN, M. L.; BRANDÃO, Elaine Reis. Ciências Sociais e Sexualidade. In: HEILBORN, M. L.. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor. 2002.

HEILBORN, M. L. e PRADO, R. **Na hora H a gente não exige: estudos sobre mulheres, sexualidade e AIDS**. Trabalho apresentado no XIX Encontro Nacional da ANPOCS. Caxambu. 1995

HERITIER-AUGE, F. **Ce mal invisible et sournois**. In: L'HOMME contaminé. La tourmente du sida. Paris: Autrement, 1992. p. 148-157. (Série Mutations, n. 130).

HUGHES, C.; HUNTER, J. M. Disease and development in Africa. **Social Science & Medicine**, v. 3, n. 4, p. 443-493, 1970.

HURGRONJE, S. **The acehnese**. Trans. A.W.S. O'Sullivan, London: E. C. J. Brill, Leiden, 1906. 2 v. 1906.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

IDAWANI, C.; HANIF, A.; ABDULKADIR, N. **Health system research for improvement of tuberculosis control in Aceh province**. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT), 1995.

IDAWANI, D. **Factors affecting the attrition rate among volunteers health workers in Aceh province, Indonesia**. 1990. Dissertation (Master's Degree)–University of Western Australia, Sidney, 1990.

ISMUHA, H. **Adat dan Agama di Aceh**. Banda Aceh: Universitas Syah Kuala, 1983.

JACKSON, C. Nurses' perceptions of dirt and contagion: Does the work environment pose a greater threat than one's own home? **Journal of Research in Nursing**, volume 21, 1: 2016 pp. 56-67.

JANZEN, J. M. **The quest for therapy in lower Zaire**. Berkeley: University of California Press, 1978.

JOSEPH T. F. LAU, HY TSUI; Comparing the magnitude of discriminatory attitudes toward people living with HIV/AIDS and toward people with mental illness in the Hong Kong general population, **Health Education Research**, Volume 22, Issue 1, 1 February, 2007, Pages 139–152.

JUSTICE, J. The medical anthropology of leprosy and its control. In: THE ROLE OF MEDICAL ANTHROPOLOGY IN INFECTIOUS DISEASE CONTROL AN INTERNATIONAL SYMPOSIUM, 23-26 aprile 1997, Heidelberg. **Annals...** Heidelberg: Heidelberg University, 1997.

KENDALL, C. The use and non-use of anthropology: the diarrheal disease control program in Honduras. In: VAN WILLIGEN, J.; RYLKO-BAUER, B.; MCELROY, A. (curadores). **Making our research useful**. San Francisco: Westview Press, 1989.

KITTAYAPONG, P. et al. Application of eco-friendly tools and eco-bio-social strategies to control dengue vectors in urban and peri-urban settings in Thailand. **Pathogens and Global Health**. Tailândia, v.106, n.08, p.446-454, 2012.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**, v. 12, p. 85-93, 1978.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing and the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

KLEINMAN, A. Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 15, p. 275-301, 1991.

KLEINMAN, A. (1995). **Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine**. Berkeley: University of California Press.

KLEINMAN, A., DAS, V., & LOCK, M. (1997). (org). **Social Suffering**. Berkeley: University of California Press.

KOFFI N'GUESSAN - ZANOUCAKPO B. **La population de la commune de Jacquerville**, Abidjan: Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée, 1985.

KRAUSS, H, WEBER, A. APPEL, M., ENDERS, B. GRAEVENITZ, V. ISENBERG, H. D. SCHIEFER, H. G. SLENCZKA, W. ZAHNER, H. **Zoonoses. Infectious Diseases Transmissible from Animals to Humans**. 3rd Edition, 456 pages. Washington DC: ASM Press. American Society for Microbiology, 2003.

KRUEGER, R. **Focus groups**. A practical guide for applied research. Newbury Park: SAGE, 1988.

LADERMAN, C. A welcoming soil: islamic humoralism on the Malay Peninsula. In: LESLIE, C.; YOUNG, A. (ed.). **Paths to Asian medical knowledge**. Berkeley: University of California Press, 1992. p. 273- 288.

LEBEL, J. **Health – an ecosystem approach**. Ottawa: International Development Research Centre, Canada, 2003.

LEE, K. H. **The Sultanate of Aceh: relations with the British 1760-1824**. Oxford: Oxford University Press, 1995.

LENZI, M. F.; CARMELLO-COURA, L.; GRAULT, C. E.; VAL, M. B. Estudo do dengue em área urbana favelizada no Rio de Janeiro: considerações iniciais. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 851-856, jul./set. 2000.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

LESLIE, C. Medical pluralism in world perspective. **Social Science & Medicine**, v. 14 B, p. 191-195, 1980.

LHOMOND, B. Sexualidade e Juventude na França. In: Heilborn, Maria Luiza. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1999.

LIEFOOGHE, R.; MICHIELS, N.; HABIB, S.; MORAN, M. B.; DE MUYNCK, A. Perception and social consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. **Social Science and Medicine**, v. 41, p. 1685-1692, 1995.

LIMA, J. B. P.; CUNHA, M. P. da; SILVA-Jr., R. C. S.; GALARDO, A. K. R.; SOARES, S. S.; BRAGA, I. A.; RAMOS, R. P.; VALLE, D. Resistance of *Aedes aegypti* to organophosphates in several municipalities in the state of Rio de Janeiro and Espírito Santo, Brazil. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 68, p. 329-333, 2003.

LIONETTI, R. Bana Jugu: la malattia cattiva. Rappresentazioni del contagio e percezione di una malattia nuova fra i guaritori tradizionali del Mali, relazione al convegno. **Ripensare l'Aids**, Bologna, 29 apr./1 mag. 1994.

LOEB E. M. **Sumatra**. Its history and people. Kuala Lumpur: Oxford University Press, 1972. (first published 1935).

LOZANO, R. D.; RODRIGUEZ, M. H.; HERNADEZ-AVILA, M. H. Gender-related family head schooling and *Aedes aegypti* larval breeding risk in Southern México. **Salud Pública de México**, v. 44, n. 3, maio/jun. 2002.

LOYOLA, M. A. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: Heilborn, M. L. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1999.

MANFREDI P, D'ONOFRIO A, editors. **Modeling the interplay between human behavior and the spread of infectious diseases**. Springer; 2013.

M'BOKOLO, E. Storia delle malattie, storia e malattia: l'Africa In: AUGÉ, M.; HERZLICH, C. (curadores). **Il senso del male**. Antropologia, storia e sociologia della malattia. Milano: Il Saggiatore, 1986. p. 145-174. (Edição italiana: A cura di Francesco Maiello. Tradução do francês por

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Annick Wouters e Lietta Ferri. (Edição original: Histoire des maladies, histoire et maladie: l'Afrique. In: AUGÉ, M.; HERZLICH, C. (curadores). Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris: Archives Contemporaines, 1984).

MACHADO, V. Comunicação apresentada na mesa as folhas do povo. In: ENCONTRO DAS FOLHAS, 1., 23 de agosto de 1996, Salvador. **Anais...** Salvador: Pierre Fatumbi Verger, 1996.

MASSÉ, R. **Culture et santé publique** - Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé, Gaetan Morin Editeur, Montréal, 1995.

MAINA-AHLBERG B. (1984), **Beliefs and practices related to measles and acute diarrhoea**, in Maternal and child health in rural Kenya, Amref, Nairobi.

MANDERSON, L. Community and context, belief and behaviour: social interventions for the prevention and control of Malaria. In: THE ROLE OF MEDICAL ANTHROPOLOGY IN INFECTIOUS DISEASE CONTROL AN INTERNATIONAL SYMPOSIUM, 23-26 aprile 1997, Heidelberg. **Annals...** Heidelberg: Heidelberg University, 1997.

MARCUS, G.; (Organizador) **Rereading Cultural Anthropology**. Durham: Duke University Press. 1992

MARSDEN, W. **The history of Sumatra**. Kuala Lumpur: Oxford University Press, 1966. (first published, 1811).

MATTINGLY, C. F., & GARRO, L. (1994). Narrative representations of illness and healing. **Social Science and Medicine**, 38(6), 771-4.

MCKEOWN, T. **The role of medicine**. Oxford: Basil Blackwell, 1979.

MENEGONI, L. Conceptions of tuberculosis and therapeutic choices in highland chiapas. **Mexico Medical Anthropology Quarterly**, v. 10, n. 3, p. 381-401, 1996.

MICHAUD, G. La mort anticipée (apresentação). In : SAINT-JARRE, C. **Du sida: l'anticipation imaginaire de la mort et sa mise en discours**. Montréal, avr. 1994. (Denoël in SPIRALE n. 134).

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis**. Beverly:

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Hills A Sourcebook of New Methods, Sage Publ., 1984.

MORAE, E. Ser mulher na atualidade: a representação discursiva da identidade feminina em quadros humorísticos de maitena. In TASSO, I., and NAVARRO, P., orgs. Produção de identidades e processos de subjetivação em práticas discursivas [online]. Maringá: **Eduem**, 2012. pp. 259-285.

MORIN, E.; LE MOIGNE, J.-L. **A inteligência da complexidade**. Tradução de Nurimar Maria Falci. São Paulo: Petrópolis. 2000.

MSHANA G, PLUMMER ML, WAMOYI J, SHIGONGO ZS, ROSS DA, WIGHT D. 'She was bewitched and caught an illness similar to AIDS': AIDS and sexually transmitted infection causation beliefs in rural northern Tanzania. **Cult Health Sex**. 2006, 8: 45-58.

MULL, D. Culture and compliance among leprosy patients in Pakistan. **Social Science & Medicine**, v. 29, p. 799-811, 1989.

MULLDS, ANDERSON JW and MULL JD. Cow dung, rocksalt, and medical innovation in the Hindu Kush of Pakistan: the cultural transformation of neonatal tetanus and iodine deficiency. **Soc. Science & Medicine** 30 675-691, 1990.

NETO, V. S. G.; REBELO, J. M. M. Aspectos epidemiológicos do dengue no município de São Luis, Maranhão, Brasil, 1997-2002. **Cadernos Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1424-1431, 2004.

NIANGORAN BOUAH G. **La division du temps et le calendrier rituel des peuples lagunaires de Côte d'Ivoire**, Institut d'Ethnologie, Paris : Musée de l'Homme, 1964.

NICHTER, M. Illness semantics and international health: the weak lungs/TB complex in the philippines. **Social Science & Medicine**, v. 38, n. 5, p. 649-663, 1994.

NICHTER, M. Vaccinations in south Asia: false expectations and commanding metaphors. In: COREIL, J.; MULL, J. D. (ed.). **Anthropology and primary health care**. Boulder: Westview Press, 1990.

NICHTER, M. **Anthropology and international health**. South Asian case studies. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1989.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

NIEHOF, A. Non-western medication at pregnancy and childbirth in Madura, Indonesia In: VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. (ed.) **The context of medicines in developing countries**. Holland: Kluwer Academic Publishers, 1988. p. 235-252.

PAES M.; Eduardo; C.; Fátima Cardoso. **Ambiente urbano e mobilidade social na beira do mar**. *Cadernos do CEAS*. Salvador: v.163, 1996, p.64-80.

PARKER RG. **Corpos, prazeres e paixões**: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller; 1991.

PARKER RG. **A construção social e cultural do risco sexual, ou como fazer pesquisa (em sexualidade) em uma epidemia**. *Physis* 1995;5:85-98.

PARVEEN S; SAIFUL ISLAM; MOMTAZ B.; MAHBUB-UL ALAM; HOS-SAIN M. S. SAZZAD; REBECA SULTANA; MAHMUDUR RAHMAN; EMILY S. GURLEY; M. JAHANGIR HOSSAIN; STEPHEN P. LUBY. It's not only what you say, it's also how you say it: communicating Nipah virus prevention messages during an outbreak in Bangladesh. **BMC Public Health** 2016. 16:726.

PATTERSON, D. K. **Cerebrospinal meningitis in west Africa and Sudan in the twentieth century**. Los Angeles: University of California Crossroads Press, 1984.

PELTO, G. H. Socio-cultural dimensions of Ari from the household perspective. In: THE ROLE OF MEDICAL ANTHROPOLOGY IN INFECTIOUS DISEASE CONTROL AN INTERNATIONAL SYMPOSIUM, 23-26 aprile 1997, Heidelberg. **Annals...** Heidelberg: Heidelberg University, 1997.

PENNA, M. L. F. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle do dengue. **Cad Saúde Pública**, v. 19, p. 305-309, 2003.

PERRIN, M. Les fondements d'une catégorie étiologique (la notion de contamination chez les Guajiro. **L'Ethnographie**, n. 96-97, p. 103-122, 1985.

PERRIN, M. Un succes bien relatif: la médecine occidentale chez les indiens Guajiro. **Social Science & Medicine**, v. 14B, p. 279-287, 1980.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

PIERSON, D. **The negroes in Brazil**. A study of race contact at Bahia. Illinois, US: Southern Illinois University Press, 1967. (1ª edição 1942).

PIGNATTI, MG. Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil. *Ambiente & sociedade* 7: 133-148, 2004.

PLUCHON Pierre (1985), **Histoire des médecins et pharmaciens de marine et des colonies**, Toulouse: Bibliothèque Historique Privat.

PONTES, R. J. S.; NASCIMENTO, O. J. Dengue. **Informe Epidemiológico**, ano 1, n. 1, 2006.

PONTES, R. J. S.; REGAZZI, A. C. F.; LIMA, J. W. de O. et al. Efeito residual de apresentações comerciais dos *Larvicidas temefos* e *Bacillus thuringiensis israelensis* sobre larvas de *Aedes aegypti* em recipientes com renovação de água. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 38, n. 4, p. 316-321, 2005.

PORTERO NAVIO J., L.; RUBIO YUSTE, M.; PASICATAN M., A. Socio-economic determinants of knowledge and attitudes about tuberculosis among the general population of Metro Manila, Philippines. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Volume 6, Number 4, 1 April, 2002, pp. 301-306(6).

PORTO, N. A noção de pessoa na experiência religiosa: interpretação de ex-votos fotográficos, pp. 143-165, em Antonio FRAGUAS **Romarias e peregrinacions. Actas do Simposio de antropoloxia** (Santiago de Compostela, outubro de 1993) Consello de Cultura Galega. Ponencia de Antropoloxia Cultural, 1995, 208 pp.

POSSAS, C. A. Debate on the paper by David Waltner-Toews. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, p. 27-28, 2001. Supplement.

PRANDI, R. **Os candomblés de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

QUINTERO, J. et al. Taking innovative vector control interventions in urban Latin America to scale: lessons learnt from multi-country implementation research. **Pathog Glob Health**. Sep, v. 111, n. 6, p. 306-316, 2017.

QUINTERO, J. et al. Ecological, biological and social dimensions of dengue vector breeding in five urban settings of Latin America: a multi-country study. **BMC Infectious Diseases**, v. 14, n. 38, 2014.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

RAMOS, A. **O negro brasileiro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1934.

RATIS E SILVA, P. *Exu/Obaluaiê* e o arquétipo do médico ferido na transferência. In: MOURA, C. E. M. de (org.). **Candomblé**. Desvendando identidades. São Paulo: E. M. W., 1987.

REGO, R. D. C. F.; BARRETO, M. L.; KILLINGER, C. L. What is garbage, anyway? The opinions of women from an outlying neighborhood in a large Brazilian city. **Cad. Saúde Pública**, Nov./Dec. 2002, vol.18, no.6, p.1583-1591.

REID, A. J. S. **Southeast Asia in the age of commerce 1450- 1680**. New Haven: Yale University Press, 1988.

REID, A. J. S. **The contest for north Sumatra**. Atjeh, the Netherlands and Britain 1858-1898. Kuala Lumpur: Oxford University Press, 1969.

RIBEIRO, A. F.; MARQUES, G. R. A. M.; VOLTOLINI, J. C.; CONDINO, M. L. F. Associação entre incidência de dengue e variáveis climáticas. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 671-676, 2006.

RIVALLAIN Josette, **Sites littoraux du Pays alladian**, «Annales de l'Université d'Abidjan», serie I, tomo 11, 1983.

ROBERTSON-MALT S. Listening to them and reading me: a hermeneutic approach to understanding the experience of illness, **Journal of Advanced Nursing**, Vol. 29, Issue 2 pp. 290-297, 2001.

RODRIGUEZ, N. **O animismo fetichista**. Salvador: Civilização Brasileira, 1935.

RUFFIÉ, J. ; SOURNIA, J.-C. **Le epidemie nella storia**. Tradução do francês por Anna Foa. Roma: Riuniti, 1985. (Edição original : Les épidémies dans l'histoire de l'homme, 1984).

SALOMON-BAYET, C. **Pasteur et la révolution pastorienne**. Paris: Payot, 1986.

SAMUELSEN, H. Illness transmission and proximity: local theories of causation among the Bissa in Burkina Faso. **Med. Anthropol.** 23, 89—112. 2004.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

SANTOS RV, COIMBRA JR. CEA. **Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil**. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ ABRASCO; 2003. p. 13-48.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. Dengue. **Boletim de Saúde de Fortaleza**, v. 7, n. 1., jan./jun. 2017.

SEFFNER, F.; PARKER, R. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à aids. In: **Mitos vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

SEPPILLI, T. Antropologia medica: fondamenti per una strategia. **AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica**, n. 1-2, p. 7-22, 1996.

SERRES M. **Le contrat naturel**. Paris : Flammarion, 1992.

SEVALHO G & CASTIEL LD 1998. Epidemiologia e antropologia médica: a in(ter)disciplinaridade possível. In **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Fiocruz-Relume Dumará, Rio de Janeiro.

SINGER, M. **Anthropology of Infectious Disease**., Walnut Creek, CA: Left Coast Press, Inc., 2015.

SOLTER, S.; HASIBUAN, A.; BURHANUDDIN, Y. An epidemiological approach to health planning and problem-solving in Indonesia. **Health Policy and Planning**, v. 1, n. 2, p. 99-108, 1986.

SONTAG, S., **La maladie comme métaphore, le sida et ses métaphores**, Paris, Christian Bourgeois editions, 2009.

SONTAG, S. **Malattia come metafora**. Tradução do inglês por Ettore Capriolo. Torino: Giulio Einaudi, 1979. (Edição original: *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1977).

SOUSA, Luana Passos de; GUEDES, Dyeggo Rocha. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estud. av.**, São

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

Paulo, v. 30, n. 87, p. 123-139, Aug. 2016

SOUZA, M. R. Psicologia Social e Etnografia: Histórico e Possibilidades de Contato. **Psicol. Cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 2, p. 389-405, jun. 2015 .

SOUZA, M. R. Uma questão de método: origens, limites e possibilidades da etnografia para a psicologia social. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 307-316, dez. 2014 .

SILVA, AD. Ser homem, ser mulher: as reflexões acerca do entendimento de gênero. In: **Mãe/mulher atrás das grades: a realidade imposta pelo cárcere à família monoparental feminina** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 51-100.

SPIELMAN, A.; JAMES, A. A. Transmission of vector-borne disease. In: **TROPICAL and geographical medicine**. New York: Warren KS & Mahmoud AAF; McGraw-Hill Inc., 1990.

SUÁREZ, R., BELTRÁN E.; SÁNCHEZ T. 2006 “El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles”, en **Antípoda** 3, 2006, pp. 123-155

SUAREZ, Roberto et al . CONTEXTOS SOCIOCULTURALES DE RIESGO PARA CONTRAER VIH EN CARTAGENA. **Antipod. Rev. Antropol. Arqueol.**, Bogotá , n. 6, p. 313-330, Jan. 2008 .

TAMBIAH, S. J. **Culture, thought and social action**, Cambridge: Harvard University Press, 1985.

TAMBIAH, S. J. **Magic, science, religion and the scope of rationality**. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. (Edição italiana: *Magia scienza religione*. Tradução do inglês por Giovanni. Napoli: Guida, 1990).

TAUIL, P. L. Urbanization and dengue ecology, **Cad. Saúde Pública**, v. 17, p. 99-102, 2001. Suplemento.

THU, H. M.; AYE, K. M.; THEIN, S. The effect of temperature and humidity on dengue virus propagation in *Aedes aegypti*, Southeast Asian. **J. Trop. Med. Public Health**, v. 29, n. 2, p. 280-284, 1998.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

TONELI, MJF. Sexualidade, gênero e gerações: continuando o debate. In JACÓ-VILELA, AM., and SATO, L., orgs. **Diálogos em psicologia social** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 147-167.

TURSHEN, M. The impact of colonialism on health and health services in Tanzania. **International Journal of Health Services**, v. 7, n. 1, p. 7-35, 1977.

VECCHIATO, N., Sociocultural aspects of tuberculosis control in Ethiopia. **Medical Anthropology Quarterly**, 11(2), p. 183-201, 1997.

VERGER, F. P. **Lendas dos deuses africanos**. Bahia: Corrupio, 1992.

VERGER, F. P. **Orixás da Bahia**. Carybé os deuses africanos no candomblé da Bahia. Salvador: BIGRAF, 1993.

VIGARELLO, G. **Le propre et le sale**. L'hygiène du corps depuis le Moyen Age. Paris: Seuil, 1985.

VOINSON M.; BILLIARD S.; ALVERGNE A. Beyond Rational Decision-Making: Modelling the Influence of Cognitive Biases on the Dynamics of Vaccination Coverage. **PLOS ONE** 10(11): 2015; e0142990.

VOLINN, I. J. Issues of definitions and their implications: Aids and leprosy. **Social Science & Medicine**, v. 29, p. 1157-1162, 1989.

WHO. **Statement on AIDS and Tuberculosis**. Global Programme on AIDS. Geneva, 1989.

WALTNER-TOEWS, D. An ecosystem approach to health and its applications to tropical and emerging diseases. **Cad. Saude Publica**, v. 17, p. 7-36, 2001. Suplemento.

WATTS, D. M.; BURKE, D. S.; HARRISON, B. A.; WHITMIRE, R. E.; NISALAK, A. Effect of temperature on the vector efficiency of *Aedes aegypti* for dengue 2 virus. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**; 36, pp. 143-152, 1987.

WIESE, H. J. C. Tuberculosis in rural Haiti. **Social Science & Medicine**, v. 8, p. 359-362, 1974.

WIESENFELD, S. L. Sickle-cell trait in human biological and cultural evolution, **Science**, v. 157, p. 1134-1140, 1967.

DISTRIBUIÇÃO PROIBIDA

WINCH, P. J.; LLOYD, L. S.; HOEMEKE, L.; LEONTSINI, E. Vector control at the household level: an analysis of its impact on women. **Acta tropica**, 56, pp. 327-339, 1994.

WITTGENSTEIN, L. **Note sul "ramo d'oro" di Frazer**. Tradução de Sabina de Waal. Milano: Adelphi, 1975. (Edição original: Bemerkungen uber Frazers "The Golden Bough", Wittgensteins Nachlass Verwalter, 1967).

WOODWARD, M. R. Healing and morality: a javanese example. **Social Science & Medicine**, v. 21, n. 9, p. 1007-1021, 1985.

YELIBI, S.; VALENTI, P.; VOLPE, C.; CAPRARA, A.; DEDY, S.; TAPE, G. Sociocultural aspects of AIDS in an urban peripheral area of Abidjan (Cote d'Ivoire). **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 5, n. 2, p. 187-197, 1993.

YOUNG, A. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. **American Anthropologist**, v. 78, p. 5-24, 1976.