

A religiosidade na medicina popular¹

Maria Thereza Lemos de Arruda Camargo

Resumo

O presente artigo visa a analisar o papel da religiosidade em contextos médico-populares, considerando-a elemento primordial capaz de alimentar no homem e no grupo social ao qual pertence, a crença nos poderes sobrenaturais do curador de interpretar doenças, indicar terapias e de preparar remédios de eficácia garantida. Visa, ainda, a dimensionar o papel das plantas medicinais nos conjuntos ritualísticos de cura, seja qual for o sistema de crença envolvido.

Palavras chave: Religiosidade; medicina popular; plantas medicinais.

Abstract.

Religiosity in popular medicine.

This article's purpose is to analyse the role of religiosity in medical-popular contexts, considering it to be an obligatory element, capable of nurturing in man and in the social group to which he belongs. The belief in the supernatural powers of the healer to interpret diseases, suggest therapies and prepare medications guaranteed to act effectively. It also means at measuring the role of medicinal plants in all the ritualistic cure groups, whatever the belief system involved.

Keywords: Religiosity; Popular-medicine; Medicinal plants.

A medicina popular aqui tratada se define como sistema médico visto envolver técnicas de diagnóstico e interpretações etiológicas, como determinantes das terapêuticas a serem aplicadas. Seus conhecimentos, fundamentados no saber empírico acumulado, são calcados em ideias e valores ditados pelo consciente coletivo, segundo o contexto sociocultural no qual se insere, cujos significados são partilhados por todos seus membros. Transmitidos por meios predominantemente orais, tais conhecimentos envolvem o corpo em sua relação com a saúde, a doença e a cura de males físicos, mentais e espirituais.

No Brasil de todos os tempos, a medicina popular vem mantendo seu espaço, lado a lado com o sistema médico oficial. Porém, por influência do viés etnocêntrico da medicina hegemônica, hoje, ela é entendida como produto de cultura inferior, por não ter valor reconhecido cientificamente e, fundamentalmente, pelo seu vínculo com elementos doutrinários de cunho religioso de diferentes origens, nos fazendo perceber tratar-se de uma medicina sacralizada.

¹ Trabalho apresentado no 1º Seminário e Ciências Humanas e Sociais no Campo da Saúde. Rio Claro SP – 20 de outubro de 2011.

Entendendo que, entre culturas, não há uma superior à outra, mas, apenas diferenças, as medicinas que se competem na preferência popular representam paradigmas diferentes, orientados por padrões culturais diferentes.

O sistema médico popular, em sua dinâmica, ao delinear seu perfil nos diferentes contextos socioculturais do país, vem imprimindo desde os tempos coloniais traços que apontam a predominância de elementos doutrinários de caráter religioso, veiculados pelas três principais matrizes influenciadoras: portuguesa, indígena e africana.

Decorrente dos sistemas de crença envolvidos no processo histórico da medicina popular brasileira, diferentes categorias de protagonistas foram se firmando no país, com suas designações próprias, tais como:

curandeiros, benzedeiras, rezadores, raizeiros, pais e mães-de-santo, mestres catimbozeiros, juremeiros, pajés urbanos e pajôas, entre outros doutores na arte de curar, eleitos pelo povo (Camargo, 2011).

Lembramos, porém, que o termo pajé, tanto pode ser designativo de pajé indígena ou caboclo, como aqueles que, em comunidades negras, desempenham atividades médico-religiosas, comuns no Maranhão, segundo Ferretti (2004)

Em uma contextualização histórica, sociocultural e religiosa na dinâmica da medicina popular, tem destaque a influência da matriz portuguesa representada pela medicina jesuítica, dos primeiros séculos de colonização, quando os procedimentos de ordem religiosa se confundiam com remédios, sangrias e tudo o mais empregado para salvar o doente das doenças, assim como sua alma, garantindo a vida eterna através do batismo, caso a morte não pudesse ser evitada (Marques, 1997).

As ideias religiosas, veiculadas pelos jesuítas em seu trabalho de catequese, desempenharam papel fundamental na formação da mentalidade brasileira do ponto de vista religioso, ao ligar a doença a castigo divino e a morte a vontade de Deus. Tais ideias foram se fixando na mentalidade dos colonos e indígenas catequizados, ao se perpetuarem, até hoje, nas práticas de muitos curadores que se apoiam em rezas e benzeduras, além de pregarem a devoção a santos católicos, como intercessores junto a Deus na obtenção de curas (Rodrigues s/d; Santos Filho, 1947 parte IV cap. 25).

Foi na Idade Média que o Cristianismo recuperou a noção de doença-punição dos povos da Mesopotâmia, 3000 anos a.C., com a ideia de que a doença marca o pecado (Dias, 2007), a exemplo da lepra, doença que aparece nos Evangelhos, como estigma da impureza dos homens, e que permaneceu por toda a Idade Média, como símbolo do pecado, segregando os portadores deste mal em leprosários. Eram exigidos dos doentes que ingressavam nos hospitais medievais a confissão e a comunhão, para a remissão dos pecados e a obtenção da harmonia com Deus, como condição para o êxito da ação terapêutica.

Daquela maneira de pensar a doença, a cura e a morte, foram se desenvolvendo práticas piedosas: orações, promessas a santos protetores, penitências, procissões, peregrinações a santuários, usos junto ao corpo de objetos benzidos, como terços, medalhas, escapulários, etc., assim como agradecimentos por curas através de ex-votos depositados em salas de milagres (Scarano, 2004) e, sobretudo, o uso dos remédios milagrosos.

A associação "doença" – "remédio divino" – "cura milagrosa" perdura no pensamento médico popular dos curadores de hoje, como herança da cultura religiosa

portuguesa apregoada pelos jesuítas, ao admitirem que as enfermidades do corpo e da alma somente poderiam ser curadas por intervenção divina (Marques, 1997).

Os jesuítas teriam sido os que mais contribuíram para o conhecimento das plantas medicinais nativas que, ao lado das exóticas trazidas pelos conquistadores, eram empregadas na manipulação dos remédios preparados nas boticas juntas a seus colégios. Foi famosa a *Coleção de receitas medicinais*, do Colégio da Bahia e de Olinda. Entre elas, estava a *Triaga Optima* da Botica do Collegio Romano, a *Triaga da Índia*, *Triaga contra lombrigas* e a *Triaga Brasileira*, composta de mais de sessenta substâncias, considerada a mais importante farmacopeia jesuítica (Santos, 2009). Nesta triaga, como mencionada por este autor, já eram empregadas plantas nativas ensinadas pelos indígenas, entre elas: jacarandá (*Dalbergia spp* – Fabaceae), copaíba (*Copaifera spp* – Fabaceae); maracujá (*Passiflora alata* Ait, *P. edulis* Sims. – Passifloraceae); jaborandi (*Pilocarpus spp* – Rutaceae (Joly & Leitão Filho, 1976; Rizzini & Mors, 1976). Santos acrescenta que a introdução das plantas nativas nas farmacopeias jesuíticas, citando Ferraz (1995), fez com que a matéria médica trazida pelos europeus às colônias americanas, fosse profundamente modificada.

Triagas eram polifarmácias à base de vinho e mel, acrescidas de substâncias de origem vegetal, animal e mineral. O termo, de origem grega – *Theriake* – e latina – *Theriaca*, inicialmente significava antídoto contra envenenamentos de qualquer origem, exceto os corrosivos (Santos, 2009). Ficou conhecida no séc.II a.C., a Triaga de Mitrídates, rei do Ponto, a qual, depois, Andrômaco, médico de Nero a reformulou, no século I (Santos, 2009: 62; Albarracin, 1993). Estas triagas, entre outras, inclusive a de Galeno, tornaram-se famosas por toda Idade Média e Renascimento, ganhando prestígio na Europa, assim como no Brasil, até final do séc. XIX, e, ainda, presentes nos formulários adotados nas escolas médicas da Bahia e do Rio de Janeiro, nas primeiras décadas século XX.

A triaga como fórmula medicinal, de uso no Brasil, foi mencionada por Chernoviz (1890:1073), como consta da 6ª edição de seu *Diccionario de medicina popular e das ciencias accessorias. Para uso das famílias*, onde, fazendo referência à triaga composta de 71 substâncias, diz: “Este electuario antigo é empregado ainda hoje como calmante e contra as diarrheas, da dose de 4 a 16 grammas em clysteres ou em pílulas”.

Com a expulsão dos jesuítas em 1760, devido ao isolamento a que foram submetidas as populações no entorno dos colégios por eles fundados na costa brasileira, foram se desenvolvendo modelos religiosos, culminando no que hoje chamamos de catolicismo popular (Seabra, 2003). Este alimentou a ideia da prevalência da vontade divina em casos de doenças e curas e privilegiando os remédios manipulados por aqueles dotados de saberes oriundos de dons divinos, os remédios milagrosos.

As garrafadas, conhecidas dos brasileiros de norte a sul do país, sem dúvida, podem ser consideradas herdeiras das velhas triagas. Hoje, cabe aos detentores do saber médico, eleitos pelo povo por seus poderes sobrenaturais, quem as manipula, agregando em veículos alcoólicos – cachaça ou vinho branco – mel e substâncias de origem vegetal, mineral e animal, tal como nas antigas triagas.

É possível admitir que o vocábulo triaga tenha sido substituído no meio popular, por “garrafada”, por volta de 1640, quando até então, só as boticas dos Colégios jesuíticos eram autorizadas a preparar remédios. Só a partir daquele ano que

pessoas de fora daqueles colégios poderiam exercer o ofício de boticário, mediante autorização do físico-mor em Lisboa ou de seu representante em Salvador, na Bahia. Após aquelas disposições legais, proliferaram as boticas, se arvorando em boticários muitos lavadores de vidros ou simples ajudantes das boticas jesuíticas (Santos, 2009), os quais passaram a preparar suas próprias receitas, acondicionadas em garrafas e vendê-las em suas próprias boticas.

As triagas, transmutadas em garrafadas, atravessando séculos, hoje manipuladas pelos curadores, estão presentes nos ambientes sagrados de diferentes sistemas de crença, nos mercados, feiras livres e no comércio ambulante de todo o país.

Considerando a “garrafada” herança das velhas triagas, vindas de um passado distante, qual a razão de sua sobrevivência nas sociedades contemporâneas, onde todos os brasileiros são amparados pelas políticas públicas de saúde que, se supõe, lhes garantem a medicação de que necessitam? O que significa curadores, à frente de hospital público, fornecendo “garrafadas”, ao lado de plantas medicinais, a doentes que acabam de sair de suas consultas, aquelas que as políticas públicas lhes garantem por direito?

Quais pesquisas foram feitas, buscando saber as razões de estarem ali curadores à frente de hospitais, com seu comércio ambulante de produtos medicinais, antes de serem banidos pela inconveniência de estarem ocupando aquelas áreas?

Resposta a estas questões pode estar, simplesmente, na posição inflexível da biomedicina em não buscar compreender os valores culturais que norteiam as práticas médicas populares, principalmente, por estas terem incorporado em seus modelos a espiritualidade, elemento que se associa aos conceitos *saúde, doença e cura*.

A espiritualidade, condição humana de dimensão transcendental, está presente na tradição cultural brasileira por herança, basicamente, das principais matrizes influenciadoras: indígena, portuguesa e africana, dando origem aos diferentes sistemas de crença desenvolvidos no país, com destaque para as religiões mediúnicas, onde acontecem rituais de cura.

Sem uma explicação concreta à espiritualidade, por tratar-se de bem imaterial, a mente humana vagueia por um universo que não existe no concreto, mas ela crê existir porque se herda culturalmente do grupo familiar, social e religioso, nele buscando os significados da vida, dando sentido a ela. Por sua vez, a espiritualidade mantém uma relação de parentesco com a religiosidade, visto estar, esta, desempenhando seu papel social, ao buscar disciplinar o homem em suas ideias sobre o intangível universo de seus pensamentos, voltados ao sagrado, levando-o a obedecer doutrinas e regras, aquelas que vão dar sustentação aos sistemas de crença que congregam adeptos (Camargo, 2005/2006).

É a religiosidade que confere à medicina popular seu caráter sacral, condição que faz alimentar no homem e no grupo social ao qual pertence, a crença nos “poderes” sobrenaturais do curador de interpretar doenças, indicar terapias e de preparar remédios, aos quais se admite de eficácia garantida.

Na medicina popular, o curador ouve a queixa do doente atentamente e, usando dos recursos que julga os mais adequados, busca restituir ao indivíduo que sofre, o estado anterior à instalação do mal que o leva à consulta. O curador, com base em sua experiência, é capaz de perceber que o sofrer implica na interação de fatores físicos,

mentais, sociais e espirituais, conjugados subjetivamente por aquele que sofre algum mal. Este mal pode ser traduzido em dor física localizada, possibilitando ao curador, depois de uma interpretação etiológica subjetivamente construída, determinar o órgão afetado ou a parte do corpo atingida e a terapia a ser aplicada.

Na verdade, há uma cumplicidade entre o doente e o curador em torno do poder simbólico de cura, que se supõe presente nos recursos terapêuticos empregados. Situação que se cria não só nos ambientes coletivos onde congregam adeptos deste ou daquele sistema de crença, mas, também, com a mesma intensidade, tal cumplicidade se dá quando do encontro isolado de um curador com seu consulente. São, para todos os envolvidos, entendidos como momentos sacralizados.

Consideremos que, a partir da interação que se estabelece entre o curador e o doente em rituais de cura, se tornam sagrados, ao serem investidos de poder, todo o conjunto ritualístico compreendido de elementos materiais e imateriais empregados. Citamos as plantas medicinais empregadas em chás, unguentos, xaropes, garrafadas e, ainda, cremadas em cigarros, charutos, cachimbos e incensórios, aos quais são atribuídas propriedades que transcendem as classificações taxonômicas, fórmulas químicas e análises farmacológicas. Para o curador, outras propriedades são para ele, tão ou mais importantes que os aspectos materiais (Oliveira, 2004) dos elementos de que compõem o conjunto ritualístico de cura.

As plantas medicinais quando presentes nos conjuntos ritualísticos de cura, sejam quais forem os modelos de crença envolvidos, estão elas desempenhando duplo papel, embora complementar:

papel sacral² e papel funcional

No conjunto ritual, podem estar também os remédios já preparados à base de plantas e outros ingredientes, posturas corporais envolvendo mãos, pernas, braços, tronco, cabeça – comuns, por exemplo, no desenvolvimento de transes de possessão induzidos por estímulos sonoros – percussão de atabaques, cantos e palmas – acompanhados de danças, próprios das religiões afro-brasileiras. Também nos procedimentos de pajelança, benzedura, passes, com ou sem imposição das mãos, envolvendo curadores, portando ou não objetos de qualquer natureza, como: ramos de plantas, terços, imagens, cabaças, maracás, facas, etc.

Embora considerando a complementaridade dos dois papéis, propomos analisá-los separadamente.

1º- *Papel sacral* de valor simbólico, subjetivamente construído no mito e legitimado no rito, que faz impregnar todos os elementos presentes dos poderes curativos emanados de forças sobrenaturais, segundo ditam os sistemas de crença dos quais fazem parte o doente, o curador e seu grupo familiar e social.

2º- *Papel funcional* – na apreensão dos elementos de que compõe o conjunto ritualístico, considerando-os, separadamente, em seu valor intrínseco, passíveis de verificação empírica.

Esta dicotomia possibilitará ao pesquisador enveredar por discussões mais abrangentes, dada a multidisciplinaridade que caracteriza os estudos da medicina popular, ao envolver diferentes áreas do conhecimento.

² Termo tomado emprestado de Cândido Procópio Ferreira de Camargo em *Kardecismo e Umbanda*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1961:112.

No papel sacral percebe-se a prevalência do pensamento subjetivo de explicações passíveis de diferentes interpretações, enquanto no papel funcional, prevalece o pensamento passível de explicações racionais.

A princípio, esta ideia de investigação, foi aplicada às plantas medicinais, presentes nos rituais, particularmente, as psicoativas, a fim de procurarmos entender e explicar seu papel no conjunto ritualístico de cura, nos sistemas de crença afro-brasileiros, visto sabermos de antemão, que a escolha das espécies botânicas não é aleatória, pois, cada uma tem seu papel bem definido nos rituais.

A escolha das plantas psicoativas decorreu de suas propriedades em propiciar estados alterados de consciência, possibilitando as condições ideais para o contato com o sobrenatural, a exemplo do transe de possessão, momento em que as entidades invocadas assumem seus papéis nos rituais de cura. A princípio nos fixamos na ideia de que o estado de transe proporcionasse condições especiais quando da comunicação com os doentes, enquanto linguagem verbal. Assim, em estado de transe, o médium, através da entidade incorporada, usando de um linguajar com forte carga emocional e de convicção quanto aos seus poderes, possibilite ao doente, impregnado de sentimento de fé, admitir sentir-se curado, fator que se soma ao convencimento de estar, realmente, diante da entidade curadora.

Quanto ao *papel sacral* do transe de possessão em rituais afro-brasileiros, podemos admiti-lo, também, em seu *papel funcional*, se comparado ao transe hipnótico empregado em consultório médico, na cura de transtornos mentais. Quando comparadas as técnicas de indução do transe em consultório empregadas para se atingir as etapas hipnoidais ideais, com as técnicas empregadas em rituais religiosos afro-brasileiros, por exemplo, encontramos muita semelhança. Porém, as diferenças estão em quem é submetido à hipnose. Em consultório médico é o paciente, aquele a ser o submetido ao transe hipnótico, momento em que o médico procura introduzir ideias em sua mente, enquanto nos rituais afro-brasileiros, é o médium que entra em transe para assumir uma entidade que, incorporada nele, passa a ser o agente curador.

Concluimos que analisar somente o papel das plantas medicinais psicoativas ou não, de atividades biológicas cientificamente comprovadas é, simplesmente, fragmentar a investigação. Tal postura não nos leva a um resultado capaz de explicar as curas, uma vez que as plantas são, apenas, parte de um conjunto de outros elementos, combinados, buscando os mesmos fins.

Pesquisas mais abrangentes, nos levaram a admitir estarem as supostas curas de diferentes “doenças”, na complementaridade dos papeis *sacral* e *funcional* do conjunto ritualístico, interagindo com a maneira como o doente, em sua fé religiosa, assimila a etiologia subjetivamente construída e decodificada pelo curador e a terapêutica por ele indicada, fazendo-o crer em sua eficácia e na convicção do “se sentir curado”.

Laplantine (2004:225) afirma que “a doença não pode ser reduzida à sua única dimensão anatômico-fisiológica, que ela não pode ser isolada da cultura, que ela faz parte de outros ritmos de equilíbrio, que ela se inscreve no âmbito de outras lógicas da desgraça, em suma, que ela não advém da biomedicina apenas mas, também, da etnomedicina”.

Diante do exposto, ponderamos ser a medicina popular regida por três princípios básicos:

1. Princípio da legitimidade dos valores intrínsecos de elementos presentes no conjunto ritualístico de cura, passíveis e verificação empírica: plantas medicinais, posturas corporais, etc.
2. Princípio da sacralização de todos os elementos presentes no ritual de cura, impregnados de forças ocultas, traduzidas pelos curadores em: *axé, força vital, energias, vibrações*, etc.
3. Princípio a credibilidade:
 - a. na crença do curador na eficácia das técnicas por ele adotadas, assentadas em sua experiência;
 - b. na crença do doente nos poderes sobrenaturais do curador, que provem de dons divinos;
 - c. na crença expressa pelo consenso, considerando todo o grupo familiar, social e religioso, sobre os reais poderes do curador, capazes de devolver ao “doente”, o estado anterior à instalação do mal que o levou à consulta.

Lembramos que os itens do princípio da credibilidade já foram aventados por Levy-Staruss (1975), ao tratar da eficácia simbólica da magia.

Concluindo, podemos conhecer cada elemento do conjunto ritualístico de cura em seus valores intrínsecos e em suas potencialidades, enquanto em seus papéis funcionais. Mas, uma análise sobre como se comporta todo o conjunto ritualístico na complementaridade dos papéis *sacral e funcional*, se combinando na cadeia de interações que se processa entre eles e junto à dinâmica do corpo humano, em seus componentes: físico, bioquímico, psicológico, etc., tal análise, se orientada pelos recursos da biomedicina, certamente, vai esconder os porquês do “sentir-se curado”, ou seja, o estado de saúde almejado pelo doente e alcançado pelo curador.

Sem o conhecimento da dimensão social e cultural da experiência humana da doença, difícil explica-la e compreendê-la (Laplantine, 1998).

Sabendo que muitos aspectos dos processos de cura na medicina popular, aparentemente, sem sentido, sejam de interesse das Ciências Humanas e Sociais, muito contribuiria com novos olhares, se as Ciências Naturais partilhassem, efetivamente, o mesmo interesse, a fim de, juntos, saírem na captura dos valores ainda não reconhecidos pela medicina hegemônica e que, muito a enriqueceria, certamente, se os acolhesse em seu meio.

BIBLIOGRAFIA

Albarracín, Agustín. O fármaco no mundo antigo. História do medicamento v.2. Rio de Janeiro: *Glaxo do Brasil*; 1993.

Camargo, Maria Thereza L. Arruda. “Garrafada na medicina popular. Uma revisão historiográfica”. *Revista Dominguezia* – Museo Juan A. Dominguez vol. 27 (1) 2011. Facultad de Farmácia e Bioquímica – Universidad de Buenos Aires – Argentina.

Chernoviz, Pedro Napoleão. *Diccionario de medicina popular e das ciencias accessorias para uso das famílias*. 2 vols. Paris: A.Roger & F.Chernoviz; 1890.

- Dias, J.P. Sousa. *A farmácia e a história*. (org.) História da farmácia e dos medicamentos. (org.) Ricardo Fernandes de Menezes. (On line) www.acd.ufrj.br/consumo/leituras/lm_historiafarmaciamed.pdf [05/09/2007]
- Ferraz, Márcia H.M. Química médica no Brasil Colonial; o papel das novas terras na modificação da farmacopéia clássica. In: Alfonso-Goldfarb, A.M. & C.A. Maia (orgs) *História da ciência: o mapa do conhecimento*. Rio de Janeiro/São Paulo: Expressão e Cultura/EDUSP; 1995.
- Ferretti, Mundicarmo. *Pajelança do Maranhão no século XIX: o processo de Amélia Rosa*. São Luís MA: CMF/FAPEMA; 2004.
- Joly, Ayrton Brandão; Leitão Filho, Hermógenes de Freitas. *Botânica econômica*. São Paulo: HUCITEC; Ed. Universidade de São Paulo; 1979
- Laplantine, François. *Antropologia da doença*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004; hl 2004. (Coleção biblioteca universal)
- Marques, Vera R. Beltrão. Remédios secretos – Saberes e poderes. trabalho apresentado no 49º /Congresso Internacional de Americanistas, Sección Medicina y salud. 7-11 de julio, Quito- Equador: 1997.
- Rizzini, Carlos T.; Mors, Walter B. *Botânica econômica brasileira*. São Paulo: EPU, Editora da Universidade de São Paulo; 1976.
- Rodrigues, Lopes, *Anchieta e a medicina*. Belo Horizonte MG: Edições Apollo; s/d.
- Santos, Fernando Santiago dos. *As plantas brasileiras, os jesuítas e os indígenas do Brasil: história e ciência na Triaga Brasília (séc. XVII- XVIII)*. São Paulo: Novo Autor Editora; 2009.
- Santos Filho, Lycurgo. *História da medicina no Brasil (séc. XVI- séc. XIX)*. 2 v. São Paulo: Brasiliense; 1947. (Estudos Brasiliensis 3)
- Scarano, Julita. *Fé e milagre*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo; 2004.
- Santos, Fernando Santiago. *As plantas brasileiras: os jesuítas e os indígenas do Brasil: história e ciência na Triaga Brasília (sec. XVII – XVIII)*. São Paulo, Novo Autor Editora; 2009.
- Seabra, Odete C. Lima. *Cotidiano e vida de bairro na metamorfose da cidade em metrópole, a partir das transformações do bairro do Limão*. Tese de Livre-Docência do Departamento de Geografia da USP, área: Geografia Urbana. 2003.