

Fabio Dantas Jannuzzi

**MEDICAÇÕES, REZAS E CHÁS:
a saúde e a doença “entre” híbridos e rizoma**

Juiz de Fora

2008

Fabio Dantas Jannuzzi

MEDICAÇÕES, REZAS E CHÁS:

a saúde e a doença “entre” híbridos e rizoma.

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal de Juiz de Fora, área de concentração Práticas Sociais e Representações Simbólicas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Octavio Bonet

Juiz de Fora

2008

Fabio Dantas Jannuzzi

MEDICAÇÕES, REZAS E CHÁS:

a saúde e a doença “entre” híbridos e rizoma.

Dissertação submetida ao Instituto de Ciências Humanas e Letras, UFJF, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais e aprovada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Octavio Andrés Bonet (Orientador)
UFJF

Prof. Dr. Luiz Fernando Dias Duarte
PPGAS - MN - UFRJ

Prof^a Dr^a Fátima Regina Gomes Tavares
PPCIR - UFJF

Juiz de Fora
2008

AGRADECIMENTOS

Agradeço, sinceramente, a todas as pessoas que, de alguma forma, me ajudaram a realizar este trabalho. A mais próxima, minha esposa, companheira incansável, que neste período e em todos os sentidos, tanto me apoiou mesmo tendo o tempo que a ela dedico compartilhado com os livros. Aos meus pais, minha irmã e meu sobrinho; que longe ou perto, sabendo ou sem saber, tanto me deram suporte emocional. Ao meu orientador, pela força, dedicação, empenho, competência e palavra amiga. Aos professores que fizeram parte da banca do exame de qualificação, pelo apoio e sugestões tão fundamentais. Aos professores que ministraram aulas para mim ao longo desta jornada, pela doação extrema ao seu ofício: ensinar. A tantas pessoas em Santa Bárbara. Recebi de todas estas pessoas um olhar, um sorriso, uma palavra, um gesto que me fizeram caminhar. Quanto aos nomes, cada um bem sabe; e sabem que muito me ajudaram. Quero citar apenas um nome: Theo. Faço esta menção na certeza que ele foi, está e estará sendo sempre importante nos caminhos da vida do meu orientador. E é lógico, de todos que estão ao seu lado.

Hermeto foi na cozinha pra buscar o
instrumental

Do facão a colherinha tudo é coisa
musical

Trouxe concha e espumadeira, ralador,
colher de pau

Barril, terrina e peneira, tudo é coisa
musical [...]

Assoprou numa chaleira, bateu numa
bacia

Jesus, Ave Maria, era uma sinfonia

Secador e geladeira entraram no
compasso

Dançou a farinheira, saleiro no pedaço
[...]

Fez chocalho de arroz e outro de feijão

No talo do mamão soprou a flauta que eu
já vi

Tocar mais doce, irmão, direto ao coração
[...]

Nesse chá de panela é que eu senti a
vocação

De que música é tudo que avoa e rasga o
chão

Foi Hermeto Paschoal que, magistral, me
deu o dom

De entender que do lixo ao avião em que
tudo há tom

E que até penico dá bom som.

BLANC A. e GUINGA

RESUMO

Este trabalho, realizado a partir de uma pesquisa de campo desenvolvida em Santa Bárbara do Monte Verde (MG), tem como tema central a dinâmica que está presente na formação das vivências e das experiências de um grupo de pessoas no que concerne a saúde e a doença e, como consequência, as práticas terapêuticas advindas destes processos. O corpo-sujeito agencia vários significados e significantes que ao se imiscuírem e se interconectarem com outros contextos passam a fazer parte na composição das concepções de saúde e doença e, em última análise, dos interstícios sociais da localidade estudada, estabelecendo o chamado espaço “entre”. Ou seja, um espaço onde se interpenetram vários aspectos das redes de relações sociais sem que exista uma fronteira ou limite específico destes elementos e, assim, promovem o modo de estar no mundo de cada sujeito. Analisar-se-á como são estabelecidas as ações e interações dos pacientes com seu meio social, com os agentes promotores de cuidados em saúde – tendo o Programa de Saúde da Família como pano de fundo - e entre eles próprios. Há de se destacar que os pacientes transitam por um universo multifacetado de possibilidades terapêuticas sem que se tenha constatado fragmentações e seletividades como, por exemplo, ter que escolher entre medicações, rezas ou chás. Estes elementos consolidam um conjunto de práticas no qual a busca pela saúde agrega simultaneamente diversos fatores e cenários. Dessa forma, duas questões essenciais deste trabalho são: existe um nível de tensão entre os integrantes do sistema de saúde oficial e os cuidadores por métodos populares ou rezadeiras? E a partir disto, como se estabelecem as práticas relacionadas à saúde e à doença presentes no cotidiano dos pacientes?

PALAVRAS-CHAVE: Corpo. Saúde. Doença. Terapêuticas. Híbridos.

ABSTRACT

This study, conducted from a field research held in Santa Bárbara do Monte Verde (MG), has as its central theme the dynamics that are present in the formation of lived experiences of a group of people with regard to the health and the sickness and, as result, the therapeutics practices arised from these processes. The body-subject agency several meanings and significantants that when interpenetrate and interconnect with other contexts will become part in the composition of the concepts of health and sickness and, ultimately, the social intertices of the town studied by establishing the so-called space “between”. That is, an area where interpenetrate many aspects of the networks of social relations without a specific boundary or limit of these elements and thereby advancing the mode of being-in-the-world in each subject. The analyze will be established about the actions and interactions of patients with their social ambience, with the promoters of health care – with the Program of Family Health as a background – and among themselves. There is to highlight that patients transiting by a multifaceted universe of therapeutics possibilities without evidence of fragmentation and specificity such as having to choose between medications, prayers or teas. These elements consolidate a set of practices in which the search for health adds simultaneously several factors and sceneries. Thus, two key issues of this study are: there is a level of tension between members of the health official system and the popular methods or non-professional caregivers? And from this, how are the practices related to health and sickness established in daily life of patients?

KEY WORDS: Body. Health. Sickness. Therapeutics. Hybrids.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 MAPEANDO CAMINHOS EM UM “ESPAÇO ENTRE”: NOS INTERSTÍCIOS DA SOCIALIDADE	14
1.1 O ponto de partida.....	14
1.2 O município enquanto “espaço entre” e os interstícios sociais	17
1.3 O Programa de Saúde da Família, porta aberta à pesquisa.....	25
1.4 A entrada no campo e o choque cultural.....	28
1.5 Nos palcos da vida: discernindo dois papéis em um “espaço entre”.....	33
2 CORPO, SAÚDE E DOENÇA: PERSPECTIVAS E HÍBRIDOS	37
2.1 Antropologia da saúde: um retrato.....	37
2.2 Conceitos (ou noções gerais) essenciais da pesquisa.....	38
2.3 O corpo onde se processam as experiências e onde se expressam as representações: perspectiva que integra esse “espaço entre”.....	45
2.3.1 O corpo: concepções e História.....	45
2.3.2 O corpo e o habitus.....	48
2.3.3 As “novas dimensões” do corpo.....	52
2.3.4 O corpo como uma perspectiva.....	55
2.4 Sobre as concepções de saúde e doença: “espaço entre” e híbridos.....	61
2.5 As diversas formas de se expressar: ruídos na comunicação e necessidade de uma releitura?.....	68
3 PRÁTICAS TERAPÊUTICAS ENTRE RIZOMA, HÍBRIDOS E INVENÇÕES	76
3.1 Práticas terapêuticas: rizoma e híbridos.....	76
3.2 Saberes e a modernidade: cenário de disputa?.....	81
3.3 Experimentar entre invenções, criatividade e politemporalidade.....	83
CONCLUSÃO	91
BIBLIOGRAFIA	94
ANEXOS	101

INTRODUÇÃO

Seria provável que o leitor, após a breve leitura dos parágrafos iniciais do desenvolvimento desta dissertação, formulasse, em mente, sua primeira indagação: por que um médico, especialista na área de psiquiatria, está envolvido em outro campo de conhecimento, a antropologia? Opto por antecipar a resposta desse possível questionamento afirmando que “a medicina - ou a psiquiatria - de tão grande, se tornou pequena para mim”. Explico melhor: a maior parte das pesquisas e avanços na área médica (e na psiquiatria - que por muitas décadas ficou escondida atrás dos muros dos manicômios, mas agora já se inclui aqui -) tem sido realizada e obtida cada vez mais no “mundo micro”. Ou seja, na psiquiatria, por exemplo, as descobertas de determinados neurotransmissores e suas ações já são entendidas como relativamente arcaicas. O interesse agora é em subtipos de receptores celulares que promovem conexões específicas, de acordo com a sua localização no sistema nervoso central, e deflagram ou deixam de deflagrar – dependendo do caso - determinadas reações em cascata que por sua vez estão na origem do funcionamento normal ou da anormalidade daquela área e, portanto, podem vir a produzir sinais ou sintomas específicos. Como o universo da psiquiatria está vasto! Ou por outra, como está grande! Ou pequeno?

Não tenho nenhuma dúvida em afirmar que todos os avanços obtidos pela medicina têm extremo valor para nossas vidas. Cada vez mais o avanço tecnológico tem propiciado diagnósticos precoces e melhores prognósticos, cada vez mais um arsenal medicamentoso para várias patologias tem sido apresentado ou incrementado, cada vez mais a expectativa de vida das pessoas tem aumentado, etc. Mas, será que isto é tudo? Será que essa diretriz é suficiente para abarcar tudo que envolve – ou deveria envolver – a prática médica? Agora, já me aproximando da minha motivação para desenvolver estudos no campo da antropologia, devo mencionar que durante minhas atividades médicas, ao observar as atuações de vários colegas e principalmente relatos de pacientes; constatei que algo muito importante havia virado um detalhe ou uma nota-de-rodapé, ou melhor, aboliram de

um virtual texto (ou contexto) intitulado “A prática médica hoje”. Qual é o detalhe? O “detalhe” é o paciente. Curioso é que acabo de escrever esta frase e me lembro de um renomado técnico de futebol, nos dias de hoje chamado de professor, que proferiu a frase: “o gol é apenas um detalhe”. Pois é, retornando ao nosso caso, parece que o paciente virou um detalhe.

Nos vários lugares que tenho trabalhado como psiquiatra, ouço de funcionários e dos pacientes relatos de ações médicas incríveis. Permita-me explicar: não é incrível por ser extraordinário e realmente excepcional, de uma atuação exemplar. O sentido aqui é o mais “rasteiro” possível. São relatos de deixar as pessoas boquiabertas e “sem crer” no que ouvem e que, via de regra, trazem consigo uma grande carga de sofrimento para os pacientes. E pasmem: não é raro ouvir dos próprios médicos, de várias especialidades diferentes, relatos em tom jocoso acerca de determinadas situações contadas, em consulta, pelos pacientes.

A partir desse cenário, meu interesse de estudo passou a ser as várias questões que, por certo, envolvem os pacientes – longe de serem, no meu entendimento, meros detalhes. O que eles têm para nos passar de seus mundos, de suas vivências e de suas experiências relacionadas a sua saúde e a sua doença? Como eles entendem estes dois estados: estar são e estar doente? Como lidam com o adoecimento e quais práticas terapêuticas utilizam? Como se comunicam entre si e com aqueles que propiciam as alternativas terapêuticas? Dessa maneira, os objetivos desta pesquisa convergiram para o intuito de compreender as dinâmicas que estão envolvidas nas respostas a estas indagações.

Em síntese, ao direcionar o foco da minha atenção para o mundo do paciente, o mundo dos micro-receptores celulares, presente no pequeno universo das fendas sinápticas do sistema nervoso central, permaneceu com suas ações e interações incessantes; mas, para mim, agora já envolto pelas plácidas fímbrias de um doce silêncio – ainda que eventualmente temporário. Direcionei-me, assim, para aquele onde se processam todas essas ações neuro-químicas e neuro-físicas, mas que é portador de muito mais que isto: é portador de sentimentos, de afetos, que quer se comunicar da sua maneira e muitas vezes é obliterado. Uma pessoa que por intermédio do seu corpo, um corpo-sujeito, está inserido em seus contextos e suas redes de inter-relações. Entretanto, para entender estas dinâmicas e estes sujeitos deveria selecionar um grupo de pessoas. Mas qual?

O primeiro ponto aonde queria chegar era que este grupo de pessoas a ser estudado deveria estar presente no serviço público. Neste aspecto, dois fatores foram preponderantes: o primeiro, que na rede particular poderia haver um recorte a partir do qual uma seleção de um pequeno número de pessoas de uma classe econômica mais abastada seria englobada, o que no meu entender poderia prejudicar o desenvolvimento da pesquisa já que se trata de uma camada populacional que foge aos padrões da grande massa de pessoas que procuram assistência em saúde. O segundo aspecto, uma particularidade do pesquisador, se refere à pura questão de afinidade. Ao longo das minhas atividades profissionais, tenho preferido exercer minhas ações, em grande escala, no serviço público. A idéia inicial, inclusive, era acompanhar as consultas médicas nos locais (principalmente ambulatórios) em que já trabalhava e posteriormente realizar entrevistas com os agentes envolvidos nesse cenário. Por circunstâncias que serão explicitadas no princípio do primeiro capítulo, o desenvolvimento deste trabalho etnográfico ganhou um outro rumo. A pesquisa foi realizada em Santa Bárbara do Monte Verde, município da zona da mata mineira, composto por uma pequena população, predominantemente rural. Nessa localidade pude ter melhor acesso à rede de saúde e atenção, bem como aos próprios pacientes, através do acompanhamento da equipe do Programa de Saúde da Família. Além disso, logo foi constatado que, com as características desta cidade, as questões de saúde e doença, inclusive quanto às práticas terapêuticas, seriam enriquecidas por especificidades que provavelmente não são mais prevalentes em cidades de médio e grande porte.

Acompanhei os integrantes da equipe de saúde por quatro meses durante o transcorrer de todas as quartas-feiras. Após este período, que se encerrou em Janeiro de 2007 devido à dissolução da equipe e da conseqüente saída da médica deste trabalho, continuei a atividade de campo, por mais um mês, de modo dissociado do sistema oficial de saúde. Passei a ir nas casas de alguns pacientes na companhia da médica que lá havia trabalhado. Isto foi importante já que pude, neste último segmento da pesquisa, esclarecer dúvidas que se impuseram na primeira fase, além do fato de ter a possibilidade de aprofundar o conhecimento sobre o cotidiano daquelas pessoas nos seus ambientes mais informais, suas casas.

Conheci, durante todo o período da pesquisa, vários cenários e contextos em Santa Bárbara do Monte Verde com destaques para a praça principal da cidade, a secretaria de saúde, alguns balneários, as casas de alguns pacientes e,

naturalmente, os locais relacionados diretamente com a pesquisa. Entre eles: escolas municipais, postos de saúde, fazendas e não poderia deixar de citar o carro da prefeitura que transportava os membros da equipe e que também tinha lá seus contextos (e nos dava seus sustos) específicos. Muitas particularidades e singularidades se apresentaram ao longo desta jornada. No entanto, a característica que esteve marcadamente presente em todos estes contextos foi o fato de que havia uma profusão de ações, de atividades, de motivações, de interesses, de emoções, de perspectivas, de olhares, de gestos, de palavras, de vozes, de movimentos, de descobertas, e por que não dizer de broas e cafezinhos; enfim, um conjunto de elementos que se misturavam a todo o instante e que ao se interpenetrarem deixavam empalidecidos os contornos, os limites e as fronteiras de cada um.

Dentro deste panorama, construo como um fio condutor desta dissertação a noção de espaço “entre” - bem estabelecida a partir de autores como Crapanzano (2004) e Ceccim (2004) e re-elaborada por Bonet e Tavares (2007) - que aponta em nossas vidas cotidianas a presença de uma constante transição, uma dinâmica, um deixar de ser algo sem já se consolidar como uma coisa nova, situações em que determinadas características deixam de existir ainda que outras ainda não tenham se solidificado. É um movimento incessante que dilui as margens do que se experiencia, que torna os limites frouxos, as fronteiras opacas, os contornos sem nitidez e sem que uma identidade específica se imponha. Neste espaço, as certezas são dúbias e as dúvidas são certas. Portanto, um espaço de possibilidades, de alternativas, de criatividade, de relações, de misturas e de mesclas; onde contextos se imiscuem e se reinventam.

O espaço “entre”, com seu emaranhado de combinações e arranjos, revelou sua potencialidade para trazer em si uma pluralidade de elementos agregados no que diz respeito às concepções dos sujeitos quando o assunto é saúde e doença. Diversos fatores foram inscritos nos relatos a fim de se estabelecer as questões de saúde e doença, ou seja, um conjunto de causas, agentes e situações que agem, reagem, interagem e são experimentados propiciando um espaço híbrido, como propôs Latour (1994). A partir disto, os saberes presentes, enquanto alternativas terapêuticas, vão estar entre a teoria e a prática, entre o fato e o fetiche – o espaço “entre” é o espaço dos fe(i)tiches (Latour, 2002) - por mais que os agentes cuidadores apregoem, deitados no berço esplêndido da modernidade, que suas técnicas são as mais eficazes (Latour, 1994). Essas conjunturas envolvendo os

aspectos da saúde e da doença colocaram em evidência também, de uma forma plena, as multiplicidades que se deslocam e se interconectam em várias áreas e dimensões em um processo dinâmico que Deleuze e Guattari (1995) descreveram como rizoma.

Dessa maneira, esta dissertação traz à cena uma pesquisa etnográfica onde ficou evidente que a segmentação e a fragmentação que certos campos de conhecimento exaltam e propalam aos quatro ventos são passíveis de vários questionamentos. Na área da saúde, por exemplo, essas rupturas, em uma análise mais ampla (e que inclusive são descritas na literatura antropológica), ficam evidentes sob os olhos lânguidos da “medicina oficial”: o pólo do paciente é o do leigo, ao médico cabe o pólo do detentor do saber e a curandeira ou rezadeira, além do desprezo, cabe a prática de fetichismo. A pesquisa apontou para a notória necessidade de olhares que vão além desse modelo estereotipado de polarizações (vale ressaltar que a equipe de saúde que foi acompanhada durante a pesquisa mostrou um perfil mais acolhedor e de interesse pela escuta – e isto foi dito reiteradas vezes por boa parte dos pacientes durante as nossas visitas). É possível, ainda, que esta crítica relativa ao fracionamento de determinados campos de conhecimento não fique restrita ao telhado de vidro alheio. Ela é, muitas vezes, pertinente à própria antropologia quando, por exemplo, tenta pôr em rota de colisão os pares clássicos de dicotomias - natureza/sociedade, indivíduo/coletivo, objeto/sujeito, corpo/mente, razão/emoção, etc – e tende a esperar que sejam elementos enclausurados em esferas distintas e, de certa forma, incomunicáveis; e que haja, eventualmente, predomínio de um sobre o outro. À guisa de exemplos, cito Sahlins (1990) que, de maneira contundente, se posicionou contrário a estes contrastes binários, apontando-os como “fenomenologicamente enganadores” e “analiticamente debilitantes”; e Deleuze e Guattari (1997) que ao comentarem sobre as oposições – sustentando suas argumentações com as idéias de: espaço liso e espaço estriado – até aceitam suas distinções de direito, mas afirmam que de fato ocorrem suas misturas.

Exposto o tema central, passo para uma abordagem dos capítulos desenvolvidos na dissertação. Dedico o primeiro capítulo para a caracterização do local em que foi realizada a pesquisa, para mostrar os aspectos iniciais relacionados ao trabalho de campo e para uma abordagem sobre o Programa de Saúde da

Família do município de Santa Bárbara do Monte Verde que deu a sustentabilidade necessária para a execução das atividades.

O segundo capítulo apresenta, inicialmente, uma análise sobre alguns dos aspectos mais importantes e recentes da antropologia da saúde, bem como dos principais conceitos ou noções que serão abordados no desenvolvimento do texto. Em seguida estabeleço considerações sobre o corpo - elemento onde se processam as experiências e se expressam as representações – e sobre a saúde e a doença com a compreensão dos contextos e vivências dos sujeitos observados e entrevistados.

A partir das concepções de saúde e doença evidenciadas no campo, o terceiro capítulo, após o qual se situa a conclusão, mostra vários aspectos relacionados às práticas terapêuticas que são utilizadas, particularmente a forma como esses sujeitos estudados se apropriam de ações, interações e conhecimentos na busca de um bem-estar.

1 MAPEANDO CAMINHOS EM UM “ESPAÇO ENTRE”: NOS INTERSTÍCIOS DA SOCIALIDADE

1.1 O ponto de partida

Determinadas situações as quais vivenciamos podem ganhar um colorido único, criar um novo contexto. São momentos que deixam suas marcas e podem redefinir uma série de outros acontecimentos. Certo dia, já no final do inverno de 2006 e pouco depois do cair da noite, estava em casa quando minha esposa chegou do trabalho. Médica, trabalhava há pouco tempo no Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Santa Bárbara do Monte Verde, pequena cidade no estado de Minas Gerais com cerca de 2.400 habitantes. Esse fato corriqueiro, naquela noite, trouxe um matiz diferenciado. Ainda como de costume, perguntei como havia sido seu dia de trabalho. Foi nesta fala, então, que surgiu algo inusitado. Ela reportou-me uma experiência diferente a qual vivenciara na tarde daquele dia, um atendimento que fizera. Disse que havia atendido uma criança e que após examiná-la constatou ser o quadro compatível com sarampo. Comentou que as lesões na pele e a clínica estavam muito sugestivas, e que pediu alguns exames complementares para confirmar sua hipótese. Entretanto, durante o atendimento conversou com a mãe da criança adoentada. Continuou: “lá pelas tantas ela me disse que achava que sua filha tinha ficado daquele jeito porque tinha saído do quarto de camisola. Ela falou algumas outras coisas e no final completou dizendo que ela achava que para sua filha melhorar deveria esparramar milho debaixo da cama da menina. Haviam dito a ela que isto era muito bom para curar a criança”. A cada palavra que minha esposa ia proferindo a história ganhava mais cor, nitidez e frescor; e ia me envolvendo, ao mesmo passo que me questionava: quais são essas representações? Quem são esses sujeitos? Como eles vivem, o que e como eles sentem? Qual é este local?

O fato é que por circunstâncias diversas não tive acesso a esta criança e nem a esta mãe. E a própria médica também não, pois dias depois chegou a notícia de

que elas haviam se mudado da cidade. Duas pessoas as quais jamais estive perto, jamais vi e que sequer sabem da minha existência foram fundamentais para a redefinição da estrutura da pesquisa que até aquela altura estava com outro foco.

Inegavelmente devo confessar, e nesse momento me permito comentar algumas particularidades da minha formação profissional, que o relato do atendimento descrito com as várias nuances envolvendo a interconexão entre saúde, doença e cura; ainda que breve, me causou “uma espécie de choque”. Lembrei dos meus tempos da graduação quando aprendi uma medicina que hoje entendo ser “aritmética”. Ou seja: se um paciente apresenta um sinal A, mais um sintoma B e mais um sintoma C, faz-se a hipótese do diagnóstico sindrômico (quadro geral que pode se apresentar em mais de uma afecção) D e, em geral, após um exame complementar, pode-se pensar nos diagnósticos nosológicos (ou os nomes de doenças específicas) E ou F; concluindo a equação com o tratamento através da prescrição da medicação G ou H. Ora, o relato daquele atendimento estava muito distante da minha “educação médica”; que, aliás, remeteu-me a uma passagem de um texto de Geertz (1998, p. 240) quando tecia considerações sobre a etnografia do pensamento:

uma pergunta que persegue aqueles que pensam com alguma seriedade sobre a vida intelectual de nossos dias, é onde foi parar o ‘geral’ da ‘cultura geral’ e como podemos trazê-lo de volta para evitar que nossos centros de ensino produzam uma raça de bárbaros altamente treinados, algo assim como os ‘especialistas sem alma, sensualistas sem coração’ de Weber .

Associei esse fato com os vários trabalhos em Antropologia Médica a respeito do paradigma mecanicista reinante, das dificuldades que envolvem a relação médico-paciente e os ruídos na comunicação entre esses dois atores, da cada vez mais “coisificante” prática médica, da crescente especialização e “tecnicização” no modelo médico, enfim, um vasto conjunto de elementos que

envolvem aspectos da saúde, doença e práticas terapêuticas¹.

Dessa forma, percebi que o desenvolvimento de uma possível pesquisa neste contexto teria que transcorrer com uma prévia reflexão sobre minhas posturas e posições ante a minha própria prática médica. Reflexão, esta, no sentido de amenizar minhas pressuposições e meus pré-conceitos originários da minha formação em saúde, ou seja, teria que tentar me desocupar de “entendimentos preliminares” para poder estar mais aberto ao que iria encontrar. Teria, assim, que adotar uma estratégia como mencionou Wagner, no livro “The Invention of Culture” (1981, p. 2, tradução minha):

É evidentemente necessário que um pesquisador de campo seja o mais isento possível, na medida que é consciente de seus pressupostos, mas nós freqüentemente tomamos tanto os pressupostos mais básicos de nossa cultura como certos que nem sempre nos damos conta deles. A objetividade relativa pode ser encontrada através da descoberta de quais são estas tendências, os caminhos pelos quais nossa própria cultura permite um compreender o outro, e as limitações que isso propicia nesta compreensão.

Adotando uma postura nesse mesmo sentido, Cardoso de Oliveira, ao discorrer sobre o trabalho do antropólogo constituído pela tríade: olhar, ouvir e escrever; menciona reiteradas vezes sobre as armadilhas das precondições que nossas disciplinas formadoras nos impõem (OLIVEIRA, 1996).

Diante deste cenário, sabia que a pesquisa iria se constituir antes de tudo em um grande desafio. Era evidente que teria inúmeros obstáculos que se acumulam em quaisquer trabalhos de campo, mas, neste caso, com um fator de dificuldade

¹ Há uma vasta literatura em Antropologia Médica ou da Saúde (e outras áreas) acerca do paradigma mecanicista e do positivismo científico que ocupa espaço na medicina, além de suas conseqüências. Vários artigos e livros abordam esta temática: Adam e Herzlich, 2001; Alves e Rabelo, 1998; Ayres, 2001; Camargo Jr., 2003; Caprara e Franco, 1999; Caprara, 2003; Duarte e Leal, 1998; Herzlich, 2005; Minayo, 1998; Queiroz, 2003; Uchoa e Vidal, 1994; entre outros.

agregado oriundo da minha formação profissional. Maior a dificuldade, maior o desafio; e estava, enfim, sendo consolidado o ponto de partida da pesquisa.

1.2 O município enquanto “espaço entre” e os interstícios sociais

Santa Bárbara do Monte Verde é um município na zona da mata do estado de Minas Gerais com uma população aproximada de pouco menos de 2.400 habitantes. Pode-se ter acesso a cidade pela estrada BR 040 que liga o Rio de Janeiro a Juiz de Fora, entrando a esquerda, três quilômetros antes da entrada para Juiz de Fora; percorre-se mais 47 quilômetros, pela MG 353, para a chegada. Outra alternativa muito utilizada é vindo de Valença, estado do Rio de Janeiro. Do centro desta cidade deve-se percorrer 28 quilômetros até um de seus distritos, chamado Parapeúna, que é separado do estado de Minas Gerais, da cidade de Rio Preto, apenas pelo rio que dá nome a este município mineiro. Então, percorre-se mais 23 quilômetros, pela MG 353.

A cidade mais importante e de referência, nas proximidades, é Juiz de Fora, que fica a 54 quilômetros. Aí, a maior parte dos problemas dos moradores de Santa Bárbara do Monte Verde é resolvida. Por exemplo, questões relacionadas a banco, já que o município não conta com nenhuma agência bancária, bem como questões de saúde de maior complexidade. Entretanto, não é raro que alguns problemas de seus habitantes, que não podem ser resolvidos no âmbito interno, sejam equacionados em Valença.

Antes de iniciar a descrição do município faz-se necessário lembrar Geertz (1989, p. 16, grifo do autor) que dizia: “os antropólogos não estudam as aldeias (tribos, cidades, vizinhanças...), eles estudam *nas* aldeias”. Não desconsiderando essa idéia inicial, o entendimento do lugar é fundamental para o desenvolvimento da compreensão da pesquisa.

A primeira sensação ao se chegar em Santa Bárbara (assim todos a chamam) é que por lá existe uma atmosfera diferente. Um ar bucólico permeia nossos sentidos desde a entrada da cidade que nos conduz necessariamente à

praça principal cuja maior característica é ser bem arborizada e com plantas bonitas.

A minha primeira ida ao município foi em uma manhã de primavera com o tênue rajado dos raios solares descortinando um conjunto de casarios antigos que se situam ao redor da praça, cujo nome é Praça Barão de Santa Bárbara, e de onde se pode ver um pequeno número de ruas em seus arredores e o seu entorno com belas colinas. Em uma das laterais da praça está a Igreja Matriz de Santa Bárbara, construção inaugurada em 29 de Setembro de 1885, como destaca uma placa em sua parede externa, mas na parte superior de sua porta principal lê-se o ano de 1947 quando ela ganhou seus contornos atuais. Em outra lateral encontra-se a pequena rodoviária; algumas casas, entre elas a casa onde funciona a prefeitura municipal (que data de 1924) e o “Centro de Saúde”. No lado oposto a Igreja: algumas casas, a biblioteca municipal, uma creche e em grande destaque uma casa pintada de rosa escrito sobre sua porta “Pharmacia Independência” e ao lado o ano, em algarismos romanos, definindo ser esta construção de 1931. Fechando o quadrilátero ao redor da praça, o lado restante parece ser composto por construções mais recentes. Inicia-se uma casa bem antiga (aparentemente a mais antiga da praça, mas que não tem data explicitada) e seguem-se: um mercado, uma mercearia, a casa da secretaria municipal de educação, uma lanchonete, um cartório e uma casa onde funciona a divisão de assistência social; todas em um estilo arquitetônico “mais atual”. No centro da praça um quiosque, onde um morador informou ser “lugar de venda de hambúrguer e cerveja” que só funciona à noite. Chama a atenção, imediatamente a chegada, o fato de que boa parte das casas tem na parte superior de suas fachadas, acima da porta principal, o ano de suas construções. Nota-se casas principalmente das décadas de 20, 30 e 40 do século passado.

As casas mantêm seus estilos antigos, com as fachadas e recortes dos telhados característicos da época. É comum naquelas que ficam situadas no entorno da praça principal haver um recuo ou espaço entre a calçada e o início das casas onde são feitos belos jardins. A insegurança, temática proeminente em qualquer grande centro urbano brasileiro em nossos dias, parece não ter se aproximado dos limites deste município. As janelas e as portas da maior parte das casas “vivem” abertas quase durante todo dia. As paredes parecem mais existir por uma formalidade. Entendendo que um município pequeno favorece a arranjos e soluções

particulares, esse quadro me remete a obra “A casa e a rua” de Roberto Damatta (1985, p. 12):

Quando então, digo que “casa” e “rua” são categorias sociológicas [...] estou afirmando que, entre nós, estas palavras não designam simplesmente espaços geográficos ou coisas físicas comensuráveis, mas acima de tudo entidades morais, esferas de ação social, províncias éticas dotadas de positividade, domínios culturais institucionalizados.

Caracteriza-se desta forma a casa como espaço íntimo e privativo em contraste com a rua dos “anônimos e desgarrados”². Parece haver, em Santa Bárbara, uma indistinção (ou melhor, uma perda na relevância da distinção) entre a casa e rua. Essa oposição: casa e rua, necessariamente dinâmica e relativa, tem nesse cenário uma especificidade onde as portas da casa ficam abertas para “a relação com a rua”. Esse é o primeiro ponto central naquilo que denomino como um “espaço entre” observado no município.

A tranqüilidade, a segurança e a sensação de domínio sobre o ambiente tão peculiares ao espaço “da casa” parecem extrapolar os limites dos tijolos e cimento ao imiscuírem-se no convívio com a coletividade. A dicotomia entre ambos espaços não salta tanto aos olhos em Santa Bárbara, pelo menos a princípio. Posso relatar um outro episódio que pode ilustrar a questão da segurança no município. A médica (que acompanhei na pesquisa) relatou que, certo dia, foi fazer uma visita domiciliar e, muito tempo depois, já havendo transcorrido quase todo o dia de trabalho, ela se lembrou que achava ter deixado os vidros e portas de seu veículo abertos, na praça, em frente à prefeitura, já que ao sair do seu interior logo se entreteve com um conhecido e acabou distanciando-se do local, indo em seguida para o módulo de saúde em que trabalhava, para as posteriores visitas. Ela terminou normalmente as consultas que fazia, mas disse ter ficado apreensiva após imaginar o risco de algo acontecer. Ao voltar para a praça, para alívio da médica, lá estava seu carro com as portas e vidros abertos e tinha um funcionário na porta da prefeitura. A médica

² Nomenclaturas utilizadas pelo próprio Roberto Damatta colocando em evidência o contraste que pauta seu texto.

continuou contando o caso e disse que com alguma surpresa, exclamou: “Nossa, o carro ficou todo aberto!!!”. O funcionário, como quem respondendo, falou: “Ô doutora, aqui não tem problema isso não; e todo aqui já sabe que esse carro é da senhora”. Isto caracteriza a segurança do lugar e também um aspecto de identidade e autoridade, característico das sociedades relacionais nas quais códigos de comportamentos diversos interagem simultaneamente (DAMATTA, 1985), expresso, nessa passagem, por: “o carro da doutora”.

Para alguém que chega de uma cidade maior, com um dinamismo mais acentuado e entre corre-corres de trabalho além de longas distâncias que se percorre para ir de um lugar a outro, tem-se a nítida sensação de que em Santa Bárbara o tempo passa mais vagorosamente. As pessoas parecem também guardar um quê de particularidade. Em um dia de semana comum, nos bancos da praça ficam pessoas conversando com uma aparência de descompromisso. Algumas que andavam, o faziam lentamente (ante meus referenciais); e outras postavam suas cadeiras do lado de fora da casa, ao lado da porta que permanecia aberta, como quem “aprecia o movimento”. Nesse cenário, relembro Certeau (1994, p. 201 e 202) que, ao tecer considerações sobre o binômio lugar-espaço, caracterizou o lugar como “uma configuração instantânea de posições” e o espaço existindo “sempre que se tomam em conta vetores de direção, quantidades de velocidades e a variável tempo”. “[O espaço] é de certo modo animado pelo conjunto dos movimentos que aí se desdobram”. As pessoas transformavam aquele lugar em um espaço, um “lugar praticado” com suas especificidades, as quais começava a conhecer, ou sejam formavam um “espaço entre”.

Um aspecto que chamou minha atenção quando da chegada foi a noção de espaço e sentido, em seu aspecto social. Logo depois que cheguei a entrada da cidade perguntei onde fica um determinado local que a médica sugeriu que eu conhecesse e seria meu primeiro destino. A pessoa, que andava calmamente pela rua, disse: “segue aqui, passa entre aqueles dois postes e é logo depois da casa rosa”. Os tais dois postes eram um pouco depois da esquina, já na primeira rua transversal à esquerda. Espontaneamente perguntei: “dobra a esquerda e passa um pouco de uma casa rosa?” O transeunte respondeu: “Tá vendo aqueles dois postes ali? (apontando com o dedo e eu respondi afirmativamente). Então, passa entre eles, passa a casa rosa e é logo depois”. Em várias outras informações que pedi a diversas pessoas, raramente ouvi menção as palavras direita ou esquerda, ruas

paralelas ou transversais, etc; quase sempre era algum outro sistema de referência. Entretanto, os termos “logo depois” de um ponto específico e “logo ali” quase sempre apareciam, mesmo não sendo tão pequena a distância a ser percorrida. Essas referências, em geral, são pautadas por organizações de movimentos, por ações espacializantes; ou seja, são vetores móveis que predominam nos apontamentos desses percursos (Certeau, 1994). Este quadro também remete a Ingold (2000) que explana a respeito dos atos de descobrir-caminhos e mapear. O autor entende que os lugares são determinados diante de uma relação entre movimento e processo de percepções e ações relacionadas às experiências anteriores, e não como atos mecânicos de conteúdo pré-estruturado. As especificidades relacionadas ao aspecto social do espaço e sentido, nesta perspectiva, estão vinculadas ao contexto histórico de jornadas que anteriormente foram desenvolvidas pelas pessoas que formam seus referenciais. Posteriormente, ao rever minhas anotações no caderno de campo, lembrei imediatamente deste texto ao ler a seguinte passagem de uma fala da médica (feita na estrada durante a viagem, em uma das idas ao município): “gosto muito de trabalhar em Santa Bárbara. Lá as pessoas são legais, é cada dia uma coisa diferente... Cada região que o PSF atende tem um jeito diferente... Até a viagem que eu faço todo dia é diferente. É um gado diferente, é um galho de uma árvore que quebrou, é uma planta que floresceu, são os raios do sol incidindo em um ângulo diferente...”.

Este relato da médica remete a outros autores que analisam os aspectos do espaço social, são eles: Deleuze e Guattari (1997). Suas considerações apontam para uma distinção entre espaço liso, onde “a linha é um vetor, uma direção e não uma dimensão ou uma determinação métrica. É um espaço construído graças às operações locais com mudanças de direção [...] O espaço liso é ocupado de acontecimentos [...] é um espaço de afetos” (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 185) e o espaço estriado, no qual predominam os aspectos mensuráveis e, portanto, os trajetos se subordinam aos pontos. Pelo que foi observado, Santa Bárbara parece guardar suas características de um espaço liso com a presença marcante dos acontecimentos e afetos. Entretanto, os autores caracterizam que o espaço da cidade é, a princípio, essencialmente estriado – uma organização basicamente dimensional, circunscrita -; porém, por fim, o estriado e o liso se interpenetram. Isto fica notório e evidencia este cenário como um “espaço entre”. Em suma, esses autores afirmam: “o que distingue as viagens não é a qualidade objetiva dos lugares,

nem a quantidade mensurável do movimento [...] mas o modo de espacialização, a maneira de estar no espaço, de ser no espaço”. (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 189 e 190).

Outra questão que em meus dias iniciais em Santa Bárbara chamou minha atenção foi a relação das pessoas com o trabalho. Reparei que vários funcionários da prefeitura saem da sede administrativa, cruzam a praça, entram em outras casas, etc; durante o período de trabalho. Passam com umas folhas, voltam sem; e por curiosidade fui perguntar algumas coisas sobre aquela dinâmica. Os funcionários responderam que certos documentos se pegam em outros locais, que determinadas atividades do departamento pessoal é em um local, mas o setor é em outro, etc. Wagner (1974) postula o entendimento da sociedade como um fluxo, não como compartimentos estanques, característica que se sobressalta em Santa Bárbara. Ou seja, o trabalho envolve um ir e vir pela praça principal, sendo o mais curioso o fato de que essas pessoas passam umas pelas outras e param para alguns bons minutos de conversa. Nesse contexto é inevitável citar, mais uma vez, Certeau (1994) nas suas considerações sobre o ato de caminhar. Ele entende esse ato como um espaço de enunciação com uma tríplice função: o processo de apropriação do sistema topográfico pelo pedestre, a realização espacial do lugar e a implicação em relações entre posições diferenciadas, ou seja, “contratos” pragmáticos sob a forma de movimentos. Estas características do trabalho imiscuem as “ações livres” com o “trabalho propriamente dito” que Deleuze e Guattari (1997) citam respectivamente como espaço liso e espaço estriado. Aqui outro ponto capital que evidencia a mescla e a opacidade dos limites entre estes espaços: é o “espaço entre”.

Para ilustrar nossa argumentação, cito Seu Anescar³, funcionário antigo da prefeitura, muito conhecido de todos por lá. Senhor de pequena estatura - muito magro e com rugas marcantes pelo rosto - e que é visto sempre com seu macacão, uniforme de trabalho, sendo reconhecidamente um excelente jardineiro. Um dia eu

³ Todos os nomes de pessoas mencionados nesta dissertação são fictícios.

estava esperando, na praça, a médica acabar um atendimento quando ele, que trabalhava ajeitando as plantas no local, indagou: “Você que é o marido da doutora?” Respondi afirmativamente. Ele continuou: “Eu tenho que pegar umas plantas lá em casa para dar para ela. Ela me pediu... Você vai ficar aqui?” Disse que sim, pois estava esperando que ela retornasse. Ele prosseguiu: “Então eu vou lá em casa agora pegar as plantas e deixo com você”. Fiquei meio confuso, ao perceber que ele pararia o trabalho para pegar plantas em casa, mas como ele insistiu, convidei para levá-lo de carro até sua casa, o que de pronto aceitou. As explicações sobre os caminhos que deveria seguir continham as expressões: “vai por aqui”, “dobra ali”, “é logo ali”; reiterando a ausência de referenciais como direita, esquerda, etc. Ao chegarmos lá, ele me convidou para entrar e eu, já constrangido por estar atrapalhando seu trabalho, recusei. Ele demorou uns dez minutos e retornou com um vaso de planta nas mãos. Insistiu muito para que entrássemos e tomássemos um cafezinho. Acostumado a este tipo de convite que nas grandes cidades é apenas por formalidade e educação, recusei e apenas agradei. Ele entrou no carro para que eu o deixasse na praça novamente. No trajeto reclamou da minha recusa em aceitar o café. Fiquei intrigado com esses hábitos e condutas no horário do expediente, mas foi assim que comecei a entender a relação com o tempo, com o espaço e com o trabalho em Santa Bárbara. Poucos dias depois, já mais integrado à localidade, relembrei de Seu Anescar e, então, pude assimilar o seu ensinamento a quem, além de outros pré-condicionamentos, não é muito afeito a paladar do café: um cafezinho é muito mais que a soma de pó e água fervendo...

Esse cenário retratado nos permite pensar de uma forma mais específica nas relações sociais. Uma base de análise para esta questão pode ser feita a partir de um apontamento de Viveiros de Castro (2002, p. 313, grifo do autor): “a antropologia contemporânea tende a recusar [...] a sociedade como ordem [...] dotada de uma objetividade de coisa, preferem-se noções como *socialidade*, que exprimiriam

melhor o processo intersubjetivamente constituído da vida social”⁴.

Rapport e Overing (2002) também convergem seus pontos de vista para o entendimento de socialidade baseado no aspecto relacional que envolve a vida social dos indivíduos, em contraste com a idéia mais clássica de sociedade e seus predicativos coletivos. Dessa forma este “retrato social” ilustrado parece importante para iniciar a compreensão das complexidades, das variações e do fluxo social “através de um enfoque que privilegia o estudo microscópico dos assim chamados ‘interstícios sociais’” (FELDMAN-BIANCO, 1987, p. 20) ou “espaços intersticiais”. No caso, estes “espaços intersticiais” formam um “espaço entre”: há um emaranhamento de estratégias e ações sociais que englobam atividades de lazer, de trabalho, de amizade, de relação, de comunicação, de olhares, de gestos, de posturas, etc. que formam redes ou um todo mesclado composto pelos elementos em mistura que compõem a vida social. Em síntese, segundo Viveiros de Castro (2002, p. 122): “o objeto da antropologia, assim, seria a variação das relações sociais. Não das relações sociais tomadas como uma província ontológica distinta, mas de todos os fenômenos possíveis enquanto relações sociais, enquanto implicam relações sociais: de todas as relações como sociais”.

A cidade começou a desenvolver a partir da chegada de um industrial paulista, Alves de Azevedo, que chegou a região para fazer uma fábrica de laticínios que já não mais existe. Atualmente, as principais atividades econômicas da cidade estão relacionadas à agropecuária. Os dois principais setores que estão vinculados à geração de renda para os munícipes são o funcionalismo da Prefeitura Municipal e as atividades, muitas das quais domésticas, relacionadas à agricultura, à produção de laticínios e à criação de animais para fins comerciais, particularmente: bois, vacas, porcos e galinhas.

Quanto à parte política, dois grupos antagônicos disputam e se alternam no

⁴ Quando menciono “a antropologia contemporânea” é por se tratar da transcrição do texto do autor já que, em meu entendimento, há uma boa parte da antropologia contemporânea com a tendência citada, embora não a totalidade.

poder desde a emancipação do município de Rio Preto, nos meados da década passada. Essas questões políticas, tão presentes em nosso meio, foram inclusive responsáveis por uma alteração no curso da pesquisa (que será retratada posteriormente). Geograficamente, é entrecortado por rios que não se destacam tanto pela atividade de pesca, mas sim por alguns balneários que foram feitos em determinados trechos e que são explorados, ainda que discretamente, como área de lazer e no setor de turismo regional.

1.3 O Programa de Saúde da Família, porta aberta à pesquisa

Inicialmente - antes mesmo de conhecer o município, mas sabendo que lá deveria ser o lugar ideal para a pesquisa, dado os relatos da médica do programa - fui à Secretaria Municipal de Saúde para saber da viabilidade de estar acompanhando a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) nas suas atividades na área rural. Fui muito bem recebido e após comentar sobre a pesquisa, a secretária de saúde disse “ser muito bem vindo tudo que pudesse trazer benefícios para o entendimento e melhoria da saúde no município”. A partir da confirmação da ausência de problemas para que eu realizasse minha pesquisa, agendei com a médica minha primeira ida à cidade. Conheci, pouco a pouco, todos os integrantes da equipe e vários funcionários de outros setores da Saúde. Todos me receberam muito bem, ficaram interessados em meu trabalho e se dispuseram a ajudar no que fosse preciso.

A implantação do Programa de Saúde da Família é direcionada pelo Ministério da Saúde que repassa verbas específicas para os municípios desenvolverem este tipo de assistência. Os objetivos básicos, resumidamente, são:

melhorar a qualidade de atendimentos em saúde no seu nível primário⁵, dispor aos usuários um acesso melhor e maior ao sistema de saúde e exercer ações básicas e preventivas em saúde (além das consultas: orientações, palestras, etc.). O número de módulos do PSF depende do número de habitantes de cada município, sendo que em Santa Bárbara do Monte Verde há um módulo. Este módulo é composto por uma equipe mínima de profissionais, estando presentes médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, agentes comunitários (ou agentes de saúde) e outros profissionais de apoio.

O município de Santa Bárbara do Monte Verde conta com cobertura de 100% de seus habitantes no Programa de Saúde da Família. A equipe, que foi acompanhada, trabalhou de Julho de 2006 até Janeiro de 2007. Era composta por uma médica, uma enfermeira, uma dentista, uma técnica de enfermagem e cada micro-região tinha uma agente de saúde. Esta última, em geral, é uma pessoa da comunidade que tem um alto grau de integração com os moradores de cada localidade e funciona como “uma ponte” entre a comunidade e a equipe. Todas as vezes que a equipe do PSF vai a uma área, o faz no carro da prefeitura com o motorista. Leva-se no porta-malas caixas das medicações mais utilizadas nesse tipo de atendimentos como: anti-hipertensivos, xaropes para tosse, vermífugos, hipoglicemiantes orais, antibióticos, etc; que são dispensadas nas consultas.

O PSF é dividido em 5 micro-regiões:

- Santa Bárbara.
- Araxá/São Bento.
- Pirapitinga.

⁵ Em linhas gerais o sistema de saúde é dividido em três níveis: primário – de atenção básica, agravos à saúde considerados de menor complexidade, que devem ser observados por clínicos gerais ou médicos com boa formação nas quatro grandes áreas da medicina: clínica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia (trabalho que, mais recentemente, vem sendo realizado pelo especialista em saúde da família); em geral, é vinculado às ações de prevenção. Secundário – envolve todas as outras especialidades médicas e outros profissionais da saúde (como exemplos: fonoaudiólogo, psicólogo e fisioterapeuta). Terciário – redes hospitalares, nível em que o paciente demanda internação.

- Conceição/Três Cruzes.
- Barreado.

Santa Bárbara.

Em Santa Bárbara o sistema de funcionamento do PSF envolve três grandes grupos de atividades, que são desenvolvidas semanalmente, todas as terças pela manhã:

1. Atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS).
2. Educação em Saúde: hiperdia, diabéticos, medicamentos controlados e zona rural. Ocorre na UBS, na Associação de Moradores ou no salão da Igreja Católica; isto varia de acordo com o tema, depende também do dia e da clientela ou público-alvo.
3. Visita Domiciliar (VD).

O atendimento na UBS é feito a partir de demanda espontânea, ou seja, a médica fica na UBS e atende as pessoas que chegam solicitando consultas. Em relação à educação em saúde, o hiperdia é o grupo que é feito com pacientes portadores de hipertensão arterial. Também se faz um grupo com as pessoas portadoras de diabetes mellitus, outro grupo é feito com as pessoas que fazem uso de medicamentos controlados (principalmente se há longo tempo) e existem os grupos sobre orientação e prevenção sobre vários agravos à saúde (como por exemplos: doenças sexualmente transmissíveis, Aids e parasitoses). Algumas dessas atividades também são realizadas na zona rural que é próxima à sede do município e, portanto, vinculada a esta micro-região. As visitas domiciliares destinam-se aos moradores desta região central da cidade que necessitam do acompanhamento de saúde em seu próprio domicílio, sendo geralmente portadores de doenças crônicas que cursam com um maior prejuízo funcional (particularmente de locomoção). Também são procuradas as pessoas que ficam um certo tempo longe do serviço de saúde, sendo feita uma espécie de busca ativa, para saber como está a pessoa que “não tem aparecido”.

Araxá e São Bento.

Em Araxá são realizadas consultas no módulo do PSF, que a população local chama de “Centro de Saúde”. A equipe do PSF faz atendimento com frequência quinzenal nesta área. As pessoas interessadas em ser consultadas contatam a agente de saúde, que mora próximo ao módulo, durante a quinzena, e ela agenda a consulta e separa o prontuário.

Em São Bento, onde a frequência de atendimentos é a mesma, as atividades se desenvolvem em uma escola municipal. Aqui, além dos atendimentos, existe também a educação em saúde com grupos de hiperdia e diabéticos.

Pirapitinga.

Esta é a maior micro-região do programa. Ela é sub-dividida em três sub-áreas:

- Hamilton/Maria Luiza.
- Leocádio/Morro Redondo.
- Fazenda Barão.

Em Hamilton o atendimento é realizado na casa de colono, em Maria Luiza na escola municipal, em Leocádio na sede de uma fazenda, no Morro Redondo no salão da Igreja Católica e na Fazenda Barão em outra escola municipal. Nesta micro-região, ocorrem os atendimentos e as visitas domiciliares, sendo que em cada subárea a ida da equipe é mensal.

Conceição e Três Cruzes.

Em Conceição o atendimento é feito no módulo do PSF e em Três Cruzes em uma escola municipal. São realizados atendimentos e educação em saúde com grupos de hiperdia e diabéticos. As visitas domiciliares também são feitas seguindo os mesmos modelos e critérios das demais áreas.

Barreado.

A equipe do PSF, nesta localidade, apenas realiza visitas domiciliares. Até Outubro de 2006, havia também os atendimentos no módulo do PSF, mas por acordo com a secretária de saúde foi deslocado um outro médico para lá e assim deixaram de ocorrer os atendimentos médicos regulares da médica do PSF.

1.4 A entrada no campo e o choque cultural

Após a conversa com a secretária de saúde e a apresentação à equipe, e já na área rural propriamente, optei por uma aproximação gradual das pessoas. Nas primeiras idas procurei observar muito, conversar sobre assuntos gerais, não acompanhei as consultas e não realizei entrevistas para que as pessoas se adaptassem a este “novo integrante da equipe”, e eu a eles e ao local. A todas as

pessoas e em todas as localidades fui apresentado pela médica (ou me apresentei) e falei brevemente sobre o que fazia, sobre o que pretendia investigar, ou seja, o motivo da minha ida aos locais. Com o passar do tempo, com as pessoas me conhecendo e sabendo dos meus objetivos, elas já vinham espontaneamente conversar comigo sobre o tema ou eram muito receptivas quando as abordava. Assim, deu-se minha integração com a comunidade.

No campo, então, aconteceram manifestações de intersubjetividades e interações entre o pesquisador e o grupo estudado. Segundo Cardoso (1998, p. 103):

Este é um ponto importante porque o resgate da subjetividade como instrumento de trabalho não deve ser justificada para a indefinição dos limites entre ciência e ideologia e, portanto, não devem servir de desculpas para repor a velha oposição entre verdade e mistificação. A relação intersubjetiva não é o encontro de indivíduos autônomos e auto-suficientes. É uma comunicação simbólica que supõe e repõe processos básicos responsáveis pela criação de significados e de grupos. É neste encontro entre pessoas que se estranham e que fazem um movimento de aproximação que se pode desvendar sentidos ocultos e explicitar relações desconhecidas.

Um outro ponto importante, neste caso, é o fato de que várias observações feitas e situações encontradas pareciam, a primeira vista, familiares; mas não eram necessariamente conhecidas, ou seja, não significou que conhecia o ponto de vista, cada particularidade e a visão de mundo dos diferentes atores nessa determinada situação social. (VELHO, 1978).

O desenvolvimento da pesquisa foi feito através do trabalho de campo, no que tange as representações de saúde e doença e as práticas terapêuticas adotadas, nessa comunidade, visando a retomada da saúde, de acordo com o entendimento particular do que este termo significa. Assim, a prática da investigação foi desenvolvida por intermédio de uma pesquisa qualitativa, consolidada através da observação participante e de entrevistas não-estruturadas, que permitiram maior flexibilidade. É importante evidenciar, como escreveu Cruz Neto (1998, p. 59, grifo do autor):

a técnica da *observação participante* se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios

contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados.

Pude criar uma atmosfera favorável, que facilitou a expressão de sentimentos e motivações, e registrar não apenas o que se dizia, mas como se dizia, e mais o que se fazia; aspectos que deram uma dimensão mais ampla do contexto. Foi necessário e importante observar, através do fluir das associações e da expressão livre, que os relatos apresentaram suas irregularidades e alternâncias; e, sobretudo, pude captar a comunicação não-verbal visto que é importante o ponto de vista da totalidade (gestos, trocas simbólicas e detalhes do comportamento), considerando que a comunicação verbal em si não é todo o potencial simbólico humano.

A escolha da observação participante recaiu no fato de que através dela podemos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, devendo ser observados na própria realidade - observação do que Malinowski (1984) chamou de “os imponderáveis da vida real”. Nesse contexto, é fundamental lembrar a conferência de abertura do Colóquio “Durkheim: 100 anos d’As Regras do Método Sociológico”, ministrada por Roberto Cardoso de Oliveira e realizada no Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Paraná, em Curitiba, em Outubro de 1995. Ele enfatizou mudanças importantes no método em Antropologia fazendo uma análise da perspectiva que se tinha da explicação sociológica - quando do início dos estudos sociológicos - para o entendimento atual que se deve ter uma compreensão das vivências. Nesse sentido, evidenciou a mudança de foco nas pesquisas qualitativas da verdade para a certeza e lembrou as análises do que Ricouer chamou de “excedente de significação”, algo que não pode ser captado simplesmente pelo método, pois este não consegue abarcar toda realidade sócio-cultural sem que lhe escape algum sentido ou significado. Essa análise pode ser validada pelas comunidades de profissionais da disciplina, uma comunidade interpares, se contrapondo a uma eventual crítica positivista.

Desse modo, o desenvolvimento da pesquisa foi indutivo para a relação entre teoria e pesquisa, com o redimensionamento e formação de conceitos a partir dos dados. Os aspectos teóricos tiveram fundamental importância para solidificar os dados obtidos em campo, ou seja, promoveram uma articulação entre conceitos e sistematizaram a produção, reordenando diretrizes para as atividades de campo.

Como já mencionei, devido à minha formação profissional dentro dos padrões convencionais de uma medicina objetiva, tive inicialmente um choque ao perceber que os aspectos que envolviam a saúde, doença e práticas terapêuticas dessa comunidade fugiam daquilo que havia aprendido nas fileiras da universidade. Pensei, de imediato, que teria que abrir mão de vários de meus conceitos, ou pré-conceitos, para que ao iniciar a pesquisa não deixasse que essas pré-noções interferissem em minhas atividades. E mais, que eu não direcionasse os achados para uma eventual resposta que confirmasse esses pré-conceitos e pré-noções. Também acostumado a viver em grandes centros urbanos, as particularidades do cotidiano da uma zona rural de uma cidade tão pequena despertou minha atenção. Quando observo esses aspectos relacionados às diferenças culturais presentes entre “o mundo” do pesquisador e “o mundo” que se ofereceu no campo, associo ao aspecto do “choque cultural” que Wagner (1981) descreveu no livro “The invention of culture”. Ele desenvolve a idéia que a primeira manifestação que em geral acomete o antropólogo é este choque cultural - onde evidencia sua inadequação, uma espécie de confrontação daquele novo e inusitado contexto com as coisas que traz de seu próprio ambiente e que se tornam mais “visíveis” - que posteriormente vai sendo controlado.

O trabalho de campo se iniciou em Outubro de 2006, e os três primeiros meses transcorreram sem problemas, com a pesquisa acontecendo com idas à zona rural acompanhando a equipe do PSF. Em Janeiro de 2007 aconteceram muitas chuvas acarretando quedas de barreiras que impossibilitaram o acesso a vários locais de atividade do PSF já que todos os caminhos utilizados para a área rural são por estrada de chão. Este quadro propiciou dificuldades inesperadas a execução da pesquisa. No final do referido mês, eclodiram vários problemas, a maior parte de cunho político, e a consequência desses conflitos foi a dissolução da equipe do PSF. A médica por discordar de muitas posturas adotadas pediu demissão. Isso gerou uma reformulação na prática da pesquisa. As principais foram: o fato de que a médica saiu desse papel e passou a ser uma informante (como ela já conhecia quase todas as famílias do município e quais eram meus objetivos, ela passou a fazer uma “ponte” entre mim e as famílias de interesse para a pesquisa) e o fato de que assim passei a freqüentar diretamente as casas das pessoas de modo desvinculado do sistema de saúde oficial (posteriormente haverá um relato a partir do fato de ter passado uma tarde na casa de uma família).

Diante desse cenário, houve também uma reformulação quanto às condições adequadas para a pesquisa, a saber: apesar da médica ter adquirido um novo papel para mim, para as pessoas da comunidade ela ainda era a médica. Assim, nessas visitas às famílias em suas casas, tive que criar condições para que conversasse e entrevistasse os sujeitos sem a presença dela, para que a autenticidade das informações sofresse o mínimo possível de alguma forma de interferência. Em uma situação analisada nesta pesquisa (ver adiante), a médica ficou no quintal e na cozinha com as filhas do dono da casa enquanto realizava minhas atividades.

A postura epistemológica adotada foi pautada no entendimento do “mundo social” através das vivências e experiências de seus participantes. Entendimento, este, da noção de sentido em relação ao foco da questão, muito mais que propriamente a causa. Como característico nas pesquisas qualitativas, objetivou-se “olhar através dos olhos das pessoas estudadas”, promovendo uma descrição densa, como apontava Geertz (1989), com ênfase no processo, observando a vida social dessa população. Vale lembrar que este mesmo autor ao escrever sobre os “nativos” afirmou que para conhecer um, não é preciso ser um deles. Ou seja, o etnógrafo não tem que perceber o que o outro percebe – não seria capaz - e sim “com que” ou “por meios de que” ou “através de que” os outros percebem (GEERTZ, 1998, p. 89). Ele ainda afirmou (2001, p. 186):

a questão não é que as análises culturais das emoções não expliquem [...] como é realmente para alguém, de verdade, lá dentro, no âmago da sua intimidade, sentir esta ou aquela emoção. Formulada dessa maneira, a pergunta é impossível de responder; como a dor (ou a ´dor`), ela é sentida como é sentida. A questão é como essas emoções [...] passam a ter força, a pertinência e o efeito que têm.

Nesse momento, é importante ressaltar que a proposta não foi apenas criar “uma visão de mundo” a partir das representações analisadas, mas ter um conhecimento global do contexto e dos interstícios sociais. Este foi o modo propício para se obter um entendimento mais amplo da complexa questão que se pretendia visto que, essencialmente, os fenômenos se apresentaram dentro de uma dinâmica de interação social entre pessoas e/ou grupos. Como disse Zaluar (1988, p. 122):

o antropólogo precisa se valer tanto da representação quanto da ação, esta também reprodutora e transformadora a um só tempo.

Um 'nativo' também dialoga com outro 'nativo' e é na interação entre eles que o antropólogo pode observar a eficácia de certas idéias, a recorrência de padrões ou mapas para a ação, bem como o processo mesmo de contínua transformação da cultura. É esta fala na ação que lhe permite captar o rotineiro, o decisivo e o conflitivo, o que tem forma e o que não tem, o oficial e o espontâneo, o público e o privado.

1.5 Nos palcos da vida: discernindo dois papéis em um “espaço entre”

Um outro aspecto importante ocorrido no trajeto da pesquisa foi a forma como tive que lidar, naquele contexto, com o fato de ser pesquisador sem que tenha deixado de ser médico. A distinção destes dois papéis foi necessária para que não houvesse um grande desvio no foco durante as atividades de campo. Cito dois exemplos nos quais uma aparente “confusão” sobre meu papel foi conduzida de modo diferente. Ambas situações ocorridas, no mesmo dia e com a mesma pessoa, no trabalho de campo em Leocádio.

Logo no primeiro dia de atividade em Leocádio, após ter sido apresentado pela médica, fiquei boa parte da manhã conversando na cozinha da fazenda onde transcorriam os atendimentos para me integrar àquela comunidade. Todos me viam apenas como um pesquisador. Um senhor que aguardava a consulta, Seu Anacleto de 74 anos, ficou interessado na pesquisa, me perguntou qual era meu objetivo de maneira mais específica, e se eu era “gente do Aécio” [governador]. Com seus cabelos todos brancos, penteados para trás, um grande bigode também todo branco e usando óculos era, em geral, a pessoa mais bem vestida do local. Costumava usar camisas de mangas longas e calças sociais. Tem deficiência física nas duas mãos, o que não o impede de segurar as coisas e nem de escrever (ainda que com alguma dificuldade). Após explicar melhor quem eu era e o que fazia, logo se mostrou à disposição para colaborar dizendo: “Já que você veio pesquisar para melhorar a saúde aqui, tá bom”. Este senhor passou boa parte do dia conversando com os presentes, inclusive comigo, apenas sobre assuntos gerais. Na segunda vez que estive em Leocádio aquele senhor ficou sabendo que eu era médico. A partir deste momento houve uma transformação do ambiente naquela cozinha. Para as outras pessoas que transitavam pela fazenda essa informação não causou qualquer

alteração mais significativa, mas não para aquele senhor. Ele “me puxou para um canto” para fazer suas queixas médicas qual fosse eu seu médico. A situação foi embaraçosa, pois além de não estar no papel de médico, ele no dado momento quebrou a harmonia e a integração que se desenvolviam no ambiente. Ele me falou sobre sintomas, sobre exames e como fazia o seu tratamento. Tive que, com “boa dose de tato”, ir reorganizando e redirecionando a conversa (ou “consulta”) de modo que ele remetesse suas questões à médica e que pudéssemos nos inserir novamente com todos os outros.

O segundo exemplo é que mais tarde, depois de outras conversas e já de volta ao cenário coletivo, ele começou a falar para todos, já que eu era médico, sua história médica. Contou desde os tempos em que era criança sobre quedas de cavalo, fraturas, infecções, sobre a forma como era socorrido naquela época, etc. Já nessa situação, o “ser médico” foi favorável, pois a essa altura ele contou os fatos junto com as outras pessoas que estavam na fazenda, sem interferir no ambiente e, além disso, deu margem para que eu fizesse várias perguntas sobre a localidade e seus estilos de vida e tratamento presentes no histórico que descrevia; e outras pessoas foram também mencionando como lidavam com determinadas doenças. Foi, assim, um momento de importante coleta de dados.

Sobre a coleta de dados, Malinowski (1984) afirmou:

A coleta de dados referentes a um grande número de fatos é, pois, uma das fases principais da pesquisa de campo. Nossa responsabilidade não se deve limitar à enumeração de alguns exemplos apenas; mas sim, obrigatoriamente, ao levantamento, na medida do possível exaustivo, de todos os fatos ao nosso alcance.

Tendo em mente esta idéia central, os dados foram obtidos, inicialmente, através do acompanhamento de consultas médicas com o intuito de caracterizar, de certo modo, a maneira como o paciente reconhece em si sua saúde e os agravos que a ela ocorrem; ou através de visitas as residências das pessoas. Sabe-se que em um consultório de atendimentos médicos, muitos pacientes perdem boa parte de sua espontaneidade, alguns se sentem pressionados com a maneira de se portar ou como devem dizer determinadas coisas. Por isto, em uma segunda etapa, foi fundamental a conversa especificamente com o paciente, desta feita dissociada das ações do sistema de saúde, para que ele, em um ambiente que integre seu cotidiano, pudesse falar sobre suas impressões e vivências em relação ao objeto da

pesquisa, fazendo isto de forma mais desenvolta e sem (ou com o mínimo de) fatores externos que pudessem interferir na sua expressão.

Quanto ao registro dos dados, é importante lembrar Malinowski (1984):

[que o] registro de impressões seja feito desde o início, ou seja, desde os nossos primeiros contatos com os nativos de um determinado distrito – e isso porque certos fatos, que impressionam enquanto constituem novidade, deixam de ser notados à medida que se tornam familiares.

Assim, boa parte do registro dos fatos foi feita enquanto eram observados, com a utilização de um ‘diário de campo’ e também foi utilizado o registro por intermédio de gravações de áudio. Vale ressaltar que foram tiradas fotografias – que constam nos anexos – também com autorização dos sujeitos envolvidos.

Nas primeiras idas a Leocádio, percebi uma certa estranheza nas pessoas que ali eram consultadas quanto ao fato de um médico estar ocupando um espaço de pesquisador. Isto constituía uma dupla novidade para eles: um médico que “não era médico” e a presença de um pesquisador em seus cotidianos. Assim, estabeleceu-se um cenário novo para aqueles pacientes: um médico que não consultava, muito observava, fazia anotações e, eventualmente, gravações; além de, em geral, estar conversando sobre assuntos diversos que fugiam a esfera da medicina. Com o passar do tempo essa estranheza foi se “naturalizando” e eu entendendo que, nesse processo, enquanto eu formava minhas concepções sobre “aqueles nativos”, eles formavam as deles sobre o já então pesquisador e não mais médico.

Quis, dessa forma, explicitar como o fato de ser pesquisador e médico trouxe nuances diferentes ao trabalho de campo. É um cenário onde as mesmas pessoas que esperam a consulta são as que conversam e falam sobre suas vidas, sobre política, sobre religião, sobre saúde e doença; são as mesmas que fazem café e broa; são as donas da casa e recebem visitas; são as visitas e se sentem à vontade; são as que vão à horta pegar uma verdura ou à criação pegar uma galinha para o almoço; são as que convivem com um pesquisador inicialmente “estranho” e mais estranho por também ser médico. Ouvindo alguns trechos das minhas gravações de áudio pude constatar vários momentos em que as falas dos pacientes com os quais conversava eram entrecortadas por falas das senhoras que faziam seus preparos no fogão à lenha; por gritos e barulhos feitos pelas crianças; por pessoas chegando

e cumprimentando a todos, outras saindo e se despedindo; etc. Enfim, em um espaço onde muitas coisas aconteciam ao mesmo tempo, com seus fluxos - um “espaço entre” - tive que discernir os papéis de pesquisador e médico para o bom andamento da pesquisa.

2 CORPO, SAÚDE E DOENÇA: PERSPECTIVAS E HÍBRIDOS

2.1 Antropologia da saúde: um retrato

Os últimos quarenta anos têm sido pródigos em trabalhos e estudos a respeito da Antropologia da saúde e da doença. A partir das análises de Duarte (1998) podemos depreender que dos anos 60 aos anos 80 prevaleceu uma linha de pesquisa centrada na clássica oposição entre natureza e cultura, com uma abrangência para a análise do objetivismo da Biomedicina. Em 1969, Claudine Herzlich, na França, publicou um estudo sobre as representações sociais da saúde e doença no qual a hipótese era “mostrar a existência, relativamente às noções de saúde e doença, de conceitos independentes do saber médico” (HERZLICH e ADAM, 2001, p. 76). Ainda na década de 80, ocorre um redimensionamento dessa temática e o foco passa a ser a experiência ou a vivência dos sujeitos e, desta forma, o corpo ganha novamente destaque. Caracteriza-se, assim, a tendência de superação das dicotomias como razão/emoção, objeto/sujeito, coletivo/individual, corpo/espírito, etc; e a busca de um caráter de totalidade (DUARTE, 1998). Nesse sentido, passa a estar em evidência uma vivência pertencente ao sujeito que não vinha sendo notada, através dos tempos, por sucumbir à força inexorável da medicina científica e seus padrões. É na superação desses pólos de oposição que se vislumbra a compreensão dos fenômenos no campo da saúde, privilegiando a intersubjetividade.

Em 1982, foi realizada a primeira reunião sobre Ensino e Pesquisa em Ciências Sociais na área de Saúde Coletiva, promovida pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (ALVES e RABELO, 1998), que se tornou um canal importante para a aproximação entre a saúde coletiva e a antropologia da saúde. Neste período, temas relacionados a novas e antigas epidemias (sida, esquistossomose, tuberculose, etc), bem como: alimentação, loucura, sexualidade, reprodução, práticas corporais e de cura predominaram na produção do conhecimento antropológico. Nesses estudos sobressaíram os

entendimentos que as dimensões biológicas eram insuficientes para a compreensão dos fenômenos que entrelaçam saúde, doença e cura (CANESQUI, 1994).

Particularmente a partir da década de 90, houve um grande impulso nas pesquisas, estudos e debates sobre as noções de saúde e doença. Os congressos da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS) e da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) começaram a desenvolver grupos de trabalho e mesas-redondas de temática “Pessoa, Corpo e Doença”. Em 1993, dois eventos ganharam destaque evidenciando esse campo: o I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, realizado em Belo Horizonte, e o I Encontro Nacional de Antropologia Médica, na cidade de Salvador (DUARTE, 1998). Minayo (1998), ao estudar a construção da identidade da Antropologia na área de saúde no Brasil, exalta a crescente produção científica bem como o acúmulo de conhecimento gerados no país nesse campo. Alves e Rabelo (1998) acentuam a importância da modificação dos pressupostos e princípios que norteavam as pesquisas no campo da saúde e da apresentação de novas propostas de sínteses teórico-metodológicas, fato que se consolida na década de 90 e promove a reavaliação das teorias “tradicionais”, em especial as pautadas na perspectiva estrutural que entende a natureza da realidade social como objetiva.

A partir dessa primeira década deste novo século, os estudos em antropologia da saúde vêm acentuando seus novos contornos, redimensionando seus conceitos em novas perspectivas e centrando suas análises para o processo das experiências que são vivenciadas pelos atores sociais, suas ações e seus contextos.

2.2 Conceitos (ou noções gerais) essenciais da pesquisa

Chava Frankfort-Nachmias e David Nachmias, no livro *Research Methods in the Social Sciences* (1996), fazem uma interessante consideração acerca da linguagem enquanto sistema de comunicação composto de símbolos e um conjunto de regras, e que tem sua eficácia através da combinação entre esses elementos. Entendem que é a partir da formação dos conceitos que se estabelece uma perspectiva e um arcabouço para a descrição do mundo empírico.

Dessa maneira, é pertinente caracterizar, ainda que com as limitações que serão explicadas, os conceitos ou noções gerais essenciais que serão utilizados nesta pesquisa cuja estruturação foi estabelecida a partir dos entendimentos de representações, saúde, doença e práticas terapêuticas. Esses elementos centrais, ao longo do tempo, ganharam um conjunto de significados variáveis, sendo que essa polissemia ainda é objeto de discussão, sendo necessário frisar que esses termos são passíveis de definições apenas operacionais.

Antes, porém, de adentrar o campo dos conceitos específicos da pesquisa, é fundamental deixar claro que qualquer descrição que foi desenvolvida só pôde ser realizada com o estudo dos sujeitos – o sujeito é o agente integrante de todos esses conceitos que serão abordados e aquele capaz de experienciar as vivências e promover as ações. Mas não um sujeito - como refere Viveiros de Castro (2002) ao tecer algumas críticas sobre possíveis posturas de um antropólogo - sob um olhar distanciado, sem empatia, qual objeto exótico, sem direito à interlocução e em relação de igualdade apenas na aparência. Segundo as palavras de Viveiros de Castro (2002, p. 118 e 119, grifo do autor):

que o nativo seja um sujeito, não há menor dúvida; mas *o que pode ser um sujeito*, eis precisamente o que o nativo obriga o antropólogo a pôr em dúvida. [...] O nativo é [...] objetivamente um sujeito, então o que ele pensa é um pensamento objetivo, a expressão de um mundo possível.

Fica evidente que se trata de um sujeito que pensa, que age, que tem interesses e não apenas um depositário de forças e ações externas. Entretanto, faço a ressalva que um eventual olhar individualizante não é pertinente. Duarte (1986, p. 143) nos mostra que há “a preeminência de um modo relacional e situacional de determinação das identidades e de seu jogo que não se coaduna com o modo individualista e substantivista com que se arma nossa ideologia dominante”. Este sujeito, ao ser estudado, só pode ter suas expressões e experiências compreendidas a partir de um sistema de comunicação e expressão sustentado por uma rede relacional coletiva. Nesse entendimento de “identidade social” e “identidade pessoal”, vale retomar o argumento de Duarte (1986, p. 11 e 12):

tudo o que conseguimos fazer ao tentar captar inicialmente a realidade das construções sociais identificatórias distintas e maiores

que os “indivíduos” é imagina-los sob o modo do “coletivo”, ou seja, como contraponto a posteriori da realidade individual. Isso que foi revolucionário em Durkheim é hoje porém insuficiente.

Dessa forma, o interesse aqui é pelo entendimento acerca das inter-relações entre indivíduo/sociedade e individual/coletivo, superando estas dicotomias clássicas da antropologia, ou seja, cada um só existe a partir da presença do outro, sendo a conexão entre ambos o alicerce de suas existências.

A este respeito, Wagner (1981) argumenta que a comunicação, a expressão significativa, a reflexão, a ação, a interação, a percepção e a motivação humanas dependem de uma rede de relações onde se compartilham associações de elementos simbólicos derivados da articulação de contextos convencionais. Sem estas relações não haveria compreensão. Nas palavras deste autor:

A comunicação e a expressão significativa são sustentadas por intermédio do uso dos elementos simbólicos: palavras, imagens, gestos ou seqüências destes. Quando isolados e vistos como “coisas” em si mesmos, esses elementos parecem ser meramente ruídos arbitrários, padrões de luz ou movimentos [...] Esses elementos são significativos para nós apenas através de suas *associações*, que eles adquirem ao serem associados ou opostos uns aos outros em todos tipos de *contextos* [...] Qualquer elemento simbólico dado pode ser envolvido em vários contextos culturais, e a articulação desses contextos pode variar de um momento para o seguinte, de uma pessoa para outra e de um grupo de pessoa para outro. Ainda a comunicação e a expressão são possíveis apenas na medida em que as partes envolvidas compartilhem e compreendam esses contextos e suas articulações [...] Estes contextos definem e criam um significado para existência e socialidade humanas ao prover uma base relacional *coletiva* (WAGNER, p. 37, 38, 40, tradução minha, grifos do autor).

Em síntese, reitero, e faz-se necessário salientar, que embora o sujeito é o elemento que processa e experimenta suas situações de vida, ou seja, as sensações são individuais e privadas, a forma que o pesquisador pode buscar compreendê-las é através das representações por intermédio de conceitos que estes sujeitos expressam e passam a fazer sentido diante de outras pessoas ou coletividade (INGOLD, 2000).

Retomando as considerações sobre os conceitos, pode-se dizer que quanto às representações, não basta defini-la. Tal atitude seria abrir mão de um significado mais amplo e oportuno. A expressão “representações sociais” ou “representações

coletivas” foi trazida à linguagem corrente das Ciências Sociais, em seu sentido moderno, por Durkheim. Ele demonstrou em “As Formas Elementares da Vida Religiosa”, na busca de estabelecer a Sociologia como ciência, a primazia do pensamento social ante o individual (DURKHEIM, 2003). Durkheim via nas representações coletivas o modo como se atribuíam propriedades às coisas com as quais se mantém alguma relação. Propriedades, estas, que, sob o ponto de vista da análise do objeto, não as têm. Os poderes que a elas são destinados passam a se configurar como reais e a determinar as condutas dos homens. “É que o pensamento social, por causa de sua autoridade imperativa, possui uma eficácia que o pensamento individual não poderia ter” (DURKHEIM, 2003, p. 237). O símbolo mostra, sob uma forma sensível, o caráter real e transcendente dos fatos sociais ante as consciências individuais. Os fenômenos sociais se originam no grupo, cada um os recebe de fora. É o simbolismo que propicia a vida social. “O entendimento lógico é função da sociedade, uma vez que toma as formas e as atitudes que esta lhe imprime” (DURKHEIM, 2003, p. 248).

Já em “Da divisão do trabalho social”, Durkheim descreveu a consciência coletiva como “o conjunto das crenças e dos sentimentos comuns à média dos membros de uma sociedade [...] [que] forma um sistema determinado, que tem vida própria” (ARON, 2003, p. 462). Ou seja, a consciência coletiva não é apenas a expressão ou efeito das consciências individuais, evolui segundo suas próprias leis.

A partir das análises de Durkheim, que os sociólogos do “L`Année Sociologique” passaram a entender representação social como “um conjunto de idéias, saberes e sentimentos provenientes da estrutura social mais ampla, que os indivíduos incorporam, combinam e representam com a função de promover cooperação” (QUEIROZ, 2003, p. 28).

Nesse cenário, e deve-se ter o entendimento do momento histórico dos estudos de Durkheim, a representação social parece envolta por uma fixidez e um caráter totalitário-coercitivo que não deixa espaços para a individualidade e menos ainda a subjetividade. Diferentemente, Max Weber colocou os homens em um mundo onde suas ações têm caráter intencional. Ou seja, tratam-se de ações orientadas por crenças e propósitos, por significados culturais intersubjetivamente partilhados, onde as normas e valores exercem seus poderes. Para Weber os homens não executam suas ações a partir de forças impessoais da sociedade, não

interagem quais autômatos. Em cada ação do homem há uma noção causal que deve conferir um sentido (GUSMÃO, 2000; SCHLUCHTER, 2000; WEBER, 2005).

É evidente que essa postura sociológica mais clássica teve que, com o passar do tempo, se reorientar e passou a ser necessário considerar o indivíduo, o subjetivo, a contextualização do cotidiano social, cultural e psicológico. Nesse sentido, Mauss (2003) conduziu a análise das manifestações e comportamentos humanos de maneira mais integrada para a ciência social, redimensionando-os. Caracterizou a noção de “Homem Total”. Para Mauss (2003) o corpo é utilizado como meio de significação social, de comunicação social; e afirmou não ser possível separar e decompor os fatos sociais totais, sendo a dimensão do simbólico observada como uma totalidade relacionada com outros elementos em um sistema total. Esse passa a ser o ponto de convergência onde se tem a “subjetivação dos caracteres objetivos”, ou seja “é uma pessoa que reage ao fato social”. É sobre a base do fato social, já total, que passam a se constituir os entrelaçamentos e remodelações mútuos das várias esferas da vida e, por esta via, ele remete estes fenômenos ao campo das relações simbólicas (MAUSS, 2003). Sustentando esta linha de raciocínio, no texto sobre “As técnicas corporais”, ele ressaltou o corpo como um depositário onde se materializa e cristaliza todo o sistema de símbolos e a força de uma sociedade; portanto, rompe com o reducionismo, a fragmentação e hierarquização da racionalidade científica (MAUSS, 2003).

Tendo-se ampliado o horizonte de discussão, é possível pensar em uma definição operacional de representações como “um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, uma vez que ela cria ao mesmo tempo as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas” (HERZLICH, 2005, p. 59). Mas é Queiroz quem faz uma análise mais sistemática sobre as noções de representações. Define:

um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social. As ‘representações sociais’ são conhecimentos culturalmente carregados, que adquirem sentido e significado pleno apenas se forem levados em consideração a situação e o estágio evolutivo em que se manifestam. (...) As ‘representações sociais’ existem em dinâmica constante com a realidade social que a configura, e não podem ser devidamente estudadas fora desse contexto. (QUEIROZ, 2003, p. 25, 44).

Evidencia-se, assim, uma abordagem onde o ator social é aquele que interpreta o mundo no qual está inserido com suas atitudes, intenções e projetos de ação; possuindo ingredientes fundamentais do pensamento e da vida social (QUEIROZ, 2003). É apenas necessário ressaltar, a fim de completar a discussão sobre as representações, que o entendimento dessas representações integradas a um contexto social não deve minimizar a capacidade criativa e inovadora que o sujeito tem diante de um fenômeno relacionado aos aspectos da saúde, doença e cura (isso fica claro no entendimento de sujeito já abordado).

No que se refere à saúde, a primeira distinção que se propõe é dissociá-la de sua compreensão em termos apenas biomédicos, modelo imposto, em grande medida, pela “ciência moderna”. Mas, pretende-se ir além. Minayo (1998, p. 34, 35, grifo da autora) afirma:

a antropologia [...] necessita tomar, como objeto, o próprio conceito de saúde como referência identificatória. Se a intenção é focalizá-lo no campo da intervenção técnica do sistema médico, terá um objeto restrito, mais limitado, mais instrumental e passível de melhor controle e demarcação, dentro dos quadros da chamada ‘ciência normal’. Se entender a saúde como objeto de interesse da sociedade, ou seja, *como o conjunto de ações e movimentos que ela promove para se manter saudável*, vai retirá-la, conceitualmente da tutela médica, para ampliar suas fronteiras.

Outro autor que se posiciona a esse respeito é Gadamer que tem um entendimento da saúde como equilíbrio, harmonia, diálogo e globalidade. Ele considera a saúde como o ritmo da vida e afirma que a saúde não pode ser mensurada já que guarda relação com o estado de ser de cada indivíduo. (CAPRARA, 2003). Reitero que o desenvolvimento dessas idéias é um exemplo de horizontes de entendimento mais amplos e não uma definição específica a ser utilizada. O que se pretende é incluir naquilo que se postula entender como saúde aspectos como: as condições de vida que estão ligadas às condições de saúde; os valores e crenças que estruturam os indivíduos ao se relacionarem com a saúde, individual ou coletivamente (MINAYO, 1998); bem como os sistemas utilizados a fim de promover a saúde, sejam eles “oficiais” ou não.

As considerações sobre doença também são no sentido de entendê-la da maneira mais ampla possível. Isto porque há uma descrição interessante de exatamente como a doença não será entendida nesta pesquisa devido ao seu

caráter restritivo, definição esta que se encontra na crítica que Camargo Júnior (2003, p. 73, grifo do autor) faz sobre a “racionalidade médica”:

as doenças são *coisas*, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de *lesões*, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta.

Em relação às práticas terapêuticas, o mais importante aspecto a ser considerado é a amplitude das mais variadas práticas que uma pessoa pode fazer com o intuito de promover o que venha a ser saúde em seu entendimento. Assim, nessa pesquisa, o que se considera prática terapêutica não fica atrelada aos conceitos da medicina científica ou “oficial”. Portanto, não serão reconhecidos apenas o uso de medicamentos e as atividades prescritas por profissionais (tais como dieta, fisioterapia, etc); serão, também, o uso de ervas ou plantas medicinais, rezas, freqüentar benzedeira ou curandeiro, práticas religiosas e tudo mais, observado durante a pesquisa de campo, que possa se adequar a este interesse.

O objetivo de alinhar essas noções gerais - que aparentemente podem ter ficado “um pouco frouxas” enquanto um elemento de definição – é dar uma idéia de quais caminhos se pretendeu trilhar ou evitar. A ausência de rigor no que tange esses termos tem ressonância no argumento de Sahlins (1990, p.189) para quem

a ação simbólica é um composto duplo, constituído por um passado inescapável e por um presente irreduzível. Um passado inescapável porque os conceitos através dos quais a experiência é organizada e comunicada procedem do esquema cultural preexistente. E um presente irreduzível por causa da singularidade do mundo de cada ação [...] A diferença reside na irreduzibilidade dos atores específicos e de seus conceitos empíricos que nunca são precisamente iguais a outros atores ou situações [...] As pessoas, enquanto responsáveis por suas próprias ações, realmente se tornam autoras de seus próprios conceitos; isto é, tomam a responsabilidade pelo que sua própria cultura possa ter feito com elas.

Em última análise, o que é mais importante nas considerações sobre os conceitos é, segundo Viveiros de Castro (2002, p. 124 e 125, grifo do autor):

os conceitos são objetos ou eventos intelectuais, não estados ou atributos mentais. Eles certamente ‘passam pela cabeça’ [...]: mas eles não ficam lá, e sobretudo, não estão lá prontos – eles são inventados. [...] Meu objetivo são os *conceitos* indígenas [no caso, dos nativos], os mundos que eles constituem (mundos que assim os exprimem), o fundo virtual de onde eles procedem e que eles pressupõem. Os conceitos, ou seja, as idéias e os problemas da razão indígena, não suas categorias do entendimento.

2.3 O corpo onde se processam as experiências e onde se expressam as representações: perspectiva que integra esse “espaço entre”

2.3.1 O corpo: concepções e História

As representações acerca do corpo estão vinculadas aos aspectos culturais dentro do simbolismo geral de uma sociedade. Segundo Le Breton (2002), são esses aspectos que permitem outorgar ao corpo um sentido, associar as enfermidades e sofrimentos a causas precisas e, de acordo com a visão de mundo de cada sociedade, permitem conhecer sua posição frente à natureza e ao resto dos homens através de um sistema de valores. Afirma: “o corpo é uma construção simbólica, não uma realidade em si mesmo [...] efeito de uma construção social e cultural”. (LE BRETON, 2002, p. 13 e 14).

Na civilização medieval e nas sociedades tradicionais, de composição holística e comunitária, o homem só existe em sua relação com o outro, não há uma fronteira entre “a carne do homem” e a “carne do mundo”; ou seja, o corpo se confunde com o mundo, com a natureza, com o cosmos, com a comunidade, e não é apenas o sustentáculo da individualidade. Aí as representações a respeito do corpo são representações relativas ao homem, à pessoa. A imagem de seu corpo é a imagem de si mesmo, com o homem tendo um sentimento de participação ativa na totalidade do mundo vivido (LE BRETON, 2002).

É justamente nas sociedades ocidentais, a partir das grandes transformações sócio-econômicas (desde a Idade Média), que prevalece a tendência dominante do foco central das concepções sobre o corpo girar em torno do indivíduo (o *ego cogito* cartesiano). O corpo, então, é visto como uma singularidade, um rosto, algo que se

possui. Os seres são autônomos em suas iniciativas e seus valores, havendo uma ruptura da solidariedade com o cosmos. Esse “novo” corpo da modernidade oprime as tradições populares e marca a fronteira entre um indivíduo e outro. O indivíduo passa de membro inseparável de uma comunidade e seu meio social para um corpo apenas para si. O individualismo se afirma, o corpo o sublima e o rosto lhe confere autoridade. (LE BRETON, 2002).

Esse cenário de transformações contundentes desencadeia outras modificações relevantes. Na Itália, os saberes anatômicos sobre o corpo - cada vez mais significativos - passam a ser um co-fator de importância nessa nova perspectiva antropológica. Dessa maneira, o indivíduo que tinha seu esteio no tecido comunitário, sob as ações estruturantes da teologia cristã e das tradições populares, agora se torna um “fator de individuação” passível das análises anatômicas através dos processos de dissecação do corpo humano. O início das dissecações no século XV e suas popularizações nos dois próximos séculos, bem como *De corporis humani fabrica* (1543) de Versalio, são elementos-chave na produção do individualismo. A distinção entre corpo e pessoa⁶ traz a mudança ontológica que determina, na “invenção do corpo”, uma nova *episteme* ocidental. O indivíduo se diferencia de seus semelhantes e, em paralelo, ocorre a dessacralização da natureza, sendo tais transformações mais evidentes nas camadas da burguesia. O corpo, em determinadas situações passa a ser um obstáculo para sua maior inserção no mundo: “o corpo é um resto”. Ele passa a ser submisso ao *cogito* e Descartes também é fundamental nessa nova concepção. Para ele o corpo é uma metáfora mecânica, eleva-se o pensamento e denigre-se o corpo. No homem, de sua compreensão, convivem: uma alma que adquire sentido ao pensar e um corpo que é uma máquina corporal redutível apenas a sua própria extensão. O enfoque antropológico do Renascimento consagra a autonomia do corpo. A medicina também

⁶ Mais recentemente Ingold retoma essa idéia de distinção entre organismo e pessoa para posteriormente argumentar a favor da inexistência dessas fronteiras delimitadas, e sim consolidar uma noção agregada esses elementos (esta idéia será abordada adiante).

sofre uma mudança contundente com a desvalorização dos saberes populares em nome de um saber biomédico nascente e o corpo passa ser esfera de conhecimento de um grupo restrito de especialistas protegidos pelo discurso racional. Esse quadro, então fragmentado, passa a apresentar uma dupla característica: de um lado o corpo distante, visto como matéria e dissociado do homem que o carrega - ter um corpo; de outro se mantêm ainda a identidade e coalizão homem-corpo - ser um corpo. (LE BRETON, 2002).

O século XVII evidencia a filosofia mecanicista e a corrosão da fundamentação religiosa. As fórmulas matemáticas passam a estar em primeiro plano em detrimento do sentimento. Através de Galileu se produz de maneira cabal a fundação simbólica de controle humano sobre a natureza, desta forma “o conhecimento deve ser útil, racional, desprovido de sentimento e tem que produzir eficácia social”. O indivíduo prevalece sobre o grupo e o corpo aparece como a parte menos humana do homem tornando claras as novas práticas científicas, além dos novos valores e técnicas da modernidade. O corpo passa ser entendido como “supranumerário”. Fortalecendo essa tendência ocorrem as descobertas de vários aparatos como telescópio, microscópio, a imprensa, etc; dissociando ainda mais os sentidos e a inteligência, os sentimentos e a razão (LE BRETON, 2002). Estas descobertas sistemáticas de novos aparelhos e equipamentos são, inclusive (ou particularmente) nos dias de hoje, o centro de muitas atenções. Fato que é disseminado em todas as camadas populacionais e cito como exemplo, na pesquisa de campo, um senhor, chamado de Tibúrcio, que relacionou o fato de estar doente com a necessidade de ter alterações em exames complementares.

Em suas mais recentes análises, como no artigo “Adeus ao Corpo”, Le Breton (2003, p. 123) já aponta: “o corpo é visto por alguns entusiastas das novas tecnologias como um vestígio indigno fadado a desaparecer em breve”, dissociando o sujeito de sua carne perecível. O ciberespaço elimina o peso do corpo, o sujeito se libera das coerções da identidade. Já no artigo “Genetic Fundamentalism or the Cult of the Gene”, Le Breton (2004) chega a evidenciar que toda essa tendência descrita nesse processo histórico desemboca no culto ao DNA, ponto máximo do individual e que elimina a vida concreta, que proporciona a destruição das distinções de valores e constitui a principal mudança moral das sociedades contemporâneas. Assim, a figura humana está gradualmente se tornando anacrônica e ciência tecnológica cada vez mais coloniza o corpo. É a precedência do virtual sobre o real, a redução do

homem a um epifenômeno de seu corpo reduzido à expressão dos genes. O autor compreende esta redução como um contra-senso já que os genes ficam distantes do universo de significados, valores, modos de viver e histórias de vida pessoais; sendo o comportamento, no seu entendimento, culturalmente determinado com alguma distância dos aspectos apenas biológicos.

2.3.2 O corpo e o habitus

O marco mais significativo a respeito das concepções sobre o corpo, na Antropologia clássica, foi a idéia desenvolvida por Mauss (2003), já descrita, na qual o corpo físico é modelado pela sociedade e pela cultura. A partir da idéia de “Homem Total”, da associação entre expressões de sentimentos e emoções com técnicas corporais e mais um somatório de representações é que se passa a conduzir as práticas e comportamentos que vão ter suas atuações sobre o que é da ordem fisiológica promovendo um sentido e significado, ou seja, delineando uma linguagem simbólica coerente.

Nas suas discussões sobre pessoa e corpo, Mauss (1974) em “As técnicas corporais”, escreveu em termos de *habitus* ao tratar das atividades regulares da vida como andar, correr, nadar, etc. Para este autor, o *habitus* é entendido como uma variável histórica, ou seja, como uma incorporação de diferenças culturais embutidas na educação. Seria, assim, o aspecto não consciente e apreendido que formaria as rotinas corporais; sendo o corpo o primeiro e mais natural instrumento ou objeto de técnica do homem. Dessa forma, ficam evidenciadas a importância do corpo na expressão individual e o caráter coletivo dos fenômenos sociais. Ele havia mostrado, em “A expressão obrigatória dos sentimentos” (MAUSS, 1974), uma força coercitiva e um regramento moral, que passam a ser internalizados pelo indivíduo. Em seu entendimento, portanto, o corpo materializa um eixo de interseção entre todos os sistemas de símbolos e a força da sociedade.

Por sua vez, Bourdieu (1991) entende que é possível abandonar a idéia de que o idealismo objetivista ordena o mundo, sem deixar de lado o “aspecto ativo” da apreensão do mundo. Sua ênfase é na relação prática com o mundo com suas urgências e suas coisas por fazer ou dizer. Trata-se de aludir o realismo da estrutura

sem cair em um subjetivismo incapaz de dar conta da necessidade do social: é necessário dirigir-se à prática dos produtos objetivados e dos produtos incorporados da prática histórica, das estruturas e dos *habitus*. O autor afirma que

os condicionamentos associados a uma classe particular de condições de existência produzem *habitus*, sistemas de disposições duradouras e transferíveis, estruturas estruturadas pré-dispostas para funcionar como estruturas estruturantes, quer dizer, como princípios geradores e organizadores das práticas e representações que podem estar objetivamente adaptadas a seu fim sem passar pela esfera do consciente [...] objetivamente “reguladas” e “regulares” sem ser produto da obediência às regras e [...] coletivamente harmonizadas (BOURDIEU, 1991, p. 92, grifo do autor).

Para a prática, os estímulos só atuam com a condição de reencontrar os agentes já condicionados para reconhecê-los. O mundo prático que se constitui na relação com o *habitus*, como sistema de estruturas cognitivas e motivacionais, é um mundo de fins já realizados, pois as regularidades próprias de uma condição arbitrária tendem a aparecer como necessárias já que estão na origem dos princípios da percepção e da apreciação através das quais são apreendidas. Há uma espécie de regras de cálculos onde as antecipações do *habitus* se baseiam em experiências passadas (com bastante peso para as primeiras experiências) e estruturam uma determinada condição de existências. O *habitus* é produto da história e produz práticas, individuais e coletivas, e produz história. Sob a presença ativa das experiências passadas depositadas nos organismos como princípios, percepções, pensamentos e ações; tendem a garantir a conformidade da prática e sua constância através do tempo. Essas práticas são atualizadas por suas leis interiores, promovendo a interiorização da exterioridade, permitindo que as forças exteriores se exerçam segundo a lógica específica do organismo que as incorpora de maneira duradoura, sistemática e mecânica. O *habitus* possibilita a produção livre de todos os pensamentos, percepções e ações inscritas dentro dos limites que marcam as condições particulares de sua produção; dessa forma, a estrutura que o produz (histórica e socialmente situadas) governa a prática. É produto de uma classe determinada de regularidades objetivas, tende a engendrar as condutas “razoáveis” ou de “sentido comum” possíveis dentro dos limites dessas regularidades e que podem ser sancionadas positivamente porque está ajustado à lógica característica de um determinado campo. As sancionadas negativamente por serem incompatíveis

com as condições objetivas, são excluídas. É um acontecimento como contingência de um acidente, que é um problema, permite ao habitus a arte de inventar, produzindo novas práticas imprevisíveis, mas limitadas em sua diversidade (essas situações que são vivenciadas como positivas e negativas e que então modelam as práticas ao renova-las e recria-las ficam evidentes nos contextos observados em campo e que serão descritos a seguir). A independência relativa em relação às determinações exteriores do presente imediato que o habitus possui, deve-se ao fato de nele estar contido a presença ativa de todo o passado do qual é produto, funcionando como capital acumulado. Assim, como sentido prático, realiza sua reativação do sentido objetivado nas instituições: a virtude da incorporação que aproveita a capacidade do corpo para tomar a magia performática do social. A instituição se objetiva não só na lógica transcendente dos agentes particulares de um campo particular, mas também nos corpos, quer dizer, nas disposições duradouras para reconhecer e efetuar as exigências imanentes a esse campo. (BOURDIEU, 1991).

As práticas são compreensivas e ajustadas às estruturas, transcendendo as intenções subjetivas e os propósitos conscientes, individuais ou coletivos. Um dos efeitos mais evidentes entre o sentido prático e o sentido objetivado é a produção de um mundo de sentido comum fundamentado nas estruturas objetivas, ou seja, com uma objetividade que assegura o consenso sobre o sentido das práticas e do mundo, resultando na homogeneidade das condições de existência. A partir daí, os ajustes conscientes passam a depender de um código comum que intermedeia os habitus e os agentes mobilizadores. Dessa maneira, pode-se entender o habitus individual como um sistema subjetivo, mas não individual de estruturas interiorizadas, princípios comuns de percepção, concepção e ação. Eles constituem a condição de toda a objetivação e de toda a percepção, refletindo a diversidade de homogeneidade característica das condições sociais de produção. O estilo “pessoal” é apenas um desvio a respeito de um estilo de uma época ou classe. O princípio das diferenças entre os habitus individuais reside na singularidade das trajetórias sociais. As práticas dependem das probabilidades específicas que pode um agente ou uma classe em função de seu capital, instrumento de apropriação das oportunidades teoricamente oferecidas a todos (BOURDIEU, 1991).

Nesse cenário, é a partir das experiências e estruturas objetivas do espaço do jogo (regularidades específicas constitutivas da economia de um campo) que se faz

que o jogo tenha um sentido subjetivo (sem se entrar no jogo mediante um ato consciente), ou seja, uma significação, razão de ser, uma direção, uma orientação, um porvir para aqueles que dele participam. A fé prática promove a adesão sem discussão e pré-reflexiva aos pressupostos fundamentais do campo, ficando a lógica do funcionamento do campo ignorada. Sabe-se que não se entra nesse círculo por uma decisão instantânea da vontade. A “crença prática” é um estado do corpo. O sentido prático convertido em princípios motores e em automatismos corporais é o que faz com que as práticas permaneçam sem chegar a esfera consciente e revela os princípios sensatos de sua produção, quer dizer, os do senso comum. Assim, toda ordem social tira partido sistematicamente da disposição do corpo e da linguagem para funcionar como depósito de pensamentos, estando a eficácia simbólica originada no poder sobre o corpo e a crença dessa atuação coletiva. (BOURDIEU, 1991).

A *hexis* corporal é a mitologia política realizada, incorporada, convertida em disposição permanente, maneira duradoura de se manter, de falar, de caminhar, de sentir e pensar, carregados de um acúmulo de significações e valores sociais. A relação com o corpo está na base das relações com os outros, com o tempo e com o mundo, com os sistemas de valores; sendo que a relação com o corpo não se reduz a uma “imagem do corpo” enquanto representação subjetiva, mas constituída a partir das representações do corpo produzidas e reenviadas pelos outros (produto da vivência). Portanto, o que se aprende pelo corpo não é algo que se tem, mas algo que se é. O material proposto para aprendizagem é produto da aplicação sistemática de um pequeno número de princípios praticamente coerentes que revelam a razão de todas as séries sensíveis apropriadas sob a forma de um princípio gerador de práticas organizadas segundo a mesma razão. É através dos exercícios estruturais que se pretende transmitir uma ou outra forma de domínio prático. Todas as manipulações simbólicas da experiência corporal tendem a impor a integração do espaço corporal, espaço cósmico e espaço social; a partir das mesmas categorias e sob os olhares da lógica (BOURDIEU, 1991).

2.3.3 As “novas dimensões” do corpo

Há, mais recentemente, um grupo de autores que vem se dedicando, em boa medida, aos estudos e publicações sobre vários aspectos relacionados ao corpo. Eles guardam a característica de cunharem palavras ou expressões cujos significados se aproximam e convergem para pontos comuns, a saber: o fato de entenderem o corpo muito mais do que um organismo ou um objeto e de considerarem os aspectos relacionais – as relações sociais – como preponderantes para a compreensão do que venha a ser corpo – um corpo ativo, dinâmico e sujeito. Entre estes autores estão: Csordas (1994), que menciona o “ser-no-mundo” e “encorporação”; Ingold (2000), que se refere a “pensamento relacional”, unidade do “organismo-em-seu-ambiente” e “habilidades”; Latour (2004), que se expressa com “aprender a ser afetado” e “articulação”. A partir de então, começo a estabelecer algumas considerações pertinentes a esse cenário.

Csordas (1994), em seu livro “Embodiment and experience”, inicia suas considerações a respeito do corpo afirmando que o entendimento convencional que se tinha do corpo enquanto algo fixo, como uma entidade material sujeita à ação das regras empíricas das ciências biológicas, sobre o qual as diversidades culturais se inscrevem e caracterizado por necessidades internas rígidas, está superado. Ele critica o entendimento do corpo como sinônimo de self ou pessoa (pois dessa forma se perde a força para usar o corpo como um ponto de partida metodológico e se subtrai do corpo seus aspectos de intencionalidade e intersubjetividade). O que se definia, sob este ponto de vista, era um “corpo analítico”: com foco na percepção, práticas, processos, etc, sendo baseado nos órgãos de sentido e nas atividades consagradas como nas técnicas corporais da análise de Mauss; um “corpo tópico”: com ênfase na relação do corpo com domínios culturais específicos tais quais o corpo e a saúde, o corpo e a dominação política, o corpo e o trauma, o corpo e a religião, etc; e um “corpo múltiplo” com destaque para relação do corpo com vários aspectos reconhecíveis como o corpo individual, o corpo social e o corpo político. Nesse cenário, vigoraram o corpo enquanto objeto - muito apregoado pela medicina tecnológica e as ciências biológicas convencionais - e um pensamento antropológico no qual ficavam evidentes as oposições corpo/objeto/biológico e mente/sujeito/cultura.

Entretanto, este mesmo autor ainda segue suas considerações argumentando que o “novo corpo” não pode ser mais considerado como um fato bruto da natureza, passando a ser entendido com um caráter pré-objetivo (sem tomada de consciência) de ser-no-mundo. Leder (apud CSORDAS, 1994) observou que nossas experiências na vida diária são caracterizadas pelo desaparecimento da consciência de nosso corpo, fato que ressurge em situações de doenças ou disfunções, ou seja, reaparece sob uma evidência negativa: o corpo como um erro ou mortalidade (idéia também desenvolvida por Le Breton, já citada). A objetificação é produto do conhecimento refletivo e ideológico, das ciências biológicas e da cultura de consumo. A vida não se desenvolve sempre em corpos objetificados e o corpo não é originariamente objeto para nós, estando em um conjunto de processos perceptuais que terminam na objetificação. As duas conseqüências disto são a individuação do self psicológico (perde-se o entendimento da natureza social do corpo que é constituído na relação com as outras pessoas) e a instalação do dualismo nas concepções de ser humano (o corpo no contexto de um sujeito ativo, ao mesmo tempo: objetivo e subjetivo, significado e material, pessoal e social, agente que produz e recebe discurso ou o corpo apenas como alvo de inscrições, objeto de discurso).

Essa diferença entre representação e ser-no-mundo (que é metodologicamente crítica para Csordas) só se consolida a partir do entendimento que esses elementos são complementares. Pode-se afirmar que aqui se propõe o conceito de “encorporação”, ou seja, um campo metodológico definido por experiências perceptuais e um modo de estar presente e se inserir no mundo, onde esses elementos diferenciados acabam por convergirem em uma complementaridade. O argumento é que tanto os aspectos culturais quanto biológicos determinam mutuamente os processos de vida que são experimentados. Em última análise, Csordas aponta para não mais termos um corpo, mas sermos um corpo; ou seja, corpo e pessoa se imiscuem e se traduzem na forma de estar no mundo.

Seguindo essa idéia, Ingold (2000) destaca que os seres humanos começam a ser constituídos como organismos dentro dos sistemas de relações ecológicas e como pessoas dentro dos sistemas de relações sociais. Entretanto, a grande questão para o autor é que não se entendam ambas composições de maneira separadas e complementares, mas como um conjunto único e indissociável. Afirma que a antropologia entende que as pessoas se desenvolvem a partir de suas

histórias de crescimento e maturação associadas às relações sociais, sendo modificadas e transformadas através de suas ações. Neste ínterim, o que voga é o entendimento de “pensamento relacional” em oposição ao “pensamento populacional ou de desenvolvimento” das ciências biológicas e o “pensamento ecológico” da psicologia. O autor propõe que um conjunto único, composto por todos, é uma síntese muito mais poderosa que esta fragmentação com a noção de complementaridade. Uma visão do homem não mais como corpo + mente + cultura, mas como um lócus singular criativo de crescimento dentro de uma continuidade de descobertas no campo das relações.

Se Lévi-Strauss entendia haver uma relação: interno (mente) e externo (ecologia) - ambos imutáveis e fixos, com vários passos de codificação e decodificação entre ambos, resultando nas representações - e Bateson quebrou um pouco este eixo de oposições ao descaracterizar essa fronteira - entendendo que o mundo se revela às pessoas, ou seja, o pensamento ecológico intermediaria o cérebro e o mundo – (INGOLD, 2000); Ingold propõe que a vida é mais ativa do que reativa. Para ele existe um campo de inter-relações no qual seres emergem e têm as formas particulares de suas ações, um em relação ao outro, quer dizer, há um contínuo e dinâmico processo de formação e reformação. O entendimento é no sentido de uma só unidade o organismo-em-seu-ambiente, e não de estruturas separadas que apenas se integram; é uma totalidade indivisível. Dessa forma, o ambiente passa a ser o mundo assim como ele existe e ganha sentido na relação com a pessoa e com o estar em cada existência. É com as coisas se mostrando para nós que desenvolvemos a capacidade de situar as informações, entender os sentidos dentro de seus contextos e assim se constitui nossa possibilidade de conhecimento – são nossas habilidades (mais adiante, ao mencionar sobre a linguagem da emoção, relato uma passagem de campo onde se evidencia este ponto). Este conhecimento é baseado em sentimentos, capacidades, sensitividades e orientações que devem ser desenvolvidas ao longo da experiência de conduzir a vida em um ambiente particular. Mostrar algo para alguém é fazer com que algo possa ser experienciado por outra pessoa, é como se desvendar algo que passa a ser apreendido. Portanto, o ambiente nunca estará completo, mas sempre em construção contínua, não podendo ser confundido com o conceito de natureza já que o ambiente tem de ser dentro do mundo enquanto natureza tende a ser observada como externa à pessoa e à própria história.

Latour (2004) traz à tona que o aspecto relevante do corpo é “aprender a ser afetado”. Diz que quando alguém aprende a ser afetado pelos outros, ele se transforma em um sujeito articulado. O sujeito que é inarticulado ele sente, age e diz sempre as mesmas coisas e das mesmas formas, e a articulação não se faz por si, mas ao ser afetado pelos outros (e muito menos significa a habilidade de falar com autoridade). A articulação é a habilidade (termo que aqui se aproxima do conceito de Ingold) para se ter os componentes artificial e material que permitem que alguém progressivamente tenha um corpo a partir do entendimento que são as diferenças que geram significados. O que se sente, diz e faz são gerados a partir das diferenças registradas no mundo, o que evidencia que não há fim para as articulações: quanto mais contraste se adiciona, mais diferenças e mediações se tornam possíveis (essa idéia se aproxima do corpo em constante constituição observada nas análises de Ingold). Assim, o autor compreende que o multiverso - universo livre de sua unificação prematura - é constituído de habitus.

2.3.4 O corpo como uma perspectiva

Lima (2002), ao comentar sobre uma anedota de Leenhardt - presente na literatura antropológica - fala que ele, através das atividades que realizou na Nova Caledônia, percebeu que o corpo das pessoas da região, até sua chegada, era associado às participações míticas, influências sobrenaturais e totêmicas e sem muita existência própria. A partir de suas instruções religiosas o corpo deixou de ser mero suporte que agia segundo o espírito e passou à circunscrição do ser físico, tornando possível sua objetivação. Ocorreu uma individualização e uma nova visão de mundo. O eu psicológico fixou-se no corpo. A partir da individuação passa a se ter também um princípio de subjetivação. O que afirma Lima, a partir das suas observações em trabalho de campo com índios Juruna do rio Xingu, é que a estas considerações deve ser acrescida a noção de perspectiva. Ou seja, o corpo não como substância, mas como relações ou posições. Em síntese, o corpo não depende apenas de suas características próprias, mas de uma capacidade visual do observador.

Ainda nesse entendimento de perspectiva, Viveiros de Castro (2002) descreve exemplos de diferentes concepções de corpo. Ressalto uma passagem, que ele menciona, ocorrida com seu amigo Peter Gow entre os Piro na Amazônia peruana, onde uma professora tentava convencer uma mulher piro que o saudável era ingerir a água fervida e a nativa dizia o contrário, alegando inclusive que fervê-la causaria diarreia. Depois de algumas tentativas de convencimento, a mulher piro respondeu: “Talvez para o povo de Lima isso [a diarreia infantil sendo causada pela ingestão de água não-fervida] seja verdade. Mas para nós, gente nativa daqui, a água fervida dá diarreia. Nossos corpos são diferentes dos corpos de vocês.” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 128). O autor desenvolve a idéia de que a diferença proposta entre os corpos, nesta passagem, não está na esfera biológica, mas sim é uma questão de conceitos sobre o corpo. Define que esta diferença é “uma outra visão de um mesmo corpo, mas um outro conceito de corpo [...] o corpo como implicado no conceito de perspectiva”. (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 140).

Acompanhando os atendimentos médicos em Santa Bárbara, observei um paciente do sexo masculino, Seu Tibúrcio, de 56 anos e morador da zona rural. Ele tinha o cabelo todo penteado para trás, um “bigodinho” que não cobria todo seu lábio superior e faltavam-lhe os quatro dentes frontais superiores. Suas roupas consistiam em uma camisa de botões, mas apenas o inferior estava fechado (deixando o tórax à mostra), uma calça jeans com um cinto (cuja fivela chamava a atenção por ser muito grande), a parte anterior da camisa estava para dentro da calça e a posterior para fora, e um par de chinelos. Sua atividade profissional está ligada a criação de animais e agricultura de pequeno porte. Ele buscou atendimento médico no Centro de Saúde, em Araxá.

A entrada para a micro-região de Araxá se encontra a doze quilômetros de Santa Bárbara pela rodovia, asfaltada, MG 353, no sentido Santa Bárbara – Juiz de Fora. Araxá é um lugarejo que assemelha a figura geométrica de um semicírculo. A rua tal qual fosse o diâmetro da circunferência é a da estrada de chão que chega ao local, após se percorrer 6,5 quilômetros da MG 353, terminando na casa ao lado do

“Centro de Saúde”⁷. Neste último trecho é comum depararmos-nos com bois, vacas, galinhas e alguns porcos; todos soltos à beira da estrada em seu meio natural. Em Araxá existe uma área central gramada, e ao longo de toda sua extensão dispõem-se as casas. Em frente à casa que se encontra no que seria o ponto mais distante do semicírculo em relação à via de chegada está uma igreja (entre esta casa mais distal e o gramado) e seu pavilhão ao lado. A maior parte das casas tem emboço, embora várias ainda estejam “no tijolo”. A cobertura com telhas convencionais predomina, mas muitas são cobertas com telhas de amianto e poucas já têm na parte superior a laje. Quase todas têm hortas e pequenas criações de subsistência. Via-se logo ao chegar muitos cachorros espalhados pelas vias do lugar, e de permeio, apareciam várias galinhas também.

Como tudo é muito perto na localidade, é ao verem chegada do carro da

⁷ Sobre o Centro de Saúde, olhando-se de fora e de frente, nota-se que sua estrutura é de tamanho bem pequeno, algo em torno de 30m². Sua parede anterior tem a porta de entrada e uma janela basculante, entre ambos o único telefone público da região. Na parede lateral esquerda tem três janelas basculantes; na direita, duas, e uma atrás. Vê-se logo que não há cobertura de telhas, apenas a laje encerra a parte superior da construção. Ele é composto por uma ante-sala, com pouco mais de 6m², onde ficam: a mesa da agente de saúde, um banco para os pacientes aguardarem e uma balança. Chama a atenção um pequeno troféu (oferecido pelo Banco do Brasil de Rio Preto) colocado em um suporte na parede de entrada. Nele se lê menções de parabéns para a comunidade local que, em mutirão, ergueram a casa onde funciona o “Centro de Saúde”. A obra ocorreu em Setembro de 1980, quando o local ainda era distrito da cidade de Rio Preto. Nas paredes desta ante-sala estão espalhados diversos cartazes sobre saúde: prevenção de dengue; como ter um estilo de vida mais saudável; contra o fumo; sobre diabetes, acidentes ofídicos, febre maculosa, Doença de Chagas, DST e aleitamento materno. Ao lado da ante-sala existe um pequeníssimo cômodo ao qual não se tem acesso não sendo utilizado e um banheiro, de tamanho bem inferior à ante-sala. Em seguida fica a sala de atendimento médico, que tem em torno de 10m², com uma mesa e cadeira utilizadas pela médica, uma cadeira para o paciente, uma maca, uma geladeira muito velha que serve de arquivo (lá se colocam folhas, blocos de receituários e algumas pastas), um banco de madeira com capacidade para quatro pessoas e uma estante de ferro e vidro com poucos remédios. Ao lado da sala de atendimentos há uma saleta, com uma pia e de tamanho parecido ao da ante-sala, onde se guardam alguns pertences; mas, em geral não é usada. Salta aos olhos a grande quantidade de infiltração que tem nas paredes do posto, dando a elas um tom escurecido e também já começa a soltar parte do reboco.

prefeitura que, começam pouco a pouco a aparecer os pacientes que agendaram a consulta. Os moradores do entorno do gramado vêm a pé. Um paciente chegou a cavalo, provavelmente por morar pouco mais afastado. Os pacientes apresentam um jeito muito simples, simpáticos e com muito gosto pela conversa, de um modo geral. A rede de relações entre os moradores de Araxá parece ser muito próxima, todos se conhecem e parecem guardar uma certa intimidade. É comum que os homens usem chapéu. As roupas apresentam, predominantemente, manchas de terra ou barro apontando que eles param com a “lida” para irem às consultas. É freqüente o uso de chinelos ou botas de borracha, estas particularmente entre os homens. Todos sabem por lá que a freqüência da ida da equipe do programa de saúde da família ao local é quinzenal. Assim, durante a quinzena, quem tiver interesse em ser consultado se comunica com a agente comunitária e ela agenda o atendimento. A agente comunitária de saúde fica no Centro de Saúde, na mesa da ante-sala, com os prontuários separados das pessoas que agendaram (não é comum aparecer por lá, solicitando consulta, quem não agendou previamente). Verifica a pressão arterial de todos os que chegam, após terem descansado alguns minutos sentados no banco. Ela, ainda, preenche uma ficha de atendimento a qual todos os pacientes assinam (ou colocam o polegar com tinta) a título de controle e inserção no sistema de produção. A técnica de enfermagem separa a medicação que os pacientes portadores de doença crônica (como hipertensão arterial e diabetes) tomam regularmente. Se a médica passa alguma medicação fora da rotina ou altera o esquema, a técnica faz a modificação. A cada dispensa de remédios ela anota em uma cartela que fica de posse do usuário.

Seu Tibúrcio procurou atendimento com queixa de dor nos dois braços. Acompanhei sua consulta médica na qual ele mostrou os braços, dizendo ter “essas pelotas” (uma em cada um). E ao ser perguntado como e quando aquilo ocorrera, disse que no braço direito foi há três anos quando foi levantar uma porteira e no outro há um ano e foi um cavalo (a médica me explicou, posteriormente, que provavelmente “deve ter havido ruptura dos tendões dos músculos com a articulação”). Após o término do atendimento, conversei com ele por cerca de 25 minutos até sermos interrompidos por uma senhora e uma criança (suas mulher e filha) que o chamaram para continuar seus afazeres me casa. Esta conversa se deu na rua, nas proximidades do Centro de Saúde. Ele relatou:

Eu não sinto nada, não sinto problema de doença... assim..., se fosse um problema por exemplo: o sujeito sente uma dor no peito, uma dor... coisa assim, [nesse momento, ele percorreu as duas mãos sobre a parte anterior do tronco] isso eu num sinto; quer dizer que meu problema não é remédio, meu problema é o braço [...] mas doença..., que eu sinto uma doença que eu tenho, uma dor no peito, um negócio qualquer, eu tenho que falar a verdade que eu num sinto.

Na perspectiva sobre seu corpo, Seu Tibúrcio demonstra entender que ele é representado por seu tronco e como ele tinha dores nos braços, ele não tinha qualquer doença. Não quero dizer que ele faça uma dissociação completa como se seus membros não tivessem relação com seu tronco ou como se não fizessem parte do corpo; porém na relação corpo X doença, na sua perspectiva, há a particularidade de que uma alteração anatômica e dores nos braços não significam que seu corpo esteja adoentado. Ainda assim procurou o serviço médico; entretanto, não por “estar com o corpo doente”, só procurando assistência quando começou a ter problemas com as dores atrapalhando seu trabalho:

O problema que eu sinto é esse: a dor no meu braço. [...] A dor atrapalha a trabalhar, dói muito... incomoda num peso [...] Como é que eu posso trabalhar num serviço que eu num posso pegar um peso?

Outro momento, em que pude observar as perspectivas que se tem sobre o corpo, ocorreu um dia que ficamos no módulo de saúde do PSF de Santa Bárbara⁸

⁸ O módulo é em uma casa a três quarteirões da praça principal. No primeiro segmento tem três cômodos, todos com aproximadamente 10m². O central é a sala de espera com muitos cartazes sobre doenças e dicas de saúde (como em Araxá) e cadeiras. À direita uma sala com uma televisão sobre uma mesa e duas cadeiras. À esquerda uma sala com dois armários que guardam medicações, uma mesa e uma cadeira, além de uma balança. No segmento seguinte, um corredor dá acesso a um banheiro pequeno à direita e um quarto, de tamanho parecido com os outros cômodos, que serve de consultório, à esquerda. Neste tem a mesa e a cadeira da médica, duas cadeiras para os pacientes e uma maca. O corredor termina na cozinha, pequena, e segue um quintal.

já que não foi possível realizar as atividades marcadas para o dia, devido às fortes chuvas, não havendo acesso à roça pelas estradas de chão. Passou por lá uma pessoa sobre a qual um integrante da equipe, interado da pesquisa que eu fazia, disse ser uma pessoa que “tratava as outras”. Apresentei-me àquela senhora, falei sobre o que estava fazendo e perguntei se poderíamos conversar, o que fizemos por cerca de uma hora e meia. Dona Gertrudes tem 45 anos, usava calça jeans, camisa de malha branca e sandálias. Morena, de cabelos encaracolados até pouco abaixo dos ombros, moradora em Pirapitinga. No início apenas respondia às minhas perguntas, depois foi falando livremente sobre as suas práticas. Falou sobre uma perspectiva de corpo, relacionada ao movimento:

A gente reza também mãe-do-corpo. Mãe-do-corpo é quando a mulher ganha neném, também tem oração que a gente reza passando a mão na barriga, tem as palavras que cê fala. A mãe-do-corpo chega no lugar. [...] [pergunto o que é mãe-do-corpo]. Mãe-do-corpo é depois que ela ganha o neném, ela fica procurando o lugar certo dela. Aí dá dor, dá cólica, aí a mulher que é mãe fica desesperada de tanta dor, aí ela começa a andar; e através da reza, da benzeção da gente, ela chega no lugar. A gente leva ela pro lugar dela.

Essas passagens observadas em campo coadunam com a idéia de que o corpo depende de uma perspectiva, conceito específico que se sustenta na visão do observador, indo muito além de seus aspectos biológicos. Além disso, dentro dessas perspectivas particulares vão estar emaranhadas as concepções de saúde e doença.

É, portanto, através do corpo, baseado nas perspectivas que dele se tem, que vão se processar experiências e vivências, modos de se estar no mundo, das pessoas. O “homem-máquina”, o biológico, é muito pouco para a compreensão desses processos que podem ser multiplicados e experienciados com as percepções do antropólogo através das representações manifestas pelos nativos.

2.4 Sobre as concepções de saúde e doença: “espaço entre” e híbridos

Uma valiosa contribuição ao estudo das concepções de saúde e doença foi trazida à antropologia por Duarte (1986) ao aludir a categoria “perturbações físico-morais”. Seu intuito foi:

designar da maneira mais abrangente possível todas as alterações do estado ‘normal’ da pessoa [...] para transmitir a impressão de totalidade, de multipresença, de que elas [as alterações] freqüentemente se revestem, abrangendo ou atravessando dimensões diferentes da vida dos sujeitos (DUARTE, 1986, p.13).

Partindo desse entendimento ampliado a respeito da saúde e dos processos que nela interferem, caracterizo a idéia de “espaço entre” como sendo um espaço preenchido por diversas nuances dos interstícios sociais, diversas perspectivas de corpo e diversidade de cenários e concepções; fazendo com que as pessoas tenham uma grande pluralidade de fatores e vetores que se mesclam, ao falarem dos aspectos que estão relacionados à saúde e à doença. Segundo Bonet (2006, p.117): “sempre existem, em contexto que supõem cuidados integrais à saúde, diferentes modos de adoecer e de saber dizer a respeito desse adoecer”.

Há uma série de estudos correlacionando a saúde à capacidade funcional, particularmente ao trabalho: uma noção de força, de vigor. Exemplifico dois: o primeiro de Duarte (1986) que já apontava em sua pesquisa o reconhecimento do homem como trabalhador e tendo na força muscular um atributo básico, considerando o homem fraco (neste sentido muscular) mais exposto à doença ou às “perturbações” (além das suas implicações sociais). O outro autor que menciono é Boltanski (2004) que fez uma análise entre o estar saudável e a força física ou a aptidão a fazer funcionar o corpo, sendo vista a doença como um entrave à atividade física e como fraqueza.

Entre os relatos apresentados na minha pesquisa de campo, expressões com o sentido de ‘não poder trabalhar’ e ‘ficar de cama’ apareceram. Ou seja, isto relaciona o comprometimento da saúde ou as conseqüências da doença com as representações que se tem do corpo, aqui já visto como um problema, por vezes

diferente e sem autonomia, e cuja solução é das mais variadas desde de um simples repouso até ações conectadas de práticas terapêuticas que envolvem conhecimentos populares, reza e visita ao médico.

À guisa de exemplo pode-se destacar Seu Alcebiádes, 73 anos, um paciente que agendou consulta na sede de sua fazenda (local dos atendimentos médicos em Leocádio, zona rural de Santa Bárbara⁹). Apresentava queixas de dores de coluna. É um senhor com os cabelos quase todos brancos penteados para trás, franzino, baixa estatura, com um bigode “ralo” que não cobre todo o lábio superior. Vestido com uma camisa “tipo pólo” com alguns pequenos furos, uma calça comprida com aspecto de “bastante usada” e tênis e meia. Trabalha com atividades pecuárias. Passei a manhã em sua fazenda¹⁰, com a equipe do PSF. Ele deixa que todos

⁹ Chega-se ao acesso a Leocádio após percorrer 7,5 quilômetros na MG 353, de Santa Bárbara para Juiz de Fora. Neste ponto entra-se à esquerda e se percorre mais 6 quilômetros de estrada de chão. Esta área não é composta por um vilarejo especificamente. A equipe se desloca até uma fazenda e em sua sede são desenvolvidas as atividades. As casas são espalhadas pela zona rural e as pessoas a serem atendidas dirigem-se à fazenda. O que se vê no exato local onde acontece o trabalho da equipe, ou seja, da sede da fazenda, é um conjunto de coisas relacionado à propriedade como: horta, galinheiro, estábulo, os animais de criação, árvores frutíferas; e ao redor a estrada que dá acesso ao local entrecortando um vale com uma grande área de pasto com uma mata verdejante.

¹⁰ A sede da fazenda onde se realizam as consultas é uma casa onde somos recebidos pela porta da cozinha, que deve ter aproximadamente 30m², sendo o maior cômodo da casa. À direita duas portas, uma de acesso à dispensa e outra ao banheiro (ambos devendo ter em torno de 4m², cada). À esquerda, a porta conduz a uma espécie de área de circulação (também de algo em torno de 4m²) que dá acesso a dois quartos e à sala. Desta tem-se, a cada lado, seqüência para um quarto. Todos os quartos e a sala têm algo entre 8 e 10 m². Na cozinha não tem forro e se observam as toras de madeira que formam a sustentação do telhado. Em todos os demais cômodos o forro é feito de palha trançada. Como de costume, a dona da casa serve cafezinho, biscoitos e broas às pessoas que vão aguardar o atendimento e aos membros da equipe. Podemos interpretar que a associação do fato das consultas serem realizadas em um ambiente domiciliar com o fato de todos serem muito bem recebidos promove uma atmosfera de mais descontração. Todos conversam muito, um bate-papo “solto” entremeado por muitos risos. Quem chega subitamente ao local não tem como imaginar tratar-se de um encontro com finalidade de ir à consulta médica. As pessoas são calorosas, se tocam, se ajudam; isto não só entre quem aguarda a consulta, mas também deles com todos os integrantes da equipe. Nesse aspecto guarda uma diferença significativa com o que ocorre em Araxá, onde os usuários do serviço de saúde têm intimidade entre eles, mas têm alguma distância dos membros da equipe.

sejam atendidos antes, ficando sua consulta como a última. Enquanto transcorriam outros atendimentos, conversei por cerca de uma hora com ele. Em determinado momento, relatou sobre as dores que sentia nos instantes em que se ocupava com suas atividades de trabalho: como tirar leite e cuidar de bezerros, relacionando o ter saúde com o funcionamento no trabalho:

Aquilo ataca aqui as cadeiras e desce aquela dor aguda pras pernas abaixo. A doutora me receitou uns comprimidos e eu tenho que tomar logo de manhã, senão eu num funciono.

Seguindo esta linha, outro exemplo é Seu Tibúrcio que, em contexto já descrito, associou sua doença a não poder trabalhar, particularmente por não poder pegar peso, fato que motivou sua consulta. Já Dona Gertrudes, também em contexto já descrito, falou, ao tecer comentários sobre determinada patologia, a respeito da relação entre a saúde e a doença com o trabalho:

Mas com isso ela sente dor no corpo, sente dor de cabeça, dói tudo, o corpo tudo; cê fica desanimado, num tem vontade de trabalhar, num dá vontade de fazer nada, num dá vontade de sair, só ficar sozinho, deserto. E a gente rezando aquela pessoa se sente aliviada, sente leve.

Nesse discurso que caracterizamos como “entre”, na relação da saúde com o desenvolvimento das atividades de trabalho, aparece como conseqüência natural, em determinado agravo à saúde, a necessidade de repouso. Na conversa com Seu Alcebíades, destacam-se duas situações:

Primeiro acidente fui pego de uma vaca, mas ela andou em cima de mim tudo, eu fiquei um mês de cama.

Quando eu tô doente, eu fico me precautando, cuidando da minha saúde.

Em outra situação do trabalho de campo, passei uma tarde na casa de um paciente. Seu Diofrildo, de 87 anos. Mora no distrito de Conceição com seu filho e duas filhas. É viúvo e aposentado. Era atendido pela médica do PSF que já havia saído do trabalho em Santa Bárbara, mas seu filho a procurou no consultório

dizendo que queria dar continuidade àquela assistência. A médica combinou um atendimento domiciliar de rotina de forma que eu pudesse ir também. Quando chegamos à sua casa¹¹, não acreditou que “a doutora” tinha ido visitá-lo. Seu filho havia lhe falado que tinha marcado essa visita, mas ele relutou em acreditar. Ele estava vestido com uma camisa de malha, dessas de propaganda política, muito velha e toda furada; uma calça comprida que mal parava na cintura, também bastante “surrada” e um par de botas. Tem estatura mediana, cabelos ralos e brancos e pele cheia de rugas. Surpreso, ele foi logo nos convidando para entrar e se justificando por estar vestido daquele modo.

Durante o transcorrer da tarde, mostram-nos as plantas e as frutas que colhem no quintal, uma parte da criação e um DVD de uma cantora nova que eles adoram. A certa altura, como sempre ando com máquina fotográfica, a médica quis tirar fotos. Imediatamente, o dono da casa trocou sua camisa furada e colocou uma social, de manga comprida. Depois de uma conversa, já no cair da noite, eles nos levaram para conhecer uma cachoeira da localidade, próxima de sua casa. É realmente marcante a forma próxima e familiar que eles nos trataram, fato que era comum também em Leocádio (embora Seu Diofrildo tenha, também, se preocupado em colocar vestimentas menos informais). Essa singularidade tem um quê de diferente em relação aos pacientes de outras cidades que tentam parecer próximo dos médicos, em geral, para terem algum tipo de favor ou vantagem. Lá essa integração pode ser percebida como mais autêntica.

Seu Diofrildo, ao abordar as questões referentes a alguns de seus adoecimentos, costuma associar a doença ou a saúde com a necessidade de depurar ou tonificar o corpo; ou, em última análise, a limpeza. Diz:

¹¹ A composição da casa, como boa parte das presentes no município, é: entra-se em uma sala, que tem um quarto ao lado, ambos com aproximadamente 8m², e que dá em uma espécie de “hall”, de em torno de 6m², que ele fez de saleta de televisão. Daí distribui-se dois quartos, um de cada lado, os quais não tive acesso, e no fundo uma cozinha grande, em torno de 10m², com fogão à lenha. A cozinha dá em um pequeno banheiro e em uma dispensa que também não tive acesso. Na parte superior da casa não há forro e vê-se o telhado e sua sustentação. Por fora, tem um quintal grande e repleto de flores e árvores as quais uma de suas filhas cuida com muito zelo. Passamos a tarde na casa e nos serviram café, broa e doces caseiros.

Há pouco tempo me deu uma frieira nos pés, fiz exame de sangue pra raio... aí tomei o elixir 914, pronto. É um depurativo. Limpa o sangue.... é bom de beber... [...] [durante a conversa passou um inseto que ficou “nos rodeando” e ele falou:] outro dia essa mutuca me mordeu aqui, ó; saiu o couro da canela tudo... [...] Ficou nove meses pra sarar, tomei licor de Toió, era doído... daqui lá [mostra quase toda extensão da perna esquerda] era uma ferida pura... sarou, aí... ficou limpinha a canela.

Bebi muito iodo, iodado, iodalosa [...] Minha bisavó tava morrendo com quarenta anos do coração, tomou iodalosa, morreu com cento e oito. Bebeu uns três ou quatro vidros de iodalosa. É bom de beber. Eu bebi dois vidros ou três... Passando de quarenta anos pode beber... [...] Tônico do coração e do pulmão... O iodo é demorado, mas age.

Duarte (1986) caracteriza muito bem este aspecto de depuração ou limpeza do sangue, relacionando-o à saúde, através da análise que fez acerca do funcionamento do fígado como “filtro”. De outro modo, Certeau (1994), ao fazer suas considerações sobre o corpo, denota um ponto de vista de onde podemos entender a saúde como sendo um balanço entre tirar do corpo elementos que estão em excesso e acrescentar o que lhe falta, ou seja, seu próprio metabolismo. Diz que esse balanço remete a um código que mantém o corpo submetido a uma norma, um simbolismo social. No caso, o paciente caracteriza que há uma ação que é depurativa, como no elixir 914 e licor de Toió, e outra que é de tônico como no iodo, iodado, iodalosa; ou seja, a saúde considerada como limpeza das impropriedades no corpo e/ou depositária de um acréscimo como o de força e vigor, capacidade funcional. Pode-se dizer que na menção ao uso de uma substância como tônico, mantendo adequadas as funções de determinados órgãos, introduz também a idéia de prevenção nas concepções de saúde.

A saúde e a doença também aparecem relacionadas com a noção de sagrado, com um contorno mais biológico (hereditário), com referência às coisas que se ingere e a fatores sociais e relacionais da vida. Seu Alcebíades, ao falar sobre

vários aspectos que propiciam a saúde e causam a doença, evidenciou cada uma dessas noções:

Um doente já é coisa dada por Deus, um doente precisa ser ajudado; e o são, acho que isso já vem, no meu modo de entender, cada um com uma cruz [...] e o que tem saúde, que não depende de remédio, eu acho que isso aí é um sagrado de Deus... dá o indivíduo para ele num adoecer.

O doente também vem por uma linha hereditária, dos antepassado, isso existe, né? Por exemplo, vamos dizer, uma família que contrai o câncer: 'os médico fala: isso é heretidário'. Uns têm que operar, passa por uns trechos pesados, situação de recuperação.

Porque fica doente?...Pode ser uma extravagância [faz gesto com a mão indicando quem bebe e come excessivamente].

O que deixa meio doente também é a pessoa me fazer pouco caso. Isso me aborrece... nós num vale nada aqui nessa terra...[...] num brigo também não. Largo aquele indivíduo de lado se tiver me prejudicando, ele pra lá, eu pra cá, e tá bom demais, minha vida é assim.

Vale ressaltar a relação da alimentação com a saúde e a doença, presente no discurso dos pacientes. Cito um exemplo extraído da conversa com Seu Tibúrcio:

Agora ela [a médica] pediu para fazer o controle da pressão... pra ver se é um troço que eu comi, se é algo que eu bebi que prejudicou. Se ela volta ao normal, eu sei o que prejudicou; se tiver que tratar, eu tomo um remédio.

Quanto à referência aos aspectos sociais e relacionais que promovem adoecimento, Dona Gertrudes também menciona:

Por exemplo, às vezes, uma pessoa, tá assim convivendo, num se dá bem; a gente reza. A pessoa se une, marido e mulher... namorado... poder da ação da gente. A gente pede a Deus, a gente reza, faz umas oração [...] com isso ela sente dor no corpo, sente dor de cabeça, dói tudo, o corpo tudo; cê fica desanimado [...] e a gente rezando aquela pessoa se sente aliviada, sente leve.

Diante deste cenário, parece-me claro que há uma pluralidade de elementos que estão envolvidos nas concepções de saúde e doença. A própria distinção entre agentes causais em grande parte deve estar ligada ao próprio modelo médico positivista que impera e se traduz também nos discursos das pessoas. Boltanski (2004) já evidenciou categoricamente este tipo de influência. Entretanto, em uma análise mais aprofundada sobre o que foi dito ao pesquisador em campo, fica notório como este conjunto de fatores e vetores apontados no contexto de avaliação da saúde e da doença está homoganeamente solidificando uma única estrutura multifacetada que dá suporte a essas concepções. Em outras palavras, a distinção de elementos relacionados ao trabalho, ao metabolismo, a limpeza, a alimentação, a religião, aos aspectos sociais e relacionais parece típica desse nosso mundo ocidental, fragmentador de conceitos, em nome de uma especificidade científica e moderna. Constata-se que o próprio aspecto do trabalho é formatado a partir de vários elementos, tais como: o poder pegar peso, o funcionar na lida e a necessidade de repousar que se imbricam de modo inexorável. Dessa maneira, a experiência do bem-estar e do sofrimento relacionados à saúde e à doença se baseia nas misturas de causas, de agentes, de repercussões; que são indissociáveis entre si e com as demais esferas da vida pessoal e social, formando uma vida cotidiana experimentada em um espaço único e “entre”.

Latour (1994) fala da proliferação de híbridos quando argumenta que os espaços de nossos cotidianos são compostos por uma multiplicidade de tramas que envolvem aspectos da ciência, da política, da economia, do direito, da religião, da técnica, da ficção, etc. Nessas tramas somos revirados e revolvidos por entre suas redes. Nesse entendimento, estamos inseridos no mundo por um processo de tradução, ou seja, “misturas de gêneros de seres completamente novos, híbridos de natureza e cultura” (LATOURE, 1994, p. 16). O autor critica a dicotomia criada entre as constituições políticas, referentes aos sujeitos, e as constituições da natureza, referentes às coisas e à ciência. Afirma, criticando: “...eles inventaram nosso mundo moderno, um mundo no qual a representação das coisas através do laboratório encontra-se para sempre dissociada da representação dos cidadãos através do contato social” (LATOURE, 1994, p. 33). Ele aponta que não há demarcações extremas em pólos: de um lado as coisas em si e de outro a sociedade e seus sujeitos com suas experiências. Tudo se processa em um espaço intermediário, por

mediação ou tradução, por redes; são os híbridos que preenchem a posição mediana de mistura de coisa natural e símbolo social.

É a partir dessa lógica que se passa a entender as concepções de saúde e doença que foram observadas no campo. Como já foi dito, a concepção biomédica, que prevalece em nosso meio, impõe um caráter mecanicista às questões da saúde e realça a importância do biológico. Mas as concepções de saúde e doença das pessoas estudadas, em seus referenciais, estão em termos mais amplos. Dessa forma pode-se constatar que são redes emaranhadas de fatores e vetores que se amalgamam compondo as formas de conceber essas questões.

2.5 As diversas formas de se expressar: ruídos na comunicação e necessidade de uma releitura?

O atestado médico e os exames complementares, na observação que pude fazer, se mostraram, antes de tudo, como poderosos e duplos agentes de comunicação. Na linha da validação da doença e suas conseqüências sociais aparece o atestado médico como uma função central, tendo um papel legitimador. Ele, muitas vezes, ao comunicar um determinado estado de uma pessoa promove o equilíbrio entre este doente e seu meio social e familiar, visto que é uma prova escrita por uma autoridade de sua incapacidade. Dessa forma, o atestado comunica também, e aqui cumpre sua dupla função, a legitimidade médica, que é capital nessa dinâmica, com base na detenção do conhecimento científico. Vale lembrar, neste momento, a análise desenvolvida a este respeito por Boltanski (2004), caracterizando a legitimidade médica. Quero dizer com isto que a comunicação oral ou visual (como, por exemplo, um gesto ou postura de dor) de um sintoma ou um sinal não é em si, muitas vezes, suficiente para respaldar uma doença. Mas, a comunicação escrita advinda de um atestado médico – do “detentor do saber” - permite uma re-identificação dessa pessoa que sofre de algo, agora na qualidade de doente. O relato de Seu Tibúrcio ilustra:

Como é que eu posso trabalhar num serviço que eu num posso pegar um peso?
Num tem jeito... Então o que eu tenho que fazer? ‘Caçar’ um jeito ou de aposentar

ou encostar... é o jeito, né? [...] Esse tempo todo [período de três anos desde a primeira lesão] fiquei trabalhando, num parei, não. Num parei nem um dia. [...] Se eu parar quem é que vai tratar da minha família? O filho que eu tenho, o mais velho, só faz, só pra dizer, pra ele. O outro é menor, 17 anos, num posso colocar ele pra trabalhar ainda. É de menor, ainda.

Diante disso, reitero o papel do atestado que tem que ser feito pela “autoridade médica” como legitimador social de sua incapacidade, aquele que justificaria não estar provendo a família. O mesmo senhor afirmou, ainda, que trabalhou por três anos com dores, provavelmente buscando manter sua identidade social, até a lesão no outro braço e não agüentar mais o ritmo das atividades profissionais. A esse respeito, Minayo (1992, p. 177, grifo da autora) escreveu:

seja qual for a dinâmica efetiva do ‘ficar doente’, no plano das representações, o indivíduo julga seu estado, não apenas por manifestações intrínsecas, mas a partir de seus efeitos: ele busca no médico [...] a legitimidade da definição de sua situação. Disso retira atitudes e comportamentos em relação a seu estado e assim se torna *doente para o outro*: para a sociedade.

É também o exame complementar uma espécie de prova cabal da necessidade de intervenção médica e legitima o estar doente a partir de seus resultados alterados. Ele promove a validação tanto da doença quanto da intervenção. Outra citação de Seu Tibúrcio:

Que eu sinto uma doença que eu tenho, uma dor no peito, um negócio qualquer, eu tenho que falar a verdade que eu num sinto. Porque amanhã eu vou fazer um exame num vai dar nada pra mim.

Um outro aspecto que parece essencial na análise dos agentes envolvidos nesses processos é a comunicação através de algumas expressões verbais. A relação entre sujeitos e mundos é, em grande medida, articulada a partir da linguagem. Destaco a forma como aparecem as nomenclaturas de várias doenças, sinais e sintomas que estão presentes tanto no discurso da curandeira quanto em diversas caracterizações expressas pelos pacientes: alvoroço, estrepada, vento-virado, cobreiro, aumento de ombro e perna, despele, umbigo regido, cisura, mãe-

do-corpo (ver p. 60), etc. Exemplos de relatos de Dona Gertrudes, com o emprego de alguns desses termos:

Uma criança que tava com dois meses, ela apareceu com alvoroço assim nas perninhas, nas coxas.

Quando você leva um susto grande, num caso de um acidente que uma coisa vem bater, você assusta; aquilo aumenta o seu ombro ou a sua perna. A curva da perna, você pode medir que ela tá passando... É o susto que você leva quando num tá esperando... [...] tudo isso fica em você, na parte do seu corpo, que uma cai, uma parte cai. Por isso que você mede do ombro ou as pernas e um lado dá diferente do outro. Aí tem reza... É que nem despele...[pergunto: despele?] ... é aquela ferida que dá na perna.

A criança quando nasce também, a criança fica com o umbigo regido... [...] A gente também faz, preparo também.

Outro dia me chamaram... Era criança com vento-virado. Até dez anos, ela vira o vento. Ela assusta, ela cai, assusta, vira o vento. O que é o vento-virado? O vento-virado, cê vê: a curva da criança passa.

E aquela baba-de-timão que eu falei pra você, o rapaz tava com aquela cisura no braço; e num comia.

É evidente que a forma de expressão verbal mostrada nos exemplos supracitados não faz parte, pelo menos na maioria das vezes, do discurso médico oficial. Camargo Jr. (2003, p. 78 e 79) afirma: “Para o médico, o sofrimento é irrelevante, e o paciente fonte de distorções. Sua relação dá-se com a doença, e o paciente é mero canal de acesso a ela. Canal muito ruim, por sinal, já que introduz ‘ruidos’ em níveis insuportáveis [...] ‘a doença do médico’ não corresponde à do paciente”. Neste aspecto é interessante notar, a respeito da doença, a caracterização, a partir das reflexões de Kleinman (1978), de três dimensões na doença: *disease*, relacionada à doença enquanto um processo e referindo-se a expressão biológica de anormalidades estruturais ou funcionais no sistema orgânico, ou seja, uma visão nitidamente médica; *illness*, relacionada a doença enquanto experiência e referindo-se ao subjetivismo do mal-estar sentido pelo indivíduo, ou seja, percepção individual e a reação social à doença; e *sickness*, relacionando ao processo pelo qual os signos biológicos e comportamentais e os

significados culturais e pessoais são socializados. Embora esta análise em dimensões traga um caráter fragmentário à discussão, ela deixa claro que, de fato, há uma diversidade nos sistemas de comunicação entre os elementos envolvidos nas consultas médicas. E é apenas a interconexão dessas três dimensões descritas que amplia o olhar sobre o tema. Good e Delvecchio-Good, em 1980, no texto “The Meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Medical Practice”, postularam a expressão “rede semântica da doença” com o intuito de designar o conjunto de conceitos e símbolos associados à doença que cria uma explicação e lhe confere sentido, campo de estudo este que vai muito além da simples decodificação de sinais e sintomas de uma prática médica objetiva (ADAM e HERZLICH, 2001, p. 74). Expresso de outra forma, segundo Bonet (2004, p. 34):

A negação do social e do humano, aspectos que estão compreendidos nos sinais e sintomas, é consequência imediata do modelo biomédico e faz com que ele possa explicar o ‘como’, mas não o ‘porquê’. Esses dois questionamentos são de natureza completamente diferente, já que o ‘porquê’ - que faz parte da demanda do doente – é uma exigência de explicação totalizante e subjetivante; o ‘como’, a preocupação do médico, buscaria objetivar a doença.

A medicina científica, muitas vezes, constrói um conjunto de categorias que dificulta o entendimento, por parte do paciente, acerca de sua doença e dá sinais de ser um modelo que não leva em consideração as relações inerentes as suas atividades práticas. Além disto, freqüentemente, tenta caracterizar previamente a necessidade de uma intervenção. Neste momento, relembro alguns cartazes afixados no Centro de Saúde, em Araxá (ver nota 7), com dizeres com termos técnicos que boa parte de seus leitores, naquela localidade, provavelmente não os compreendeu. Esse é um típico caso onde a nomenclatura utilizada pelos agentes não oficiais de cura, como a curandeira, pode se aproximar muito mais de determinado tipo de entendimento sobre a doença do que a oferecida pelo sistema de saúde “oficial”. Neste determinado contexto, o fato da comunicação com os agentes “não-oficiais” de cura possivelmente ser mais acessível, é provável que isto promova um menor distanciamento entre o paciente e as práticas terapêuticas ou preventivas oferecidas por estes agentes. Fica nítido que há um sistema de comunicação entre os promotores da saúde e as pessoas a quem tratam, onde pode haver maior ou menor sintonia e aproximação entre as falas (fato que é em si social

ou relacional, envolvendo as várias esferas da vida e não sendo específico apenas da saúde). Ou seja, em grande medida, a ciência e a modernidade tentam realçar - em seus próprios nomes - segmentações, fragmentações e polarizações enquanto que, na verdade, apenas vendam seus olhos para os híbridos que elas mesmas criam, ou recriam (LATOURE, 1994).

Chama a atenção também o uso de termos geralmente inseridos na esfera da biomedicina, dentro daquele cenário de imposição da cientificidade médica. Frases como: “os médicos falam: isso é hereditário” (Seu Alcebiades), comprovam a incorporação de uma linguagem técnica já que no mesmo trecho ele diz em uma linguagem, talvez menos impregnada: “vem dos antepassados”. Boltanski (1984) aponta ser este caminho uma forma de diminuir a distância entre o paciente e o médico, minimizando o aspecto de ser “leigo”. Ele considera que a noção de representação social, nas classes baixas, é desprovida de autonomia e composto por “materiais fragmentários e heteróclitos, palavras mal-entendidas e frases em pedaços, arrancadas do discurso médico” (BOLTANSKI 1984, p. 61). Nesse ponto, uma crítica pode ser feita a partir das considerações de Sahlins que se coloca de modo contrário à visão de que os aspectos culturais devam ser expostos como demarcador de diferenças de costumes, quer entre povos, grupos, classes, etc. Ele argumenta que este tipo de cenário propicia uma renovação e descobertas de padrões inéditos de cultura (SAHLINS, 1997).

Em linhas gerais Boltanski (1984), ao estudar as classes sociais e o corpo, analisa uma série de questões a respeito dos processos que se desenvolvem nas relações médico-paciente, inclusive aspectos que estariam relacionados à produção de ruídos na comunicação entre estes agentes. Evidencio o que o autor aponta, neste sentido, entre outros fatores, em relação às classes populares: a distância social entre os pacientes e o médico, uso de um vocabulário especializado pelo médico, a raridade do contato com o médico, a rapidez das consultas, etc. Já em relação ao curandeiro, Boltanski (1984) afirma que este é mais propenso a explicar melhor a doença para quem dela padece, o que se dá em uma linguagem mais acessível; provavelmente por vir também das classes populares. Diante deste quadro, é pertinente lembrar Geertz que apontava a dificuldade em se estabelecer conexões entre a experiência-próxima - no caso, entre os pacientes e entre estes e os curandeiros - e a experiência-distante, onde aparecem os saberes científicos. Ele assegura que esta compreensão entre experiências deve ter como elemento central

a habilidade para analisar os modos de expressão ou sistemas simbólicos (GEERTZ, 1998).

Herzlich (2005) denota, por sua vez, contrariedade a idéia central das exposições de Boltanski já que em seu entendimento a existência e a autonomia das representações não podem ser questionadas e nem reduzidas à reprodução de um saber. Diz: “parece-me, também, impossível reduzir o funcionamento das representações ao princípio objetivo da distância que separa leigos e médicos, detentores do saber dominante” (HERZLICH, 2005, p. 63) e considera que as relações entre saber médico e concepções do senso comum se estabelecem nos dois sentidos.

Entretanto, o que pude constatar na pesquisa de campo é que há algo que vai bem além da comunicação pautada na expressão verbal, ou mesmo gestual/postural. É a linguagem da emoção. A emoção como um ingrediente indissociável de um processo de adoecimento, quando exteriorizada, traz o sentido de como é o modo de estar no mundo do paciente. Na base da relação deste paciente com um agente promotor de saúde, independente de ser um médico ou uma curandeira, deveria aparecer sempre os componentes desta emoção como processo central na prática terapêutica. Nesse plano, é fundamental mencionar a noção de Ingold (2000) de skill como a capacidade de ação e percepção de todo o ser orgânico (com corpo e mente indissolúveis) que se situa em um ambiente ricamente estruturado - de propriedade tanto biológica quanto cultural – e que é recriada e “encorporada” no desenvolvimento das vivências humanas. Essa capacidade se sustenta na forma como o agente promotor da saúde está inserido em seu mundo, sua interioridade e sua trajetória; e dará suporte a esta comunicação emocional, elemento-chave nos bons resultados de uma prática terapêutica. Segundo Bonet (2006, p.135, 136 e 137, grifo do autor):

assim como as emoções remetem ao mundo interior do sujeito que a exterioriza, remetem também ao mundo social, exterior e intersubjetivo; remetem ao mundo das relações sociais. [...] A manifestação dessa mensagem não dita em palavras tem a característica de ser involuntária, por esta razão falamos do assalto das emoções, do não-consciente, do sentido no corpo. [...] Os momentos nos quais aparecem as emoções nas consultas [...] alcançam o máximo de suas possibilidades terapêuticas, ao mesmo tempo que experimentam os limites para alcança-las, porque se deparam com a *falha* inerente à comunicação das emoções.

Cito um exemplo de campo ocorrido em Araxá: chegou uma senhora, andando. Dona Marocas de 58 anos, que se apresentava ofegante, com alguma dificuldade de respirar e com a perna direita enfaixada. Ela adentrou a varanda da casa da agente de saúde, pôs a perna lesionada sobre o banco e ficou aguardando. Estava com uma saia comprida, uma camisa de malha simples e um lenço cobrindo todo o cabelo. Em seguida, foi chamada para ser atendida no módulo. Pude acompanhar a consulta. A Dona Marocas é portadora de uma cardiopatia, de varizes que provocaram uma lesão ulcerosa em sua perna direita e, recentemente, teve um extravasamento de líquido para a cavidade abdominal que lhe gerava a falta de ar e dificuldade respiratória. A médica fez os exames de rotina e a paciente falou de sua melhora, já que antes de ser internada em Juiz de Fora, fato que se deu há pouco tempo, estava bem pior. Após a consulta, conversei por alguns minutos (em torno de 30) com a paciente. Falou que era de Araxá mesmo, sempre morou lá. Disse ter oito filhos, todos casados e tendo suas vidas independentes; exceto por uma filha que se separou e voltou a morar com ela. Dona Marocas estava acompanhada de uma criança, com cerca de 6 anos, e disse que era seu neto e filho ao mesmo tempo, e sempre a acompanhava. Costumava “cuidar da casa” até seu adoecimento. Disse:

Eu pareci com um inchaço na barriga... muito inchaço mesmo... ele já tava me incomodando. Na parte da tarde tava com muita falta de ar... E a dotora sempre me orientando, vão vê o que é isso aí...isso não pode ficar assim... E daquele problema comecei a urinar vermelho. Aí eu fiquei numa dúvida... [a paciente ficou reticente, sem dar seqüência a sua fala, se emocionou (lágrimas). Após um silêncio, perguntei se ela pensou o que poderia ser, como se sentia daquela forma] Nunca tinha acontecido isso comigo, aí começou a inchar as pernas, tinha dia que eu levantava o rosto tava muito inchado. Aí eu vinha aqui e ela [a médica] sempre muito em cima...Eu ficava pensando: gente, eu era uma pessoa que sempre tive minha saúde normal, agora apareceu isto de repente... eu fiquei numa dúvida... [nova pausa emocionada]... Eu falei tudo que passava na minha cabeça com a dotora, ela me ajudou muito... [...] Foi por causa desse inchaço, fizeram uns exames, endoscopia, e falaram que eu tava com um probleminha no fígado, mas a dotora falou que não era nada grave aí eu fiquei até despreocupada... agora tenho que fazer um acompanhamento uma vez por mês [...] Pra mim vai ser bom, fazer esses exames direitinho, tomar os remédios, vim na dotora, eu vou melhorando, né? Recuperando a saúde, do jeito que eu estava num agüentava muito tempo, não.

Logo após a conversa já tinha ficado claro o papel de uma linguagem emocional no quadro, particularmente quando a paciente falou a respeito de ter dito a médica tudo que se passava em sua cabeça e a conseqüente ajuda que a médica lhe deu. Posteriormente, conversando com a médica, ela disse que aquela paciente era muito sensível, fala muito de si, chora; e que dava bastante atenção a ela, mais que o habitual, por perceber ser este um caso em que isto era mais importante. Fica evidente, neste cenário, como é fundamental a comunicação emocional nos processos terapêuticos. Uma situação onde a paciente se expunha e exteriorizava suas emoções e nesse processo houve a percepção para se gerar um skill - ou esta habilidade de compreensão.

Faz-se necessário reconsiderar que a comunicação que envolve os aspectos relacionados à saúde e à doença tem, portanto, uma multiplicidade de fatores que também se mesclam e agem conjuntamente. A comunicação é escrita em atestado; é solicitada em exames complementares; é verbal, visual, gestual, postural; é emocional. Segundo Wagner (1981, p. 37, grifo do autor, tradução minha): “esses elementos [palavras, imagens, gestos, a seqüência desses elementos simbólicos] são significantes para nós apenas através de suas associações com ou oposições a um outro em todos tipos de *contextos*.” A comunicação, portanto, não é apenas do pólo do detentor do saber, nem apenas do pólo do sujeito acometido por um agravo à saúde; ela está no meio. Está em um terreno sem fronteiras definidas nem definitivas, um solo fértil para a sedimentação de “unidades conectadas” criadas por “tradução” e consolidadas em seus sistemas de redes; está, enfim, naquilo que Latour chamou de “Império do Centro” (LATOURE, 1994). A comunicação é, portanto, uma mistura de elementos e agentes. Ela é, e precisa ser lida como essencialmente híbrida, o que nos faz superar a perspectiva de Boltanski.

3 PRÁTICAS TERAPÊUTICAS ENTRE HÍBRIDOS, RIZOMA E INVENÇÕES

3.1 Práticas terapêuticas: rizoma e híbridos

Um trabalho que serviu de referência para vários outros em antropologia da saúde foi o de Kleinman (1978) no qual ele faz uma abordagem a respeito da divisão em sistemas do cuidado à saúde em três grandes áreas: profissional, “folk” e o popular. Ele argumenta que esses setores guardam especificidades, embora tenham relações entre si. A primeira grande área diz respeito às práticas e aos saberes oriundos do conhecimento científico. Nesse cenário se encontram: a biomedicina, a homeopatia, a medicina chinesa, etc. O termo “folk” diz respeito às práticas terapêuticas cuja ação é desenvolvida por religiosos, rezadores, curandeiros, etc. O terceiro setor, o popular, é composto por “leigos” e é onde se encontraria a maior parte dos saberes e práticas sobre os fenômenos de saúde e doença. Os pressupostos deste último setor direcionariam indivíduos e grupos sociais a determinadas condutas e escolhas que demarcariam as características do processo de tratamento e cura. Se fossemos seguir essa linha, a partir de uma análise mais superficial dos sujeitos estudados no campo, poderíamos entender que essa divisão ocorresse apenas em níveis teóricos, que na prática o entrecruzamento desses setores prevaleceria.

Dessa forma, em uma conclusão menos aprofundada, poderíamos perceber que, no mais das vezes, estes setores se entrelaçam na busca de um resultado mais harmonioso, ou seja, do equilíbrio da saúde. Há, inclusive, uma vasta literatura que vai de encontro à perspectiva da abrangência do sentir e do significar na esfera

da saúde que ultrapassa a barreira do estudo estritamente médico¹². Este assunto é bem sintetizado por Queiroz (2003, p. 106, 133):

doença e cura são, dessa forma, consideradas fenômenos complexos que, para serem dimensionados, exigem uma perspectiva que inclua aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, ambientais e espirituais [...] A ênfase no indivíduo – tomado como uma totalidade que compreende, além de seu corpo, sua interação social e familiar, suas crenças e valores, sua atitude diante da vida e da morte, sua noção de identidade, suas emoções, sua vida afetiva e sexual, seu trabalho e sua história pessoal – é fundamental.

Entretanto, o que se observa nas conversas e entrevistas com os pacientes que fizeram parte da pesquisa é que essa segmentação de práticas terapêuticas nos três níveis descritos por Kleinman, não está presente. Com isto estou também querendo dizer que não há um entrecruzamento entre essas três práticas, pois não é possível o entrecruzamento de hipotéticos fragmentos, onde fragmentos, de fato, não há. Ou seja, não há busca pelos pacientes ao setor médico, ao setor “folk” e ao uso dos seus próprios conhecimentos populares para sua cura com esse entendimento fragmentado. Na verdade o que ocorre é que estas práticas compõem um universo indissociável, que é re-elaborado e re-mapeado enquanto por ele se caminha. Cada indivíduo constitui seu campo de conhecimento através da compreensão das relações entre os lugares e saberes, ou seja, é por intermédio da movimentação de entrada e saída de lugares e perpassando os diversos campos práticos de conhecimentos e técnicas que ele vai elaborando e mapeando seu universo que se estabelece em uma unidade (INGOLD, 2000). A busca pela recuperação da saúde desses sujeitos, dessa maneira, se processa sistematicamente e simultaneamente pelas misturas dessas concepções. O entendimento que se tem a partir do trabalho de campo é que esta segmentação advém dos detentores de determinado saber específico que agem

¹² Duarte (1994), Ferreira (1994), Uchoa e Vidal (1994), Oliveira (1998), Adam e Herzlich (2001), etc.

no campo da saúde, não emergindo, assim, do próprio paciente. Ou seja, são os médicos e os curandeiros que criam essa fragmentação, mormente afirmando serem suas práticas superiores a do outro. O menosprezo que a maior parte da classe médica tem com o conjunto de práticas que são ditas não científicas é notório e somos açodados por exemplos que confirmam esta afirmativa ao sermos consultados, ao ouvirmos relatos de consultas de conhecidos e familiares, pelos próprios veículos de comunicação, etc. Exemplos de como a curandeira entrevistada promove este tipo de ruptura, inclusive afirmando ser sua prática superior à da biomedicina, se seguem nos quadros de tosse em criança, para câncer de estômago e problemas na próstata, observados em campo:

Uma criança também com uma tosse, num é só xarope comprado, não... faz com as ervas. [...] Combate. Se toma um xarope de farmácia num combate como um xarope feito em casa.

O rapaz tava com aquela cisura no braço; e num comia... Tava enganado dum médico, já teve em Juiz de Fora; o médico mandou ele pra casa, disse: 'vai pra casa, pro cê num tem recurso mais, volta pra casa.' Aí, a gente ensinou pra ele, toma a baba-de-timão [...] combateu com ervas... começou a alimentar, já virou outro homem... A família pegou ele, levaram no médico, levaram os documento... os médico num acreditaram, levaram ele pro consultório pra consultar, falou: 'num foi você que eu mandei embora pra casa, não'. 'Sou eu sim, arrancou o documento e mostrou'. Perguntou: 'O que te curou?' Disse assim: 'A dona me ensinou que tomasse baba-de-timão'. [...] E ela cura mesmo o câncer, se tiver no estômago, na garganta, mesmo se tiver no útero.

Então, cê tomando o chá da cana-de-macaco, cê num tem problema de próstata. Eu ensinei pro meu sogro, tá quase com oitenta anos, o irmão dele operou de próstata tá debaixo da terra; e ele tá lá. Eu falo pra ele hoje: 'Num deixa de tomar'.

Em síntese, o que fica claro na pesquisa é o fato de que o paciente ao procurar remédios, rezas e práticas do conhecimento popular (principalmente ervas e chás) o faz como parte de uma mesma e integrada dinâmica. Não são segmentos que se entrecruzam ou se somam, pois na verdade estão amalgamados em um "espaço mesclado"; mesclado de fluxos semióticos, fluxos materiais e fluxos sociais sobre os quais trabalha o conjunto de multiplicidades (DELEUZE e GUATTARI,

1995). Essas práticas, a princípio de diversos matizes tornam o espaço repleto de possibilidades - um “espaço entre” -, mas é natural que em determinado momento o paciente opte por procurar um determinado tipo de prática específico em detrimento de outra, mas é aí que esse processo se aproxima do conceito de Deleuze e Guattari (1995) de rizoma.

O entendimento da forma como esses sujeitos utilizam as diversas práticas terapêuticas deve compreender os elementos essenciais que Deleuze e Guattari (1995) apontam na análise de um determinado sistema que chama de rizoma: a dinâmica que movimenta as práticas terapêuticas buscadas por estes pacientes guardam intrinsecamente, em si, os princípios da conexão; ou seja, “cadeias semióticas de toda natureza são aí conectadas a modos de codificação muitos diversos, cadeias biológicas, políticas, econômicas, etc...” (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 15). No caso em questão, são as cadeias biomédicas, “folk” e populares. São multiplicidades que ocupam todas as dimensões e mudam de natureza ao se conectarem às outras. Talvez o mais importante princípio com o qual Deleuze e Guattari trabalham seja o de ruptura a-significante. Ele nos permite, em grande parte, entender a opção do paciente, em determinados momentos, por um tipo de prática ou outro; podendo dar a falsa impressão de que ocorre uma escolha por um setor fragmentado de prática:

um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retoma segundo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas [...] Todo rizoma compreende linhas de segmentaridade segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído, etc; mas compreende também linhas de desterritorialização peças quais ele foge sem parar. Há ruptura no rizoma cada vez que linhas segmentares explodem em linhas de fuga, mas a linha de fuga faz parte do rizoma. Estas linhas não param de se remeter uma às outras. É por isto que não se pode contar com um dualismo ou dicotomia [...] Faz-se uma ruptura, traça-se uma linha de fuga, mas corre-se sempre o risco de reencontrar nela organizações que re-estratificam o conjunto, formações que dão novamente o poder a um significante, atribuições que reconstituem um sujeito (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 18).

Dois exemplos desse sistema rizoma, observado em campo, respectivamente na conversa com Seu Tibúrcio e Seu Alcebíades, são:

Na hora deu estalo dentro do braço, deslocou o braço. Aí, cheguei em casa banhei com água de sal, vinagre; passou, aquela dor passou. Aí, depois de um mês e pouco apareceu esse ovo aqui [mostrou a lesão no braço], no braço. Continuei. Aí, depois de um ano e pouco, quase dois anos; estava ajeitando um cavalo, deu um solavanco nesse aqui [mostrou o outro braço]. Fui no médico... Deu remédio, mas num adiantou nada. Ficou do jeito que tá aqui, num adiantou nada, ficou igual ao outro. [...] Se tomar uma pancada a gente põe pra banhar naquela água de sal com vinagre que alivia a dor. Mas se der algum problema, sentir, a gente ´caça` um médico. Que aí já num é problema pra aquela água de sal. [...] A água de sal que nós põe com vinagre é tipo um Gelol que nego usa, uma pomada que passa pra fazer uma massagem. Então, é a mesma coisa. Você temperou uma água de sal com vinagre, você põe em cima a dor alivia na hora, a mesma coisa que um gelo.

Eu uso mais chá é pra num criar cálculo renal. Eu já sofri... o cálculo renal quase me matou. Expeli uma pedra que quase me matou. Rasgou o canal da urina tudo, infeccionou, tive que tomar um mucado de remédio. De vez em quando eu faço um chá e tomo, aí num deixa criar pedra, aí eu urino aquele pó.

Nesses exemplos fica claro como práticas e ações que são ditas e relacionadas ao modelo biomédico e as ditas e relacionadas ao conhecimento popular se imiscuem. Elas se rompem, se quebram, se reaproximam, se retomam, se remetem uma às outras, se reencontram, se transformam e se re-estratificam em um conjunto; assim reconstituindo o sujeito. Esses elementos são intercambiáveis, “se definem somente por um *estado* a tal momento, de tal maneira que as operações locais se coordenam e o resultado final global se sincroniza independente de uma instância central” (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 27, grifo dos autores).

Ainda dentro deste mesmo cenário, pode-se retomar Latour (1994) e a concepção de híbridos que trouxe à tona. Ele retrata, em linhas gerais, a ciência como um elemento-chave na polarização entre “o mundo das coisas” e “o mundo dos sujeitos”. Esse sistema de rizoma, híbrido em sua plenitude, critica a ciência como um instrumento fragmentador dos saberes terapêuticos, fragmentação esta inequivocamente inexistente entre os pacientes, mas idolatrada pelos “modernos cientistas do nosso mundo ocidental”. A forma como os pacientes lidam com a busca de tratamento e a melhora em relação aos agravos de sua saúde é tipicamente híbrida diante de ações associadas à biomedicina, às práticas “folk” e às práticas

populares que se segregam e, às vezes, se repelem; mas para se re-encontrarem e se re-estruturarem em seus entendimentos de mundo.

3.2 Saberes e a modernidade: cenário de disputa?

A biomedicina se constitui a partir do momento que se afasta do que diz ser não científico (quadro que guarda relação com os processos históricos descritos à cerca do corpo)¹³ e, no caso, as rezadeiras constituem suas práticas se afastando daquilo que é dito como oficial. Segundo Boltanski (2004, p. 14):

a medicina científica teve que contar com a opinião leiga, impor-se contra a opinião leiga e contra o 'preconceito', e via-se obrigada a definir a cada momento de sua evolução o corpo de conhecimentos e práticas que constituem a legalidade médica; também, ao mesmo tempo, a definir o seu contrário, reunindo o conjunto das práticas e conhecimentos ilegais numa mesma categoria definida negativamente por oposição à medicina legítima: a medicina 'popular'.

É exatamente essa dicotomia que é criada pelos diversos detentores de saberes, mas que, porém, não faz parte do universo do paciente nas suas práticas mais comuns e autênticas. Ele se encontra, como diz Latour (1994), em posição de mediação; sentindo, vivenciando e experienciando tudo que se refere à saúde, à doença e às práticas terapêuticas de forma intensamente híbrida: “nós pobres sujeitos-objetos, humildes sociedades-naturezas, pequenos locais-globais, nos encontramos literalmente esquartejados entre regiões ontológicas que se definem mutuamente, mas que não se assemelham mais a nossas práticas”. (LATOUR, 1994, p. 120).

¹³ Duas fontes de consultas sobre um histórico resumido acerca da evolução da biomedicina são os capítulos 2 dos livros: Saúde e doença: um enfoque antropológico, de Marcos Queiroz e Sociologia da doença e da medicina, de Philippe Adam e Claudine Herzlich.

É natural que diante de uma disputa de poder entre os detentores do saber aconteçam argumentações de parte a parte no sentido de “captar o paciente para seu pólo”. Nesse sentido, além dos exemplos citados nos quais a curandeira evidenciava a supremacia de suas práticas ante as da medicina, também foram observados, em campo, relatos que apontam claramente, por exemplo, para a incorporação de um discurso médico em determinados pacientes ou situações.

Um aspecto interessante constatado foi a importância que é dada as injeções. Parece ser criada uma espécie de “disputa de força terapêutica” entre injeção e comprimido, sendo a injeção mais forte e, portanto, mais adequada para as situações mais “complicadas”; discurso este imposto, através dos tempos, pela prática médica¹⁴. Elas são entendidas como “força contra um mal”. Oliveira (1998, p. 85) diz: “é por esta característica de ‘poder’ que, muitas vezes, exige-se medida igualmente violenta para contrapor-se a ela e restituir o equilíbrio abalado, através de injeção ou remédio considerado igualmente ‘bem forte’”. A seguir expresso duas passagens que ilustram este tema com menção a Benzetacil, a qual os sujeitos referem ter muita eficácia e é uma injeção tida como das mais dolorosas quando da sua aplicação, tendendo a associar a “força da medicação” à forma de administração e a contra-partida da melhora ser a dor que sente na aplicação:

A dotora me receitou uns comprimidos e eu tenho que tomar logo de manhã, senão eu num funciona. Ano passado eu tomei uma série de injeção, uma vermelhinha, que eu fiquei uns oito meses sem sentir dor. Mas o comprimido só vale o prazo dele ali. Acabou o prazo a dor começa a apertar. (Seu Alcebíades)

Outro dia estava conversando aqui: depois que tomei a Benzetacil, num tive mais. Até achei que estava inchado aqui [aponta a região intermediária do tronco com a mão esquerda] caí com isso aqui nas pontas de uns toco da altura dessa casa... isso aqui afundou, fiquei sem falar umas quatro horas... isso aqui [ainda com a mão no local] murchou tudo.

¹⁴ Para outra leitura sobre a imposição de termos e ações médicos, ver Boltanski (2004).

Esta segunda passagem apareceu no discurso de Seu Diofrildo ao relatar uma queda sofrida. Disse que o tratamento foi feito com a injeção e posteriormente untou e bebeu iodo também. Ou seja, fez uma associação entre a biomedicina e práticas populares para a melhora de seu quadro. De qualquer forma, ressaltou a importância da Benzetacil de maneira consistente.

Segundo Latour (1994), a ciência, aqui entendida como um saber específico, é o ápice da modernidade e cria suas polarizações, sendo que o esteio que dá suporte às argumentações teóricas é também a barreira que impede o reconhecimento das redes de inter-relações. Mas, se “jamais fomos modernos” e esta barreira, de fato, não foi constatada nas ações entre os pacientes na pesquisa de campo; esse cenário de fragmentação e disputa, na prática, não pertence ao “espaço entre” no qual perpassam as experiências e vivências dos sujeitos.

3.3 Experimentar entre invenções, criatividade e politemporalidade

A temática a ser desenvolvida neste subitem pode ser consolidada sobre a exemplificação, através da Tabela 1, dos principais agravos à saúde obtidos na conversa com Dona Gertrudes, além das suas propostas de práticas terapêuticas.

Tabela 1: Principais referências a adoecimento e suas práticas terapêuticas.

Alvoroço	Reza + banho de alecrim cheiroso
Tosse	Camará + broto de poejo + hortelã + guapo (+ várias) + mel
Bronquite	Broto de samambaiçu + mel ou açúcar
Infecção de útero	Baba-de-timão + quina-rosa (+ seis ervas; total de oito, mas não lembrava de cabeça)
Hipertensão	Hortelã e Erva-Cidreira de folha
Cálculo Renal	Uva-do-mato + quebra-pedra + marmelim + raiz de palmacéia

Diabete	Pata-de-vaca de flor branca
Dor de barriga (criança), prisão de ventre e cólica	Marcelinha + São Jorge
Sinusite	Buxinha-do-Norte
Hepatite	Juá
Infecção de rins	Juá
Estrepada na perna	Juá + hortelã + vinagre
Mau olhado, quebrante, ódio, raiva, vento-virado, susto, desunião de marido e mulher, mãe-do-corpo	Reza
Cobreiro	Benzedura, em cruz, com galhos de funcho.
Torção de perna	Reza + “Tem doze palavra retraída para você ir cozendo com agulha, um pedacinho de pano. Para cada palavra se finca a agulha e é um ponto, e dá um nó. Tem que cozer três vezes para ficar bom”.
Despele	Ervas + reza
Umbigo regido	Gema de ovo + azeite de mamão + pedra de alcanfor + reza, fazendo o sinal da cruz.
Dor de coluna	Reza + “levantar da cama, passa por três portas, cada porta que passa, dar três cuspidas [ela mostra como são as cuspidas]... tudo em jejum... passou a terceira porta, vai procurar o cupim, , daqueles que faz aquele murundu. Lá cê vai deixar as cadeiras pra eles, fala o que a gente ensina, chega lá três vezes, sem encostar, e fala com

	eles. Ele vai pegar seu mal. Por quê? Porque eles têm, como vou dizer a você, eles têm assim, num sei se você percebe, eles têm um cheiro... Então, na hora que você chega com suas cadeiras lá, ele penetra pra ele, o mal vai pra ele; e cura. E num pode falar com ninguém...Tudo através da reza da gente pra eles”.
Picada de cobra	Três dentes de alho colocados na boca da rezadeira. Mais três dentes de alho para fazer um cordão acima do lugar da picada+ rezadeira segurando três quiabos na mão + reza
Câncer de estômago ou garganta ou útero	Baba-de-timão
Próstata, inclusive câncer	Cana-de-macaco
Diarréia	Casca de goiabeira + casca de raiz de abacateiro + casca de quina-rosa
Fechar cirurgia	Quina-rosa
Queda de cabelo, couro cabeludo, eczema	Raiz de palmacéia + baba-de-timão + babosa
Gonorréia e outras doenças pegativas	Raiz de palmacéia + Pita-riscada.

Considerando que pode haver diferenças nas grafias dessas ervas, possivelmente por aspectos regionais, ressalto, para melhor entendimento desta tabela, que quanto aos aspectos relacionados às rezas, a curandeira explica que elas podem ser realizadas com um tercinho, com as próprias mãos ou com galhos.

No último caso usam-se três galinhos para rezar a pessoa, um mostra o que a pessoa tem. Então, aquele é o guia, que domina a rezadeira para ela exercer sua prática. Ela prefere o galho da guiné ou da vassoura de alecrim cheiroso, podendo ser o de arruda.

No geral, as práticas evidenciadas na tabela poderiam ser caracterizadas como “mágicas” ou pertencentes à “crendice popular” - cheias de crenças e de ritos - sob os conspícuos olhos da “medicina oficial” e da “antropologia clássica”.

Para essa primeira, assoberbada de modernidade, os pacientes que optam pelas práticas terapêuticas intermediadas por curandeiras e/ou rezadeiras poderiam ser tidos como adoradores de saberes que não são eficazes ou de ilusões ou, ainda, vistos como crentes ingênuos cultuando seus fetiches. Aqueles que atuam apenas sob os ditames da “medicina oficial” e apenas atrelados ao arcabouço científico somente vêem os fatos, ou seja, a realidade exterior. (LATOURE, 2002). Segundo Latour (2002), na prática, a distinção entre construção e realidade inexistente; quer dizer, a distinção entre fetiches e fatos é meramente teórica. Em suas palavras: “a noção de crença permite aos modernos compreender, *ao modo deles*, a origem da ação pelo duplo vocabulário dos fetiches e dos fatos” (LATOURE, 2002, p. 34, grifo do autor). Para ele, na ação prática prevalece a noção de fe(i)tiche que agrega elementos dos fetiches e dos fatos formando uma unidade mesclada e sem contornos nítidos entre ambos. Dessa maneira, ele vai contra as rupturas entre sujeito/objeto e representação/coisa – dicotomias por ele já superadas através dos mecanismos de mediação e composição de redes, apontados na idéia de híbridos.

Quanto à “antropologia clássica”, merecem ser abordadas as concepções de Levi-Strauss e Marcel Mauss. Lévi-Strauss (1996), em sua análise: “o feiticeiro e sua magia” caracterizou os três elementos essenciais: a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; a crença do doente que ele cura, ou seja, no poder do feiticeiro; e o consenso coletivo que respalda e adere essas convicções. Ele ainda afirmou que o xamã oferece uma linguagem ao doente que lhe é acessível e é nessa expressão verbal que o paciente exprime um conjunto de estados não-formulados e provoca um desbloqueio de seu processo fisiológico e se reorganiza. A base da ação dessas práticas, segundo o autor, está na eficácia simbólica.

No “Esboço de uma teoria geral da magia”, Mauss (2003) deixa claro o papel central das representações no quadro que analisa. Diz: “As práticas mágicas não são vazias de sentido. Elas correspondem a representações, geralmente muito

ricas...” (MAUSS, 2003, p. 97). Suas análises apontam que determinados atos, os mágicos, guardam as características da eficácia pela tradição, por serem repetidos, por serem coletivos e transmissíveis. Argumentou que são essenciais os ritos, suas condições especiais e sua natureza. Ao expor sobre o mágico, segue:

vão procurá-lo e exigem-lhe que aja: ele não é livre, é forçado a representar um papel que satisfaça a expectativa de seu público [...] o mágico [...] como uma espécie de funcionário investido, pela sociedade, de uma autoridade na qual ele próprio é obrigado a crer [...] Assim, a crença do mágico e a do público não são duas coisas diferentes; a primeira é o reflexo da segunda, já que a simulação do mágico só é possível em razão da credulidade pública [...] É essa crença que permite objetivar as idéias subjetivas e generalizar as ilusões individuais. É ela que confere ao juízo mágico seu caráter afirmativo, necessário e absoluto (MAUSS, 2003, p. 131, 157).

Em síntese o que se pretende extrair nessas considerações é que, nessa perspectiva, esses processos rituais e da crença promovem um rearranjo nos estados desorganizados e os transformam em um todo coerente. Ou seja, no ritual os atores, cientes dos seus papéis e com uma coletividade que legitima o ato associado aos procedimentos manuais, corporais e orais; criam um cenário performático que recria os espaços no indivíduo e os entendimentos do indivíduo, que o faz se reorganizar, e tem-se a eficácia do processo. Esta poderia ser uma perspectiva para o entendimento das situações expostas em campo.

Entretanto, estas concepções tanto da “medicina oficial” quanto da “antropologia clássica” são passíveis de crítica ante os dados obtidos em campo. Destaco dois momentos de uma fala da Dona Gertrudes que evidencia a forma como se processam suas ações terapêuticas:

Vou nas casa, sou chamada, vou... Já tentei ajudar quem num acredita, a pessoa prefere ir ao médico..., mas num dá certo depois me chamam. Aí demora a resolver.... Quando ela quis acreditar já era tarde... O problema dela vai ser resolvido, só que é mais demorado.

Poder da ação da gente. A gente pede a Deus, a gente reza, faz umas oração... Isso tem ajudado muita gente resolver. [...] E a gente rezando aquela pessoa se sente aliviada, sente leve. E a gente sente... aquilo passa pela a gente. O que a pessoa tá sentindo a gente sente. Eu rezando uma pessoa, a pessoa que tá com aquele problema passa pra mim. Mas, só que minhas oração é mais forte, eu agüento... [...]

Minha oração é tão forte, que na hora da reza onde eu passar minha mão aquela dor desaparece.

Com a primeira passagem evidencia que a curandeira ao falar que se deve acreditar no que ela faz e a maneira como ela trata não se deve depreender que seja pela força de uma crença, em seu sentido antropológico clássico. Isto porque quaisquer práticas relacionadas à saúde - e inclusive outras esferas da vida - são escolhidas por nós para serem desenvolvidas porque acreditamos nelas. De outra forma, posso dizer que qualquer pessoa só procura um médico para ser consultada porque acredita que nesse profissional encontrará uma solução para seu problema. Evidencia-se, também e mais uma vez, que estes espaços de ir a curandeira e ir ao médico são mesclados, são híbridos, são “entre” e pertencentes a um mesmo sistema de experimentar suas vivências quanto à saúde e à doença.

A segunda passagem mostra que a eficácia da prática da curandeira não ocorre apenas porque ela tem a crença na sua capacidade de cura. Muito mais que isto, ela sente o que é vivenciado pela paciente; ela experimenta. A curandeira vai além de explicar ou interpretar o que se passa com quem a procura em busca de ajuda. Assim, “ela sente, mas é mais forte e agüenta”.

Viveiros de Castro (2002) argumenta que o entendimento antropológico baseado na crença quando se trata de compreender a relação do nativo com seu discurso é um equívoco. Em grande medida, é impor conceitos evocados da tradição cultural do pesquisador em um novo cenário onde as vivências podem ter, ou mais provavelmente sempre tem, outras formas de experimentações, compreensões e definições.

Segundo Wagner (1981), a respeito da idéia de cultura, tanto o nativo quanto o pesquisador pertencem a uma cultura não mensurável e através desse processo relacional entre estes dois elementos é que acontecem as experiências mútuas e contrastantes que faz tornar cada cultura visível e reinventada. Uma inovação naquilo que fundamenta a vida humana: os pensamentos, as ações, as interações, as percepções e as motivações que são funções de um contexto construído com base nas associações dos elementos simbólicos. Pela busca de sentido nas ações práticas do nativo que o antropólogo cria essas culturas por intermédio de um ato de invenção; processo controlado pela imagem da realidade e com ausência de sua consciência. É importante ressaltar que essa invenção é objetiva e pautada na

observação e aprendizado. Wagner (1981, p. 12, 26, tradução minha): “o que o pesquisador de campo inventa, então, é sua própria compreensão [...] Quando o antropólogo estuda outra cultura, ele a inventa generalizando suas impressões, experiências e outras evidências como se elas fossem produzidas por alguma ‘coisa’ externa”. É uma invenção controlada a fim de fazer sentido ao seu universo cultural (particularmente aos seus pares).

Boa parte do que os sujeitos observados em campo optavam para serem suas ações e práticas terapêuticas, se reproduzem através do tempo como “se passassem de geração para geração”. Porém, mais do que esta aparente forma de imposição e que renega as re-interpretações dos sujeitos, elas são reproduções que exatamente ao mesmo tempo permanecem em suas vidas e também se transformam, se renovam, se recriam e se inovam. Seu Tibúrcio e Seu Diofrildo, respectivamente, explicitaram exemplos:

Você temperou uma água de sal com vinagre, você põe em cima a dor alivia na hora, a mesma coisa que um gelo. [...] isso a gente faz desde criança, tempo do falecido meu pai, então já vem.

Meu tataravô era tratador, meu bisavô era, meu avô era... Era pegar no pulso, falava, ó, tava quase morto. Cê sofre isso, aquilo outro, aquilo outro, aquilo outro; dava remédio, curava. [...] Eles pegavam no pulso, escutava, escutava; falava: ‘você num tá ruim, não. Vai na farmacinha, compra esse remédio aí, dentro de três dias tá trabalhando’. Agora se num bebesse, morria. E melhorou também: prumou, largou.

Essas práticas, portanto, são selecionadas para serem reproduzidas, sendo inovações e criatividade que emergem nas ações terapêuticas escolhidas por esses sujeitos observados em campo. Afirma Wagner (1981, p. 50, 51 e 52, tradução minha):

nós não podemos apelar para a força de algo chamado ‘tradição’ ou ‘educação’ ou ‘orientação espiritual’ para explicar a continuidade cultural ou a mudança cultural [...] Assim, o ponto de vista coletivo ou orientação de uma cultura [...] persiste ao ser constantemente reinventado na forma de contextos convencionais. Mas o meio pelo qual este ponto de vista é estendido e reinventado é aquele da diferenciação e particularização em termos de contextos não-convencionalizados.

Isto naturalmente nos impele a re-analisar uma questão: a relação desses processos com o tempo. O agrupamento dos fatos e eventos ao longo de uma

espiral ao invés de dispô-los em linha reta traz um novo entendimento do que a antropologia clássica tratava como tradição. Essa nova visualização do tempo aponta para um futuro se redimensionando em todas as direções, mas sem a idéia de “avanço”; e com um passado “não arcaico” e sim remodelado, relido, revisto, re combinado e refeito. No espiral, elementos, aparentemente distantes, podem estar muito próximos e os elementos contemporâneos podem ter constituintes de vários ou todos os tempos, são politemporais (LATOUR, 1994). O que ocorre é que os sujeitos, como protagonistas de seus atos, processam sucessivamente seleções das ações e práticas que são de seus interesses no sentido de promoverem suas manutenções. Como diz Latour (1994, p. 74): “o tempo não é um panorama geral, mas antes o resultado provisório da ligação entre os seres”. Podemos concluir, ainda citando Latour (1994, p. 75): “ninguém nasce tradicional, é uma escolha que se faz quando se inova muito. [...] Nós nunca avançamos nem recuamos. Sempre selecionamos ativamente elementos pertencentes a tempos diferentes. [...] É a seleção que faz o tempo, e não o tempo que faz a seleção”. A este respeito diz Wagner (1981, p. 51, tradução minha):

as associações simbólicas que as pessoas têm em comum, suas ‘moralidade’, ‘cultura’, ‘linguagem’ ou ‘costumes’, suas ‘tradições’, são tão dependentes de uma reinvenção contínua quanto da idiosincrasia individual, da informação e hábitos que eles percebem neles mesmos ou no mundo em seus redores.

CONCLUSÃO

A etnografia realizada, e apresentada nesta dissertação, mostrou aspectos peculiares de processos dinâmicos que envolvem e transitam nas diversas esferas da vida dos sujeitos estudados mostrando que as interconexões e mudanças de perspectivas, de contextos e cenários são passíveis – e prováveis – de ocorrerem (e de forma substancial) no dia-a-dia das pessoas. Estes processos dinâmicos estão presentes nas construções (e invenções) da cultura dessas pessoas, como desenvolveu Wagner (1981) argumentando que é através das relações dinâmicas entre contextos que a cultura se recria e se reinventa.

Neste trabalho, a dinâmica esteve presente desde sua origem já que houve uma significativa mudança do objeto de pesquisa e do local de sua realização. Desta forma, puderam ser caracterizados vários aspectos da vida cotidiana das pessoas, em Santa Bárbara; pessoas, estas, exercendo suas funções enquanto munícipes, trabalhadores, pacientes, amigos, vizinhos, etc. Foi rapidamente perceptível o contraste inicial entre minhas vivências e aquela forma de compreender as situações de vida, particularmente devido a minha história de vida e trabalho em grandes centros urbanos e a minha formação convencional na medicina. E relembro Wagner (1981), é a partir deste contraste, ou choque cultural, que passa a ser importante o contato e o estudo com outros povos ou culturas, e dessa forma pode-se refletir e aprender mais sobre a nossa própria cultura. Este quadro traz consigo sua mais marcante consequência: a possibilidade de estar experimentando transformações nas próprias (pré-)concepções.

É, portanto, a dinâmica a mola propulsora das redes de relações nos interstícios sociais que se constituem em um espaço “entre” – sempre de possibilidades e sem qualquer limite fixo; e um outro aspecto dinâmico, e mais concreto, do qual fui acometido, durante a execução da pesquisa de campo, foi o fato de ser médico e pesquisador em saúde, ao mesmo tempo. Isto propiciou fluxos de comunicações verbais e não-verbais que se estabeleceram com suas flexibilidades e alternâncias.

O corpo, por intermédio de sua dinâmica, mostrou-se como um corpo-sujeito indo muito além de ser apenas um corpo-objeto ou, de outra maneira, a compreensão é de sermos um corpo e não mais simplesmente termos um corpo (CSORDAS, 1994). Ele, então, é o agenciador das dinâmicas presentes nas vivências e experiências, no caso, dentro do contexto da saúde, doença e das práticas terapêuticas oriundas dessas concepções. No desenvolvimento deste processo, evidenciam-se vários fatores que se imiscuem e consolidam a fim de compor esse modo de estar no mundo. E quando se aponta para a segmentação em vários aspectos dos elementos pertencentes à saúde, à doença e às terapêuticas, ainda que se diga que esses fragmentos se entrecruzam, isto se dá invariavelmente – e apenas - em nível teórico. O fato é que, na prática, os elementos que constituem as concepções de saúde e doença e as motivações que levam a procura de uma prática terapêutica se agregam em cada sujeito e, deste modo, solidificam vivências e ações multifacetadas, caracterizando um elemento híbrido e indissociável.

Eventualmente a escolha por uma determinada prática terapêutica, ou modelo de tratamento, não aponta para a coroação de uma virtual fragmentação. Seu suporte se encontra na idéia de rizoma com o qual uma pessoa busca alternativas ao avançar em determinadas áreas ou direções, recuando em outras, flexibilizando dentro de um universo de possibilidades; mas que no final são feixes e espraiamentos de uma mesma unidade que adiante se interpenetram e jamais deixaram de constituir faces de uma mesma moeda.

Estas fragmentações de conceitos, atitudes, práticas e ações podem, eventualmente, ocorrer naqueles que são os detentores do saber ao se transvestirem de mártires da modernidade. Cabe aos teóricos o papel de criar estas polarizações, de preferência para exaltar suas proezas. Na prática, os pacientes, neste contexto estudado, não manifestaram quaisquer tendências para isolar fatores relacionados a sua saúde ou doença e, principalmente, entendem que o trânsito por utilização de medicações, o uso de chás (ou outros métodos) caseiros e a busca pela rezadeira ou curandeira é integrante de seu modo de operar as questões relacionadas ao seu bem estar. Em síntese, a prática revela que o mundo pode ser configurado por entre construções de fetiches sem que a objetividade das ciências tenha que se manter distante. Ambos se elaboram e ocupam o mesmo sujeito.

Dessa maneira, parece claro que o cenário onde se desenvolveu a pesquisa de campo guarda suas especificidades e particularidades quanto ao conjunto de aspectos presentes em suas tramas sociais. Com isto quero apontar que várias evidências observadas neste contexto não devem sequer ser cogitadas para uma possível generalização. Entretanto, a questão central do que foi constatado, e aqui vale ressaltar, é a prevalência das flexibilidades e alternâncias dinâmicas que constituem um corpo-sujeito onde se imiscuem vivências e experiências de forma multifacetadas e agregadas como um elemento híbrido. É possível que esse entendimento seja estendido para outros sujeitos e em outros contextos, inclusive como a própria literatura antropológica já dá fortes indícios.

REFERÊNCIAS

ADAM P. e HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

ALVES, P. C. O discurso sobre a enfermidade mental. In: _____ e MINAYO, M. C. de S. (orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 91-100.

_____. **A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica**. Cad. Saúde Pública, v.22, n. 8, Rio de Janeiro. Ago, 2006.

_____. e RABELO, M.C. O status atual das ciências sociais em saúde no Brasil: tendências. In: _____ (orgs.). **Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998. p.13-28.

ARON, R. **As etapas do pensamento sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

AYRES, J. R. de C. M. **Sujeito, intersubjetividade e prática de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 6(1):63-72, 2001.

BOLTANSKI, L. **As Classes sociais e o corpo**. São Paulo; Paz e Terra, 3ª. ed., 2004.

BONET O. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

_____. Emoções e sofrimentos nas consultas médicas. Implicações de sua irrupção. In: **Teoria e Cultura – Revista do mestrado em ciências sociais da UFJF**. Juiz de Fora: Editora UFJF, vol.1, no.1, 2006. p. 117-138

_____. e TAVARES, F. R. G. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. de. (orgs). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 263-277.

BOURDIEU, P. **El sentido práctico**. Taurus Humanidades, 1991.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. **Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANESQUI, A. M. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, P. C. e MINAYO, M. C. de S. (orgs.). **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 13-32.

_____. **Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990**. Ciênc. Saúde Coletiva, vol. 8, n. 1, p. 109-124. Rio de Janeiro, 2003.

CAPRARA, A. **Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença**. Cad. Saúde Pública, vol.19, n. 4, p. 923-931. Rio de Janeiro. Jul/Ago, 2003.

_____ e FRANCO, A. L. e S. **A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica**. Cad. Saúde Pública, vol.15, n. 3, p. 647-654, Jul/Set, 1999.

CARDOSO, R. C. L. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: **A Aventura Antropológica**. Teoria e Pesquisa. São Paulo: Paz e Terra, 2ª. ed., 1988. p. 95-105.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R e MATTOS, R. A. de (orgs): **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 259-278.

CERTEAU, M. de. **A invenção do cotidiano**. Petrópolis, RJ: Vozes. Vols 1 e 2, 10ª. ed., 1994.

COELHO, M. T. A. D. e ALMEIDA FILHO, N de. **Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica**. Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos, Maio/Ago, vol. 9, 2002. p.315-333.

CRAPANZANO, V. **Imaginative horizons**. An essay in literary-philosophical anthropology. Chicago: The University Press, 2004.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: NUNES, E. de O. **A Aventura Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978. p. 51-66.

CSORDAS, T. J. **Embodiment and experience**. The existential ground of culture and self. New York: Cambridge University Press, 1994.

DAMATTA, R. **A casa & a rua**. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. São Paulo: Editora Brasiliense S.A., 1985.

_____. O ofício de etnólogo, ou como ter “anthropological blues”. In: NUNES, E. de O. **A Aventura Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978. p. 23-35.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **Mil platôs**. Capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, vol. 1, 1995.

_____. **Mil platôs**. Capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, vol. 5, 1997.

DESJARLAIS, R. R. **Body and emotion**. The aesthetics of illness and healing in the Nepal Himalayas. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1992.

DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq, 1986.

_____. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, P.C. e MINAYO, M. C. de S. (orgs.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p.83-100.

_____. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: DUARTE, L. F. D. e LEAL, O. F. (orgs.). **Doença, Sofrimento, Perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 9-27.

DURHAM, E. R. **A reconstituição da realidade**. São Paulo: Editora Ática, 1978.

DURKHEIM, É. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

FELDMAN-BIANCO, B. **Antropologia das sociedades contemporâneas – métodos**. São Paulo: Global, 1987.

FERREIRA, J. O corpo sígnico. In: ALVES, P. C. e MINAYO, M. C. de S. (orgs.). **Saúde e Doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 101-112.

_____. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, L. F. D. e LEAL, O. F. (orgs.). **Doença, Sofrimento, Perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 49-56.

FIGUEIREDO, V. Atualidade de Max Weber. In: SOUZA, J. (org.). **A atualidade de Max Weber**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000. p. 319-323.

FRANKFORT-NACHMIAS, C. e NACHMIAS, D. **Research methods in the social sciences**. 5th ed. New York: Worth Publishing, 1996.

GEERTZ, C. **O saber local**. Novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1998.

_____. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

_____. **A Interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: NUNES, E. de O. **A Aventura Sociológica.** Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978. p. 67-80.

GONÇALVES, H. D. Corpo doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose. In: DUARTE, L. F. D. e LEAL, O. F. (orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação:** perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 105-117.

GUSMÃO, L. de. A concepção de causa na filosofia das ciências sociais de Max Weber. In: SOUZA, J. (org.). **A atualidade de Max Weber.** Brasília; Editora Universidade de Brasília, 2000. p. 235-259.

HERZLICH, C. **A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença.** PHYSIS: Rev.de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.15 (suplemento): 57-70, 2005.

INGOLD, T. **The perception of the environment.** Essays on livelihood, dwelling and skill. London: Routledge, 2000.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L. e GOOD, B. **Culture, illness and care.** Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. Annals of Internal Medicine, v. 88, n.2, p.251-258, 1978.

LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia.** São Paulo: Editora Brasiliense, 2^a. ed., 1989.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos.** Ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

_____. **Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches.** Bauru, SP: EDUSC, 2002.

_____. **How to talk about the body? The normative dimension of science studies.** Body & Society, vol. 10(2-3), p. 205-229, 2004.

LE BRETON, D. **Antropología del cuerpo y modernidad.** Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2002.

_____. Adeus ao corpo. In: Novaes, A. **O Homem Máquina: a Ciência manipula o Corpo.** Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2003.

_____. **Genetic fundamentalism or the cult of the gene.** Body & Society, vol 10(4), p. 1-20, 2004.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 5^a. ed., 1996.

LIMA, T. S. **O que é um corpo?** Religião e Sociedade, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.9-19, 2002.

LUZ, M. T. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas:** novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 15 (suplemento): 145-176, 2005.

MALIWNOSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental.** São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MARTINS, H. H. T. de S. **Metodologia qualitativa de pesquisa.** *Educ. Pesqui*, vol. 30, n. 2, p.289-300, Maio/Ago, 2004.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia.** São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MINAYO, M. C. de S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P. C. e RABELO, M. C. (orgs.). **Antropologia da Saúde:** Traçando Identidade e Explorando Fronteiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998. p. 29-46.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

NARDI, H. C. O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: DUARTE, L. F. D. e LEAL, O. F. (orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação:** perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 95-104.

OLIVEIRA, F. J. A. de. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, L. F. D. e LEAL, O. F. (orgs.). **Doença, Sofrimento, Perturbação:** perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 81-94.

OLIVEIRA, R. C de. **O Trabalho do antropólogo.** São Paulo: Pararelo, 1998.

_____. O lugar (em lugar) do método. In: COLÓQUIO: "DURKHEIM: 100 ANOS D'AS REGARS DO MÉTODO SOCIOLÓGICO". Curitiba: UFPR, 1995.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D. e LEAL, O. F. (orgs.). **Doença, Sofrimento, Perturbação:** perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 31-47.

QUEIROZ, M. S. **Saúde e doença:** um enfoque antropológico. Bauru, SP: EDUSC, 2003.

RABELO, M. C. M. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P. C. e MINAYO, M. C. de S. (orgs.). **Saúde e Doença:** um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p.47-56.

RAPPORT, N. e OVERING, J. **Social and cultural anthropology.** The key concepts. London: Routledge, 2000.

RODRIGUES, N. e CAROSO, C. A. Idéia de ´sofrimento` e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: DUARTE, L. F. D. e LEAL, O. F. (orgs.). **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 137-149.

SAHLINS, M. O “**pessimismo sentimental**” e a **experiência etnográfica**: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção (parte I). *Mana* vol 3(1), p. 41-73, 1997.

_____. **Ilhas de História**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

SANTA BÁRBARA DO MONTE VERDE e parte da região sudeste do Brasil: mapa rodoviário, 2007. 1 mapa, color. Escala 1:700.500. Disponível em: <http://200.198.22.36/html/mapa_rodoviario/novo_mapa/cmmz/call/Santa%20Barbara%20do%20Monte%20Verde.html>. Acesso em: 31 mar. 2008.

SCHLUCHTER, W. Politeísmo dos valores: uma reflexão referida a Max Weber. In: SOUZA, J. (org.). **A atualidade de Max Weber**. Brasília; Editora Universidade de Brasília, 2000. p. 13-48.

SILVA, J. M. e SILVEIRA, E. S. da. **Apresentação de trabalhos acadêmicos**. Normas e técnicas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

SOUZA, I. M. de A. Um retrato de Rose: considerações sobre processos interpretativos e elaboração de história de vida. In: DUARTE, L. F. D. e LEAL, O. F. (orgs.). **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 151-168.

UCHOA, E. e VIDAL, J. M. **Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol.10, n. 4, p. 497-504, Out/Dez, 1994.

VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, E. de O. **A Aventura Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978. p. 36-46.

VIVEIROS DE CASTRO, E. **O nativo relativo**. *Mana*, vol. 8(1), p. 113-148, 2002.

_____. **A inconstância da alma selvagem – e outros ensaios de antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.

WAGNER, R. Are there social groups in the New Guinea highlands? In: LEAF, M. J. **Frontiers of anthropology: an introduction to anthropological thinking**. New York: Van Nostrand, 1974.

_____. **The invention of culture**. Chicago: The University of Chicago Press, 1981.

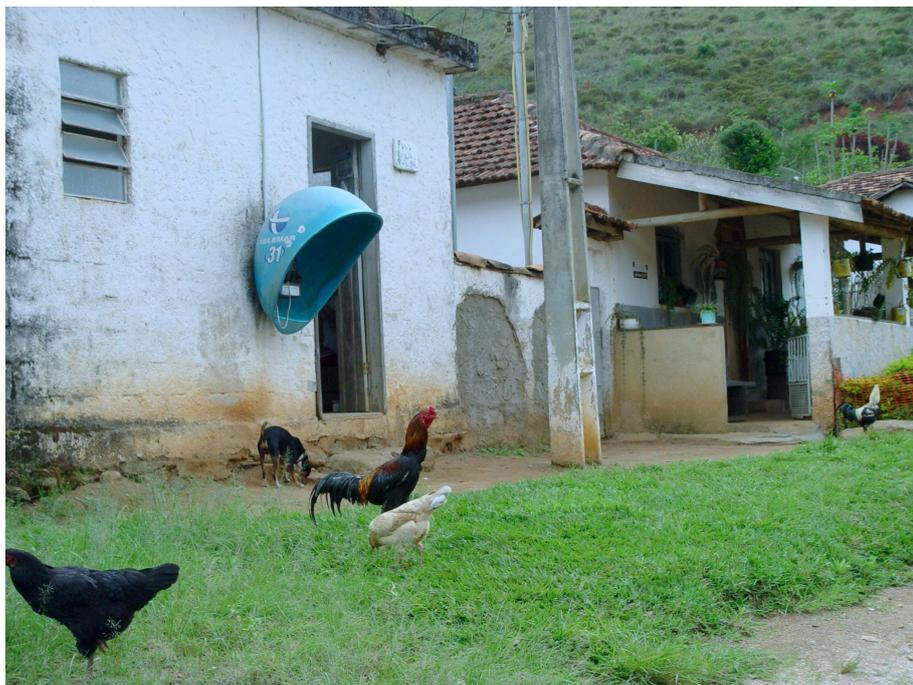
WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Martin Claret, 2005.

ZALUAR, A. Teoria e prática do trabalho de campo: Alguns Problemas. In: **A Aventura Antropológica**. Teoria e Pesquisa. São Paulo: Paz e Terra, 2^a. ed., 1988. p. 107-125.

ANEXO B – Fotos da microrregião de Araxá



Fotografia 1 - “Centro de Saúde” em visão frontal. Presenças do carro da prefeitura, com as caixas de medicações no porta-malas, e dos habituais cachorros. Ao fundo a agente de saúde sentada à mesa da ante-sala. Fonte: acervo pessoal.



Fotografia 2 - “Centro de Saúde” e ao lado a casa da agente de saúde. Na frente, a presença dos habituais “visitantes”. Fonte: acervo pessoal.



Fotografia 3 - Visão panorâmica. Em destaque, a parte gramada que preenche o meio do “semicírculo” e a parte posterior da igreja. Fonte: acervo pessoal.

ANEXO C – Fotos da microrregião de São Bento



Fotografia 4 - Escola municipal, local dos atendimentos. Visão parcial do carro da prefeitura. Em destaque, paciente, descalça, sendo orientada pela agente de saúde; e outro paciente, com botas de borracha, aguardando sua consulta. Fonte: acervo pessoal.



Fotografia 5 - Escola municipal, com carro da prefeitura, com caixas de medicamentos no porta-malas. Pacientes aguardando a consulta e os “visitantes ilustres”: os cachorros e a porca. Fonte: acervo pessoal.

ANEXO D – Foto da microrregião de Pirapitinga

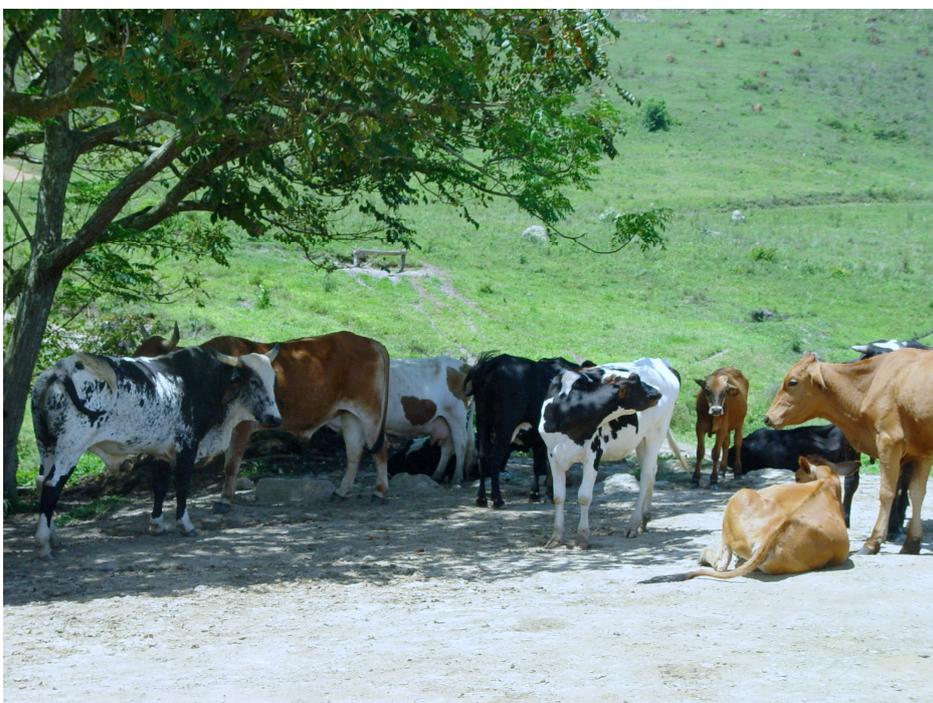


Fotografia 6 - Visita domiciliar. Visão da casa do paciente, estando ele na frente da porta principal ao lado da médica. O acesso a esta casa é por intermédio de uma trilha de aproximadamente 900 metros, em aclive, no meio da mata. Fonte: acervo pessoal.

ANEXO E – Fotos da microrregião de Leocádio



Fotografia 7 - Visão da fazenda onde ocorrem os atendimentos. Fonte: acervo pessoal.



Fotografia 8 - Visão da parte externa da fazenda, foto tirada em frente a uma das janelas laterais. Fonte: acervo pessoal.