



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE PARAÍBA  
CENTRO DE HUMANIDADES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**MARIA DO SOCORRO SOUSA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ADOECIMENTO E DA CURA EM USUÁRIOS  
DO SUS – RIO TINTO – PB**

**CAMPINA GRANDE  
2013**

**MARIA DO SOCORRO SOUSA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ADOECIMENTO E DA CURA EM USUÁRIOS  
DO SUS – RIO TINTO – PB**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Unidade Acadêmica de Ciências Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Magnólia Gibson Cabral da Silva.

**CAMPINA GRANDE  
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL DA UFCG

S725r      Sousa, Maria do Socorro  
             Representações sociais do adoecimento e da cura em usuários do SUS –  
             Rio Tinto – Paraíba / Maria do Socorro Sousa. – Campina Grande, 2013.  
             241 f.: il. Color.

             Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de  
             Campina Grande, Centro de Humanidades.

             “Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Magnólia Gibson Cabral da Silva”.  
             Referências.

             1. Representações Sociais do Adoecimento e Cura 2. Políticas Públicas  
             de Saúde. 3. Interação Social. I. Silva, Magnólia Gibson Cabral. II Título.

CDU 316:614.39(813.3)(043)

**MARIA DO SOCORRO SOUSA**

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO ADOECIMENTO E DA CURA EM USUÁRIOS DO  
SUS – RIO TINTO – PB**

Tese aprovada em \_\_/\_\_/\_\_\_\_, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Unidade Acadêmica de Ciências Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, pela seguinte Banca Examinadora:

---

Prof. Dra. Magnólia Gibson Cabral da Silva  
Orientadora – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/UFCG

---

Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa  
Examinador Externo – Programa de Pós-Graduação em Sociologia/UFPB

---

Profa. Dra. Berta Lucia Pinheiro Klüppel  
Examinador Externo – Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões/UFPB

---

Prof. Dr. Lemuel Dourado Guerra  
Examinador Interno – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/UFCG

---

Examinador Interno – Prof. Dr. Rodrigo de Azeredo Grünewald  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/UFCG

*“Eu só peço a Deus pelas crianças e é um dom que eu tenho, foi um dom que Deus me deu, me ensinaram e com esse dom ainda hoje em dia permaneço”* (Dona Maria José, 72 anos, sítio Rio do Banco).

## AGRADECIMENTOS

*“Agradecer é dar; ser grato é dividir.  
[...] A gratidão dá a si mesma: como um eco de alegria  
A gratidão é um segundo prazer, que prolonga um primeiro,  
como um eco de alegria à alegria sentida,  
como uma felicidade a mais para um mais de felicidade.”*

(André Comte-Sponville)

Aos meus pais, desaparecidos dentro da temporalidade.

Aos meus filhos: Sara, Jorge, Sérgio e Carol, ao neto Daniel, aos meus irmãos: Fernando, Lídia, Romerita e Pequena. À irmã Masé pelas orientações espirituais. A todos e todas da minha família terrena, com abraço especial para Patrícia e Vivi.

À Ednalva Maciel Neves pelo incentivo e gosto de estudar antropologia.

À minha orientadora Magnólia Gibson Cabral da Silva pela suavidade com que me conduziu.

À Equipe da USF Rio do Banco: Dra. Leonia, Dr. Edson, Enfermeira Débora, Técnica Ivanilda. Aos ACS Rosineide, Cícera, Joelma, Ilza, Maurício e Joábia. À ACO Cida, às auxiliares Nena e Dalva e ao motorista Seu Jair, pelo carinho com que me receberam.

Aos Agentes de Cura: Dona Maria José, Seu Cícero, Dona Maria da Guia, Castanha, Seu Severino, Seu José Augusto, Dona Catarina, Dona Josefa, Dona Maria do Livramento, Dona Maria Benício, Seu Joselito e Dona Rosa, por partilharem comigo seus saberes.

A todos os colegas do doutorado pela oportunidade de conviver com uma nova geração. Carinho especial para Wallace, Marileuza, Sheila e Alessa.

À Christianny Onofre pelo apoio e material didático colocado a minha disposição.

Aos amigos Marinalva, Fernando e Irene, pelas horas de descontração. Às amigas Bernadete e Kaline, pelas contribuições técnicas.

Aos dirigentes e integrantes das instituições religiosas: União do Vegetal, Barquinho de Luz, Centro Espírita Umbanda Pai Tertuliano, Centro Espírita Luís Sérgio e Santuário da Imaculada Conceição, pela oportunidade de aprender mais sobre o mundo sagrado.

A Guigo, fiel companheiro.

## RESUMO

Este estudo discute as concepções de adoecimento e cura de usuários do Sistema Único de Saúde da zona rural do município de Rio Tinto-PB, alguns dos quais atuam como agentes de cura. O aspecto inovador desta tese é evidenciar a importância destes agentes e o divórcio entre a teoria e a prática das políticas públicas de saúde no Brasil. Trata-se de uma pesquisa empírico/qualitativa. Os resultados apontam para representações do adoecimento e cura que dizem mais respeito ao sentir do que a razão, numa construção a partir de experiências individuais e coletivas numa relação muito significativa com a natureza. Relação esta que se reflete na visão de mundo e nas relações sociais entre usuários e entre estes e os profissionais de saúde. Partimos do pressuposto de que as representações sociais do adoecimento e cura não são universais, ao contrário, são construções sociais elaboradas pelos indivíduos a partir da percepção e da relação de cada ser humano consigo mesmo, com os outros e com o meio social no qual está inserido; sua história, sua cultura e suas crenças. Nosso estudo também deixa entrever que as relações entre espaço e organização social, modos de vida e valores sociais são aspectos relevantes para pensar a relação entre profissionais e usuários do sistema de saúde no Brasil. Nossa suposição é a de que a complexidade constitutiva da sociedade brasileira exige que os profissionais de saúde exercitem uma contínua relativização sobre os diferentes contextos e usuários com os quais se deparam em situações de adoecimento.

**Palavras-chave:** Representações sociais do adoecimento e cura. Políticas Públicas de Saúde. Interação social.

## ABSTRACT

This study discusses the conceptions of sickening and healing of SUS (Sole Health System) users in the rural zone of the municipality of Rio Tinto/PB, some of who act like healing agents. The innovating aspect of this thesis is to show the importance of such agents and the divorce between theory and practice of the public health policies in Brazil. This is an empirical/qualitative research. The results point towards representations of sickening and healing which have more to do with feeling than reasoning, in a construction as from individual and collective experiences in a relationship of much significance with nature. This relationship is reflected in the vision of world and the social relationship among users and among these and health professionals. We have firstly considered that these social representations of sickening and healing are not universal; on the contrary, they are social constructions elaborated by individuals as from the perception and the relationship of each human being with himself, with the others and with the social environment within which he is inserted, his history, his culture and beliefs. Our study also shows that the relationships among space and social organization, ways of life and social values are relevant aspects to think over the relationship among health professionals and SUS users in Brazil. We suppose that the constitutive complexity of the Brazilian society demands health professionals to exercise a continual relationship on the different contexts and users which they come across with in sickening situations.

**Keywords:** Social representations of sickening and healing. Public Health Policies. Social Interaction.

## RÉSUMÉ

Cette étude met en débat les conceptions du tomber malade et de la guérison chez des usagers du Système Unique de Santé de la zone rurale de la ville de Rio Tinto, dans l'État de Paraíba, parmi lesquels se trouvent des guérisseurs. L'aspect innovateur de cette thèse est de mettre en évidence l'importance de ces agents et le divorce entre la théorie et la pratique dans les politiques publiques de santé au Brésil. Il s'agit d'une recherche empirique quali-quantitative. Les résultats suggèrent que les représentations du tomber malade et de la guérison ont un rapport plutôt avec les sentiments qu'avec la raison, dans une construction qui est élaborée à partir des vécus individuels et collectifs dans une relation très significative avec la nature. Cette relation se reflète dans la vision du monde et dans les relations sociales entre usagers, et entre ceux-ci et les professionnels de santé. Nous partons de l'hypothèse que les représentations sociales du tomber malade et de la guérison ne sont pas universelles, au contraire, ce sont des constructions sociales élaborées par les individus à partir de la perception et de la relation de chaque être humain avec soi-même, avec les autres et avec le milieu social auquel il appartient, et également avec son histoire, sa culture et ses croyances. Notre étude fait aussi entrevoir que les relations entre l'espace et l'organisation sociale, et entre les façons de vivre et les valeurs sociales sont des aspects importants pour une réflexion sur la relation entre professionnels et usagers du système de santé au Brésil. Notre supposition est que la complexité de la constitution de la société brésilienne exige que les professionnels de santé relativisent d'une façon permanente les différents contextes et les usagers qu'ils rencontrent dans des situations présentant le tomber malade.

**Mots-clés:** Représentations sociales du tomber malade et de la guérison. Politiques publiques de santé. Interaction sociale.

## LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
ACO – Agente Comunitário de Odontologia  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APA – Área de Proteção Ambiental  
APS – Atenção Primária de Saúde  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética  
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial  
CEBES – Centro Brasileiro de estudos em Saúde  
CEO – Centro de Especialidade Odontológica  
CCS – Centro de Ciências da Saúde  
CIAP – Classificação Internacional Atenção Primária  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CTRT – Companhia de Tecidos de Rio Tinto  
DMS – Diagnóstico de Desordens Mentais  
ENEMEC – Encontros Nacionais de experiências em Medicina Comunitária  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural  
HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley  
IAP – Institutos de Aposentadoria Privada  
IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social  
IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários  
ICD – International Statistical Classification of Diseases  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
IPASE – Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado

LOS – Leis Orgânicas da Saúde  
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS – Ministério da Saúde  
MT – Medicina Tradicional  
MPAS Ministério da Previdência e Assistência Social  
MCA Medicina Complementar/ Alternativa  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NEPHF – Núcleo de Estudos e Pesquisas Homeopáticas e Fitoterápicas  
NOB – Norma Operacional Básica  
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NCCAM – National Center for Complementary and Alternative Medicine  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde  
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde  
PCCS – Plano de Carreira, Cargos e Salários  
PSF – Programa de Saúde da Família  
QV – Qualidade de vida  
REME – Movimento de renovação Médica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SINPAS – Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social  
SAMU – Unidade Básica de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UFPB – Universidade Federal da Paraíba  
WHO – World Health Organization  
UDV – União do Vegetal  
USF – Unidade Saúde da Família  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UBSF – Unidades Básicas de Saúde da Família  
UPA – Unidade Pronto Atendimento

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos ACS de acordo com o sítio, número de pessoas e famílias	152
Quadro 2 – Distribuição dos Agentes de cura de acordo com idade, sexo, religião, origem, aptidão, especialidades e elementos que usam para curar	172
Quadro 3 – Agrupamento temático das respostas dos usuários sobre adoecimento, Rio Tinto-PB, 2012	204
Quadro 4 – Causalidades do adoecimento segundo a visão dos profissionais da equipe de saúde da família, Rio Tinto-PB, 2012	205
Quadro 5 – Agrupamento Temático das respostas dos usuários sobre o que cura as pessoas, Rio Tinto-PB, 2012	212
Quadro 6 – O que cura segundo a visão dos profissionais da equipe de saúde da família, Rio Tinto-PB, 2012	212
Quadro 7 – Parâmetros relacionados à cura conforme as respostas dos usuários	214
Quadro 8 – Quando você acha que a pessoa está curada, segundo a visão dos profissionais da equipe de saúde da família, Rio Tinto-PB, 2012	214

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Rio Tinto

119

## LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 – Sítio Taberaba	123
Fotografia 2 – Sítio Areia Branca	123
Fotografia 3 – Sítio Boa Vista	123
Fotografia 4 – Sítio Rio do Banco	124
Fotografia 5 – Jardim da Unidade Rio do Banco (Rio Tinto-PB)	158
Fotografia 6 – Vista externa da Unidade Rio do Banco (Rio Tinto-PB)	158
Fotografia 7 – Vista interna da Unidade Rio do Banco (Rio Tinto-PB)	159
Fotografia 8 – Unidade Âncora Taberaba (Rio Tinto-PB)	160
Fotografia 9 – Vista interna da Unidade Âncora Taberaba (Rio Tinto-PB)	160

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	16
<b>1 QUESTÕES CONCEITUAIS: SOBRE REPRESENTAÇÕES, POLÍTICAS E SAÚDE</b>	29
1.1 <b>REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: um caminho para compreender os processos de adoecimento e cura</b>	30
1.2 <b>SAÚDE E DOENÇA COMO SISTEMA CULTURAL</b>	43
1.2.1 <b>Objeto da cura: o ser social</b>	52
1.2.2 <b>Procedimentos de cura: o sistema em ação</b>	55
1.2.3 <b>Relações de poder e saúde: o poder de cura</b>	62
1.2.4 <b>Religião e adoecimento/cura</b>	70
1.2.5 <b>Outros saberes, outras estratégias: a autonomia do doente na busca da cura</b>	75
1.3 <b>ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	81
1.3.1 <b>O Estado: um olhar weberiano</b>	82
1.3.2 <b>As políticas públicas</b>	86
<b>2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E AS QUESTÕES DE MÉTODOS: UM OLHAR SOCIOANTROPOLÓGICO DA SAÚDE</b>	89
2.1 <b>AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO FENÔMENO: teoria e métodos</b>	89
2.2 <b>FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS: relações sociais da pesquisa. Entre o quanti e o qualitativo</b>	98
2.3 <b>TÉCNICAS DE COLETA DE INFORMAÇÃO: observação, questionários e entrevistas</b>	103
2.3.1 <b>A etnografia como precursora na pesquisa sociológica em saúde</b>	106
2.3.1.1 <b>Observação participante: os primeiros passos</b>	109
2.3.2 <b>Dados quantitativos</b>	112
2.3.2.1 <b>Caracterização socioeconômica dos usuários</b>	114
2.3.2.2 <b>Grupos comunitários, prática de atividade física e artística, lazer e posicionamento religioso dos usuários</b>	115
2.3.2.3 <b>Caracterização socioeconômica dos integrantes da equipe de saúde</b>	116
2.3.2.4 <b>Aspectos sociais relativos a grupos comunitários, prática de atividade física e artística, lazer e posicionamento religioso dos integrantes da equipe de saúde</b>	116
2.3.3 <b>Análises de informações</b>	117
2.3.4 <b>Experiências: escolhas, encontros e desencontros</b>	118

2.4	O LÓCUS DA PESQUISA	119
2.4.1	<b>O município de Rio Tinto: historicidade e localidades</b>	119
2.4.2	<b>O pesquisador/os pesquisados: justificativas</b>	124
2.4.3	<b>Questões de ética</b>	125
3	<b>POLÍTICAS DE SAÚDE E MEDICINAS PARALELAS</b>	126
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: <b>o caminho brasileiro</b>	127
3.2	O SUS E SUA ATUAÇÃO EM FAVOR DA SAÚDE: <b>a Estratégia da Saúde da Família, as equipe multiprofissionais e os usuários</b>	132
3.3	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO TINTO	142
3.4	A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E A POLÍTICA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS	145
4	<b>O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM RIO TINTO E O COTIDIANO NA ZONA RURAL: A UNIDADE DE SAÚDE, AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS, AS RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS E ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS</b>	150
4.1	EQUIPE DE SAÚDE – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	152
4.1.1	<b>Entre informalidade e formalidade: relações entre profissionais e usuários</b>	154
4.1.2	<b>Os usuários e as unidades de saúde</b>	156
4.1.3	<b>Da recepção da equipe de saúde</b>	161
4.1.4	<b>Entre conversas e visitas</b>	162
4.1.5	<b>Ouvindo um atendimento em Rio do Banco</b>	163
4.1.6	<b>Ouvindo as conversas na Unidade de Taberaba</b>	164
4.1.7	<b>Visão de mundo</b>	164
4.1.8	<b>As visitas domiciliares</b>	165
4.1.9	<b>Programa Saúde na Escola: acompanhando atendimento na Escola de Areia Branca</b>	168
4.1.10	<b>Caminhada da Saúde</b>	169
4.1.11	<b>Os agentes de cura: objetiva e subjetivamente</b>	170
5	<b>REPRESENTAÇÕES SOBRE ADOECIMENTO E CURA EM RIO TINTO/PB</b>	178
5.1	LEGITIMIDADES DAS MEDICINAS: <b>relação entre profissionais e agentes de cura</b>	178
5.1.1	<b>Relações com outros agentes sociais: diferenciação entre agentes</b>	184
5.2	OS AGENTES DE CURA: <b>saberes e práticas</b>	190

5.3	PRÁTICAS DE SAÚDE NA ZONA RURAL DE RIO TINTO	193
5.4	SOBRE O ADOECIMENTO E A CURA	197
<b>5.4.1</b>	<b>O adoecimento</b>	197
5.4.1.1	Concepções sobre adoecimento	198
5.4.1.2	Causalidade do adoecimento	201
<b>5.4.2</b>	<b>A cura</b>	206
5.4.2.1	Reconhecimento da aptidão de curar	206
5.4.2.2	O ato de curar: a escolha do recurso e o ritual	208
5.4.2.3	A eficácia da cura	213
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	216
	<b>REFERÊNCIAS</b>	223
	<b>APÊNDICE</b>	234
	<b>ANEXO</b>	240

## INTRODUÇÃO

*“Em toda sociedade, todos sabem e devem saber e aprender o que devem fazer em todas as condições” (MAUSS, 2003).*

Estudar as representações sociais do adoecimento e da cura na perspectiva das ciências da saúde nos traz uma primeira inquietação, do ponto de vista teórico e metodológico. Como situar e que papel atribuir à medicina? Para Canguilhem (1990), a medicina muito mais do que uma ciência propriamente dita, é uma técnica ou uma arte situada na encruzilhada de várias ciências. Referindo à medicina como aparelho ideológico, Sarti (2010) a menciona como onipresente, dizendo-nos não apenas como curar nossas doenças ou aliviar nosso sofrimento, mas, propriamente, como viver. E continua, embora não seja a única, é a medicina acadêmica que tem o domínio da concepção de vida e morte na sociedade ocidental contemporânea.

A medicina convencional denominada de formal, acadêmica, ortodoxa, alopatia ou biomedicina, norteadora das terapias no Ocidente, ainda tem como foco principal o corpo físico e suas patologias, em que o corpo humano e pessoa estão separados. Para Le Breton (2011), esta cisão é anterior ao dualismo proposto por Descartes. Foi no século XVII, com o desenvolvimento da anatomia que nasceu uma distinção implícita na *episteme* ocidental entre o homem e seu corpo, fonte do dualismo contemporâneo, que considera o corpo de forma isolada, numa indiferença em relação à pessoa que o habita que marca tão claramente a biomedicina até os dias de hoje.

É, com base nessa premissa, que a medicina acadêmica utiliza aqui no Brasil a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID) (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD*), que na versão 10 consta com mais de 13.000 doenças cadastradas. Entretanto, o avanço tecnológico aliado aos novos conhecimentos a respeito do ser humano direcionou para a necessidade de um olhar para os sintomas e quadros mentais além da sintomatologia orgânica. Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria publicou o primeiro manual Diagnóstico de Desordens Mentais (DMS). A partir de então, as 106 categorias iniciais na primeira versão do manual somam 297 no DMS-IV. À dimensão corporal foi adicionada a mental.

Segundo Panzini e Bandeira (2007), os estudos mais recentes que puseram em evidências as relações religião/espiritualidade e saúde contribuíram para que o DMS -IV

realizasse mudanças significativas em sua apresentação da religião, removendo frequentes ilustrações negativas desta na psicopatologia e incluindo o código V para Problemas Religiosos e Espirituais (WEAVER et al. apud PANZINI; BANDEIRA, 2007). Estendem-se, assim, os aspectos envolvidos a saúde do ser humano.

O *status de saúde* pode ser definido como o nível de saúde de um indivíduo, grupo ou população avaliado de forma subjetiva pelo indivíduo ou mediante medidas mais objetivas (*Medical Subject Headings* – PUBMED, 2005). Ao utilizarmos conceitos amplos de saúde, como o da Organização Mundial de Saúde (OMS), em que saúde é “um status de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946 apud FLECK, 2008, p. 21), as medidas de *status* de saúde passam a ter muitos pontos de intersecção como por exemplo, com as de qualidade de vida.

Com exceção da abordagem psicossomática, a medicina acadêmica é voltada ao combate às doenças e a eliminação de sintomas, apoia-se em metodologias de pesquisas focadas nos agentes etiológicos e no transtorno em si e, lamentavelmente, enquanto aprofunda o conhecimento focal perde a visão do paciente em sua totalidade (KLÜPPEL; SOUSA; FIGUEREDO, 2007). Entretanto, as pesquisas científicas no século XXI, ao descrever receptores para neurotransmissores, considerados durante décadas de conhecimento científico como exclusivos dos sistemas nervoso ou endócrino, expressos em células intestinais ou da pele, indicam a necessidade de uma revisão urgente dessa ideia de separação e abre-se para a integração entre mente, emoções e soma, no promissor campo de investigações da psiconeuroimunologia.

Incapaz de contemplar a totalidade do ser humano, a medicina acadêmica tem perdido espaço onde outras racionalidades médicas ou terapêuticas têm-se situado. Teixeira (2000), baseado nos postulados de Samuel Hahnemann<sup>1</sup>, aponta o caminho moral como o mais elevado objeto da vida, capaz de aproximar o homem do Criador por meio de sensações que asseguram a felicidade, de ações que exaltam sua dignidade, de conhecimentos que abraçam o universo, exercitados pelo sopro divino ou espírito racional na busca de sua evolução e crescimento interior.

Mais recentemente, novas categorias de saúde e doença de inspiração oriental foram difundidas no Ocidente, a partir do movimento da contracultura dos anos 60 e incorporadas às então denominadas “terapias alternativas”. Em um estudo analítico-compreensivo sobre a recente penetração entre os brasileiros de filosofias, religiões e ciências inspiradas na

---

<sup>1</sup> Fundador da Homeopatia.

Tradição Oriental, Silva (1988) depara-se com a interface da saúde, ao discutir as teodiceias relativas ao Seicho-No-Ie, a macrobiótica, a meditação transcendental e ao Holismo. Observou que essas práticas se referem mais às camadas sociais médias urbanas e que são formas adaptadas à sociedade contemporânea, e que, ainda, esses movimentos recorrem à ciência ocidental para se legitimar perante a sociedade secularizada. Em suas características, essas teodiceias são bastante representativas do neoliberalismo e do pluralismo religioso contemporâneo e mostram o caminho da salvação pela iniciativa individual. A perda da plausibilidade das definições religiosas tradicionalmente aceitas na sociedade ocidental, a facilidade de comunicação, o aumento do nível de instrução, entre outras, foram apontadas como causas desta difusão de práticas orientais. Essas práticas estão associadas à saúde quando prometem saúde, felicidade e vida longa e interessa-nos, particularmente, nesta pesquisa, pois a recente introdução da acupuntura e outras práticas de origem oriental à prática médica ocidental pública e privada tiveram origem nesse movimento.

Discutindo as concepções de doença sob a ótica da medicina acadêmica, Camargo Junior (2007) aponta três ordens de dificuldades interligadas: a própria indefinição conceitual, o reducionismo biológico desse sistema e a reificação da noção de doença. Para este autor, este seria um exemplo daquilo que Canguilhem chama de ideologia científica.

Em função desse posicionamento conceitual, a medicina acadêmica exclui de seu horizonte de preocupações, por exemplo, toda dinâmica social e subjetiva que dá de fato sentido à existência humana (CAMARGO JUNIOR, 2007). A problemática da angústia da temporalidade do ser humano, assim como a sua existência estão diretamente relacionadas às concepções de adoecimento e de cura, caracterizando as relações do indivíduo com o seu meio social e sua cultura. Seu estudo é, portanto, aberto à área da saúde, assim como às áreas da história, sociologia e antropologia que comungam do interesse dessas manifestações.

Estudando o conceito de saúde como equilíbrio, Adam e Herzlich (2001) trazem a análise de Canguilhem, para quem a saúde é um conceito normativo que ultrapassa o simples estado orgânico. O doente terá a doença como “destrutiva” quando, a partir da interrupção da atividade provocada pela mesma, surge destruição dos laços com os outros, perdas diversas de suas capacidades, sem que ele consiga visualizar possibilidades de reconstrução de sua identidade dependente inteiramente da integração social. Ao contrário, uma doença pode ser vivida como “libertadora” quando ela é entendida como possibilidade de fuga de uma atribuição ou papel social repressor de sua individualidade. Nesta perspectiva, a saúde é algo natural, na “ordem das coisas”, se os indivíduos estão em harmonia com seu ambiente social e religioso (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 77-79).

Para a Sociologia, enquanto seres humanos, somos corpóreos, portanto, possuímos um corpo, que não é só algo físico, existente fora da sociedade. Nossos corpos são profundamente afetados pelas experiências sociais, pelas normas e valores atribuídos pelos grupos ao qual estamos inseridos. Não somente os aspectos sociais, mas também os ambientais exercem importante papel nos padrões de saúde e adoecimento. Estudos têm apontado essas influências nas diferentes camadas sociais, com relação à questão de gênero e raça, entre outras (GIDDENS, 2005).

Todo acontecimento importante da vida humana requer uma explicação, portanto é necessário compreender sua natureza e encontrar suas causas. O adoecimento de uma pessoa não foge a esta exigência. Quando um indivíduo percebe uma sensação desagradável, ele elabora uma explicação que não é apenas individual, mas também social e cultural (ADAM; HERZLICH, 2001, p 69).

Em face dessas motivações, serão tomadas como norteadoras dentro deste campo de estudo as concepções de adoecimento/saúde como as que Canguilhem (1990) considera ao assumir uma posição eminentemente vitalista e antimecanicista, defendendo a tese de que os problemas das estruturas e dos comportamentos patológicos humanos serão mais facilmente compreendidos, não isoladamente, mas se tomados como um todo único.

Cardoso e Gomes (2000), citando o médico e antropobiólogo francês, Jacques Ruffié, fazem menção de que a preocupação com a própria saúde trata-se de um fenômeno que nasceu com o homem e que esta inquietação fica mais evidente na medida em que as biotecnologias crescem e as suas aplicações pautam a possibilidade de cada indivíduo gerir seu “capital saúde”. Para esses autores, o conceito de representação social parte da diversidade e refere-se ao indivíduo/sociedade.

Esse pensamento é corroborado por Adam e Herzlich (2001), quando afirmam que a oposição saúde-doença é uma forma de exprimir o que as pessoas percebem haver entre o indivíduo e a sociedade. O discurso coletivo não é uma cópia do discurso médico, expressando uma enumeração de sintomas orgânicos; mas estes sintomas, estas disfunções organizam-se em formato de uma “doença” correspondendo ao que eles provocam na vida do doente e em sua identidade social (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 77-78).

A teoria das representações sociais situa-se, principalmente, em fundamentos da sociologia e da psicologia, uma vez que ela está enraizada na vida coletiva, dando conta das mediações existentes entre a vida social e a vida individual. Além do mais, as estruturas simbólicas também se fazem presentes tanto na capacidade criativa de cada indivíduo, assim como é resultante de uma vida social. Entretanto, não apenas sociólogos e psicólogos, mas

também filósofos, historiadores, entre outros estudiosos dos fenômenos humanos já pensavam o problema das construções simbólicas sobre o real, como referem Guareschi e Jovvchelovitch (2008), quando citam Weber, Marx, Lukács e Bakhtin, ao analisar as bases filosóficas das representações sociais.

Para Durkheim, as representações coletivas remetem à natureza supra individual do homem, exprimem o ideal coletivo que tem origem na religião (DURKHEIM, 1996). Essas representações são, portanto, impessoais e estáveis, comuns a todos na medida mesma em que emanam da comunidade dos homens; e, assim, instrumentos de intelecção do mundo e comunicação entre as razões individuais. Nesse sentido, a experiência coletiva é o segmento mais abrangente do mundo empírico.

Esse conceito de Representações Sociais, desenvolvido pelo sociólogo francês, adquire uma nova noção, a partir das concepções de representação social da psicanálise na obra de Serge Moscovici, quando explica os fenômenos do homem, a partir de uma perspectiva coletiva, sem perder de vista a individualidade (HERZLICH, 2005; GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2008). Para Moscovici (2010), as representações sociais são estruturas dinâmicas operando em um conjunto de relações e de comportamentos que surgem e desaparecem.

Todas as culturas conhecidas possuem instituições e normas formais que conduzem, de um lado, à individualização, e de outro, à socialização. As representações que elas elaboram trazem a marca dessa tensão, dando-lhe um sentido e procurando mantê-la nos limites do suportável. Não existe sujeito sem sistema nem sistema sem sujeito (HERZLICH, 2005; GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2008). Ainda discutindo os objetivos de Moscovici, Herzlich (2005) ressalta para a influência recíproca da estrutura social e do autor social. Para o psicólogo social, a reflexão se apoiava mais no autor ativo, construtor do mundo, a partir dos materiais que a sociedade lhe fornece, do que na própria estrutura social.

Em 1960, Claudine Herzlich desenvolve, na França, um estudo sobre representações sociais da saúde e da doença junto a membros das classes média e alta. Os resultados dessa pesquisa mostraram que a doença objetiva uma relação conflituosa com o social. De modo que, as pessoas interrogadas elaboraram uma teoria causal constituindo uma forma de modelo explicativo da doença. Segundo Herzlich, essas pessoas consideram, por exemplo, que seu acometimento é devido a efeitos perniciosos de um estilo de vida errado, sendo este entendido como reflexo de uma sociedade competitiva. Para esta autora, a linguagem usada pelos indivíduos, não é uma linguagem do corpo: é uma linguagem do indivíduo em relação com a sociedade (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 76-77).

Nesse sentido, Iriart (2003) afirma que as representações e concepções de saúde e da doença em diferentes grupos sociais estão ligadas ao seu contexto social, político, econômico e valores que vigoram nestes grupos. Ele destaca que, o significado dado às doenças pelo grupo social é o reflexo de como essa sociedade se comporta, expondo assim seus medos e limites.

Reportando-se a Mauss, Durkheim, Bourdieu, Herzlich, Boltanski, Auge, Montero, Loyola e Duarte; além das etnografias de Knauth, Victora e Oliveira as representações sociais foram abordadas considerando-se três pressupostos: (1) cada sociedade ou grupo social dispõe de forma específica o como conceber e lidar com o corpo, contribuindo o saber da medicina acadêmica, ao longo da história, na difusão de sua naturalização, reconhecida como universal; (2) a doença, como fenômeno social, é capaz de estabelecer uma relação entre as ordens biológica e social, atingindo ao mesmo tempo o indivíduo, no que corresponde à biologia – o seu corpo –, a sociedade e as relações sociais; e (3) das muitas indagações e significados, levantados pela doença na sociedade, superando os estreitos limites biológicos do corpo e as explicações da medicina acadêmica (CANESQUI, 2003).

No Brasil, novos desafios para as políticas públicas, relacionados às pressões por mudanças no papel dos Estados em face da globalização e à crise do padrão de intervenção estatal no país, tornam evidente o reconhecimento da saúde como direito de cidadania. Nesse sentido, a partir dos anos 1980, o Ministério da Saúde passa por expressivas mudanças, sendo uma delas, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), trabalhando uma nova lógica de coordenação federativa e de relação com outras esferas governamentais, e que tem como finalidade a busca pela prioridade da saúde no modelo de desenvolvimento, garantias dos princípios do SUS e redução das desigualdades/promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2006a). Sendo assim, o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde segundo seus três princípios ideológicos: universalidade, integralidade e equidade.

A Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 971, de 3 de maio 2006, aprova e recomenda a adoção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. O Campo das PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os denominados pela OMS de Medicina tradicional (MT) e de Medicina Complementar/Alternativa (MCA).

A revolução informática e a construção da sociedade da informação viabilizada pelas novas tecnologias da informação e da comunicação têm proporcionado em larga escala a conexão entre as culturas ocidental e oriental, assim como em nível local, dando origem a

inusitadas combinações de práticas terapêuticas, a partir do hibridismo conceitual que atualmente caracteriza a noção de saúde-doença. Organismos internacionais geradores de modelos configuram esse conceito que envolve religiosidade, espiritualidade e natureza, além de fatores materiais e imateriais como vetores intervenientes no bem ou mal-estar dos indivíduos, a tal ponto que se pode falar em mudanças no paradigma racionalista-mecanicista norteador.

Na visão da medicina acadêmica, a natureza corporal do ser humano é considerada em seu aspecto material, no qual predominam os aspectos físico-químicos. A doença frequentemente é identificada como decorrente de uma de causa externa, de uma anormalidade de natureza genética ou da presença concomitante de ambas as causas. Fatores sociais têm sido considerados, mas ainda numa perspectiva secundária e enfatizando a relação entre indivíduo e sociedade numa relação sujeito/objeto social.

A política, de uma maneira geral está intimamente ligada a fenômenos de poder e dominação. As políticas de saúde assumem um caráter particular, pois além desses aspectos, as práticas de saúde comumente envolvem relações simbólicas e visões de mundo pertinentes a cada cultura.

Em texto didático sobre concepções e representação da saúde à luz da Antropologia, Iriart (2003) conclui que, o estudo das diversas racionalidades médicas, concepções e representações sobre saúde e adoecimento contribuem para aumentar o conhecimento da forma como as pessoas vivenciam, atribuem significados e lidam com o mal-estar, o sofrimento, a dor em distintos contextos socioculturais expandindo e aprofundando a compreensão sobre o ser humano. Surge, dessa compreensão, a necessidade de humanizar as práticas da medicina acadêmica, particularmente para a melhoria da qualidade de atendimento aos usuários do SUS. Outro aspecto importante refere-se ao conhecimento que os profissionais de saúde adquirem do contexto cultural em que seus pacientes estão inseridos, permitindo desenvolver uma maior sensibilidade na sua atuação junto à população e assim melhorar a qualidade do encontro terapêutico e das ações de educação em saúde.

As ciências humanas e as ciências médicas ou da saúde, embora com aparentes finalidades distintas, comungam o interesse em estudos dos fenômenos da vida humana. Portanto, relacionam-se ao buscar a compreensão do bem-estar, enquanto saúde ou ausência de sofrimento, entendendo, contribuindo para o manejo e resolução da problemática da angústia da temporalidade do ser humano. Cada sociedade ou grupo social dispõe de representações sociais a respeito do adoecimento e da cura. Igualmente, a angústia existencial, as explicações a respeito da finitude do ser humano formam-se a partir da *persona*, de suas

relações com o outro, com o meio social, advindo daí respostas e encaminhamentos que cada um cria e recria durante sua existência.

Discutindo o campo de estudos antropológicos sobre o corpo e a doença, Sarti (2010) afirma que fenômenos de saúde e doença (sociais e culturais), como qualquer fenômeno humano, constituem objetos de pesquisa que atravessam fronteiras disciplinares porque abrangem dimensões da existência humana reivindicadas, cada uma delas, correspondendo à fragmentação disciplinar que marca o campo científico. Esses estudos se dão na antropologia da saúde, a partir da noção de pessoa, a concepção do humano, o *anthropos*, construção necessariamente social e histórica.

A Antropologia da Saúde tem contribuído com o estudo da forma como, em diferentes contextos socioculturais, as pessoas interpretam, atribuem significados e lidam com o processo saúde-doença. Nessa perspectiva, ela também inclui as condições de vida e trabalho da população em suas relações com o adoecimento e a cura, além de estudar como essas pessoas concebem o corpo, a sexualidade e as relações de gênero na interface com a saúde (IRIART, 2003).

A dimensão sociológica tem contribuído com pesquisas que apontam para a emergência da religiosidade e espiritualidade, como objetos de estudos válidos, imersos em um contexto científico, renovado por alternativas metodológicas que ocupam espaços até então ignorados pelas metodologias tradicionais e, portanto, reflete tão somente uma ampliação e aprofundamento das formas do “fazer científico”. A busca de um pluralismo metodológico e as muitas possibilidades de análises têm despertado o interesse pela Teoria do Imaginário e suas metodologias, desenvolvidas por Gilbert Durand nos anos 1960 na França: “O imaginário não é mais que esse trajeto no qual a representação do objeto se deixa assimilar e modelar pelos imperativos punctionais do sujeito”, e no qual [...] as representações subjetivas se explicam pelas “acomodações anteriores do sujeito ao mundo objetivo” (DURAND, 1987, p. 41).

O conceito de representações sociais surge como conceito sociológico com Durkheim, (1996) quando afirma que não há nada no nível da percepção humana, que avalia e compara as coisas externas, que seja autônomo, que não esteja na dependência da dimensão social. Adoecimento e cura são, acima de tudo, percepções individuais formadas em relações sociais e contextos culturais; de maneira que, suas representações sociais adquirem sentido e significado no contexto sociocultural e situacional em que se manifestam.

No contexto das medicinas Complementares/Alternativas, muitas vezes denominadas de medicinas paralelas, medicinas populares ou medicinas românticas<sup>2</sup> está em relação com a perspectiva da medicina dominante, comumente chamada de alopática ou biomedicina. Sobre o domínio da medicina acadêmica Camargo Júnior (2005, p. 178-179) delinea essa racionalidade em três proposições: (1) caráter generalizante uma vez que faz uso de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais; (2) caráter mecanicista – tendência a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, entendendo o universo como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismo; e (3) caráter analítico – abordagem teórica e experimental para elucidação do funcionamento da máquina universal, partindo do pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes.

Numa perspectiva moscoviana, Sá (1998) assegura que os fenômenos de representação social são difusos, fugidios, multifacetados, em constante movimento e presentes em inúmeras instâncias da interação social. Eles estão imersos na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa e nos pensamentos individuais. Nesse sentido, serão utilizados métodos empírico-analíticos e técnicas qualitativas para a coleta de informações, tais como: a etnografia, aplicação de questionários, entrevistas, depoimentos e observação participante.

Meu contato com o tema das medicinas alternativas surgiu no bojo do questionamento das práticas da medicina alopática aplicadas à pediatria<sup>3</sup>, que não permite uma visão integral do usuário ou paciente. A partir da prática clínica e no ensino da Pediatria, reconheci os limites desse sistema terapêutico, impulsionando-me a buscar outras visões ou modalidades de abordar a doença, a exemplo da Homeopatia, da Antroposofia, da Medicina Tradicional Chinesa, e da Naturopatia.

As mudanças históricas no contexto das políticas públicas de saúde e de técnicas vieram compor esse meu horizonte de problematização da medicina acadêmica. Os trabalhos de extensão universitária me colocaram em contato com a realidade social, seus problemas e seus saberes. A possibilidade de compatibilização entre o conhecimento popular e a prática médica veio, principalmente, como consequência dos trabalhos de pesquisa com plantas medicinais, raizeiros e rezadeiras. A relação interdisciplinar na prática de uma medicina

---

<sup>2</sup> Termo usado em alusão ao Romantismo, onde prevalece o sentimento sobre a razão, a imaginação sobre o espírito crítico.

<sup>3</sup> Sou formada em Medicina, com especialização em Pediatria e Homeopatia.

integrativa induziu-me a uma aproximação com as áreas sociais, humanas, das artes e da educação. Sentia-me apoiada pelas orientações da OMS que, a partir de 1978, reconhecia os praticantes das terapias alternativas como importantes aliados para aprimorar a saúde das comunidades, em especial, nos países em desenvolvimento.

Os três anos na coordenação do Núcleo de Estudos e Pesquisas Homeopáticas e Fitoterápicas (NEPHF), o ensino das disciplinas Fitoterapia e Fundamentos da Homeopatia para os alunos da graduação da área de Saúde e o atendimento ambulatorial com Homeopatia no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW)<sup>4</sup> somaram-se ainda à experiência pessoal com práticas de Terapias Complementares/Alternativas tais como Acupuntura, Reiki, Tai-chi-chuan, Biodança, Danças Circulares e Massagens, além de experiências de caráter espiritual em práticas espíritas, União do Vegetal (UDV), Xamanismo e o Tao. Ensinando e aprendendo, experienciando e observando, a cada ano letivo as fronteiras do saber se elasteciam.

A realização do mestrado em Ciências das Religiões, com o desenvolvimento de uma pesquisa sobre estresse, na qual foram avaliados aspectos quali-quantitativos da influência da religiosidade e do Relaxamento Induzido em estudantes universitários, estreitou ainda mais essa aproximação com a área das ciências sociais. Os resultados dessa pesquisa reafirmaram, entre outros aspectos, as relações entre as áreas de saúde e humanas para o estudo das questões de saúde e doença. As reflexões advindas das experiências em disciplinas como antropologia, história, filosofia, sociologia explicavam e respondiam antigos questionamentos em vivências médicas de ações e campanhas de saúde. As razões socioeconômicas e políticas deixavam claras as relações de poder, o manejo de interesses e o porquê de insucessos com relação à população em foco.

Ao mesmo tempo, vi-me impactar por leituras que indicam a dimensão do poder e das relações entre a medicina moderna e outras práticas de saúde<sup>5</sup>. A evidência dos aspectos simbólicos mostrava que os mitos estão também no nosso contexto temporal e em todos os espaços, incluindo a área médica. Trabalhos com práticas religiosas e de saúde apontavam as similaridades, por exemplo, entre racionalidade médica e sistemas religiosos. Homeopatia e candomblé, respectivamente, consideram energia vital e axé como elementos vitais para os seres humanos; assemelham-se quanto às características dos orixás e os *similimums*<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Hospital Escola do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

<sup>5</sup> A esse respeito ver o texto *Lycopodium clavatum e Wotan: encontro entre mito, a Homeopatia e o tema do poder* (ANTOLINI et al., 2006).

<sup>6</sup> Na homeopatia o conceito de *simillimum*, compreende a correspondência entre as características psicofísicas de um ser humano com o núcleo básico de um medicamento homeopático.

homeopáticos, quanto ao processo da sasanha<sup>7</sup> e a dinamização<sup>8</sup> dos medicamentos homeopáticos; quando trabalham com a energia vital ou o axé, buscando-os na natureza, nos reinos, vegetal, animal e mineral (SOUZA; SOUSA; KLUPPEL, 2009).

Essa pesquisa vem, portanto, fortalecer uma visão crítica sobre questões relativas a adoecimento e cura. Após três décadas de conclusão do curso de medicina, enfermidade e saúde, são para mim, processos amplos nos quais participam aspectos físicos, emocionais, sociais, culturais, ambientais e espirituais, imersos em diferentes dimensões. Entender os domínios desses processos têm-me impulsionado a manter um interesse cada vez maior pelo estudo e a pesquisa. As Representações Sociais do adoecimento e da cura em usuários do SUS – zona rural de Rio Tinto, emerge, portanto, como área de interesse, a partir dessa minha relação de décadas como docente e médica da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo geral demonstrar que as concepções de saúde e doença não são universais como pretende a biomedicina, ao contrário, são construções sociais elaboradas pelos indivíduos, a partir da percepção e da relação de cada ser humano consigo mesmo, com os outros e com o meio social no qual está inserido, com sua história, sua cultura e suas crenças.

E como objetivos específicos:

1. Identificar em usuários do SUS a presença/ausência de representações do adoecimento e da cura baseada em elementos de natureza material ou físico-química, utilizados pela medicina acadêmica.
2. Identificar nos conteúdos das representações sociais encontradas as crenças que os embasam.
3. Correlacionar representações sociais, condições socioeconômicas e dos indivíduos estudados.
4. Estabelecer correlações das representações sociais do adoecimento e da cura com a recente adoção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS.

---

<sup>7</sup> No candomblé, a sasanha é uma cerimônia dedicada à coleta das folhas rituais. Segundo a mitologia Iorubá, Ossaim é o senhor das folhas, é o detentor da palavra que dinamiza o poder das folhas, o Ofó. Estaria nas folhas o segredo de todo Candomblé, referência feita por Bastide, ao lembrar um ditado, Ioruba: – Cossi Ewé, Cossi Orixá – sem folha não tem orixá.

<sup>8</sup> O método de preparação do medicamento homeopático dá-se por meio da diluição e dinamização (agitação vigorosa), possibilitando a passagem da substância da sua natureza físico-química para suas potencialidades energéticas. Este aspecto da energia vital é para a Homeopatia ponto de discussão, uma vez que a Energia Vital referida por essa especialidade médica terapêutica não encontra na atualidade instrumentos adequados para sua detecção pela biomédica.

Nessa perspectiva, estes elementos confirmariam o pressuposto de que cada sociedade ou grupo social dispõe de representações sociais a respeito do adoecimento e da cura e que a angústia existencial, as explicações a respeito da finitude do ser humano formam-se a partir da *persona*, de suas relações com o outro, com o meio social, advindo daí as respostas e os encaminhamentos que cada um cria e recria durante sua existência.

Acreditamos que este estudo resultará em significativa contribuição tanto para as Ciências Sociais como para a área da Saúde, considerando o momento brasileiro da recente inserção do PNPIC no SUS, uma análise a partir do olhar dos indivíduos numa perspectiva social permitirá posicionamentos da medicina no sentido de desempenhar de forma mais adequada suas ações preventivas e curativas. Tais preocupações deverão ser compartilhadas pelos gestores das Políticas de Saúde.

Apresentamos a nossa pesquisa em cinco capítulos, além dessa introdução e das considerações finais.

O Capítulo I tem como título: Questões conceituais sobre representações, políticas e saúde. Nele, tratamos dos fundamentos teóricos das representações sociais na direção de discutir o adoecimento e a cura nos termos das ciências sociais. O capítulo está dividido em três tópicos: (1) representações sociais: um caminho para compreender os processos de adoecimento e cura; (2) saúde e doença como sistema cultural; e (3) Estado e políticas públicas. Apoiamo-nos em autores clássicos da sociologia, da antropologia, da psicanálise, além de historiadores e estudiosos da saúde.

O Capítulo II apresenta Questões de métodos da sociologia e da saúde, em que está descrita a pesquisa de campo, os resultados e a discussão dos dados quantitativos e qualitativos, dividido em três tópicos: (1) fundamentos epistemológicos: relações sociais da pesquisa. Entre o quanti e o qualitativo; (2) técnicas de coleta de informação: observação, questionários e entrevistas; e (3) o lócus da pesquisa. Neste capítulo está o percurso percorrido pela pesquisadora para a coleta dos dados. Os estudos de Herzlich e Jodelet serviram de referência para os trabalhos de campo.

O Capítulo III é dedicado às Políticas de Saúde e Medicinas Paralelas do Brasil. Trata-se de um capítulo histórico no sentido de situar a implementação do SUS no contexto da Política Pública Brasileira, a partir dos anos 1990. Está apresentado em quatro sessões: (1) Políticas Públicas de Saúde: o caminho brasileiro; (2) o SUS e sua atuação em favor da saúde: a Estratégia da Saúde da Família, as equipes multiprofissionais e os usuários; (3) Política Pública de Saúde no Município de Rio Tinto; e (4) a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e Política Nacional.

O Capítulo IV se refere ao Sistema Único de Saúde em Rio Tinto, do cotidiano na zona rural, especificamente, nos quatros sítios estudados. Neste capítulo estão descritas: a unidade de saúde, quantas idas à localidade, as atividades desenvolvidas pelos profissionais da equipe da Unidade Saúde da Família. Uma ênfase nesse capítulo é dada no que se refere às relações entre profissionais, entre profissionais e usuários.

O quinto e último capítulo está intitulado Representações sobre adoecimento e cura em Rio Tinto/PB. Ele está dividido em quatro sessões: (1) legitimidades das medicinas: relação entre profissionais e agentes de cura; (2) os agentes de cura: Saberes e práticas; (3) práticas de saúde na zona rural de Rio Tinto; (4) sobre o adoecimento e a cura. Ele encerra o ciclo da discussão a que nos propomos.

Por fim, as considerações finais, referências, anexo e apêndice.

## 1 QUESTÕES CONCEITUAIS: SOBRE REPRESENTAÇÕES, POLÍTICAS E SAÚDE

Este capítulo trata das bases teóricas utilizadas para discutir como as Representações Sociais podem ser um caminho para compreender os processos de adoecimento e cura, no sentido de se tornarem mais claras as relações entre política e saúde. Buscamos esse caminho nas Ciências Sociais, que, segundo Collins (2009), envolve dois paradoxos: primeiro, porque ciência significa um conhecimento sobre o mundo objetivo, verdadeiro, uma vez que este é o modo de como as coisas são e não o porquê de imaginá-las assim; e, segundo, porque a base social dessa ciência social é construída, de um mundo autônomo, objetivo, que existe independentemente dos indivíduos, ao mesmo tempo em que determina o que eles pensam. No desenvolvimento das Ciências Sociais, segundo esse autor, quatro tradições sociológicas desempenharam um papel relevante na descoberta das leis mediante as quais as ideias sociais são determinadas: a tradição do conflito<sup>9</sup>, a teoria racional-utilitarista<sup>10</sup>, a tradição durkheimiana<sup>11</sup> e a tradição micro interacionista<sup>12</sup>, correspondendo respectivamente ao conhecimento fundado sobre a ideologia, aos limites racionais da racionalidade, a verdade resultante de rituais e a construção social da realidade.

Embora Durkheim tenha concebido a macroestrutura da sociedade numa perspectiva organicista e funcionalista como ponto de partida dessa tradição, um segundo grupo, ao qual Collins denomina de linhagem da Antropologia Social, segue aplicando suas ideias não apenas à estrutura da sociedade inteira, mas às práticas dos grupos particulares em seu interior. A teoria durkheimiana sobre os rituais ofereceu aos antropólogos sociais um método para explicar como as práticas e ideais culturais são determinadas. Segundo Collins (2009, p. 176), a linhagem durkheimiana se estabeleceu ainda com mais clareza na Antropologia francesa, em que Marcel Mauss liderou esse campo após a morte do sociólogo francês, sendo depois seguido por Claude Lévi-Strauss.

---

<sup>9</sup> Derivada de Karl Marx, Friedrich Engels e Max Weber, com desenvolvimento de teorias sobre o capitalismo, a estratificação social e conflito político (COLLINS, 2009, p. 9).

<sup>10</sup> Conhecida como teoria das trocas ou teoria da escolha racional. Suas ideias estão associadas a John Locke, Mandeville, Hume, Adam Smith, entre outros (COLLINS, 2009, p. 107-109).

<sup>11</sup> Tradição sociológica autoconsciente ligada principalmente na macroestrutura da sociedade. Tem como predecessores, Montesquieu, Auguste Comte e Herbert Spencer, passando por Durkheim até chegar aos funcionalistas mais recentes como Robert Merton e Talcott Parsons. Ainda estão incluídas nesta tradição a Teoria do Capital Cultural de Bourdieu, a antropologia dos rituais de Mauss, as Interações Rituais de Goffman, entre outras (COLLINS, 2009, p. 158).

<sup>12</sup> Com diferentes vertentes: Pragmatismo, Interacionismo Simbólico, Sociologia Fenomenológica. Seus teóricos são, principalmente, Charles Sanders Peirce, George Herbert Mead, Charles Horon Cooley, Herbert Blumer, Alfred Schutz, Harold Garfinkel e Erving Goffman (COLLINS, 2009, p. 10).

Comparando as tradições do conflito e a durkheimiana, Collins (2009) afirma que ambas trouxeram um conjunto de ideias não apenas original e incomum da Sociologia, mas também de inovador. A tradição do conflito começou no submundo revolucionário e arrancou o véu que encobre as ideologias, expondo um mundo dramático, conflituoso e pronto para eclodir, mostrando uma verdade fria e desoladora. As realidades encobertas são: a economia, a mobilização de recursos e as lutas políticas. Se bem que a tradição durkheimiana verse sobre excitações genuínas, considera, também, uma realidade mais superficial e outra mais profunda. No entanto, sua superfície é constituída pelos símbolos e rituais, e, bem no fundo, estão a irracionalidade e o inconsciente. Essa tradição intelectual enfoca temas como as forças irracionais, a moralidade, o sagrado, o religioso; considerando que tudo isso constitui a essência de tudo que é social. E será na direção dessas duas tradições, com maior ênfase na tradição durkheimiana, que caminhamos com teóricos como o próprio Durkheim, Max Weber, Marcel Mauss, Pierre Bourdieu, Michel Foucault, François Laplantine e Claudine Herzlich. Além desses, lançamos mão da psicologia social de Serge Moscovici e historiadores como Delumeau e Le Goff.

Os aspectos abordados são trazidos a partir do conceito inicial de representação coletiva de Durkheim, e de como esse conceito é transformado em uma teoria pelo psicanalista Serge Moscovici. Herzlich (2005) estabelece uma ponte entre este e a antropologia, na perspectiva da saúde. Ainda sob o ponto de vista da antropologia, apresentam-se as interpretações religiosas da experiência da doença apresentada por Laplantine. Ao discutir saúde e doença enquanto sistemas culturais, consideramos adoecimento e cura como um Fato Social conforme a concepção de Durkheim, o objeto da cura como um Ator Social e os Sistemas de cura como Ação Social, numa leitura weberiana. Finalizamos esse capítulo com a discussão sobre as relações de poder e saúde, o papel da religião, as negociações e autonomia entre os saberes acadêmicos e populares.

### **1.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: um caminho para compreender os processos de adoecimento e cura**

*“A teoria das Representações sociais tem como objetivo descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade. O cientista que estuda o universo está convencido de que existe lá uma ordem oculta, sob o caos aparente” (MOSCOVICI, 2010, p. 79).*

Ao escrever *As formas elementares de vida religiosas*, em 1912, Émile Durkheim traz, entre outros aspectos, a passagem da consciência coletiva para as representações coletivas como conceito chave da análise sociológica. Para Pinheiro Filho (2004), isto significa um deslocamento da morfologia social, cujo mecanismo é o principal fundamento explicativo dos fatos sociais para a valorização do simbolismo coletivo, como princípio fundante da realidade social. Desloca a ênfase do corpo (morfologia) para a alma (ideais) da sociedade<sup>13</sup>, dos determinantes estruturais para aquilo que era apenas produto dessa determinação.

Durkheim afirma que a religião é um fenômeno eminentemente social, e as representações religiosas são representações coletivas que, por sua vez, exprimem realidades coletivas. Categorias como espaço e tempo são de origem religiosa, portanto elas devem ser coisas sociais, produtos do pensamento coletivo. O objetivo do sociólogo francês, ao utilizar o conceito de representações coletivas, era explicar fenômenos como a religião, os mitos, a ciência, em termos da lógica dos conhecimentos inerentes à sociedade, ao mesmo tempo em que enfatiza a especificidade e a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual, uma vez que, para ele, as representações coletivas se impõem aos indivíduos.

Durkheim trabalha com a concepção dupla do ser humano: um ser individual, limitado, com base no organismo e um ser social que representa a mais elevada realidade na ordem intelectual e moral. Associando a essa concepção, duas espécies de representações: as individuais e as coletivas que, em sua visão, encontram-se tão distantes umas das outras, quanto o indivíduo da sociedade. Cabe pontuar aqui, em oposição às dicotomias durkheimianas sagrado/profano, normal/patológico, indivíduo/sociedade, o pensamento de Mauss, a partir da perspectiva da dádiva discutida por Martins (2005, p. 54), que a sociedade e indivíduo são modos de manifestação do fato total, são possibilidades fenomenais que se engendram incessantemente por meio de um *continuum* de inter-relações motivadas pela circulação do “espírito da coisa dada”. Essas interdependências desdobram-se entre os planos: micro, macro e mesossocial. A esse respeito, retomamos mais adiante na discussão do adoecimento e cura como fato social.

Durkheim (1996) toma a concepção de sociedade como uma realidade *sui generis*, com característica própria, e não se encontra de igual forma no resto universo, e afirma que as

---

<sup>13</sup> “Pois uma sociedade não é constituída simplesmente pela massa dos indivíduos que a compõem, pelo solo que ocupam, pelas coisas que utilizam, pelos movimentos que realizam, mas, antes de tudo, pela ideia que ela faz de si mesma. Certamente, às vezes ela hesita sobre a maneira como se deve conceber, sente-se puxada em sentidos divergentes. Mas esses conflitos, quando irrompem, não são entre o ideal e a realidade, mas entre ideias diferentes, entre o de ontem e o de hoje, entre aquele que tem a seu favor a autoridade da tradição e aquele que está apenas vindo a ser. Seguramente há razões para saber por que os ideais evoluem; mas seja qual for a resposta a esse problema, a verdade é que sucede no mundo do ideal” (DURKHEIM, 1996, p. 467).

representações que a exprimem possuem um conteúdo completamente distinto das representações puramente individuais, entendendo, também, que as primeiras acrescentam algo às segundas:

As representações coletivas são o produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo; para criá-las, uma multidão de espíritos diversos, misturou, combinou suas ideias e seus sentimentos; longas séries de gerações nelas acumularam sua experiência e seu saber. Uma intelectualidade muito particular, infinitamente mais rica e mais complexa que a do indivíduo, encontra-se, portanto como que concentrada aí (DURKHEIM, 1996, p. XXIII).

Discutindo a definição dos conceitos, coloca-os como exemplo de Representações Coletivas, apresentando os elementos que diferenciam as representações coletivas das representações individuais. E explica:

Se (o conceito) não traz a marca de nenhuma inteligência particular, é que é elaborado por uma inteligência única na qual todas as outras se encontram e vêm, de certo modo, se alimentar. Se tem mais estabilidade que as sensações ou que as imagens, é que as representações coletivas são mais estáveis que as individuais, pois, enquanto o indivíduo é sensível inclusive a pequenas mudanças que se produzem no seu meio interno e externo, apenas acontecimentos de suficiente gravidade podem chegar a afetar a base mental da sociedade. Toda vez que estamos em presença de um tipo de pensamento ou de ação, que se impõem uniformemente às vontades e às inteligências particulares, essa pressão exercida sobre o indivíduo indica a intervenção da sociedade (DURKHEIM, 1996, p. 482).

Afirma que as representações coletivas remetem à natureza supra individual do homem, são comuns a todos na medida em que emanam da comunidade dos homens, mas que, ao exprimir o ideal coletivo, são impessoais e estáveis. O autor atribui três características básicas quando relaciona sociedade/indivíduo: as representações coletivas têm autonomia, exterioridade e coercitividade (DURKHEIM, 1970, p. 36-37).

Durkheim considera a experiência coletiva o elemento mais abrangente do mundo empírico, fenômeno que se constitui como a totalidade, visto que tem por substrato a própria sociedade e toda categoria, como representação coletiva. É resultado de uma síntese *sui generis* a partir do fato dos homens associados, sem possibilidade de remissão e consciência individual.

O conceito de Representações Coletivas, nascido no campo da sociologia durkheimiana, recebe uma nova noção a partir das concepções de representação social da psicanálise na obra de Serge Moscovici, em 1961. Seu estudo inicial se deu com a análise das diversas maneiras pelas quais a psicanálise era percebida (representada), difundida e

propagandeada ao público parisiense. Esse autor discute a profícua relação entre linguagem e representação. As conclusões desse trabalho fizeram escola, mais tarde constituindo-se em teoria das Representações Sociais; nascendo as representações sociais em substituição às representações coletivas como Durkheim apresentou.

A substituição do termo “coletivas” por “sociais” marca, assim, a original diferença estabelecida em relação à Durkheim. Moscovici trabalhou pelo reconhecimento de processos de mudanças sociais levemente autônomos do sistema social e mais dependentes das ações de indivíduos e grupos (mesmo minoritários) e de suas “situações sociais”. A partir das afirmações de Durkheim, todas as práticas mentais têm origem na sociedade, ou seja, são categorias sociais de pensamento, estabelece uma diferença, isto é, o autor quer descobrir, também, em atos psíquicos (ou francamente individuais), origens sociais. Para tanto, propõe uma continuidade entre representações individuais e coletivas (OLIVEIRA, 2004).

Discutindo o estado atual dessa teoria, Sá (2004) aponta três aspectos distintos nos estudos de Durkheim e Moscovici. Primeiro: o conceito durkheimiano abrangia uma gama ampla e heterogênea de formas de conhecimento, supondo estar nelas uma grande parte da história intelectual da humanidade, enquanto que Moscovici objetivava estabelecer uma psicossociologia do conhecimento, as representações sociais deveriam ser reduzidas a “uma modalidade específica de conhecimento que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” na vida cotidiana. Segundo: a concepção de Durkheim era estática, possivelmente correspondendo à estabilidade dos fenômenos para cuja explicação havia-se proposto, ao contrário de Moscovici que as condiciona a um dinamismo relacional. E por último: as representações coletivas apresentadas por Durkheim eram vistas como entidades explicativas absolutas, irredutíveis por qualquer análise posterior, e não como fenômenos que devessem ser eles mesmos explicados. Caberia, ao contrário, à psicologia social, no pensamento de Moscovici, penetrar nas representações para descobrir a sua estrutura e os seus mecanismos internos.

Moscovici (1978) insiste na especificidade das representações sociais com atributos do comportamento humano criador. Para ele, as representações possuem uma função constitutiva da realidade, da única realidade que se conhece por experiência pela qual a maioria das pessoas se movimenta. E pondera que:

A representação social é um corpus organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas, e liberam os poderes de sua imaginação (MOSCOVICI, 1978, p. 28).

Na análise de Herzlich (2005), Moscovici partia da hipótese da existência de um papel primeiro, de um fato global, da sociedade, isto é, o homem é um ser social, constituído em particular pela língua da sociedade à qual pertence modelado por um universo cognitivo e simbólico que lhe é, de fato, preexistente. Para a autora, o interesse principal do psicanalista social ia menos ao sentido da determinação – qual seja da estruturação pela sociedade dos fenômenos da representação – do que no significado da *construção da realidade* que se opera por meio desses fenômenos e dos quais os sujeitos sociais são, também, autores. Herzlich chama a atenção para o grande problema das Ciências Sociais: a influência recíproca da estrutura social e do ator.

Ao tratar sobre as representações sociais como fenômeno, Moscovici atribui-lhe duas qualidades: (1) as representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos; e (2) as representações sociais têm um caráter de plasticidade, são estruturas dinâmicas operando em um conjunto de relações e de comportamentos que surgem e desaparecem (MOSCOVICI, 2010, p. 46-47).

Discutindo as diferenças de propósitos entre Durkheim e Moscovici com relação às representações sociais, Möller (1996) enfatiza que as representações sociais, pelas quais Moscovici está interessado, não são as das sociedades primitivas, nem das épocas remotas. São as representações da sociedade presente, do solo político, científico e humano, que possivelmente não tiveram tempo suficiente para torná-las tradições imutáveis. Ressalta, ainda, que a sua importância continua a crescer em proporção direta à heterogeneidade e flutuação dos sistemas unificadores: as ciências oficiais, as religiões e as ideologias, assim como, às mudanças pelas quais eles devem passar a fim de penetrar na vida cotidiana e se tornar parte integrante da realidade.

Fundamentado nos trabalhos de Moscovici, Herzlich (2005) realiza um estudo sobre representações sociais de saúde e doença, tomando estas representações como realidade *sui generis*, fora dos modelos médicos. A socióloga situa-se na linha de trabalhos antropológicos que mostram a existência, em cada sociedade, de um discurso sobre a doença que não é independente do conjunto dessas construções mentais de expressão. Seus resultados mostraram como a interpretação coletiva dos estados do corpo colocava em questão, no sentido próprio, a ordem social. Assevera que as visões do biológico e do social surgem, assim, relacionadas entre si, assim como se pode encontrar, sob outras formas, em diferentes sociedades. Cita os estudos de Mary Douglas, em que a forma de concepções sobre poluição, tabus e os rituais que lhe são associados, correspondem também a uma socialização e mesmo a uma politização do “natural” nas sociedades tradicionais (HERZLICH, 2005, p. 60).

Para Herzlich (2005), fundadora do CERMES<sup>14</sup>, o nível das representações deve ser levado em conta nos estudos de todas as situações em que apostas se desenham evoluem e se redefinem na sociedade; em que debates se cristalizam; em que a tensão e o conflito aparecem ou se transformam em mobilizações e ações coletivas, que são todas correlativas de mudanças de sentido.

Todas as culturas conhecidas possuem instituições e normas formais que conduzem, de um lado, à individualização, e de outro, à socialização. As representações que elas elaboram trazem a marca dessa tensão, dando-lhe um sentido e procurando mantê-la nos limites do suportável. Não existe sujeito sem sistema nem sistema sem sujeito (HERZLICH, 2005; GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2008). Discutindo os objetivos de Moscovici, Herzlich (2005) ressalta a influência recíproca da estrutura social e do ator social. Para o psicólogo social, a reflexão se apoiava mais no ator ativo, construtor do mundo a partir dos materiais que a sociedade lhe fornece, do que na própria estrutura social.

Em uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença nos moldes de uma história cultural incorporando alguns aportes da história das mentalidades da escola francesa dos “Annales”, Sevalho (1993) afirma não haver como transitar numa história das representações de saúde e doença, por intermédio da história tradicional que se fundamenta em acontecimentos, isto é, em eventos rápidos, enquanto motores da humanidade. Acreditando na plurissecularidade das relações entre os seres humanos e os seus corpos, relações que forjam as representações de uma cultura da saúde e da doença, ele busca o tempo longo da história em as permanências são mais evidentes que as mudanças para compreender essas representações.

Para esse autor, a história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos, as coisas e os demais seres que os cercam. Desde os tempos imemoriais, elementos naturais e sobrenaturais habitam essas representações, ligados à cultura aos valores e crenças dos povos. E cita: sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios relacionados ao fogo, ao ar, à terra, aos astros, à organização da natureza, estão ligados às expressões de doença, à ocorrência de epidemias, à dor e à perspectiva de morte (SEVALHO, 1993, p. 352).

---

<sup>14</sup> O *Centre de Recherche Médecine, Science, Santé et Société* (CERMES), criado na França em 1986, reconhecendo as relações dos problemas sociais e culturais, bem como do biológico no que se refere à saúde, tem desenvolvido pesquisas reunindo pesquisadores de ciências humanas e sociais (antropólogos, historiadores, sociólogos, economistas e psicólogos) e médicos pesquisadores em epidemiologia e saúde pública, num duplo quadro de referência: o estudo da saúde, da doença e da medicina, por um lado, os métodos de abordagem das ciências sociais, por outro.

De acordo com o pensamento do historiador Delumeau (2009), na Itália do século XVII, a representação mental das epidemias ocorriam ligadas a dois outros flagelos tradicionais: a fome e a guerra, isto é, relacionados a acontecimentos sociais e descreve:

A peste é então uma “praga” comparável às que atingiram o Egito. É ao mesmo tempo identificada como uma nuvem devoradora que chega do estrangeiro e que se desloca de país em país, da costa para o interior e de uma extremidade à outra de uma cidade, semeando a morte à sua passagem. É ainda descrita como um dos cavaleiros do Apocalipse, como um novo dilúvio, como um inimigo formidável [...] O sentimento de ser confrontado a um incêndio era talvez reforçado pela frequente relação entre verão e epidemia e pelo hábito de acender nas encruzilhadas fogos purificadores. Sobretudo, comparava-se a contaminação a um grande incêndio (DELUMEAU, 2009, p. 161-162).

Na visão de Le Goff, historiador dedicado à antropologia histórica do ocidente medieval, a doença diz respeito não apenas à história superficial dos avanços científicos e tecnológicos, como também, à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades<sup>15</sup>.

Entre os povos sem escrita, as representações de saúde e doença eram associadas aos aspectos mágicos, a doença era vista como consequência de influências de entidades sobrenaturais, externas, contra as quais o ser humano comum pouco ou nada podia fazer. Em concepções que se seguiram, as doenças se apresentam inseridas nos contextos religiosos, comumente, como obra dos deuses.

Laplantine (2010) reconhece duas grandes variantes possíveis da interpretação propriamente religiosa da experiência da doença ou adoecimento: a doença-maldição e a doença-punição. A primeira surge como o efeito de uma vingança gratuita, é o acidente que ocorre por acaso, pelo destino, pela fatalidade, contra a qual nada se pode fazer. O indivíduo ou o grupo doente vivencia como um escândalo e uma injustiça, sentindo-se vítima pelo que não provocou e proclama sua inocência e sua indignação. Enquanto que a doença-punição é vista como a consequência necessária do que o próprio indivíduo ou grupo provocou.

Quando nas interpretações religiosas da doença, ela é entendida como uma fatalidade (doença-maldição), dois casos podem ser identificados: (1) a doença atribuída à onipotência da “natureza”, considerada má, interpretação encontrada na explicação contemporânea do

---

<sup>15</sup> “Situa-se no ponto de junção do individual e do coletivo, do longo tempo e do quotidiano, do inconsciente e do intencional, do estrutural e do conjectural, do marginal e do geral. Designa a coloração coletiva do psiquismo, a maneira particular de pensar e de sentir “de um povo, de um certo grupo de pessoas etc.” (LE GOFF; NORA, 1988, p. 71-73).

câncer; (2) a doença é a expressão de uma relação distendida entre indivíduo e a sociedade apreendida como “má”. Neste último caso, a desgraça individual é associada a um estado de desgraça mais fundamental, de um “mal-estar da civilização”. A reação individual ou social manifesta-se oscilando entre os três polos da resignação, da prostração e da purificação. Com efeito, a doença é sempre considerada como sendo aquilo totalmente estranho a quem dela padece: ela é o *Outro* por excelência (LAPLANTINE, 2010, p. 228). Para esse autor, tais representações, longe de serem características das sociedades denominadas tradicionais e dos aspectos tradicionais de nossas próprias sociedades, podem ser marca de todas as culturas.

Contrariamente, na doença-punição, não se trata de apontar o adversário, mas designá-lo como sanção que resulta diretamente da transgressão de uma lei. A punição deve-se em função de uma negligência ou por um excesso, mas sempre por um mau comportamento relacionado às prescrições religiosas ou médicas, isto é, por uma falta com relação à ordem social. A esse aspecto, Laplantine atribui a cultura cristã, e usa a citação de Maurice Jeanneret como esclarecedora: “A doença existe porque o pecado se instalou no mundo. Ela é sempre o sinal de que vivemos em um mundo revoltado contra Deus, bem como lembrança da presença demoníaca. O homem doente só pode viver sua doença no arrependimento” (JEANNERET apud LAPLANTINE, 2010, p. 230).

A doença como consequência de uma transgressão coletiva das regras sociais pode ter como reparação uma ação de ressocialização, sem que haja interiorização individual da falta, enquanto que, na doença decorrente do pecado coletivo e individual, o sujeito deve experimentar a culpabilidade com relação ao que é considerado um castigo merecido. Laplantine (2010, p. 229) enfatiza que, qualquer que seja a representação adotada (infração contra Deus, às divindades, os mortos, o “seu próximo”, e, portanto, contra a sociedade), o que está sempre em jogo são as noções de responsabilidade, de justiça e de reparação, que refletem noções sociais.

A esse respeito, trazemos o pensamento de Mauss (2003), quando trata da influência da sugestão coletiva na ideia de morte e relata fatos conhecidos em numerosas civilizações, ditas inferiores, mas que parecem raros ou inexistentes nas nossas. Para o autor, isto confere um caráter social ainda mais marcado, pois estes fatos dependem evidentemente da presença ou ausência de certo número de instituições e de crenças precisas desaparecidas do leque de nossas, como certas práticas de magia, as interdições ou tabus. E exemplifica:

[...] consideraremos somente os casos em que *o sujeito que morre* não crê ou não se sabe doente, e *apenas por causas coletivas precisas julga-se em*

*estado próximo da morte*. Este estado coincide geralmente com uma ruptura de comunhão, seja por magia, seja por pecado, com as forças e coisas sagradas cuja presença normalmente o sustenta. A consciência é então invadida por ideias e sentimentos que são totalmente de origem coletiva, que não revelam nenhum distúrbio físico. A análise não chega a perceber nenhum elemento de vontade, de escolha ou ideação voluntária da parte do paciente, ou mesmo distúrbio mental individual, exceto a própria sugestão coletiva. O indivíduo acredita-se enfeitado ou julga-se em pecado, e morre por essa razão (MAUSS, 2003, p. 350).

Parece certo dizer que as percepções de saúde, assim como suas práticas e a experiência da doença ou da morte, dependem de interdependências, combinando o psicofísico a determinantes sociais e tradições culturais. O tempo histórico, nessa perspectiva, deve ser considerado como fator de amoldamento, por vezes, incorporando novos conceitos, em tempo de efervescências culturais, de outras feitas mantendo as concepções, ao longo das mentalidades, na história de longa duração, como considera Sevalho (1993) ao referir-se às representações sociais de saúde e doença.

Sevalho (1993) situa no século V a.C, com Hipócrates e seus seguidores, que numa perspectiva humoral, estabeleceram no Ocidente a passagem do sobrenatural para o natural no que diz respeito às representações de saúde e doença. Em função dessa visão, as doenças seriam causadas por fenômenos naturais e não por forças sobrenaturais. Na Grécia, essa concepção dos humores, inclusive a higiene para a conservação da saúde dos corpos e das mentes, teve continuidade com Galeno no século II. Embora, muito antes de Galeno, entre os séculos VI e IV a.C, os romanos já haviam desenvolvido um esboço de administração sanitária com leis sobre inspeção de alimentos, além de construção de aqueduto e esgotos. Fica claro que, desde tempos imemoriais, as perspectivas da infecção no sentido do impuro que ameaça se introduzir nos corpos, seja mediante alimentos ou dos ares impuros, revestiram as representações de saúde e doença. Os escritos de Galeno e o *corpus hipocraticum* foram repassados aos médicos árabes que os traduziram e os seguiram, protegendo-os dessa forma do catolicismo romano e da Santa Inquisição, no período da Idade Média.

No mundo ocidental, a profunda influência da Igreja Católica na Idade Média fez com que as representações de saúde e doença retomassem um caráter fundamentalmente religioso. Os hospitais do Ocidente cristão eram casas de assistência aos pobres, abrigos de viajantes e peregrinos, mas também instrumentos de separação e exclusão; serviam para isolar os doentes do restante da população. Enquanto representação terapêutica, estes hospitais são a analogia social das sangrias individuais, expulsando o mau e purificando o corpo social (SEVALHO, 1993, p. 354).

A religiosidade cristã da Idade Média já separava corpo e mente enquanto carne e espírito. Para esses cristãos do Ocidente, os corpos serviam de receptáculo para as almas. Na Europa, no século XIV, durante o período da peste negra, fieis se autoflagelavam pelas ruas das cidades, expiando seus pecados. Na visão de mundo dos cristãos medievais, estava contextualizado o temor que a doença imprimia (SEVALHO, 1993).

À medida que o conhecimento pagão renascia, no declínio da Idade Média, uma racionalidade humanista de caráter individualista impõe-se sobre o anonimato e o cerceamento da crítica e da criatividade que a religião católica impusera no Ocidente. O capital mercantil afirma-se econômica e socialmente, sobre as relações sociais feudais, agora com o predomínio de uma burguesia comerciante e bancária em substituição às tradições de sangue e o comando do patrimônio pelos senhores feudais. Emerge nesse momento histórico, em diferentes campos da atividade social, a representação do indivíduo como força criativa independente, como sujeito de mudança, pessoal e social (LUZ, 1988, p. 16-17). Para a autora, o antropocentrismo renascentista é prático, conquistador, colonizador e, nesse sentido, coloca o homem como proprietário da natureza, separando Deus, homem e natureza. O ser humano torna-se conquistador e proprietário da natureza, não mais seu partícipe e observador harmonioso.

Ressaltando momentos de mudanças culturais e suas marcas nas representações sociais de saúde e doença, Sevalho (1993) afirma que os limites entre diferentes concepções, por vezes, eram tênues, a exemplo do que se percebe com relação aos iatroquímicos, iatromecânicos e animistas do século XVII e XVIII em que estavam mescladas invocações divinas e espirituais com chamamentos à química e à física. E citando Boorstin, Gonçalves, Machado et al. e Santos-Filho, Devallo (1993) mostra a riqueza das representações e suas associações em cinco exemplos: (1) da astrologia com as teorias de Galeno, indicando as melhores e piores épocas para o uso de certos medicamentos; (2) as influências astrais ligadas à ocorrência de epidemias até o século XVIII, definidas como agrupamentos singulares de uma espécie mórbida vinculada à conjunção única de certo número de influências ambientais, dando um sentido cósmico às epidemias do passado, e, quando mais tarde, as influências passaram a designar especificamente nossas gripes de hoje; (3) a iatroquímica, defendida por Paracelso, postulou a existência de um gás espiritual contido nos alimentos e que, em decorrência do pecado original, o corpo humano não teria possibilidade de absorver quimicamente os alimentos, provocando a formação de resíduos e conseqüentemente o adoecimento; (4) os iatromecânicos seguiam as analogias do mecanicismo cartesiano, donde a segmentação do corpo em aparelhos e sistemas que mais tarde abrigaram as especialidades médicas ou ainda a circulação do sangue explicada por meio de bombas, válvulas e canais; (5)

os animistas ou vitalistas entendiam que o ânima, a alma enquanto princípio vital, habitava o corpo, sendo distribuída por meio do sangue. O seu desequilíbrio causava contrações ou relaxamentos resultando em doenças.

No século XVIII/XIX, François Broussais praticou a medicina a partir de uma concepção fisiológica, entendendo que as doenças não podiam ser consideradas como seres particulares, isto é, não era algo que se instalava no corpo, mas o próprio movimento dos tecidos devido a estímulos irritantes. A saúde e o adoecimento se estabeleciam em função do excesso ou diminuição do trabalho fisiológico normal sob a ação de estímulos ambientais externos, estando aí incluídos os miasmas<sup>16</sup> associados às condições de vida das pessoas. Essa prática se opunha à medicina clínica que considerava somente os sinais e sintomas da doença e não suas causas. Enquanto a medicina clínica moderna se desenvolveu em hospitais e laboratórios, que posteriormente abrigaram a fisiologia experimental de Claude Bernard e a microbiologia de Louis Pasteur, as ideias de Broussais inspiraram a medicina social que nasceu com o avanço da revolução industrial do século XIX (SEVALHO, 1993).

A introdução da categoria energia, explicada pela termodinâmica da física de Newton nas concepções da medicina fisiológica, entende-se, segundo Garcia (1989) na medicina social, como força potencial, relacionada à força de trabalho com a qual a medicina social se preocupava, uma vez que a perspectiva de doença estava ligada ao desgaste físico, à deterioração do corpo físico por excesso de estímulo. Para Sevalho (1993), esse modo de representar a saúde e a doença propiciou posteriormente a ideia de estresse.

Como refere Sevalho (1993), alimentar o sistema produtivo e colonizar novos territórios gerou a necessidade de conhecer suas populações, de contá-las. Contar o povo significa também contar os mortos e saber a razão de suas mortes. Certamente, esse foi um dos impulsos que movimentou os classificadores de doenças dos séculos XVII e XVIII. A botânica serviu de inspiração para os classificadores. As representações sociais de saúde e doenças assimilavam certas características como os períodos do ano de maior ocorrência das doenças, já que estas periodicidades eram também observadas nas plantas e nos pássaros (TAMAYO, 1988).

Cenários sociais são delineadores do campo de exercício da medicina, a exemplo do panorama mercantilista da Alemanha e da França do século XVIII e ao capitalismo incipiente da Inglaterra industrial do século XIX, que associados à introdução do conhecimento médico no espaço social, propiciam o nascimento da medicina social como resultado do entrelaçamento de três movimentos apontados por Foucault (1979): A polícia médica alemã

---

<sup>16</sup> Emanação mefítica do solo, supostamente nociva, tida como causa de várias doenças endêmicas, influência deletéria; podridão (FERREIRA, 1996).

com medidas compulsórias de controle de doenças; a medicina urbana francesa saneadora das cidades e a medicina da força de trabalho na Inglaterra industrial, com seu desenvolvimento do proletariado. A medicina social, nascida desses movimentos, tem as características de uma empresa de intervenção sobre as condições de vida, sobre o meio socialmente constituído pelo modo de vida capitalista conformado pela Revolução Industrial (SEVALHO, 1993).

O adoecimento e suas causas aparecem em todos os momentos da história das enfermidades representados pelo *Outro*, pelo estrangeiro, pelo desconhecido, pelo que vem de fora, externo ao indivíduo. A concepção de miasmas, algo que contagia, surge, ao se buscar uma explicação para o desenvolvimento das doenças. Os maus ares estavam presentes nas representações de saúde e doença dos egípcios antigos; nas obras de saneamento e urbanização da Roma antiga; dos ares, águas e lugares dos gregos hipocráticos e de suas fogueiras purificadoras; do medo que dominou os medievais durante a peste negra; posteriormente, da medicina clínica, da medicina social e quando as doenças transmissíveis eram únicas enquanto expressões de massa, os miasmas estiveram sempre associados ao contágio (SEVALHO, 1993). A conotação de hospital como instrumento terapêutico com a separação dos doentes em leitos individuais e aeração do ambiente circunscreve assim um espaço onde o mal será contido, onde sua circulação aparente será perceptível e recenseada por uma administração e talvez mesmo dominada (LE GOFF, 1988, p. 148).

Canguilhem (1990) atribui à necessidade terapêutica a iniciativa de qualquer teoria ontológica da doença. Admitir em qualquer doente um indivíduo aumentado ou diminuído em algo pode ter o significado de que aquilo que a pessoa perdeu, pode -lhe ser restituído, o que nela entrou, pode sair. Sigerist (apud CANGUILHEM, 1990, p. 19) assinalou que a medicina egípcia possivelmente generalizou a experiência oriental das afecções parasitárias, combinando-as com a noção da doença-posseção e, nesse sentido, expulsar vermes é recuperar a saúde. Essas ideias sobre contágios presentes nas representações mais remotas, a doença como algo exterior à pessoa tiveram a afirmação enquanto modelo científico de explicação do processo mórbido com as revelações de Pasteur e Koch. Nesse sentido, pensando nos microrganismos enquanto um ente que penetra no organismo e provoca a doença, Canguilhem (1990, p. 19-20) assinala:

Sem querer atentar contra a majestade dos dogmas de Pasteur, pode-se até dizer que a teoria microbiana das doenças contagiosas deve, certamente, uma parte considerável de seu sucesso ao fato de conter uma representação ontológica do mal. O micróbio, mesmo sendo necessária a mediação complicada do microscópio, dos corantes e das culturas, pode ser visto, ao passo que não se poderia ver um miasma ou uma influência.

Saúde e doença parecem ter, além de elementos de estabilidade, características particulares que fazem delas objetos privilegiados, uma vez que são suscetíveis de metaforizá-las ou de engendrâ-las. Entretanto, a doença, por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, ela engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira (HERZLICH, 2005).

Em estudos de conceitos de Representações, Canesqui (2003) aponta que, muitas vezes, o conceito de representações foi utilizado em substituição ao de simbolismo, em particular no campo da antropologia. A partir das interlocuções com a psicologia social, antropologia e sociologia este conceito torna-se uma metanoção, sendo objeto de empreendimentos inter ou transdisciplinares.

Partindo de uma perspectiva antropológica da doença, Laplantine (2010) faz uma distinção entre as *representações* propriamente ditas que pertencem ao discurso coletivo e as denominadas *fantasias* que, por outro lado, fazem parte dos discursos individuais. Entende que ambas podem ser igualmente reveladoras das formas de adoecimento não apenas na cultura ou meio que a produz, mas também de uma cultura que lhe é exterior, estranha a elas. Ele considera dois campos de conhecimento e de significado: o campo do doente, caracterizado pelo sofrimento e experiência mórbida; e o campo do médico, trabalhando com um modelo de diagnóstico, prognóstico e tratamento, comportando-se como sujeito dos enunciados socialmente legítimos. Os estudos de Herzlich, realizados na década de 1960, quando trabalhou com a hipótese de noções de saúde e doença independentes do saber médico mostram claramente que a linguagem usada pelos indivíduos, não é uma linguagem do corpo: é uma linguagem do indivíduo em relação com a sociedade (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 76-77).

Para Iriart (2003), as representações e concepções de saúde e da doença predominantes em diferentes grupos sociais estão intimamente ligadas ao seu contexto social, político, econômico e valores que vigoram nesses grupos. Ele ressalta que a forma como a sociedade dá significados às doenças é o reflexo de como essa sociedade se comporta, expondo assim seus medos e limites; e, ainda que, os valores individualistas dominantes na cultura ocidental contemporânea influenciam expressivamente a forma como o corpo, a estética e a saúde passa a ser percebidos pelas pessoas.

A doença é quase sempre um elemento de desorganização e de reorganização social; nesse sentido, ela torna comumente mais visível as articulações essenciais do grupo social, as linhas de força e as tensões que o traspassam. O episódio mórbido pode, pois, ser o lugar

excepcional de onde melhor observar a significação real de mecanismos administrativos ou de práticas religiosas, as relações entre poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesmo (LE GOFF; NORA, 1988, p. 144).

A doença e a experiência, que elas suscitam, provocam em muito a simples esfera do médico e têm um papel em todos os espaços da vida social. Isso é particularmente verificável no caso de doenças crônicas, em que os doentes, ao lidar com sua condição, não encontram apenas os médicos em seu caminho, mas uma multidão de outros atores distribuídos em todos os lugares da vida social, em que julgamentos morais entram em jogo. Há muitas vezes a necessidade de administrar estigmas, entre outros elementos de ordem social.

Nos últimos anos, as novas formas de lidar com o adoecimento têm redesenhado essa vivência social, e, em muitos casos, de forma positiva como o apoio não apenas da família, mas com a participação de outros atores sociais como colaboradores voluntários, ou ainda a formação de associações de doentes como lugar de apoio. Tomando o caso dos pacientes aidéticos e suas questões no espaço da vida social, Adam e Herzlich (2001) afirmam que é nesses espaços onde se cristalizam conflitos de interesses individuais e coletivos, entre desafios econômicos e direito das pessoas que aí se redefinem, na maioria das vezes de maneira conflituosa, o conjunto de expectativas frente ao papel da medicina, dos cidadãos e do próprio Estado.

## 1.2 SAÚDE E DOENÇA COMO SISTEMA CULTURAL

*“Não há sociedade onde a doença não tenha uma dimensão social, sendo ao mesmo tempo a mais íntima e individual das realidades, dando um exemplo concreto da ligação intelectual entre a percepção individual e o simbolismo social”* (CONCONE apud LAPLANTINE, 2010, p. 2).

Nessa sessão, saúde e doença serão tratadas como fenômeno, como acontecimento social no sentido atribuído por Durkheim aos fatos sociais, ou seja, como objeto de reflexão sociológica. Nessa perspectiva, o processo de adoecimento e cura será discutido como fato social (DURKHEIM, 1984), enquanto que o objeto da cura é o ser social e a cura representa a ação social, estando aí incluídos os sistemas e agentes de cura. Assim considerado, porque atende as três características que o sociólogo francês utiliza para defini-lo: A coerção<sup>17</sup> social,

---

<sup>17</sup> Esta última característica atribuída aos fatos sociais é fortemente influenciada pela visão científica, segundo a qual a natureza se impõe sobre os indivíduos, independente de sua vontade, que na medicina, interpreta a

a sua exterioridade em relação aos indivíduos e à generalidade. Ou seja: a coerção social enquanto a força que os fatos exercem sobre os indivíduos, induzindo-os a conformar-se às regras da sociedade em que vivem. Em segundo lugar, porque eles existem e operam sobre os indivíduos independentemente de sua vontade ou de sua adesão consciente, isto é, são exteriores aos indivíduos. E por último, diz-se todo fato social ser geral, por se repetir em todos os indivíduos daquela sociedade ou grupo social ou, pelo menos, na maioria deles.

Para Émile Durkheim fatos sociais são “coisas”. São maneiras de ser, fazer, pensar, agir e sentir dotadas de um poder coercitivo, a exemplo de regras jurídicas, morais, dogmas religiosos, sistemas financeiros e costumes exteriores ao indivíduo. Os fatos sociais dão o tom da ordem social, expressam-se nas representações coletivas, elas revelam os modos como a sociedade vê a si mesma e ao mundo que a rodeia. Nesse sentido, os fenômenos do adoecimento e da cura são fatos sociais, pois são produtos da vida em sociedade, têm uma existência própria e é geral no conjunto de uma dada sociedade, isto é, compartilhados coletivamente.

Quando o indivíduo nasce, os valores referentes às questões da saúde já estão formados, eles são transmitidos pela educação e pela convivência, portanto têm existência fora de sua consciência individual e têm poder de agir sobre ela. A força que obriga um doente ficar confinado para um tratamento é exemplo desse poder. O indivíduo reconhece-o pela existência de uma sanção determinada se, por uma iniciativa individual que tendesse a transgredi-lo, não receberia o tratamento. A forma como um doente deve-se comportar demonstra ser quase obrigatória visto que se seguem as tendências do grupo social a que pertence.

Assim, toda cultura possui um conjunto de regras e determinações que estabelecem o que é certo ou errado, o que é permitido ou proibido. Com relação à saúde, o indivíduo, frente a uma sensação orgânica desagradável e estranha, necessita “decodificá-la”, compará-la a outras manifestações, decidir se existe algum sinal grave para uma tomada de atitude, além de explicar aos outros aquilo que sente, se deseja receber ajuda. O trajeto dessa elaboração não é apenas individual, mas também relacionado ao social e à cultura (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 69).

Sentir-se ou reconhecer-se doente significa identificar-se com a concepção de doenças aceita no seu grupo social. Concepção esta já estabelecida previamente, portanto que lhe antecedeu, que, pelo menos, em grande parte lhe é exterior e que na sua convivência social é

---

doença como algo que o atinge vindo de fora. A visão de coersitividade dos fatos sociais tem sido fortemente combatida pela sociologia que defende a autonomia da ação social, bem como pela medicina antiga e contemporânea, como veremos.

reconhecida em seus pares. Do ponto de vista sociológico, tal evento é um fato social, que aponta para dois elementos fundamentais: a formação dos conceitos relativos à saúde (adoecimento, cura) e o reconhecimento social; tanto do ponto de vista coletivo como do individual, os elementos que envolvem as questões da saúde são fortemente entrelaçados não apenas aos conhecimentos e ao reconhecimento social; eles se relacionam com as crenças religiosas, os hábitos, as condições socioambientais, enfim com um contexto amplo e dinâmico, de forma que, aquilo reconhecido como doença ou cura não tem o mesmo significado em todas as sociedades e, numa mesma sociedade, modifica-se também em função de seu tempo histórico. Isso demonstra que as concepções concernentes à saúde estão inseridas no patrimônio cultural de um povo.

O escorbuto representa bem aspectos históricos e culturais da doença. Desconhecida sua etiologia, apresentava-se de forma coletiva durante a Idade Média, por ocasião das grandes conquistas territoriais e empreendimentos nas navegações. O hábito alimentar dos marinheiros, que permaneciam muito tempo confinados, nas embarcações, privava-os de alimentos ricos em vitamina C e faziam surgir os sintomas da carência da vitamina. Ainda hoje se faz presente em populações carentes.

A doença tornou-se popularizada nas viagens marítimas do século XVI. Cerca de quatro quintos da tripulação de Fernão de Magalhães foi mortalmente vitimada pelo escorbuto. Vasco da Gama também perdeu grande parte da sua tripulação, cerca de dois terços, na viagem de descoberta da via marítima para a Índia. Com o conhecimento científico posterior, essa “epidemia” desaparece no contexto das navegações. Séculos após a identificação da fisiopatologia do escorbuto, ainda muitas crianças desnutridas desenvolveram escorbuto agora, não por falta de conhecimento ou questões de hábito alimentar, mas por questões socioeconômicas. Desvios nutricionais são frequentes em grupos sociais de baixa renda quase sempre associada à menor escolaridade (SANTOS, 2009).

Exemplos se multiplicam em diferentes grupos sociais ligados a distintos aspectos de ordem cultural e/ou socioeconômico. Da mesma forma, uma crença interfere em procedimentos terapêuticos podendo impedir a recuperação de indivíduos, por exemplo, no contexto de certas práticas religiosas como Testemunhas de Jeová, que se recusam a receber sangue em situações graves.

A palavra “cultura” (do latim *colere*, que significa cultivar) surge no fim do século XI para designar um pedaço de terra trabalhada para produzir vegetais, tornando-se sinônimo de agricultura. No século XVI, os humanistas do Renascimento usam-na no sentido figurado de cultura do espírito e no século XVIII, o termo em ciências, letras e artes, adquire, também, o

sentido de conhecimento erudito, tornando-se um símbolo da filosofia das Luzes. No século XIX, ela se torna sinônimo de “civilização” e em 1871, o antropólogo Edward Burnett Tylor define-a com base no desenvolvimento mental e organizacional das sociedades, exprimindo-a como o todo complexo que inclui conhecimentos, as crenças religiosas, a arte, a moral, os costumes e todas outras capacidades e hábitos que o ser humano adquire enquanto membro de uma sociedade (BOUDON et al., 1990).

Quando os sociólogos falam de cultura, referem-se aos aspectos das sociedades humanas que são aprendidos. Os elementos culturais são partilhados pelos membros da sociedade e em função disso tornam possível a cooperação e a comunicação. Eles formam o contexto comum em que os indivíduos de uma sociedade vivem as suas vidas.

A definição geral de Tylor tem sofrido críticas e acréscimos ao longo do tempo, de acordo com a perspectiva e o tema estudado, a exemplo do adoecimento e a cura. Em seu estudo sobre esoterismo, por exemplo, Silva (2000) critica o conceito de cultura de Tylor, assinalando que este não é apropriado à explicação do fenômeno, visto que o conhecimento gerado pelas inteligências “intuicional” e “espiritual” se articulam com o receptor de forma peculiar, determinando comportamentos específicos que desfrutam de alto grau de autonomia, tanto em relação à sociedade como à cultura. Embora se trate de um fenômeno social, não é transmitido por intermédio da cultura. É um conhecimento secreto e restrito, que, em geral, ocorre espontaneamente, independe da idade e ou aprendizagem (SILVA, 2000).

Numa perspectiva socioantropológica, Langdon e Wiik (2010) aplicam às ciências da saúde, a concepção de cultura de Tylor, definindo-a como elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. Nesse sentido, a cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas, organiza o mundo de cada grupo social, segundo a sua lógica própria. Trata-se de experiência integradora, totalizante, de pertencimento e, por conseguinte, formadora e mantenedora de grupos sociais que compartilham, comunicam e replicam suas formas, instituições e os seus princípios e valores culturais.

Preocupações para com a saúde estão presentes em todas as sociedades, entretanto o modelo de significação cultural do adoecimento difere em função dos modelos explicativos da doença em cada cultura e em cada época. São aspectos que envolvem diferentes necessidades e significados, de acordo com a visão de mundo, perspectiva de vida e morte de cada grupo. O indivíduo perceber-se doente ou não, curado ou não, de acordo com os padrões que norteiam

o fenômeno em sua cultura, bem como os sistemas de resolução do problema, sejam eles individuais e/ou coletivos.

O antropólogo Mark Zborowski (1952 apud ADAM; HERZLICH, 2001, p. 70), em 1952, analisou os componentes culturais da experiência da dor em três diferentes grupos étnicos dos Estados Unidos: americanos de origem italiana, de origem judia e de famílias protestantes fixados há muito tempo nos Estados Unidos. Percebeu que cada grupo reagia de maneira diferente frente à sensação dolorosa. Aqueles de origem judia e italiana reagiam à dor de forma muito emocional, sendo extremamente sensíveis a limites de estimulação dolorosos muito baixos; enquanto que os americanos “de origem” tinham tendência mais acentuada a minimizá-las.

Conforme as sociedades atribuem-se maior ou menor interesse a diferentes órgãos ou partes do corpo. Nas sociedades ocidentais, o coração reveste-se de significações próprias, enquanto que no Japão, tradicionalmente, é o abdômen (*hara*) que tem maior atenção, pois é considerado a sede da vida, sendo nesse sentido a ele atribuído o mesmo significado a que se atribui ao coração. Mesmo atuando conforme a medicina ocidental, os japoneses discriminam um grande número de moléstias abdominais que os preocupam enormemente, e que, para os ocidentais, nada significam (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 72).

Um dos pontos principais para compreender esse processo é a percepção do que seja adoecimento que cada grupo social possui. Nesse sentido, Tamayo (1988, p. 15) afirma que a concepção de doença/saúde (adoecimento/cura) é interpretada pelo médico, pelo paciente, pelos familiares, pelo setor da sociedade a que pertence e depende do contexto em que o episódio se desenvolve.

Em seu livro *Antropologia da doença*, escrito em 1986, François Laplantine teve como objetivo analisar *formas elementares da doença e da cura*. O autor observa que a primeira dificuldade desse empreendimento advém do fato de que as maneiras pelas quais essas formas são representadas de uma sociedade para outra são extremamente díspares. E continua: numa mesma sociedade, em certo momento da história, as correntes médicas, os sistemas de pensamento, as escolas, as condutas sociais são extremamente variados e a essas variações sociais adicionam-se as variações individuais (LAPLANTINE, 2010, p. 11).

As explicações sobre as doenças epidêmicas, seja decorrente da necessidade interpretação dos padrões de distribuição da saúde e da doença em populações, seja para a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença em sua dimensão coletiva, no plano teórico, sempre foram sujeitas aos conhecimentos produzidos pelas ciências sociais. Nesse sentido, Barata (2000, p. 315-317) distingue, a partir do século XIX, duas correntes de

explicações, a Teoria da multicausalidade e a Teoria da determinação social. Na primeira, estão incluídos aspectos relativos à organização da sociedade e à cultura, que numa versão mais recente apresentada por Susser (1998 apud BARATA, 2000) propõe o paradigma das “caixas chinesas”, articulando três níveis organizacionais: molecular, individual e social. Ao invés de conceber um único sistema natural, em que as relações de interação agente-hospedeiro ocorrem, este modelo propõe a existência de sistemas<sup>18</sup> interativos, no qual cada sistema pode ser descrito em seus próprios termos e comporta relações com inúmeros outros sistemas, usando para essa compreensão a metáfora das “caixas chinesas”, uma série de caixas, cada uma contendo uma sucessão de caixas menores. A caixa externa seria a moldura mais abrangente, correspondendo ao ambiente físico que conteria em si as sociedades; estas por sua vez conteriam as populações, que são o terreno da epidemiologia. As populações, por seu turno, contêm os indivíduos, e estes, outros sistemas: o fisiológico, o tissular, o molecular. Esse modelo trabalha com conceitos de totalidade, complexidade, níveis de organização e mediações, e, do ponto de vista lógico, está inserido na lógica formal, operando com relações de interação funcional entre os sistemas.

A segunda teoria, a da determinação social, atribui maior importância à organização social, pensando este processo numa perspectiva histórica. A instância mais geral constitui-se pela formação social, determinando a estrutura de classes, ao mesmo tempo em que sofre mediações dessa estrutura. O processo se repete no escalão seguinte, entre a estrutura de classes e frações de classe. A cada fração de classe correspondem diferentes condições de vida ou padrões de reprodução social<sup>19</sup>. Este modelo abandona de vez a ideia de causalidade, substituindo-a pela ideia de determinação-mediação. Quanto ao sistema de lógica, está inserida na lógica dialética, recorrendo a formulações estruturais mais do que a relações funcionais (BARATA, 2000, p. 317-318).

Embora ambas as teorias sejam bem adequadas aos estudos articulados entre a epidemiologia e as ciências sociais, que não é nosso objeto de estudo, abordar-se-ão elementos da teoria da multicausalidade quando discutidas as causas de adoecimento.

Ao discutir etiologia da doença em nossa sociedade, Laplantine afirma que ao se considerar a ideia predominante sobre a causalidade (em termos da medicina acadêmica), é

---

<sup>18</sup> Sistema – um conjunto de fatores reunidos, conectados uns aos outros, em algum modo coerente de relação (BARATA, 2000, p. 316).

<sup>19</sup> No sentido de formas de vida das distintas frações de classe, estando incluídos os padrões de trabalho e consumo, as atividades práticas da vida cotidiana, as formas de organização e a cultura (BREILH et al. apud BARATA, 2000, p. 317).

isenta de representações, decorre da dificuldade em admitir que a doença é um fenômeno social, que não é unicamente produto do especialista, mas absolutamente de todos.

Herzlich (1984) demonstra que a existência, em cada sociedade, de um discurso sobre a doença não é independente do conjunto dessas construções mentais de expressão. E adianta, ele é uma via de acesso privilegiado ao conjunto de suas concepções, de seus valores e de suas relações de sentido. Em sua pesquisa, tratava, portanto, de mostrar que qualquer que fosse a importância da medicina moderna, a doença é um fenômeno que a ultrapassa e que a representação não é apenas esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas também interpretação e questão de sentido.

Discutindo a definição de doença, a partir do ponto de vista do próprio indivíduo, Garcia (1989) categoriza as ideias ou crenças sobre as doenças em dois amplos setores: conhecimentos científicos e conhecimentos não científicos. Entendendo que as noções não científicas acerca de saúde-doença não são unicamente consequência de ignorância de conhecimentos científicos, mas decorrente da íntima relação desses conceitos com outros valores sociais. Na passagem do homem sadio para o homem-doente ou paciente, parece evidente a competência do médico para opinar se a pessoa é um doente ou não; apesar de que é o próprio indivíduo quem dá a primeira definição do seu estado, reconhecendo ou não uma alteração mórbida, orientada por sua noção de enfermidade. Quando sua concepção coincide com a explicação científica, buscará ajuda em quem está oficialmente autorizado. Entretanto, numa mesma sociedade, outras noções de causas de doenças estão presentes, dependendo dela o autodiagnóstico, a terapia entendida como adequada, assim como quem seja julgado capaz para aplicar tal terapia. Por vezes, noções científicas e não científicas coexistem, de forma que, em alguns casos o indivíduo recorre ao médico e, em outros, a pessoas fora da profissão (GARCIA, 1989, p. 46).

Ao pensarmos saúde, enquanto um sistema cultural, a dimensão simbólica do entendimento que temos a saúde é ressaltada, incluindo-se aí os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicar, por exemplo, o adoecimento (LANGDON; WIIK, 2010). Como dito anteriormente, todas as culturas possuem conceitos sobre o que é ser doente ou saudável, assim como classificam as doenças segundo categorias próprias. Essas classificações irão orientar os diagnósticos e conseqüentemente o itinerário terapêutico e, por último, o reconhecimento ou não da cura.

Em pesquisa realizada nos anos de 1976 a 1979, Loyola estudou entre outras coisas as práticas terapêuticas de moradores do bairro Santa Rita no município de Nova Iguaçu (RJ), a fim de descrever o itinerário terapêutico e suas representações sobre o corpo e a saúde. Para

os moradores daquela localidade, a doença (ou a saúde) é considerada no quadro global dos problemas da vida e da morte como um fenômeno que escapa, em última instância, ao controle do homem, como algo que, no limite, é produto de forças sobrenaturais, ou mais comumente, de Deus. Assim, a população estudada distingue duas categorias principais de doenças: as doenças do corpo e as doenças da alma, isto é, as doenças materiais e as doenças espirituais. Seguindo essa classificação, o itinerário se opera com técnicas científicas e/ou com orações realizadas por agentes médicos e/ou agentes religiosos. A população estudada tem em seu bairro três indústrias de transformação, o que torna uma referência socioeconômica para seus moradores. Assim sendo, a representação da saúde desses moradores se apresenta ligada à ideia de força (força utilizável) no trabalho. Essa representação da saúde está estreitamente associada às representações e ao uso cotidiano que os habitantes do bairro fazem do seu corpo (LOYOLA, 1984).

A maneira por meio da qual um determinado grupo social vive as experiências relativas à saúde, pensa e se organiza para mantê-la e enfrenta episódios de doença não está dissociada da visão de mundo e da experiência geral que este tem a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturalmente formadas. É nesse contexto social que o adoecimento, enquanto um fato socialmente compartilhado, tem sua meta definida de acordo com o ser social, objeto da cura que está em jogo.

Abordando uma sociedade contemporânea, Luz (2008) realizou um estudo etnográfico sobre “atividades de saúde” desenvolvidas por diferentes grupos de classe média na sociedade urbana brasileira, especificamente no Rio de Janeiro. Ela buscou os sentidos e significados de diferentes representações e práticas de atores, tanto institucionais quanto “civis”, seus discursos (saberes, artes) e práticas (atividades de saúde) atuais implícitos no aparentemente homogêneo e unificado paradigma da Saúde. A autora discute, sobretudo, suas referências aos valores culturais dominantes e em que medida tais valores e práticas, oriundos geralmente da sociedade, podem influir nas políticas públicas de saúde, mediante sua incorporação em programas específicos implementados nos serviços descentralizados de atenção à saúde. Observamos que tanto agentes institucionais como grupos sociais tendem a afirmar que o fundamental é adquirir, ter, conservar, promover a “saúde”, ou pelo menos evitar os “riscos” (à saúde). Por sua vez, as pessoas, vistas individualmente, ou coletivamente, buscam cada vez mais conservar sua “saúde”, ou “mantê-la em forma”. A caça à saúde é um verdadeiro mandamento para os cidadãos de todas as classes, todas as idades, ocupações e gêneros, compondo o que a autora denomina de monolito simbólico sob o rótulo Saúde. Ela reconhece mais de um paradigma:

Nesse sentido do termo, podemos destacar dois grandes paradigmas que atravessam culturalmente as práticas e as representações concernentes à conservação, expansão ou ampliação da saúde, ou mesmo à prevenção da doença: o da normalidade-patologia, ancorado no saber biomédico do último século (o conjunto de disciplinas que servem de base epistemológica à medicina), hegemônico em nossa cultura e dele dependente, e o da vitalidade-energia, ligado a tradições e saberes médicos e não-médicos, ocidentais e não-ocidentais. Diferentes representações de indivíduo-pessoa, corpo-espírito, saúde-doença, cuidado-tratamento, cura-equilíbrio, estão presentes nos distintos agentes sociais, pacientes ou terapeutas, e mesmo em indivíduos “sadios” praticantes de atividades, sem referência à questão do adoecimento (LUZ, 2008, p. 9).

A forma como opera a cultura, segundo Laraia (1999) condiciona a visão de mundo do homem, é capaz de interferir no plano biológico dos indivíduos, é dinâmica e tem uma lógica própria. Além do mais, para esse autor, os indivíduos participam diferentemente de sua própria cultura. Assim é que, nas questões relativas à saúde, cada grupo organiza-se coletivamente para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências, ou episódios de doença e infortúnios, sejam eles individuais ou coletivos. Desse modo, as sociedades desenvolvem o que Arthur Keinman (apud LANGDON; WIJK, 2010) denomina de sistema de atenção à saúde. E nesse sentido escrevem Langdon e Wiik (2010, p. 178):

O sistema de atenção à saúde engloba todos os componentes presentes em uma sociedade relacionados à saúde, incluindo os conhecimentos sobre as origens, causas e tratamentos das enfermidades, as técnicas terapêuticas, seus praticantes, os papéis, padrões e agentes em ação nesse “cenário”. A esses são somadas as relações de poder e as instituições dedicadas à manutenção ou restauração do “estado de saúde”. Esse sistema é amparado por esquemas de símbolos que se expressam através das práticas, interações e instituições; todos condizentes com a cultura geral do grupo, que, por sua vez, servem para definir, classificar e explicar os fenômenos percebidos e classificados como “doença”.

Embora seja um modelo conceitual e analítico e não uma realidade em si, para os grupos sociais com os quais se convive ou se estuda, o denominado *sistema de atenção à saúde* auxilia a sistematização e compreensão de um complexo conjunto de elementos e fatores experimentados no cotidiano, de maneira fragmentada e subjetiva. Sociedades complexas, a exemplo da sociedade brasileira, comportam vários sistemas de atenção à saúde operando, concomitantemente, sistemas esses que representam a diversidade dos grupos e culturas que a constituem. No Brasil, embora o sistema biomédico estatal de atuação seja o dominante, oferecendo serviços de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS), a população, quando enferma, recorre a vários outros sistemas. Muitos grupos não procuram à assistência

da medicina acadêmica, fazem uso de outras medicinas, outros utilizam sistemas religiosos, outros, ainda, apelam a diferentes sistemas ao longo do processo de adoecimento e cura. Pensar o sistema de atenção como parte do sistema cultural de saúde ajuda compreender esses múltiplos comportamentos (LANGDON; WIJK, 2010, p. 178-179).

### **1.2.1 Objeto da cura: o ser social**

*“Quem quer matar a sede não procura entender a fórmula da água”* (Fernando E. Tavares).

Para o indivíduo que se sente ou se supõe doente, compreender a natureza do seu estado e dar-lhe um significado não é suficiente, pois é necessário passar por um tratamento. Esse é seu objetivo, ele mesmo ou aqueles com quem se relaciona buscam para ele um tratamento, portanto uma ação. O ator, porém, é sempre um personagem e as suas ações são sempre acontecimentos, o que obriga a mobilizar, para compreendê-las, uma pluralidade de situações e, portanto, de relações sociais (TOURAINÉ, 1984, p. 79-80). O ator define-se pelas relações sociais em que se integra. Ser ou estar doente só pode ser entendido do ponto relacional, seja em relação a outrem não doente, seja em função da ação que se objetiva. A ação da busca da cura, relacionada a um sistema e a um agente de cura é carregada de sentido, sendo, portanto, ação social na concepção weberiana.

Assim, também, Adam e Herzlich (2001) posicionam a pessoa doente e sua problemática em busca da cura no encontro com o médico, que numa dimensão mais ampla representa a Medicina. Esse encontro é sempre um momento dramático e é um encontro de relações sociais. O que tratamos nessa sessão é o lugar do doente enquanto objeto da cura na perspectiva de um ator social.

Sob a ótica da medicina acadêmica, a pessoa doente é o paciente, o enfermo; aquele que padece de algum mal ou doença, ou ainda, a pessoa que está sob os cuidados da medicina oficial, que se submete a um tratamento (POLISUK; GOLDFELD, 2004). Pensando nos moldes de uma sociologia fundamentada no funcionalismo estrutural o livro de Talcott Parsons (*The Social System*), publicado em 1951, é uma referência para essa questão, uma vez que esse sociólogo foi o primeiro a propor uma análise do lugar da doença e da Medicina na sociedade global, na tentativa de deduzir um modelo que possibilitasse compreender a relação médico-paciente (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 88-89).

Embora não seja nosso objetivo discutir a relação médico-paciente, interessa-nos o pensamento de Parsons a respeito desse encontro e qual o papel que o paciente assume nesse processo. Segundo Adam e Herzlich (2001), Parsons, parte da constatação de que a saúde é necessária para o funcionamento da sociedade. Esta leitura se dá em função das sociedades industriais modernas, em que o indivíduo é um produtor. Se este indivíduo tem interesse em ficar doente com a finalidade de não cumprir as obrigações relativas aos papéis sociais e a atividade profissional, o adoecimento constitui um desvio em potencial da ordem social e, nesse sentido, a doença tem o poder de ruptura. A medicina moderna é, desse modo, a instituição que deve responder à ameaça chamada doença. O modelo de análise da relação médico-paciente, elaborado por Parsons, mostra que esta relação é ao mesmo tempo assimétrica e consensual. Ele considera a medicina como uma engrenagem fundamental para o bom funcionamento da sociedade. O médico é o único que tem a competência de declarar que alguém está doente e a estrutura social informa fortemente o comportamento dos atores. Os pacientes precisam de ajuda e os médicos dispõem de conhecimentos especializados que o capacitam para atingir o objetivo de ambos: a cura. O médico é ativo e o paciente passivo e consensual na medida em que reconhece o poder do médico. Esse modelo pode ser explicativo quando aplicado a uma sociedade industrial em momento histórico de ocorrência principalmente de doenças agudas.

Discutindo os postulados teóricos de Parsons, Adam e Herzlich (2001), ressaltam que nas sociedades ocidentais modernas, as doenças agudas cederam lugar em grande parte às patologias crônicas e que muitos desses doentes crônicos mantêm seus papéis sociais apesar de doentes. Ao mesmo tempo em que esses doentes não podem ter uma expectativa de cura, suas relações e papéis sociais tomam novas características. A partir de 1956, Tomas Szasz e Mark Hollander (apud ADAM; HERZLICH, 2001, p. 92-93), recuperando alguns aspectos do modelo de Parsons, propõem três modelos de relação terapêutica diretamente relacionada ao estado do doente e o médico: (1) a forma “ativo-passivo”, em que o doente é um objeto passivo e o médico é totalmente ativo; (2) “cooperação orientada” – quando nos casos de menor gravidade, o doente é, em parte, capaz de seguir as diretrizes do médico e exprimir suas próprias ideias; e (3) “participação mútua” – nos casos de doenças crônicas, quando o papel do médico consiste em ensinar ao paciente a cuidar de si mesmo.

Em seu livro *O retorno do actor*, Alain Touraine discute as proposições que a sociologia clássica usou para fazer a análise da modernidade no próprio momento em que o Ocidente vivia as consequências da primeira revolução industrial. Para esse autor, o modelo explicativo dessa sociologia falha nas suas explicações quando, por exemplo, se multiplicam as vias da industrialização, e, em particular, as políticas socialistas ou nacionalistas de

desenvolvimento industrial, uma vez que essa identificação do Estado com atores sociais definidos pelo seu papel num modelo de sociedade, tais como era a burguesia e a classe operária da Europa deixa de ser possível (TOURAINÉ, 1984).

Esse estudioso da Sociologia da Ação procura reconstruir o conhecimento sociológico afastando as noções de sociedade e de evolução sobre as quais repousava a sociologia clássica e propõe a ideia de que os atores em conflito não podem ser separados dos desafios culturais construídos em comum e que, por sua vez, não existem independentemente desses conflitos provocados dentro do seio social, e que opõem entre si os atores, a que ele denomina de classes ou movimentos sociais.

Embora os movimentos sociais não sejam o propósito do nosso estudo, traz-se aqui o pensamento de Touraine ao colocar no centro da análise as orientações culturais comuns a atores. Ele leva em consideração que esses atores estão ao mesmo tempo em conflito entre eles pela gestão dessas orientações culturais, seja em proveito de uma nova classe dirigente, seja pelo contrário a favor dos que estão subordinados à sua dominação (TOURAINÉ, 1984, p. 220). A esse respeito, relaciona-se o comportamento de usuários do SUS da zona rural de Rio Tinto, quando em visita domiciliar<sup>20</sup> da equipe de saúde, incluindo o profissional médico, encontra-se o doente deitado no sofá da sala, junto com esposa, filhos e vários netos. O atendimento foi realizado na presença dos familiares e a conversa foi partilhada com todos, assim como as decisões, numa demonstração de que esse paciente e seus familiares têm voz bastante ativa para o contexto. Semelhante observação fizemos, quando presenciamos uma paciente atendida no posto de saúde, recusando-se a acatar as orientações dos profissionais, justificando os hábitos da sua vida cotidiana.

Diante disso, compreendemos que a diversidade de papéis, que o ator social assume, dá-se, em parte, em função do papel social que se vivencia.

Cada ser humano representa o seu papel consoante à sociedade em que está inserido. Em cada local e de acordo com o grupo que se observa, papéis sociais diferentes são exigidos. Atitudes são regidas por valores éticos compartilhados, mas que também vivenciam, simultaneamente, valores culturais específicos ou identidades. Nesse sentido, ao estudar um fenômeno social, no caso saúde e cura, antes de tudo, deve-se considerar: Quem é esse ser social que estudamos? Uma criança? Uma dona de casa? Um trabalhador? Um idoso? Pois o lugar social desse ator também fala de seu corpo, das suas ocupações, do seu ambiente, enfim, de um todo social relacional.

---

<sup>20</sup> Visita domiciliar realizada em 30/05/2011, durante período de observação participante deste estudo.

Estudando uma população cujos sujeitos vivenciam a intensa utilização (profissional e social) do corpo, único elemento que lhes fornece os meios de subsistência, a antropóloga social Maria Andrea Loyola descreve a percepção do grupo social quanto ao sujeito doente:

É também de acordo com o uso funcional do corpo que as doenças “de homem”, de “mulher”, “de criança” e de “velhos” são percebidas e classificadas, pois elas remetem geralmente às atividades próprias das funções biológicas e sociais dos sexos e das idades. As mulheres, crianças e velhos são percebidos como mais frágeis do que os homens, e, portanto, mais sensíveis às doenças ou, em outras palavras, como tendo direito de ficar doentes com maior frequência do que eles. O homem é julgado segundo sua força, sobretudo segundo sua força de trabalho (LOYOLA, 1984, p. 127-128).

Essa perspectiva, observada por Loyola (1984), chama a atenção para a gama de possibilidade de olhares, ao se discutir o adoecimento e cura. O meio onde os indivíduos estão inseridos, seu papel social, a temporalidade do evento, tudo isto aponta para a complexidade do processo de adoecimento e cura e de como esse processo é vivenciado. Com efeito, em toda sociedade, os indivíduos desempenham um papel social. Goffman (1985) define papel social como a promulgação de direitos e deveres ligados a uma determinada situação social. Assim sendo, quando um indivíduo adoce, de acordo com seu papel estabelecido no seu meio social, ele terá direitos e deveres diferenciados. Para esse cientista social, uma condição, uma posição ou lugar social não são coisas materiais que são possuídas e, em seguida, exibidas. É um modelo de conduta apropriada, coerente, adequada e bem articulada. Ele considera que na vida social, às vezes, apresentam-se coisas reais e, às vezes bem ensaiadas, isto é, representadas.

### **1.2.2 Procedimentos de cura: o sistema em ação**

*“O homem sempre procurou na Mãe Natureza o alimento e a solução de seus males” (DUNIAU, 2003, p. XVII).*

Os procedimentos de cura são as maneiras de agir daqueles que desempenham uma determinada função dentro em um sistema específico para fins terapêuticos. Em sessão anterior, fez-se referência a sistema como um conjunto de fatores reunidos, conectados uns aos outros, em algum modo coerente de relação. Nessa sessão, o sistema a que referenciamos são os sistemas terapêuticos, dentro de uma perspectiva das ciências sociais, isto é, pensar a

ação terapêutica não apenas no âmbito da biologia, mas também considerando a esfera social, aspectos históricos, geográficos, entre outros. Assim sendo, consideram-se esses sistemas terapêuticos como um conjunto de elementos que interagem com objetivos comuns, em que cada componente, por sua vez, pode atuar como um sistema, de maneira que o resultado seja maior ou melhor do que se as unidades funcionassem isoladamente (BARATA, 2000, p. 316; KOOGAN; HOUAISS, 2000, p. 1499). Por vezes, esses outros sistemas são os de natureza religiosa, frequentemente encontrados ligados aos sistemas terapêuticos.

No documento *Estrategia de La OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*, essa organização agrupa os sistemas terapêuticos em duas categorias: as Medicinas ou sistemas terapêuticos tradicionais (MT) e os sistemas terapêuticos ou Medicinas Complementares e Alternativas (MCA). Considera a Medicina Tradicional como um termo amplo utilizado para se referir tanto a sistemas de medicinas como a Medicina Tradicional Chinesa, à Ayurveda indiana e à árabe Unani, e várias formas de medicina indígena. Essas terapias incluem tratamentos com remédios, como o uso de medicamentos à base de ervas, parte de animais e/ou minerais; assim como terapias não-medicamentosas, como por exemplo, no caso de acupuntura, terapias manuais e as terapias espirituais. Nos países onde o sistema de saúde dominante é baseado na medicina alopática ou onde a Medicina Tradicional não foi incorporada ao sistema nacional de saúde, a Medicina Tradicional é muitas vezes chamada de complementar, alternativa ou não convencional (OMS, 2002).

De acordo com esse documento, África, América Latina, Sudeste da Ásia e/ou no Pacífico ocidental fazem uso de práticas tradicionais sustentadas por circunstâncias históricas e/ou necessidades de cuidados básicos em grande parte de sua população. Enquanto que, quando se refere à Europa e/ou da América do Norte e Austrália, essas mesmas práticas são consideradas como MCA. Ressalta que, em muitos países desenvolvidos, as denominadas Terapias Complementares/Alternativas estão-se tornando cada vez mais populares. A percentagem da população que tem utilizado MCA pelo menos uma vez é de 48% na Austrália, 70% no Canadá, 42% no EUA, 38% na Bélgica e 75% na França (OMS, 2002).

A utilização ampla dessas práticas nos países desenvolvidos é justificada em função da preocupação com os efeitos adversos das drogas químicas, questionamentos sobre as abordagens e premissas duvidosas de medicina alopática. Outro aspecto levantado é com respeito a doenças debilitantes, como: doenças cardíacas, câncer, diabetes. Para muitos pacientes, as MCA parecem oferecer meios mais suaves de manejo dessas doenças do que a medicina alopática (OMS, 2002).

A respeito do uso de métodos alternativos com uma grande variedade de crenças e procedimentos que os partidários dessas terapias utilizam direcionados à saúde, mas que não são promulgadas por pessoal médico dentro do sistema da medicina acadêmica dominante, McGuire (1988), numa abordagem sociológica, defende que precisamos entender mais além do que apenas saber por que esses indivíduos usam tais métodos alternativos de cura. Devemos perguntar: O que desse fenômeno diz respeito à sociedade e à localização social dessas crenças e práticas? Em que fenômeno social maior isso está contido? Uma questão importante trazida pela autora refere-se à realidade médica promulgada pelos especialistas de saúde dominante nessa cultura, considerada como “verdade”. Do ponto de vista sociológico, essa definição médica da realidade deve ser vista como uma entre muitas concepções, incluindo a referente ao adoecimento, suas causas e tratamento.

A realidade médica é uma realidade, também, socialmente construída, e, em muitos casos, a medicina acadêmica, dentro de uma abordagem mecanicista, não tem uma explicação para o fenômeno da doença/cura. Práticas alternativas, em geral, pelo contrário, não são apenas técnicas, mas envolvem todo um sistema de crenças e procedimentos, complexos sob vários aspectos. Sistemas médicos têm muitas funções além das práticas de cura em si, pois incluem construções da experiência da doença, a percepção cognitiva dessa experiência e a gestão de morte. Essas questões serão retomadas no capítulo 5.

Desde a década de 70, a OMS, em vários comunicados e resoluções, tem expressado o seu compromisso em incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, assim como estimula o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (OMS, 2002). Tais incentivos têm resultado na adoção de Políticas Públicas de Saúde que utilizam MT e abordagens de MCA, nas denominadas práticas integrativas.

Práticas integrativas e complementares em saúde constituem denominação recente do Ministério da Saúde para a Medicina complementar/alternativa, em suas amplas aplicações no Brasil. Esse campo de saberes e cuidados delineiam um quadro múltiplo e sincrético, em que está articulado um número crescente de métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento. Essas práticas comportam ainda recursos como terapias nutricionais, disciplinas corporais, diversas modalidades de massoterapia, práticas xamânicas e estilos de vida associados ao naturalismo e à ecologia (ANDRADE; COSTA, 2010).

Cada sistema terapêutico está ancorado em visões de mundo que vão definir as concepções de universo, dos seres que o integram, das relações entre eles; e, sobretudo, de quais elementos são constituídos. As medicinas indígenas e/ou práticas terapêuticas realizadas por xamãs, pais/mãe de santo, compõem sistemas terapêuticos ligados a práticas religiosas.

Oriundos de diferentes culturas e de épocas distintas, cada sistema terapêutico trata os transtornos da saúde com base em uma concepção de, ser humano, tomada como verdadeira desenvolvida a partir de suas relações com seu meio, profundamente, atrelada às cosmovisões que adotam. Assim é que, para os povos mais antigos e para os orientais, somos microcosmos e tudo no universo está insolúvelmente interligado. Para a ciência ocidental, ao contrário, somos sistemas autônomos independentes, a natureza está fora de nós.

Assim sendo, em diferentes sociedades encontram-se elementos terapêuticos diversos, pertencentes não apenas a diferentes sistemas terapêuticos, mas também ligados a sistemas religiosos ou mágico-religiosos. As plantas constituem um bom exemplo dessa situação. Elas estão presentes em praticamente todos os sistemas terapêuticos e religiosos, estabelecendo elos, sendo veículo, matéria prima, essência ou simplesmente como modelo natural. Nas mais variadas apresentações, das mais simples e puras como encontradas na natureza, às mais sofisticadas e manipuladas em processos industriais científicos ou não, elas compõem alimentos, medicamentos, cosméticos, defumadores, bebidas sagradas, sendo, portanto, de uso comum a diferentes sistemas relacionados à manutenção da saúde ou na busca da cura.

De acordo com a cultura ou com o momento histórico, cada sistema vê as plantas e as utilizam sob diferentes prismas. A fitoterapia<sup>21</sup>, tanto a forma tradicional, popularmente conhecida, como a exercida nos moldes acadêmicos faz uso da ação de seus princípios farmacologicamente ativos; a alopatia, embora de forma não aparente, utiliza as plantas medicinais e tóxicas, como ponto de partida para elaboração de seus medicamentos, ou ainda as têm como modelo para construção, por exemplo, de antibióticos sintéticos. A Homeopatia, por meio do processo de dinamização, extrai a sua energia vital para confeccionar seus medicamentos. A aromaterapia retira seus óleos essenciais, os sistemas florais coleta suas flores para fabricação de suas essências, a MTC as utiliza para elaboração de chás que serão usados conforme sua natureza yin ou yang. Isso se refere ao ponto de vista terapêutico. Na história do uso das plantas, encontra-se, também, uma diversidade de considerações relativas à sua natureza religiosa. Por exemplo, a jurema, pode ser uma planta, uma bebida e uma entidade. Das cascas de suas raízes são preparadas beberagens usadas ritualmente por grande

---

<sup>21</sup> (Do grego *therapeia* = tratamento e *phyton* = vegetal) é o estudo das plantas medicinais e suas aplicações na cura das doenças (FERREIRA, 1996).

número de sociedades indígenas no Nordeste; outros grupos indígenas fazem referência constante à planta como dotada de forças mágicas ou cósmicas que são cultuadas ou, pelo menos, reconhecidas enquanto portadoras de influências oriundas das matas nativas e, por fim, a ideia de que jurema é uma entidade, uma personificação espiritual das forças das florestas brasileiras, sentido mais relacionado às religiões afro-ameríndias, que substituíram a planta bebida por uma representação de forças nativas (GRUNEWALD, 2008). Para Seibel (2003), a ligação das plantas à magia se dá quando se entende que as suas substâncias influenciam ou são influenciadas por interferência de espíritos, gênios e demônio e, nesses casos, elas costumam ser incorporadas às práticas de feitiçaria.

A relação dos seres humanos com as substâncias encontradas na natureza é bastante antiga, confundindo-se, na linha do tempo, com a existência da humanidade. No caso das plantas, isso não envolve apenas o uso medicinal ou terapêutico, mas também o mágico, o religioso, o festivo, numa composição da história cultural de cada povo. Segundo Seibel (2003), até hoje, existem controvérsias sobre o início da distinção entre o estabelecimento de uma terapêutica fundamentada em conhecimentos fisiológicos e botânicos e a baseada em práticas mágicas e crenças religiosas, o que somente veio a ser conhecido com os estudos da Antropologia comparada. Esse autor considera o uso de plantas medicinais, assim como dos medicamentos sintéticos, na lógica do processo saúde-doença como um sistema dinâmico, cujos três eixos: o medicamento, o doente e o agente, que cura, interage dentro de uma totalidade. Portanto, o ato terapêutico pode ser entendido como uma ação humana desenvolvida num contexto socialmente estabelecido.

Com ênfase na conduta do ator, Weber (2012) define como ação toda conduta humana, seja ato, omissão ou permissão, dotada de um sentido subjetivo dado por quem a executa e que orienta essa ação. Se essa orientação tem em vista a ação de outro ou de outros agentes que podem ser individualizados e conhecidos ou uma pluralidade de indivíduos indeterminados e completamente desconhecidos, a exemplo de um público, audiência, a ação passa a ser definida como ação social. Esse é um conceito fundamental na sociologia weberiana. Compreender uma ação é captar e interpretar sua conexão de sentido, portanto, ação compreensível é ação com sentido (WEBER, 2012, p. 3-4). Quando uma rezadeira realiza o procedimento de uma “reza” com o objetivo de curar uma criança, essa ação é carregada de significado socialmente construído e se desenvolve entre vários atores, também, socialmente reconhecidos: o doente, o agente de cura e outros tantos envolvidos indireta ou diretamente na ação.

Pego o raminho e aí benzo essa criança, com as palavras de Jesus. Eu começo o seguinte assim: falo pelo nome da criança, Criança (digo o nome dela) – Deus te fez, Deus te criou, Deus te confirmou, Deus te consagrou, e Deus te batizou; só Deus é quem te livra desse mal que entrou. Aí vou pedir: Com os poder de Deus Pai, Deus Filho e Deus Espírito Santo, retira-te deste corpo, passa para o mar sagrado todo mal que neste corpo estiver. Com os poder de Deus e da Sempre Virgem Maria. Aí peço: Água fria corre dia, corre de noite, corre de dia, com que se cura filha de Maria? É com Pai Nosso e Ave Maria. Pronto. (Maria da Luz, 72 anos, agente de cura<sup>22</sup> sítio Rio do Banco).

Tomando os extremos de maior racionalidade até a irracionalidade, Weber explica as ações sociais classificando-as em quatro tipos puros ou ideais de ação: (1) ação racional com relação a fins; (2) ação racional com relação a valores; (3) ação afetiva; e (4) ação tradicional. A partir de um modelo de desenvolvimento da conduta racional, o sociólogo interpreta outras conexões de sentido menos evidentes (sejam aquelas afetivamente condicionadas ou que tenham sofrido influências irracionais de toda espécie), tomando-as como desvios do modelo constituído. Portanto, são muitas as combinações entre a maior ou a menor nitidez com que o agente percebe seus próprios objetivos, os meios de que deverá servir-se para obtê-las, as condições postas pelo ambiente em que se dá sua ação, assim como as consequências sobrevindas de sua conduta (WEBER, 2012, p. 13-16).

No que concerne às ações voltadas à saúde, sejam terapêuticas ou não, se pensadas com relação à classificação weberiana, percebe-se que muitas são combinações ou variações dessas ações, considerando-se os elementos acima apontados: objetivo da ação, sentido, meios e consequências. Assim, nas ações de modo racional referente a fins que parte de uma análise objetiva e considera possíveis consequências, o indivíduo utiliza racionalmente as expectativas e comportamentos dos objetos ou de indivíduos como meio para alcançar um objetivo. As ações no contexto da medicina acadêmica correspondem ao modelo mais alto de racionalidade, segundo Weber, que é o científico. Com base em um diagnóstico racionalmente concebido, ela objetiva por meio de um tratamento alcançar a cura do paciente de maneira que “seu organismo retorne ao estado de funcionamento normal ou que restaure partes afetadas” (POLISUK; GOLDFELD, 2004).

Quando o modo racional é referente a valores, está caracterizada uma ação na qual o agente age segundo mandamentos ou exigências que acredita serem dirigidas a ele, independente das consequências possíveis da ação. No estudo de Luz (2008) a respeito das

---

<sup>22</sup> Termo utilizado pela historiadora Beatriz Teixeira Weber ao referir-se às pessoas que lidam com a cura por meio de práticas populares, ligadas ou não a religiosidade ou processos mágicos, a exemplo de rezadeiras, parteiras, raizeiros, curandeiros, curiosos (WEBER, 1997, p. 287).

novas formas de saúde, realizado na década de 1990, a autora denomina de *Apolo biomecânico* ao modelo atual de saúde ligada à forma do corpo. Ela identifica, em sua pesquisa, um conjunto de atividades ou exercícios praticados preponderantemente por jovens de grandes centros urbanos conhecidos como ginástica. Associada à prática do esporte, a ginástica moderna nasceu sob o signo do modelo saúde-vitalidade<sup>23</sup>. Estreitamente ligado ao modelo higienista entre nós, a ginástica praticada há um século não tinha a mesma finalidade social ou ideológica da do final do século; a primeira estava associada à educação física e ao esporte e tinha como referência o paradigma da saúde-vitalidade, com o objetivo do equilíbrio corpo-mente dos cidadãos, numa recuperação moderna nacionalista da concepção latina de *mens sana in corpore sano*. A segunda, vigente entre nós neste início de terceiro milênio, é estreitamente ligada à estética do corpo individual, com a finalidade de “modelar” os corpos dos indivíduos para que eles adquiram uma forma de acordo com as rigorosas normas de beleza da cultura fisicalista em voga. O resultado almejado pela maioria dos praticantes das atividades mais “físicas” é estético, e não propriamente de saúde. Contudo, considera-se nesse meio que indivíduos não praticantes estão “fora de forma e, não são, conseqüentemente, saudáveis” (LUZ, 2008, p. 12-13).

As ações decorrentes de condutas sem qualquer motivação racional correspondem às ações afetivas e tradicionais. Diz-se da primeira quando a pessoa age de modo afetivo, quando sua ação é inspirada em suas emoções imediatas; e, da segunda, quando hábitos e costumes arraigados conduzem à ação.

Emoções imediatas como medo, inveja, desespero, orgulho, que não levam em consideração meios ou fins a atingir, não se identificam com ações voltadas à saúde, sejam terapêuticas ou não. No entanto, do ponto de vista da definição de ações tradicionais, essas sim podem ser identificadas em cuidados com a saúde ou até mesmo em procedimentos terapêuticos.

Hábitos alimentares ou de cuidados com a higiene podem contribuir positiva ou negativamente para o estado de saúde ou para a resolução de um estado mórbido. Quando um doente amarra uma fita vermelha na perna com erisipela, mesmo que esteja seguindo terapêutica médica, ele está agindo de acordo com a sua tradição, isto é uma ação tradicional. Para Silva (2007), essas ações correspondem às práticas de sistemas médicos tradicionais ou

---

<sup>23</sup> O modelo saúde-vitalidade da Grécia clássica fundamentava a associação de ginástica, esporte e competição, onde a ginástica era associada à saúde e à beleza, representada como equilíbrio-harmonia em uma totalidade individual e social (LUZ, 2008, p. 13).

da medicina popular, composta por acervo de conhecimentos passados de geração em geração, em que se faz necessário maior domínio mágico e conhecimento prático.

Assim posto, as ações relativas à saúde, ou especificamente, à terapêutica são ações sociais dotadas de significados que lhes dão sentido e norteiam seus objetivos, seja de forma racional, irracional ou num matiz entre estas polaridades. A atenção ou preocupação com a saúde não está desacoplada de outros aspectos gerais da cultura, assim como um sistema social não está dissociado da organização social de um grupo.

O modelo oficial em curso na representação da saúde e da doença – o do indivíduo sadio em oposição ao indivíduo doente – estende-se, a partir da própria medicina para o campo da cultura mais geral, o domínio dos valores. Este é epicentro de conflitos culturais e subjetivos, e, em torno dele, cristalizam-se algumas de nossas maiores interrogações *vis-à-vis* duas características: de um lado, o lugar crescente da ciência e da técnica; de outro, a importância da “profissionalização” e do doente.

A chamada “medicina popular” é composta por um amplo acervo de conhecimentos passados de geração em geração por meio da prática. Esse sistema é extremamente aberto, pelo fato de tratar-se de técnicas, em geral, muito simples, que podem ser facilmente apropriadas e transmitidas, que são utilizadas pelas pessoas livremente à sua vontade. Mas, ele, também, possui seus “especialistas”, buscados nos casos em que se faz necessário maior domínio mágico e/ou conhecimento prático, ou ambos. Entre esses diferentes sistemas, são estabelecidas hierarquias em complexas redes internas e externas de relações de poder (SILVA, 2007).

### **1.2.3 Relações de poder e saúde: o poder de cura**

*“O fiel que se pôs em contato com seu deus não é apenas um homem que percebe verdades novas que o descrente ignora, é um homem que pode mais” (DURKHEIM, 1996, p. 459).*

Considerando que o poder é inerente ao social e perpassa todos os níveis e instâncias, do individual ao coletivo, do público ao privado, do material ao simbólico; nessa sessão, discutem-se as relações de poder que envolvem a saúde, com ênfase no processo que busca a cura. Em sentido geral, o poder pode ser definido como a capacidade ou possibilidade de atuar efetivamente sobre alguém ou alguma coisa (KOOGAN; HOUAISS, 2000, p. 1270). A palavra poder etimologicamente vem do latim – *potere* – que significa “ser capaz”;

“autoridade”. Assim sendo, poder será uma palavra ou ação que denota força, persuasão, controle, entre outros significados. Nesse sentido, entende-se poder de cura como a capacidade de curar outrem ou a capacidade de autocurar-se.

Nas ciências sociais, a maioria dos objetos é estudada observando-se o fenômeno no próprio jogo e trama de relações entre pessoas e grupos, de modo que, ao se conceituar poder numa perspectiva sociológica, torna-se evidente o caráter relacional deste (BOUDON et al., 1990). O mundo social pode ser representado em forma de espaço (em várias dimensões) na base de princípios de diferenciação ou distribuição de poder, constituídos pelo conjunto das propriedades que atuam no universo social de forma a conferir, ao seu detentor, força e poder neste universo (BOURDIEU, 1989, p. 133-134).

Weber (2012) classifica três tipos ideais de poder: o tradicional, cuja legitimidade advém da tradição, como os monarcas, os pais etc.; o autoritário, baseado na força e nos instrumentos de mando e o legítimo (democrático), que é o tipo moderno de dominação legitimamente obtida e concedida pelos comandados. Os três tipos não são excludentes, podem coexistir.

Seja qual for o tipo, o poder é, necessariamente, verticalizado. Ou seja, a pessoa, grupo, o oficial do poder coloca-se sempre acima dos comandados. As relações entre estes, em qualquer sistema de poder, podem ser democráticas, autoritárias ou arbitrárias. De qualquer forma, a posição de poder no interior de um sistema exige eterna vigilância. Muitas vezes, esse poder é obtido mediante força dos grupos de interesse poderosos, tornando-se, muitas vezes autoritários, ou mesmo arbitrários. É o caso do poder médico científico na sociedade ocidental contemporânea, que se impôs arbitrariamente sobre os demais sistemas de conhecimento, auto elegendo-se como o único verdadeiro e digno de confiança.

Para Michel Foucault, o poder de fato não existe, o que há são relações de poder por ele denominadas de microrrelações de poder. Ou seja, na prática, o poder não se exerce para uma única direção, a partir de alguém investido de mando, todos nós, a todo o momento, estamos exercendo poder ou pressão uns sobre os outros. Mas isso não significa que não exista poder de mando de uma minoria privilegiada sobre a maioria, visto que os sistemas de poder contam com um enorme aparato para sobrepor seus interesses.

Relacionando o poder ao ato de governar e os problemas da população, Foucault utiliza o termo governamentalidade. Para ele, a constituição da governamentalidade está fundamentada na análise das formas de racionalidade, dos procedimentos técnicos e das formas de instrumentalização. Considera que o essencial é o conjunto de coisas e homens, sendo o território e a propriedade apenas variáveis (Foucault, 1979 p. 282-283). Nesse mesmo

raciocínio, conjuntos de homens, considerando a essência do ser perante suas necessidades, possam-se também explicar as relações saúde/doença, bem-estar/necessidade de cura.

Como em todos os processos sociais, nos sistemas de cura, não poderia ser diferente. Nos distintos processos de cura, as relações de poder entre os agentes são regidas pelos ideais que os embasam em função dos objetivos almejados e do poder que lhes é socialmente conferido. A produção cultural também ocorre em meio a disputas pelo poder de produção e legitimação de significados culturais. O depoimento de um agente de cura da zona rural de Rio Tinto<sup>24</sup> aponta as tramas de relações entre pessoas ou grupos que envolvem aquele reconhecido como detentor do poder de cura.

A relação com o pessoal do posto é normal, mas outro dia, as meninas que trabalham na igreja, e elas são carismáticas. Porque a católica, apostólica romana é a primeira religião, né? E tem a carismática que foi uma seita que foi que o Papa concordou, mas não é a primeira religião não, mas é uma religião católica, que é uma renovada. Foi uma renovada que deram na religião. Então, elas propôs que as pessoas que benzem não podiam participar da igreja. Elas ficaram bravas, disseram um bocado de negócio. Não sei o quê. Eu disse: – mas eu vou para a igreja, ninguém me empata, a igreja não é delas, a igreja é pública. E, daí o padre veio fazer confissão. E eu fui né, me confessar. Eu quero me confessar, não quero a confissão comunitária não, quero no pé do padre. Fui e confessei com ele, concordei, combinei com ele, e contei para ele o problema. Aí ele disse: Não, a senhora não é espírita – A senhora recebe demônio? – não senhor – eu disse – não, graças a Deus não, não recebo nada! – E a senhora usa assim... é..., é..., coisas do demônio? Essa coisa assim...? Não, não uso nada, não acendo nada. Eu só peço a Deus pelas crianças e é um dom que eu tenho, foi um dom que Deus me deu, me ensinaram e com esse dom ainda hoje em dia permaneço. Eu quero saber se eu estou certa, ou se eu tenho que me afastar da igreja por causa disso aí. Ele disse: Não, a senhora não tem que se afastar nada da igreja de nada não, a senhora tem que permanecer que é um dom seu. A senhora pede a Jesus e Ele lhe ajuda, ajuda aquela criança. [...] A senhora lê a Bíblia? – Eu disse: sempre. – Então, pronto, a senhora preste atenção que tem as curas que Jesus fez. Eu disse: tem. Ele disse – pois muito bem. Pode continuar com a sua reza (Maria da Luz, 72 anos, rezadeira).

De um lado, as carismáticas, numa demonstração de poder, determinando que a rezadeira não pudesse frequentar os ritos católicos. Do outro lado, a dona Maria da Luz questiona a legitimidade das carismáticas, atribuindo a sua filiação mais antiga, a igreja católica, apostólica, romana, de maior reconhecimento por ser a primeira. Busca o poder hierarquicamente acima, o padre para lhe auferir o direito de continuar rezando e frequentando a igreja. Numa análise weberiana, identifica-se um exercício de poder

---

<sup>24</sup> Depoimento referente a entrevista realizada em 29/05/2011 com agente de cura, no sítio Rio do Banco (Rio Tinto – PB).

tradicional na pessoa da rezadeira, um poder autoritário (arbitrário); na carismática e legítima no padre, representando o poder maior da igreja católica. Ao mesmo tempo, percebemos o cuidado e a vigilância da Dona Maria da Luz para não perder sua posição de prestígio e respeito enquanto exerce sua função.

Cada sociedade constrói códigos culturais que articulam representações sobre diversas esferas sociais, entre as quais estão incluídas as referentes à saúde/doença, à religião, à ciência, dentre outros, formando uma matriz cultural ou um sistema simbólico. A produção cultural, também, ocorre em meio a uma disputa pelo poder simbólico, ou seja, o poder de produção e legitimação de significados culturais dominantes (BORDIEU, 1989).

O poder simbólico é definido por Bourdieu (1989, p. 7-8) como um poder invisível, o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem. No que concerne ao presente estudo, em que se situa o poder de cura, será, principalmente, o poder simbólico que estará em jogo.

Um dos pressupostos de Bourdieu é admitir que existam no mundo social estruturas *objetivas* que possam dirigir, ou melhor, coagir a ação e a representação dos indivíduos, dos chamados agentes, e que, no entanto, tais estruturas são construídas socialmente, assim como os esquemas de ação e pensamento, chamados por ele de *habitus*. Para Eagleton (1997), o *habitus* de Bourdieu é “história transformada em natureza”, e assim é por meio dessa conjugação do subjetivo e do objetivo, do que nos sentimos espontaneamente dispostos a fazer e do que nossas condições sociais exigem de nós, que o poder se consolida. É porque os indivíduos na sociedade agem de acordo com tais sistemas internalizados – o que Bourdieu chama de o “inconsciente cultural” – que podemos explicar como suas ações podem ser objetivamente regulamentadas e harmonizadas sem ser, em nenhum sentido, o resultado de obediência consciente a regras” (EAGLETON, 1997, p. 141).

Bourdieu (1989) reconhece os sistemas simbólicos como estruturas estruturantes, sendo, portanto, instrumentos de conhecimento e de comunicação e capazes de exercer um poder estruturante porque são estruturados. São exemplos de sistemas simbólicos, a arte, a religião, a língua e a ciência. E é nessa direção que se utilizam as concepções de Bourdieu na compreensão do poder de cura em nosso estudo, considerando que nele estão incluídos dois sistemas simbólicos: o da ciência da saúde e o da religião. Enquanto instrumentos *estruturados e estruturantes de comunicação e de conhecimento*, os sistemas simbólicos cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outras. O campo de produção simbólica é o da luta simbólica entre as classes.

O poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e de fazer crer, de confirmar ou de transformar as visões de mundo e, desse modo à ação sobre o mundo. Poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for *reconhecido*, quer dizer ignorado como arbitrário. E é nesse sentido que os sistemas simbólicos se definem numa relação determinada- e por meio dessa- entre os que exercem o poder e os que lhes estão sujeitos, quer dizer, isto é, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença (BOURDIEU, 1989, p. 16). O poder simbólico, poder subordinado, é uma forma transformada, quer dizer, irreconhecível, transfigurada e legitimada, das outras formas de poder. Uma das mais importantes questões na obra de Bourdieu se centraliza na análise de como agentes incorporam a estrutura social, ao mesmo tempo em que a *produzem, legitimam e reproduzem*.

O poder de cura nos diferentes sistemas terapêuticos pode localizar-se tanto nas macro estruturas, quanto nas estruturas periféricas, assim como as funções curador/paciente, dependendo do sistema, tanto podem ser claramente estipuladas como partilhadas e ou igualmente divididas entre os dois atores do processo. A autonomia do ator em Bourdieu e a importância das micro relações para o funcionamento do poder são indispensáveis nas análises sociológicas, uma vez que esta pressupõe, necessariamente, relações de poder. No caso em questão, o poder de cura como um todo.

Para Bourdieu, as estruturas condicionam, mas não determinam, uma vez que os atores sociais desfrutam de autonomia relativa. Tomando como exemplo, a ciência e suas relações com a saúde, enquanto estrutura objetiva que pode dirigir a ação e a representação dos agentes sociais. Embora exista uma estrutura objetiva, que coage as representações e ações cotidianas dos agentes, pode-se transformar ou conservar tal estrutura. Para esse autor, os agentes incorporam a estrutura social, ao mesmo tempo em que a produzem, legitimam e a reproduzem. Foucault, em sua análise do poder, deixa de lado a soberania do Estado para ressaltar os elementos periféricos do sistema de relações que o compõem, cuja função era, até então, desconsiderada.

Nos processos de cura, podemos constatar a veracidade das respectivas hipóteses, uma vez que o poder de cura apresenta-se em suas diversas facetas, e, não apenas como um poder dominante, direcionado unicamente de cima (da autoridade médica) para baixo, o doente e os demais profissionais da saúde, embora que, na prática, o sistema alopático invista o médico de autoridade que não pode ser contestada, nem mesmo por outro médico. Com efeito, nas instituições de saúde públicas ou privadas, a autoridade médica se sobrepõe não apenas sobre

o paciente, mas também sobre os demais médicos de outras áreas, bem como sobre os demais profissionais de saúde, que não importa o nível de sua formação e anos de estudo, são denominado de paramédicos.

O processo de cura se estabelece dentro da sociedade envolvendo relações de poder, por vezes bem visíveis, e em outras, camuflado em sistemas simbólicos mais complexos. Nesse sentido, quando Bourdieu (1989) afirma que se deve buscar o poder onde ele é invisível, com relação ao poder de cura, um grande sistema simbólico que o envolve é o da Religião.

Os processos da cura em geral ocorrem envolvendo pelo menos dois atores principais, os quais recorrem a uma ou a várias técnicas e/ou procedimentos e instrumentos consagrados pelo meio. Os procedimentos de cura têm como meta combater o mal que aflige o paciente. Cada sistema terapêutico<sup>25</sup> possui uma base teórico-filosófica a partir da qual elabora seu discurso explicativo das possíveis causas das doenças e, baseado neste, desenvolve os instrumentos, técnicas e procedimentos específicos que lhes correspondem visando o controle ou a cura do mal que aflige o doente. O relato que segue retrata a especificidade dos transtornos e mecanismos utilizados por um agente de cura da zona rural de Rio Tinto.

Chegou aqui mesmo uma pra se curar, uma mulher. Veio num carro quatro pessoas segurando essa mulher. Disseram: vamos pra casa de Pedro. Iam pra Areia Branca. Ai ficou aqui. Ela amarrada, o povo segurando ela. Era zombeteiro. Ela tava com Exu Caveira. Aí, comecei a rezar, comecei a rezar e ela caiu, chorando. [...] Comecei a rezar, ela caiu. Aí, depois eu tava meio... (não vou negar) meio sujo, chegou outro, comecei a rezar, na primeira reza, em vez dela cair, ai quem caiu foi eu. Então eu disse: pra semana você venha de novo; ai na segunda- feira rezei, quem caiu foi ela. Eu disse: pra semana você venha na sexta-feira que é pra terminar a reza. Ai ela não veio nem na sexta nem na outra segunda. Eu disse: ela não vem não, pois vai ficar perdida dentro do mato. Passou três dias, rodando cuma daqui pra li, rodando sem acertar pra voltar; pra sair fora. Não foi nem no mato, foi no canavial. Não tinha dez carreiras de cana pro barraco, pro caminho, pra ela sair. Aí o menino passou, perguntei, cadê fulana? Por que não veio? – Rapaz, ela não veio não?... Ela não está em casa não, ela se perdeu, faz dois dias. Apoi sabe onde ela está? Está perdida na cana, porque ela não veio, ai se perdeu. Se perdeu. Eu disse vá pra casa, que quando chegar ela tá no barraco. Ela tava passando os três dias chupando cana e não acertava com o barraco onde morava. Ela ficou boa. (Seu Pedro, 60 anos, agente de cura)<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Como sinônimo de medicina, referindo-se a diferentes formas de conservação e restabelecimento da saúde (KOOGAN; HOUSSAIS, 2000, p. 1054).

<sup>26</sup> Depoimento referente à entrevista realizada em 20/06/2011 com Agente de cura, no sítio Taberaba (Rio Tinto – PB).

Em geral, o curador é um agente socialmente investido de poder pelo ofício que exerce e pela eficácia de suas ações curativas, a quem a pessoa a ser curada deve devotar sua confiança e obediência. A eficácia da ação do agente de cura depende da confiança e da obediência de quem procura a cura. Ao mesmo tempo, esse agente deve garantir o reconhecimento e respeito dos seus pares sociais, caso contrário, surgem conflitos. A demonstração de poder é frequentemente reafirmada no relato desses agentes, sinalizando verdadeiras disputas entre eles.

Depois tu vem cá (chamando a ACS Sandra) – um negócio que passou-se com ela (Sandra). Passou-se com ela. Vou contar a história dos sapos. Ela disse, Cícero: lá em casa está chegando uns sapos e botando eu e Nilton prá correr. Os sapos. Está ela ai pra não deixar eu mentir. Diga uma coisa... a história dos sapos. Um tempo ela chegou lá e disse. Pode olhar para a minha cara e para a cara dela prá ver que não estou mentindo, nem é truque. Sandra: Corria atrás da gente. Era. Eu disse, quando pegar, pode pegar os sapos a qualquer hora da noite, pode trazer. Pois bem, trouxeram dois sacos com sapos. Quando chegou aqui... Isso aqui é o que eu quero, isso aqui é um negócio bom. Comecei a rezar, eram dois sacos. Os sapos dentro. Dois sacos. Com a mão rezando em cima dos sacos... os sapos pinotando prá sair. Quando abriu os sacos, o sangue foi como daqui acolá, o sangue nos sapos. Aí, foi nessa casa aqui mesmo. Não, na outra ali. Rosineide: o destino que ele deu ao sapo eu não sei, não, a gente trouxe pra cá, aí ficou com ele, ah... ah... ah... Aí comecei a rezar, o sangue saindo assim. Tá vendo? Quando foi no outro dia, da casa que mandaram os sapos tavam, estavam na porta. Entendeu? Tavam na porta. Aí, passei lá por Boa Vista e disse: Olha, Sandrinha, os sapos estavam lá na casa de João Grande. Era um catimbozeiro que tinha. Os sapos estavam na casa de João Grande. Os sapos estavam bem assim perto da porta. Os sapos estavam lá na porta de João Grande. Cabou-se, nunca mais apareceu sapo na casa dela. É de o povo ficar admirado. Só Deus. (Seu Pedro, 60 anos, agente de cura)<sup>27</sup>.

Os processos de cura, como qualquer processo social, são regidos por complexos sistemas sócio-histórico-religiosos, científicos e populares bastante abrangentes, amparados em sistemas explicativos de realidade que Émile Durkheim denominou de Representações Sociais. Ressalte-se que, nessa concepção, o sociólogo francês incluía desde a ciência até a religião, dos mitos ao senso comum e atuando também como um suporte para ideias ou palavras. Para Moscovici (2010) representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos que permitem a compreensão do mundo social e orienta a ação.

---

<sup>27</sup> Depoimento referente à entrevista realizada em 20/06/2011 com Agente de cura, no sítio Taberaba (Rio Tinto – PB).

As representações sociais sejam elas científicas, religiosas ou resultantes da experiência cotidiana sobre o fenômeno da cura, constituem-se como suportes fundamentais de legitimação para ambos os agentes no processo, tanto em nível pessoal como social. É nesse sentido que entendemos que o suposto poder curativo do agente curador tem seu suporte de legitimação nos sistemas simbólicos e em sua eficácia para recuperação da saúde do doente.

Os males que afligem os doentes podem estar localizados em seus corpos, em suas mentes, e/ou em ambos; ou em suas relações pessoais ou, ainda, nos contextos sociais nos quais estão inseridos.

No processo curativo, há diferentes instâncias de poderes materiais e imateriais em ação. O poder do mal que aflige o doente e o poder do agente curador de erradicar o mal, auxiliar e orientar o sofredor em direção à cura e o poder da confiança do doente no agente curador. Os diferentes poderes possuem caráter, origens e respaldo em sistemas distintos. O poder do agente curador tem origem no dom pessoal ou no conhecimento adquirido e socialmente consagrado. O poder da confiança do doente no agente curador se baseia em seu *habitus* – no sentido atribuído por Bourdieu, “o conjunto de disposições interiorizadas pelos indivíduos que orientam as práticas sociais”. No caso em questão, o poder simbólico que o faz confiar em sua crença<sup>28</sup>. Crença, aqui deve ser entendida como aceitação dos sistemas e da autoridade do agente curador. Nas sociedades modernas, são tantos fatores em ação no processo curativo que frequentemente geram disputas acirradas entre os diferentes agentes e agências.

A noção do que deve ser curado está diretamente vinculada à concepção de pessoa que cada grupo é portador e das ideias de cada um deles a respeito das possíveis extensões do seu corpo físico. Ou seja, da crença ou descrença na existência de outras dimensões além da física, e no poder desta de atuar sobre aquele. Essas concepções não são pessoais, são, acima de tudo, construções sociais, sujeitas às interferências objetivas e subjetivas dentro de espaços e tempos distintos. É nesse sentido que sustentamos que o poder curativo deve ser considerado também em suas dimensões simbólicas. A aceitação dessa hipótese implica que o agente curador, para atender adequadamente ao paciente, precisa reconhecer que o poder de cura do qual é portador estende-se para além da realidade concreta palpável e visível, situando-se, mais exatamente, nas recônditas instâncias abstratas e simbólicas da cultura na qual ambos estão inseridos.

O biólogo inglês Rupert Sheldrake, em seu livro *The Presence of the Past: Morphic Resonance and the Habits of Nature*, considera a existência da mente além do cérebro físico,

---

<sup>28</sup> Crença – do latim *credere* – significa acreditar, crédito. É uma experiência coletiva, construída e partilhada.

correspondendo ao que ele denomina mente estendida. Para esse estudioso do comportamento dos animais e humanos, a mente é muito mais extensa que o cérebro; ela se estende por meio de campos a que chama de *campos mórficos*. Os campos mórficos, como os conhecidos campos da física, – como os campos gravitacionais –, são regiões não materiais de influência, estendendo-se no espaço e continuando no tempo. Estão localizados dentro e em torno dos sistemas que organizam. Quando qualquer sistema organizado deixa de existir, como quando um átomo se desintegra, um floco de neve que se derrete, ou um animal morre, seu campo organizador desaparece daquele lugar. Mas num outro sentido, os campos mórficos não desaparecem: são potenciais padrões organizadores de influência e podem de novo, aparecer fisicamente em outros tempos e lugares, onde e quando quer que as condições físicas sejam apropriadas. “E quando o fazem, contêm dentro de si uma memória de suas prévias existências físicas” (SHELDRAKE, 2011, p. XVIII).

Na perspectiva das ciências sociais, ressaltamos, nesse processo de cura, a concepção de pessoa apresentada por Marcel Mauss, quando em seus estudos, ele busca a relação dessa noção concernente ao direito e à moral, utilizando para isso os estudos, principalmente, da antropologia e da etnologia. A trajetória encontrada pelo sociólogo e antropólogo francês vai de uma simples mascarada à máscara, a um nome, a um indivíduo; daí a um ser que tem valor metafísico e moral; de uma consciência moral a um ser sagrado; e finalmente, deste a uma forma fundamental do pensamento e da ação. Para esse autor, foram os cristãos que fizeram da pessoa moral uma entidade metafísica, em função da força religiosa. Foi a partir da noção de *uno* que surgiu a noção de pessoa, a propósito das pessoas divinas, mas simultaneamente a propósito da pessoa humana, substância e modo, corpo e alma, consciência e ato (MAUSS, 2003, p. 392-393).

Essa noção de pessoa interessa-nos, no sentido de que as práticas de cura comumente envolvem aspectos não apenas biológico, mas também, da metafísica e/ou da moral; que no contexto social de nosso estudo refere-se, principalmente, a uma religiosidade de conotação cristã.

#### **1.2.4 Religião e adoecimento/cura**

Segundo Silva (2007), na sociedade pós-tradicional definida por Giddens, a maior parte das funções antes atribuídas à religião passou para a alçada dos especialistas laicos, a exemplo dos médicos, psicólogos, advogados, entre outros. No entanto, uma das questões mal resolvidas e/ou não satisfatoriamente explicadas pela ciência ocidental, é a cura. E esta seria,

talvez, uma das razões da aceitação das soluções de cura propostas pelas diferentes correntes religiosas ou místicas.

Nessa sessão, discutimos as relações entre religião, adoecimento e cura, considerando que nosso objeto de pesquisa está inserido em um meio de práticas de saúde tradicionais com fortes vínculos às práticas religiosas e/ou mágicas. Processos como os de saúde-doença, segundo Bonet (2004), colocam duas ordens diferentes de realidades: a ordem biológica e a ordem social, de forma que, algumas sociedades poderão explicar estes processos tomando apenas uma dessas ordens; em outras, essa possibilidade é impensável. Na cultura ocidental moderna, por exemplo, o conhecimento científico é o poder hegemônico em todos os processos relativos à saúde e à cura. Esse poder é representado pelas instituições de saúde e seus profissionais e pelas técnicas e instrumentos nele utilizados, fortemente amparado por leis. Todo esse aparato o legitima também em nível simbólico e por meio deste, penetrando fortemente na cultura popular. Daí a popularidade dos antipiréticos e antibióticos – recentemente controlado – na população.

A centralidade da racionalidade científica mecanicista na constituição da medicina acadêmica ocasionou a separação entre a arte de curar e a disciplina das doenças, apoiada pelos estudos anatomofisiológicos e pela classificação das patologias. Enquanto a medicina acadêmica ganha legitimidade, o conjunto de saberes tradicionais são considerados “não científicos” a partir do ponto de vista do saber dessa medicina (BONET, 2004, p. 32-33).

Na prática, porém, o binômio saúde-doença guarda relações diretas com as concepções e valores sobre a vida e a morte, que por sua vez recebe uma conotação de sacralidade. A ciência e a religião são reconhecidas pelos antropólogos e filósofos como macros sistemas simbólicos de cura e ocupam importante papel na esfera do poder de cura. A sociedade, enquanto palco dinâmico e histórico, exerce influência sobre os sistemas terapêuticos, de forma a modificá-los, suprimi-los e ou adaptá-los, de acordo com os interesses e as tendências do momento.

Apesar do controle oficial, a religião nunca abriu mão de suas prerrogativas como agente de poder sobre todas as esferas sociais, principalmente sobre a saúde. Trata-se de um poder delegado pela divindade e legitimado pela sua eficácia. Representado pelos sacerdotes, santos, magos ou similares, instrumentalizados, principalmente, pela fé<sup>29</sup>, pelos símbolos e pelas técnicas que lhes são próprias, é um sistema fortemente respaldado na oratória. Nesse sistema, além dos representantes materialmente identificados, outros seres ou entidades

---

<sup>29</sup> Fé – é cognata de *Fides* (fé em latim). É uma experiência pessoal, não comporta a dúvida, por isso é de difícil explicação.

espirituais compõem o quadro de representantes de uma força supostamente superior à humana. Na tradição judaico-cristã, Deus é assim considerado, bem como, seu enorme cabedal de auxiliares.

Numa perspectiva foucaultiana, na sociedade ocidental contemporânea mais ampla, as relações de poder estabelecidas entre os sujeitos submetidos aos processos curativos, os representantes da ciência e dos sistemas de cura místicos em geral, compõem uma ampla e complexa rede de “micropoderes” na qual a autoridade médica nem sempre é o mais forte. Primeiro, porque o “paciente” dispõe de uma autonomia relativa, que facilmente lhe permite desobedecer ou burlar as ordens médicas. E segundo, porque a crença predominante de que humanos seriam “espíritos” e que o conhecimento dos médicos limita-se apenas a parte material. Muitas vezes, este confia mais nos agentes com poderes extra-humanos do que no discurso científico.

Em *Microfísica do Poder*, Foucault ilustra bem a suposição do que seria verdade para uma sociedade. A verdade, diz ele, não é um conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou a fazer aceitar, mas o “conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder” (FOUCAULT, 1979, p. 13). É nesse sentido que a religião é verdadeira para quem tem fé. O que a torna verdadeira e convincente são os efeitos concretos desta sobre as pessoas que creem, sobre sua saúde, seu modo de enfrentar a vida e as dificuldades.

Ao discutir verdade e poder, Foucault afirma que o intelectual não é o portador de valores universais; ele é alguém que ocupa uma posição específica, cuja especificidade está ligada às funções gerais do dispositivo de verdade em nossas sociedades. Os representantes dos macros sistemas da ciência e da religião podem ser assim comparados quando se trata do poder de cura. Ambos ocupam lugar central nesta questão (FOUCAULT, 1979, p. 13).

O papel que a religião desempenha nos processos de cura tem sido objeto de estudo nas últimas décadas, quando as pesquisas sobre qualidade de vida têm apontado a religiosidade/espiritualidade como fator significativo nestes eventos. A Organização Mundial de Saúde (OMS), autoridade de coordenação em saúde pública internacional, atuando em consonância com a ciência, tem recebido proposta para inclusão em sua definição de saúde, do aspecto espiritualidade/religiosidade, considerando-o parte integrante do ser humano (FLECK et al., 2003). É fato científico a contribuição da religiosidade/espiritualidade no denominado *coping* religioso, quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO; KOENIG, 2006).

Em pesquisa realizada em Porto das Caixas, no santuário de Nossa Senhora da Conceição, Minayo (1994) mostra, numa situação concreta, como os fiéis se definem com relação com o sagrado e, assim, definem, também, sua cosmovisão presente nas práticas religiosas em relação à saúde e à doença. Em seu intuito de entender a cura na cosmovisão do catolicismo popular, a pesquisadora encontra e revive suas próprias situações-limite e distingue tal representação de outras formas encontradas para solução de conflitos, sobretudo daquelas que revelam a impotência humana ante a dor, o sofrimento, a doença e a morte. Com resultado desse estudo, ressaltam-se quatro aspectos apontados pela autora: (a) a busca da cura por meios sobrenaturais não é privilégio de nenhuma classe social no Brasil, embora cada estrato tenha sua forma peculiar de dar significado a suas experiências e práticas; (b) o elemento que motiva a busca pela religião dos milagres são situações de extremo sofrimento, desespero frente à doença, entre outros, assim como problemas de ordem moral, pessoal e social; (c) o fenômeno de cura no catolicismo popular está basicamente referido à fé; (d) olhando esse tema a partir do campo da saúde, mais uma vez se reafirma a complexidade que envolve o conceito de saúde e doença, vida e morte, ultrapassando e perpassando a realidade biopsicossocial.

O modo como cada indivíduo ou cada sociedade percebe ou define seu estado de saúde ou bem-estar é determinante para diagnosticar uma desarmonia ou transtorno denominado doença e, a partir daí, decidir qual é o procedimento mais indicado em busca da cura.

Como dito anteriormente, a religião, assim como a ciência, enquanto macro sistema simbólico, atua em nossa sociedade como instrumento de conhecimento e comunicação e, segundo Bourdieu (1989, p. 9) só pode exercer um poder estruturante porque são estruturados. Por essa visão, entendemos razão pela qual o poder de cura pode estar situado, preponderantemente, fora da pessoa a ser curada é a mais comum e reconhecida, tanto quando nos referimos à Alopátia, como as curas de conotação religiosa. O poder simbólico é um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem *gnoseológica*: o sentido imediato de mundo. A Alopátia, enquanto sistema terapêutico de reconhecimento científico, e as religiões judaico-cristãs, correspondem ao sentido imediato de mundo em nossa sociedade.

Discutindo religião no contexto das ciências sociais, Velho (2007, p. 256), citando Bateson, sustenta que a religião constituiria um dos nichos (juntamente com a arte) em que os seres humanos, especialmente em nossa sociedade, produziram discursos próximos à comunicação biológica. O espaço sagrado, institucionalizado ou não provavelmente se mantém com o locus privilegiado da produção a partir de experiências e narrativas.

Quando consideramos que o poder de cura está, preponderantemente, fora da pessoa a ser curada, a demarcação é clara com relação ao poder na mão da ciência, e quando é atribuído à religião, dá-se muito mais de forma simbólica, mediante “milagres”. Em ambos os casos, evidenciamos claramente o poder das macro estruturas.

Nas relações de poder, Bourdieu considera a manifestação da resistência e, conseqüentemente, a luta como parte integrante dessa dinâmica. A política é um bom exemplo, assim como a economia, em que as disputas entre os grupos poderosos são muito mais presentes e poderosas. Isso se passa em todas as instâncias. Na medicina, as disputas entre correntes com orientações diferentes são fortíssimas, sem falar nas disputas pelo prestígio pessoal e grupal e institucional.

Diríamos que a suposição de que o poder de cura reside, essencialmente, na pessoa a ser curada, predomina nas tradições místico-religiosas, especialmente, nas camadas dominadas. Para Foucault (1979), as relações microfísicas de poder acontecem ao mesmo tempo em que se manifesta também um contrapoder, o contra-ataque em maior ou menor intensidade de força; é essa correlação de forças que impede a formação de um núcleo gerador de relações de poder.

Analisando o posicionamento do poder associado às estruturas políticas de cura, situado, tanto na pessoa a ser curada, quanto fora dela, remete à questão do confinamento dos doentes em instituições hospitalares. Na atualidade, principalmente no Ocidente, seja por questões econômicas ou ideológicas, a tendência é diminuir drasticamente ou mesmo abolir o internamento prolongado dos doentes mentais. Segundo Foucault, as instituições hospitalares representam a delimitação que estabelece a separação decidida entre aqueles que detêm o poder e aqueles que não o detêm. Perguntaríamos então, a nova postura sobre o doente mental representa uma diluição do poder? Um enfraquecimento das macro estruturas no modernismo tardio? Ou apenas novas formas de uma sociedade mais fluida?

A resposta às três questões é sim, uma é decorrente da outra. Os estudos sobre economia, poder político e globalização mostram que o Estado Moderno está politicamente e economicamente enfraquecido. As grandes conquistas dos trabalhadores dos chamados “anos dourados” estão caindo por terra por falta de recursos para manter o chamado “Estado do bem-estar”. A sociedade nacional não dá conta, nem empírica nem metodologicamente, nem historicamente, de toda realidade na qual se inserem indivíduos e classes, nações e nacionalidades, culturas e civilizações contemporâneas (IANNI, 1997, p. 192). A modernidade tardia experimenta mudanças radicais em todas as áreas. Podemos dizer que vivemos momentos de transição, de muita esperança, mas também de muitas incertezas.

Ainda com base na teoria foucaultiana de poder, podemos dizer que o poder em geral, e o de cura, em particular, materializa-se em uma gama extensa de relações pessoais e profissionais que remetem a estruturas impessoais, nas quais a Ciência Médica ocupa um lugar privilegiado de decisão haja vista a dimensão do poder nas instituições hospitalares, laboratórios e na indústria farmacêutica.

Correlacionando as teorias de poder de Bourdieu e Foucault ao poder de cura, vê-se que este é essencialmente simbólico, até mesmo quando se refere à dimensão material. O depoimento de uma moradora<sup>30</sup> do sítio Taberaba no município de Rio Tinto ilustra bem a importância desse poder nos processos de adoecimento e na cura.

Tinha hora que não tinha um tostão, nem pra comprar remédio e nem cum mode pegar um carro pra ir daqui pra Rio Tinto. Eu me ajoelhava no chão, pedia a Jesus: Jesus tenha misericórdia da situação da gente, Jesus! Jesus tá vendo que eu não eu tenho um tostão. O meu fio, se meu fio adoecer? Como eu vou daqui pra Rio Tinto com essa criança doente? Chega lá o médico passa um remédio, eu não tenho o dinheiro que compre. E aí senhor? Tem misericórdia de meu fio! Aquilo num instante vinha na minha cabeça: como foi que tu mãe te criou, hein? Faz um remédio pru teu filho! Faz um banho! Cozinha um banho cheiroso! (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Sabe-se que o sucesso ou fracasso de qualquer terapia depende de inúmeros fatores, muitos dos quais, não são passíveis de explicação ou de controle. Nessa esfera, o poder que emana da crença e dos valores religiosos tem-se mostrado mais vigoroso e eficiente do que qualquer outro, no sentido de que tem sobrevivido a todos os embates e continua a evidenciar sua força sobre as pessoas e as sociedades. A medicina, antes de se ter tornado uma técnica, no seu nascimento, unia a doença e a experiência singular do doente (REVEL; PETER, 1988, p. 142).

### **1.2.5 Outros saberes, outras estratégias: a autonomia do doente na busca da cura**

*“É bem verdade que era preciso, se possível, fugir ou, na falta disso, isolar e isolar-se [...] o bom senso popular tinha, portanto razão a esse respeito contra os eruditos que se recusavam a crer no contágio”* (DELUMEAU, 1989, p. 159-160).

---

<sup>30</sup> Referente à entrevista realizada em 13/06/2011 no sítio Taberaba (Rio Tinto – PB).

Nessa sessão, visualizamos a compreensão do conhecimento ou saberes referentes ao processo de adoecimento e cura que as pessoas comuns detêm e que o utilizam no sentido de buscar a cura para seus males.

Desde a pré-história, a constatação de estados de mal-estar físico conduz o ser humano à busca de alívio, seja por meio de mecanismos materiais ou de caráter imaterial. Os indivíduos que nesses grupos sociais tinham a função de cuidar dos demais o faziam utilizando conhecimentos inicialmente empíricos oriundos da observação do meio-ambiente e do comportamento animal que os circundava. Nesse sentido, o adoecimento e a busca da cura são fenômenos humanos que envolvem comportamentos que atuam em objetos, substâncias naturais, animais, meios e técnicas as quais se atualizam no tempo e no espaço de cada grupo social.

Durante muito tempo, todas as informações sobre o tratamento das doenças vinham do conhecimento popular, principalmente, pelo uso das plantas medicinais, construído mediante observação do efeito das plantas nos organismos animais e humanos. Esse saber era transmitido de forma oral sendo acumulado no decorrer dos anos. Depoimentos de agentes de cura da zona rural do município de Rio Tinto ilustram o uso desse conhecimento.

Muitas coisas, muitos pessoal, às vezes se acaba porque não conhece o remédio. O remédio tá nas mãos. Tudo, tudo... Tá no mato. Olhe, é tanta coisa. Se eu for dizer as coisas que eu sei, compreendeu? Não tem livro que caiba (Seu Francisco, 77 anos, sítio Rio do Banco)<sup>31</sup>.

E então, eu tenho muita fé nesse negócio, remédio de planta, né. E minha mãe foi com que criou nois, que no tempo que nois fumo criado não tinha médico especialista que nem tem hoje não, que o estudo hoje é grande. Se nois tava com uma dor de cabeça, minha mãe, dava um chazinho, um remedinho, uma coizinha, mandava rezar e lá vai, nois melhorava, ela tinha muito amor a Jesus também. De noite ela fazia muito peditório a Deus pela a gente, pra criar a gente. Uma que ela tinha pena de ver a gente nas agulhas, tinha pena de a gente fazer uma cirurgia, um negócio. Ela ficava muito penalizada com aquilo, ela pedia muito a Deus, que Deus curasse nois sem que precisasse que nois fosse furado, sem precisar de nois fosse operado, sem precisar de nois fosse internado por canto nenhum. E então com aquele chá com aqueles banhos que ela fazia, aquele peditório que ela fazia a Deus a gente, se acabava a febre, se acabava a dor de cabeça. No outro dia a gente tava saltando, pinotando sem saber nem quem tinha curado (Dona Maria da Glória, 63 anos)<sup>32</sup>.

Quando um agente de cura como Seu Francisco afirma que tudo e todo conhecimento está no mato, referindo-se à natureza, no contexto das plantas medicinais, ele está convencido

---

<sup>31</sup> Entrevista realizada em 09/07/2012, sítio Rio do Banco (Rio Tinto-PB).

<sup>32</sup> Referente à entrevista realizada em 13/06/2011 com agente de cura, no sítio Taberaba (Rio Tinto – PB).

de que é desse mundo que retiramos nossos saberes. Para Dona Maria da Glória, a sua realidade envolve a fé na mãe, em Jesus.

Discutindo as representações sociais e o desenvolvimento cultural, Moscovici (2010) retoma Hocart ao escrever que: “Os homens de todas as raças e gerações estão igualmente convencidos de que eles extraem seu conhecimento da realidade” (MOSCOVICI, 2010, p. 182). O saber de dona Maria da Glória está diante dela, na sua realidade.

Em uma discussão ampla sobre o conhecimento no cotidiano, Sá (2004) recorre ao pensamento de Moscovici quando analisa as formas de conhecimento que são produzidas e mobilizadas em uma dada sociedade. Segundo esse autor, o psicanalista social considera coexistirem nas sociedades contemporâneas duas classes distintas de universos de pensamento: os universos consensuais e os universos reificados.

Nos universos reificados, bastante circunscritos, é que se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico, sua teorização abstrata, sua compartimentalização em especialidades e sua estratificação hierárquica. Aos universos consensuais correspondem as atividades intelectuais da interação social cotidiana pelas quais são produzidas as representações Sociais. As teorias do senso comum que são aí elaboradas não conhecem limites especializados, obedecem a uma outra lógica, já chamada de lógica natural, utilizam mecanismos diferentes de verificação e se mostram menos sensíveis aos requisitos da objetividade do que a sentimentos compartilhados de verossimilhança ou plausibilidade (MOSCOVICI, 1981, 1984a apud SÁ, 2004, p. 28-29).

É esse tipo de universo de pensamento dos universos consensuais que encontramos, por exemplo, agentes de cura em sociedades rurais do nordeste brasileiro.

Tudo isso é do meu juízo, não aprendi com ninguém. E para quem sofre desse calor, é morrendo se acabando com o calor, não tem remédio, só é nos médico, é essa tal de menopausa, é a rapa da oiticica. Tira ela e rapa a entrecasca, a pessoa rapa ela, bota dentro d'água, é a agua que bebe. [...] E para apatite (hepatite) o primeiro remédio é a flor da safroa (açafraão). E no mais, pra negocio assim de remédio é lambedor, pra quem sofre de ulça (ulcera) no estombo é aroeira, tira o entrecasca do lado que o sol nasce, tira a casaca dela, rapa bota pra ferver, cozinhar, mas é pouquinho, né muito não, é pouquinho! Aí toda de manhã bem cedo, a pessoa vai, toma dois dedos de mel com um dedo de chá, não tem ulça pra não se acabar. Agora o chá é fraco e o mel é mais do que o chá. [...] Primeiro faço, eu mesmo tomo, ai me curo com aquele remédio e com aquele remédio curo qualquer um, com a fé em Deus. Tudo que dou é porque já usei, já usei nos meus filhos. Pra queda é o ovo com breu e o enxofre. Pisa ele, tira a clara do ovo, deixa só fica a gema. [...] Tudo pouquinho, muito não. Aí vai pro ossos, prá curar onde tiver quebrado. Mastruz não é bem bom não, porque ataca o coração. Mastruz não é remédio que a gente dá bem, não. [...] Mordida de cobra, ainda tou procurando chegar

no pau para curar a mordida de jararaca mais cascavel pico de jaca. Experiência dessa outra qualidade, a gente tem, a pessoa pega a castanha e toma, toma a banha do camaleão. Pra cada tipo de cobra tem um tipo de remédio. Um escorpião me mordeu no mato. [...] A gente bate com o pau, corta ele no meio, desce uma lama e bota em cima. Cura com o próprio veneno dele, né? Agora picada de abelha é perigosa. Mais a abelha cura. Eu tinha um catombo aqui no pé, apareceu numa pancada. Fui num médico em João Pessoa, ele enfaixou meu pé. O pé inchado, inchado, daí danei a abelha pra riba num instante desmanchou. Botei a abelha pra morder a pancada e num instante desmanchou. Tudo aprendi da minha cabeça, aprendi com a vida. Não vou dizer que aprendi de ninguém nunca ninguém me explicou. Não lembro dos meus pais, porque fiquei órfão nova, eu sou a caçula da família. (Dona Jaci, 60 anos índia potiguara residente zona rural Rio Tinto)<sup>33</sup>.

Dona Jaci tem um conhecimento adquirido no cotidiano, suas teorias têm como limite a própria natureza com seus elementos, utilizam à lógica, por exemplo, da orientação espacial relacionada ao movimento solar – colhe a entrecasca do lado que o sol nasce. Tem noção de posologia e toxicidade – o mastruz ataca o coração. Tem caso que usa o próprio veneno para curar, doutra feita, usa como estímulo reativo para o organismo doente. E como ela reconhece: nunca ninguém me explicou. É, portanto, um conhecimento adquirido no modelo dos universos consensuais.

Voltando aos aspectos históricos apontados por Figueiredo (2012) foi observado que com a consolidação das diversas profissões da área da saúde e com o aumento do número de profissionais nessa área, houve um forte movimento no sentido de ocupar todos os espaços legalmente destinados a estas profissões desqualificando indiscriminadamente todos aqueles que exerciam a arte de curar sem qualificação legal.

Indivíduos que sempre se ocuparam de cuidar da população, muitas delas fazendo isso com muita dedicação e conhecimento prático, passaram a ser consideradas como charlatães. Para que a exclusão dessas pessoas se fizesse de forma rápida e completa, todo o seu arsenal de conhecimento e de terapêuticas passou a ser considerado incorreto e ineficaz. Sendo assim, remédios caseiros ou fabricados artesanalmente, por exemplo, com as plantas medicinais foram relegados a um segundo plano, privilegiando o uso dos medicamentos manipulados em laboratórios e nas indústrias farmacêuticas, tidos como mais eficazes e de fácil manuseio. Assume importância, então, a discussão sobre a questão do conhecimento popular versus conhecimento acadêmico.

A aparente diferença entre estes dois saberes se inicia de forma desigual quando se analisa a definição das palavras “acadêmico” e “popular”. A primeira é um adjetivo relativo à

---

<sup>33</sup> Entrevista realizada em 13/06/2012, sítio Areia Branca (Rio Tinto-PB).

academia ou àquele que a ela pertence. A palavra academia refere-se a: Sociedade de homens de letras, sábios ou artistas, com a ênfase que nesse sentido deve ser escrita com a inicial maiúscula. A segunda palavra também é um qualificador atribuído àquele que pertence ao povo/vulgar, plebeu (KOOGAN; HOUAISS, 2000, p. 1282). O sentido original da palavra é pejorativo, em oposição a culto, erudito, significando quase sempre, conhecimento inferior.

Porém, o saber acadêmico não é o único caminho de acesso ao conhecimento e à verdade. O saber popular ou vulgar, às vezes denominado senso comum, não se distingue do acadêmico nem pela veracidade nem pela natureza do objeto conhecido. O que os diferencia é a forma ou o método e os instrumentos de apreender esse conhecimento.

Para Figueredo (2012), tanto o senso comum como a ciência almejam ser racionais e objetivos. Entretanto, o ideal de racionalidade, compreendido como sistematização coerente de enunciados fundamentados e passíveis de verificação é reconhecido muito mais por intermédio de teorias que constituem o núcleo da ciência do que pelo conhecimento comum, entendido como acumulação das partes ou peças de informação frouxamente vinculadas. Por sua vez, o ideal de objetividade, isto é, a construção de imagens da realidade verdadeiras e impessoais, não pode ser alcançada se não se ultrapassarem os estreitos limites da vida cotidiana, assim como da experiência particular. Podemos dizer que o conhecimento popular é o modo comum, corrente e espontâneo de se conhecer, e é adquirido no trato direto com as coisas, com os seres humanos e com a natureza.

A saúde e sua dinâmica se manifestam nos espaços entre estes dois saberes, que ora se excluem, ora se complementam, ora se mesclam. É nesse sentido que Guimarães (2003), estudando os manuais de medicina popular da autoria do polonês Chernoviz, situado no contexto médico do Brasil imperial, tanto como elementos de divulgação da ciência médica acadêmica, quanto como elementos da medicina popular (neste caso devido à sua larga utilização por leigos), demonstram como nestes manuais o seu conteúdo acadêmico se contamina de uma medicina doméstica, uma vez que eles caracterizam a medicina acadêmica em versão popular (ou vice-versa).

Tomando como fonte e objeto de estudo o livro “Medicina Caseira” de Juvenal Galeno, Gadelha (2007) faz uma reflexão sobre as práticas populares de cura e a ciência médica do Ceará durante a segunda metade do século XIX, período em que esta começava a se estruturar enquanto ciência legitimadora da doença e da saúde. Ao longo da investigação, foram encontrados pontos de aproximações e distanciamentos entre os dois saberes. O povo não rejeitava a medicina científica que ora se instalava, entretanto não abdicava das suas práticas e crenças, que, muitas vezes, davam respostas que a ciência médica não sabia

responder. Respostas estas encontradas na fé, na magia e no empirismo. Os médicos, muitas vezes se apropriavam das práticas populares como forma de as estudarem sobre o prisma da ciência, validando-as ou deslegitimando-as como superstições ou crendices. A medicina, ao mesmo tempo em que se fortalecia através da formulação de seus medicamentos e saberes eruditos, rejeitava a outra medicina que era acessível e de uso do cotidiano.

Cada sociedade, a cada época é palco das ações humanas que se organizam diferentemente compondo uma história particular. No que concerne à saúde humana, quando discutimos o saber científico e o saber popular, três elementos fundamentais têm sido evidenciados em vários estudos: o povo (o doente, o usuário), o tipo de prática com seus meios e seus agentes (médicos, curadores, benzedeiros, mágicos). Outro elemento fundamental nem sempre evidenciado nas discussões sobre doença e cura são as relações de poder, incluindo aí o do poder político.

Discutindo legitimidade, saberes e relações de poder da Biomedicina, Bonet (2004) chama a atenção para fato de que a biomedicina ganha maior legitimidade ao se tornar uma ciência das doenças, o que lhe permite deslocar um conjunto de saberes tradicionais que mais tarde vão ser considerados como “não científicos” a partir do ponto de vista do saber biomédico. Os saberes tradicionais, a que ele relaciona às “medicinas românticas” já não são saberes sobre o corpo, mas sobre o homem. O diálogo já não é com o corpo, mas com a pessoa. A biomedicina não tem necessidade de incorporar os aspectos físico-morais para explicar a doença, necessidade essa que se apresenta em outras práticas como as “medicinas românticas” e tradicionais. A categoria físico-moral é utilizada em oposição à categoria psicossocial para nomear as perturbações que se explicam pelos vínculos estabelecidos e entre o corporal e as “demais dimensões da vida social”. Na Argentina, acerca da articulação entre a medicina popular e o sistema de saúde, Taussig resalta as relações entre o médico e o paciente com a seguinte colocação: “em qualquer sociedade a relação entre o doutor e o paciente é mais do que algo técnico. É antes uma interação social que pode reforçar as premissas culturais básicas de uma maneira poderosa” (TAUSSIG apud BONET, 2004, p. 34).

A esse respeito, inúmeros estudos têm sido realizados, tanto isoladamente como unindo disciplinas como antropologia da saúde ou médica, dos diferentes ramos da sociologia, assim como das ciências médicas. No Brasil, esse interesse se dá, principalmente, no que se refere às políticas públicas e a recente implantação do SUS, considerando que a Estratégia Saúde da Família foi criada para superar o modelo tradicional de assistência em saúde, em que se pressupõe a integração das dimensões subjetivas e sociais dos usuários, ultrapassando a redução do processo saúde/doença a puros limites teórico-científicos.

É nessa perspectiva que Junges et. al. (2011) realizaram um estudo exploratório com 12 integrantes de equipes da Estratégia Saúde da Família do Rio Grande do Sul objetivando compreender como os profissionais da saúde lidam com os conhecimentos populares dos usuários da estratégia. Os resultados encontrados apontaram divergências entre os profissionais a respeito de como acolher ou não saberes populares. Muitos deles não consideram a subjetividade e as representações sociais da cultura popular no processo saúde/doença. Outros admitem esses conhecimentos como mecanismo para que o usuário aceite a terapia proposta; e, apenas, uma minoria valoriza esses saberes, como complementares ao universo científico, na construção da integralidade.

Situando a medicina popular dentro do contexto maior da cultura popular, Fernandez Saldano (2006) estudou 73 famílias da zona rural da província de Tucuman na Argentina, acerca da articulação entre a medicina popular e o sistema de saúde. Dos resultados encontrados, o autor ressalta o estreito vínculo da medicina popular com a religião, e, por se tratar da América Latina, com o credo cristão católico; embora 17 % dos entrevistados tenham-se declarado agnósticos. Foi refutada a teoria de que a falta de conhecimento e ignorância está associada à medicina popular, pois 38% declararam ter ensino médio completo e 28% com o superior incompleto. Com relação à capacidade de resolução para todos os problemas de saúde conhecidos na atualidade, 84 % responderam que o sistema de saúde não estava capacitado, apesar de que nenhum entrevistado tenha assegurado que a medicina popular o faria. Para alguns, os curandeiros ajudam em algumas coisas e os médicos em outras. Questionados a respeito do trabalho em conjunto dos dois sistemas médicos, 52% opinaram que o obstáculo se encontra no âmbito médico científico.

Como mostram os estudos realizados a respeito da discussão, não há vencedores nem vencidos, e talvez caiba uma simples pergunta: a quem, e de que forma interessam as práticas desses saberes? Uma das respostas seria: as pessoas que em qualquer tipo de sociedade, adoecem, possuem crenças e saberes, e buscam soluções para seus problemas. Cabe também como resposta o interesse do Estado e das políticas públicas no que se refere à questão abordada.

### 1.3 ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS

*“O social é mais lento que o econômico e o mental mais ainda que o social” (Ernest Labrousse).*

Essa afirmação do historiador Ernest Labrousse refere-se aos laços econômicos e, portanto, políticos, que envolvem o social. Nessa sessão, discutir-se-ão as relações entre Estado com ênfase na sua soberania, em sentido weberiano. Abordar-se-á o conceito de políticas públicas, no sentido de situá-la no nosso estudo.

### **1.3.1 O Estado: um olhar weberiano**

Estado, entre muitos significados quer dizer um povo social, política e juridicamente organizado, que, dispondo de uma estrutura administrativa e um governo próprio, tem soberania sobre determinado território (KOOGAN; HOUAISS, 2000, p. 623). Segundo Giddens (2005,) um Estado existe onde há um mecanismo político de governo, isto é, instituições governamentais, controlando determinado território e cuja autoridade conta com um sistema de leis e da capacidade de usar a força para implementar suas políticas. Numa leitura weberiana, o Estado é responsável pela organização e pelo controle social, pois detém o monopólio da violência legítima, no sentido da coersão, especialmente a legal (WEBER, 2012).

Um Estado é caracterizado pelos elementos que o constituem: população, território e soberania. Numa adaptação, as definições encontradas em Koogan e Houaiss (2000), pode-se referir à população, no sentido de agrupamento de indivíduos num determinado local, submetidos a um poder central. Nação quando indivíduos de uma população possuem elementos comuns, como a cultura, a religião, a nacionalidade, a etnia ou o idioma. Território quando se referir ao espaço geográfico onde reside determinada população, servindo de limite de atuação dos poderes do Estado. E soberania como o exercício do poder pelo Estado, tanto internamente, quanto externamente, uma vez que o Estado deve ser soberano para controlar seus recursos e dirigir seus objetivos políticos, econômicos e sociais, sem depender de nenhum outro Estado ou órgão internacional.

A Homogeneização cultural e nacional tem figurado proeminentemente na origem do Estado Nacional Moderno. Reis (1988) refere-se aos Estados nacionais como sociedades que apresentam suas próprias peculiaridades, e, no entanto, compartilham características tanto quanto Estado quanto como nação, justificando assim esta conceituação genérica. Historicamente, a autora situa os “Estados-nações” como produtos do final do século XVIII, do Iluminismo e da revolução Francesa.

Referindo-se à questão da origem e desenvolvimento do Estado moderno na Europa Ocidental, Florenzano (2007) afirma que ela foi tratada pela historiografia do século XIX e início do século XX, de tal forma que acabou por se confundir, por um lado, com a questão da

formação do sentimento nacional e da nacionalidade, e, por outro lado, simultaneamente, com a questão do próprio advento da modernidade, surgindo o Estado como portador e realizador de ambas. Entretanto, como esse Estado nacional, em quase todos os lugares onde se configurou plenamente o fez sob a forma monárquica e absolutista, monarquia e absolutismo remetem, na ponta ascendente de sua trajetória histórica, à sua relação com o feudalismo e o fim da Idade Média, e, na ponta descendente, à sua relação com o capitalismo o início da Idade Contemporânea (ou fim da Primeira Idade Moderna) (FLORENZANO, 2007, p. 15-16).

Para Florenzano (2007), não surpreende a ausência de consenso entre os historiadores sobre o Estado moderno, ou, o que dá no mesmo, sobre a monarquia nacional absolutista, incluindo aí a historiografia atual, especialmente, quando se trata da Europa em geral e não de um país em particular. Essa falta de consenso se revela com relação quer ao momento do aparecimento do Estado moderno, quer ao nome que a ele se deve dar, quer, ainda, por que seu aparecimento.

Isso posto entendemos Estado Nacional Moderno como constituído por um conjunto de práticas, envolvendo questões de ordem econômica, social e política, com ênfase em quatro aspectos que acompanharam o seu desenvolvimento: a burocracia administrativa, a força militar, leis e justiças unificadas. Para Florenzano (2007), Weber dá ênfase justamente à dimensão institucional do Estado, as formas e modalidades do poder instituído e de seus mecanismos de burocratização, deixando uma elaborada teoria do Estado, em particular, e do poder em geral, contribuindo, como nenhum outro teórico, para o avanço da ciência política no século passado.

Não é de nossa intenção adentrar nos problemas de uma teoria geral do Estado, interessa-nos o pensamento de Weber quando afirma que o Estado moderno monopoliza os meios de legítima violência física, ao longo de um território bem definido. A legitimidade deste monopólio em si é de um tipo muito especial, a “autoridade racional-legal” com base em regras impessoais que restringe o poder do Estado nas elites (WEBER, 1999, p. 526-527).

Quando Weber escreve sobre a sociologia do Estado, ele afirma que o Estado, no sentido de Estado racional, somente se deu no Ocidente. A luta constante, em forma pacífica e bélica, entre Estados nacionais concorrentes pelo poder, propiciou oportunidades para o moderno capitalismo ocidental. À medida que cada Estado particular tinha que concorrer pelo capital, que estava livre de estabelecer-se em qualquer lugar, ditava-lhe as condições sob as quais o ajudaria a tornar-se poderoso. Uma das consequências dessa aliança forçada entre o Estado nacional e o capital fez surgir a classe burguesa nacional (WEBER, 1999, p. 517-518).

Ao discutir historicamente sobre a formação do funcionalismo dentro dos Estados, Weber compara a trajetória do funcionalismo do antigo regime do Estado Chinês, os mandarins, com a dos funcionários dos Estados Ocidentais. No primeiro caso, tudo se baseia na ideia mágica de que a virtude do imperador e dos funcionários, isto é, sua perfeição na formação literária, basta para manter tudo em ordem em tempos normais. Os funcionários não governam, mas somente interferem em tumultos e incidentes desagradáveis. O segundo caso, a que ele vai denominar, Estado racional, descansa sobre um funcionalismo especializado e um direito racional. Embora o direito racional do Estado ocidental moderno tenha se originado em seus aspectos formais do direito romano, não o fez com relação ao conteúdo (WEBER, 1999, p. 518).

Com a decadência do Império Romano no Ocidente, o direito por eles praticados chegou às mãos dos notários italianos, passando depois para os bancos das universidades, por meio de um ensino jurídico sistemático. Segundo Weber (1999), três fatores compuseram a trajetória desse direito até tomar um formato racional. O primeiro foi a semelhança do formalismo mágico do processo germânico combinando-se com o formalismo do direito romano. O segundo deu-se nas transformações da realeza francesa, com a criação dos intercessores (advogados). E por último, a influência da Igreja dando aos processos canônicos, na medida do possível, uma forma racional (WEBER, 1999, p. 518-519). Esta dupla racionalização do processo, por parte secular e eclesiástica, estendeu-se sobre todo o mundo ocidental.

Assim sendo, o Ocidente dispôs de um direito formalmente aperfeiçoado, produto do gênio romano, seus funcionários foram formados na base deste direito, tornando-se superiores a todos os demais como técnicos administrativos. De acordo com o pensamento weberiano, para a história econômica, este fato foi importante porque a aliança entre o Estado e a jurisprudência formal contribuiu indiretamente para o capitalismo.

Embora não faça parte de nossa discussão o capitalismo, seguimos na direção do pensamento de Weber com relação ao seu desenvolvimento e seus desdobramentos com relação ao direito. Esse autor afirma que todo direito orienta-se ou por princípios formal-jurídicos ou por princípios materiais, isto é, o princípio utilitário e o do sentimento natural de justiça. A justiça de toda teocracia e de todo absolutismo orienta-se em sentido material e toda burocracia, ao contrário, é orientada pelo sentido formal-jurídico (WEBER, 1999, p. 519). É com essa burocracia que nos depararemos quando discutirmos as questões relativas à saúde no contexto da aplicação das políticas públicas de saúde.

Só podemos definir o Estado moderno por um meio específico que lhe é próprio, como também a toda associação política<sup>34</sup>: o da coação física. Tomando as palavras de Trotski, o sociólogo assegura: “Todo Estado fundamenta-se na coação”. Quando e por que fazem isso, somente podemos compreender reconhecendo os fundamentos justificativos internos<sup>35</sup> e os meios externos nos quais se apoia a dominação (WEBER, 1999, p. 525-526).

Quando os usuários do SUS se submetem à autoridade Estatal, fazem-no em função daquilo que Weber denomina de justificativa interna, que são os fundamentos da legitimidade de uma dominação. E assim o fazem em virtude da legalidade, por acreditarem na validade de estatutos legais e da competência objetiva fundamentada em regras racionalmente criadas, isto é, em virtude da disposição de obediência ao cumprimento de deveres fixados nos estatutos. Nesse exemplo, os usuários obedecem porque têm a disposição de obediência e, porque, racionalmente, para eles são válidas as formações dos profissionais da saúde e todo aparato da medicina oferecida pelo poder Estatal.

As justificativas internas nem sempre correspondem a uma única motivação. No exemplo dado, essas pessoas não estão sob um tipo único de dominação. No que concerne aos processos de adoecimento e cura, em comunidades rurais, onde a influência da tradição e da religião é marcada, essas pessoas se submetem e obedecem, também, ao domínio do tipo tradicional, perceptível na prática das rezadeiras, frequentemente exercida por mulheres mais velhas da comunidade, que têm esse conhecimento tradicional reconhecido. Outros agentes de cura, comumente denominados de curandeiros ou curadores, têm a sua autoridade também reconhecida em face do dom de graça pessoal, atuando de forma carismática, dentro de uma entrega pessoal à sua missão. As práticas desses agentes de cura são reforçadas em função da sua ligação religiosa e/ou mágica. As circunstâncias próprias da localidade, tipos de trabalho e subsistência, também, favorecem o surgimento de figuras que exercem um domínio do tipo carismático, como é o caso dos líderes comunitários ou de associações de trabalhadores, que se tornam porta-vozes para resoluções das problemáticas da comunidade. Portanto, os três tipos de domínios da classificação weberiana, podem coexistir simultaneamente, não são excludentes.

Os meios externos nos quais se apoia a dominação são representados pelo quadro administrativo da organização de dominação política, bem como a de qualquer outro empreendimento; não está ligado à obediência diante daquele que detém o poder, àquela ideia

---

<sup>34</sup> Política no sentido weberiano da tentativa de participar no poder ou de influenciar a distribuição de poder, seja entre vários estados, seja dentro de um Estado entre grupos de pessoas que este abrange (WEBER, 1999, p. 526).

<sup>35</sup> Refere-se aos três tipos de domínios: tradicional, carismático e o da legalidade (WEBER, 1999, p. 526).

de legitimidade, mas sim por dois meios que apelam ao interesse pessoal, recompensa material e honra social (WEBER, 1999, p. 527). A esse assunto, voltaremos no capítulo dois quando tratarmos do resultado dos questionários aplicados à equipe de profissionais da unidade de saúde em estudo.

Na linha do pensamento weberiano, vemos que toda organização de dominação exige uma administração, a obediência da ação humana diante daqueles que reclamam serem os portadores do poder legítimo, um quadro administrativo, assim como de recursos administrativos materiais. Segundo Weber, uma associação política, em que os meios administrativos materiais se encontram integral ou parcialmente no poder próprio do quadro administrativo dependente, é uma associação organizada estamentalmente, como acontecia na associação feudal, em que o vassalo pagava de seu próprio bolso a administração e a jurisdição do distrito que constituía seu feudo, além de equipar-se e abastecer-se para a guerra. Nesse contexto, o senhor governava com a ajuda, por exemplo, de uma aristocracia autônoma, dividindo, portanto, com ela a dominação. Não é esta a situação do Estado moderno, com ênfase na ordem burocrática, em que está caracterizada a separação entre o quadro administrativo, os funcionários e trabalhadores administrativos, e os meios materiais da organização (WEBER, 1999, p. 528-529).

Será nesse Estado moderno, democrático com o domínio efetivo, que se manifesta no cotidiano da administração, e, inevitavelmente, nas mãos do funcionalismo burocrático, que trataremos das Políticas Públicas de Saúde.

### **1.3.2 As políticas públicas**

Enquanto campo de conhecimento, as políticas públicas são do interesse em nosso estudo porque suas ações repercutem na economia e na sociedade. É um campo multidisciplinar, cabendo, portanto uma abordagem sob o olhar das ciências sociais e da saúde. O caso brasileiro aqui se refere, especificamente, à política pública de saúde que resultou no Sistema Único de Saúde.

Em uma revisão de literatura sobre Políticas Públicas, Souza (2006), citando Mead, Lynn, Peters Dye e Laswell, apresenta diferentes definições para esse campo. Elas são, muitas vezes, colocadas dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas, ou como atividades dos governos, ou ainda enfatizando o papel da política na solução dos problemas. Segundo a autora, alguns críticos dessas definições argumentam que elas ignoram a essência da política pública, que é o embate em torno de ideias e interesses e

por concentrar o foco no papel dos governos, deixam de lado o seu aspecto conflituoso e os limites que cercam as decisões do (SOUZA, 2006, p. 23-24).

Para essa doutora em Ciências Políticas, as definições sobre políticas públicas, até mesmo as minimalistas, conduzem nosso olhar para o *locus* onde os embates em torno de interesses, preferências e ideias se desenvolvem, ou seja, os governos. Essas definições assumem, em geral, uma visão holística do tema, por dois sentidos. O primeiro é porque leva em conta que o todo é mais importante do que a soma das partes e que, indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças a respeito da importância relativa destes fatores. O segundo é que o caráter holístico dela não significa que lhe falte coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários olhares (SOUZA, 2006, p. 24). E assim a autora resume:

Política Pública é como o campo de conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006, p. 24).

E é nesse mundo social e real que está assentado nosso estudo. A análise de nosso objeto de estudo envolve questões essencialmente sociais, e, nesse sentido, convém fazer a distinção entre os estudos sobre política pública e aqueles sobre política social. Para Souza (2007), ambos compõem um campo multidisciplinar, mas seus objetos e focos são distintos. Os estudos sobre políticas públicas buscam explicar a natureza da política analisada e seu processo. Os estudos pioneiros sobre política social discutiram sobre o Estado do bem-estar social e, na atualidade, essas pesquisas têm abordado as áreas da política e gestão de serviços sociais, principalmente, saúde e educação no caso brasileiro. Para a autora, enquanto estudos sobre políticas públicas concentram-se no processo e em responder questões como “por que” e “como”, os estudos em políticas sociais têm a atenção voltada para as consequências da política, ou seja, o que a política faz ou fez. O processo é considerado apenas como pano de fundo (SOUZA, 2007 p. 70-71).

Discutindo os modelos de formulação e análise de políticas públicas, Souza (2007), utilizando diversas definições e modelos a respeito destas políticas, sintetiza seus elementos principais em sete características das políticas públicas:

1. Permitir a distinção entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato faz.
2. Envolver vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada nos governos, e não necessariamente se restringir a participantes formais, já que os informais são também importantes.
3. Ser abrangente e não se limitar a leis e regras.
4. Ser reconhecida como uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados.
5. Embora tenha impactos em curto prazo, é uma política de longo prazo.
6. Envolver processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.
7. Estudos sobre política pública propriamente dita focalizam processos, atores e a construção de regras, distinguindo-se dos estudos sobre política social, cujo foco está nas consequências e nos resultados da política.

Nosso estudo sobre representações sociais do adoecimento e da cura se desenvolve no contexto social de uma zona rural onde há dez anos foi implementado o Sistema Único de Saúde, como fruto da política pública de saúde do governo brasileiro. De fato, não é nosso objetivo analisar e explicar a natureza da política pública ali implementada, nem seu processo; assim como, também, não temos como meta a avaliação das consequências desta política. Interessa-nos entendê-la enquanto contexto da política de saúde no Brasil, relacionando as transformações produzidas nesse território em função dos acontecimentos dessa política. A este assunto retomaremos no capítulo três, quando trataremos especificamente da política de saúde no Brasil.

## 2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E AS QUESTÕES DE MÉTODOS: UM OLHAR SOCIOANTROPOLÓGICO DA SAÚDE

Neste capítulo, discutir-se-ão as representações sociais. Como suporte teórico, pontuam-se alguns recortes da noção apresentada por Durkheim e Moscovici, além de trabalhos desenvolvidos na área da saúde. Embora seja um conceito sociológico, o maior acervo de pesquisas sobre representações sociais encontra-se, sobretudo, nas áreas da psicologia cognitiva ou psicologia social. Portanto, discutir representações sociais do adoecimento e da cura significa transitar numa seara multidisciplinar entre os campos das ciências sociais, humanas e ciências da saúde.

Para estudar as representações sociais relativas à saúde optou-se por um recorte sobre do adoecimento e cura em uma comunidade rural da Paraíba, confrontando o saber tradicional e o saber científico. O contexto do universo escolhido é o das relações socialmente desenvolvidas no atendimento nas unidades de saúde da família, a partir da implementação do SUS nessa região há dez anos.

Quando um pesquisador oriundo das ciências da saúde decide abordar o fenômeno a partir da perspectiva social, o primeiro aspecto a ser considerado é a diferença conceitual e de abordagem nos fundamentos dessas ciências, não apenas com relação à metodologia, mas também aos conflitos pessoais em função de suas próprias experiências. Nesse sentido, são muitos encontros e desencontros do pesquisador e pesquisados.

Ainda, nesse capítulo, um espaço foi dedicado ao lócus da pesquisa. Rio Tinto tem uma história peculiar enquanto município de um estado nordestino. A história da fábrica confunde-se com a história do povo. E é desse povo que parte da equipe de saúde foi formada, integrando-os assim ao sistema de saúde atuante, ao mesmo tempo em que conservam, transformam ou ressignificam suas concepções relativas ao processo saúde-doença-cura. Por último, dedicou-se às questões de ética em consideração às falas, entrevistas e questionários aplicados.

### 2.1 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO FENÔMENO: **teoria e métodos**

Em uma revisão de estudos antropológicos e qualitativos sobre as dimensões socioculturais da saúde/doença englobando os seus subtemas, conceitos e metodologia, Canesqui (2003) afirma que não é peculiar à década de 1990 a centralidade dos estudos etnográficos sobre as representações de saúde e doença em geral, do corpo ou de doenças específicas em busca de significados para os grupos pesquisados que refletem também sobre os

limites das intervenções médicas, sempre tidas em discordância com o universo cultural das classes trabalhadoras urbanas. Com relação aos estudos em si, a autora refere que uma parcela deles aprofundou conceitos e metodologias, ao passo que outros se valeram de procedimentos etnográficos ou simplesmente ao emprego de técnicas qualitativas para estudar o tema.

Discutindo conceitos e metodologia das representações sociais, Canesqui (2003) considera que o emprego da noção de representação fez-se, às vezes, de maneira frouxa e apenas referida a certas “imagens” da realidade; ou confundiu-se na pesquisa, com a transparência dos discursos dos agentes sociais; outras a busca de signos, dos seus múltiplos sentidos e das profundas estruturas concluiu a análise dos discursos sem deixar claro as condições e o contexto de sua produção. Muitos desses estudos derivaram-se das interlocuções entre disciplinas como a psicologia social, antropologia e sociologia, não apenas na busca do sentido, mas também como forma de conhecimento (CANESQUI, 2003, p. 112).

Referindo-se ao uso da noção de representação social no Brasil, ela cita, pelo menos, quatro motivações que conduziram os pesquisadores a trabalhar nessa perspectiva: a crise profunda dos esquemas globais de explicações fundadas nas determinações socioeconômicas; o retorno do sujeito, no sentido de sua experiência vivida; a intensificação dos processos de participação social e a interrogação do pesquisador sobre a sua posição em relação ao objeto de pesquisa. Segundo a autora, os estudos de Claudine Herzlich, nos anos 1960 na França, tiveram motivações semelhantes (CANESQUI, 2003, p. 112).

No referido estudo, Claudine Herzlich sustenta que o uso do conceito de representações sociais pode ser fecundo particularmente no campo da saúde e da doença. Ressalta o quanto foi importante estudar as representações de saúde e doença como realidades *sui generis*, isto é, fora dos modelos médicos. Ela enquadra sua pesquisa na linha de trabalhos antropológicos, mantendo como ponto de partida o pensamento durkheimiano, isto é, considerando as representações sociais como “pensamento social” (HERZLICH, 2005, p. 61). As pesquisas dessa socióloga foram importantes para os estudos no campo da saúde, pois, se de um lado retira a ênfase atribuída por Moscovici à ação da conduta individual, de outro, dilui o peso da força coercitiva da sociedade na elaboração das representações.

Reportando-se ao trabalho realizado com Janine Pierret em 1984, Herzlich (2005) revela que o recurso à história poderia constituir um caminho para a análise das representações sociais quando se deseja estudar as concepções de doença e do doente no conjunto dos fenômenos macrossociais. Da mesma forma, o cruzamento das perspectivas sociológicas e antropológicas pode ter um caráter revelador, seja por contraste ou por analogia com as representações de outra sociedade, resultando assim em melhor apreensão dos

caracteres e o funcionamento dessas configurações que se denominam de representações sociais. O estudo das variações, segundo grupos sociais ou segundo populações particulares, podem certamente constituir outro aporte.

Considerando que no âmbito da metodologia qualitativa nas ciências sociais o conceito das representações tem se apresentado com grande expressão, Queiroz (2000) o utilizou numa perspectiva multidisciplinar. Para ele, o sentido moderno de pesquisa qualitativa tem como fundamento o sistema desenvolvido por Kant, no momento em que esse filósofo divide o conhecimento humano em três áreas – o científico, o moral e o estético – estabelecendo fronteiras e limites entre eles. Ou seja, o conhecimento científico limita-se ao fenômeno e, mediante a razão pura, ele é quantificado, podendo estabelecer relações matemáticas entre fatos e coisas. Os conhecimentos moral e estético ultrapassam o fenômeno e se referem à coisa em si, num sentido de superar o particular e alcançar o universal. Nesse sentido, a predominância da razão pura teria provocado um desequilíbrio entre as grandes áreas de conhecimento, produzindo uma perspectiva unidimensional do mundo e a conseqüente perda de qualidade, de sentido de profundidade das coisas. As ciências humanas, que deveriam, juntamente com a filosofia e a arte, focalizar a atenção nesse aspecto, passaram a lidar com o um objeto fragmentado e sem finalidade, característica da perspectiva unilateral do positivismo (QUEIROZ, 2000, p. 28).

Seguindo na linha histórica, Queiroz (2000) afirma que desde Descartes, dimensões humanas, tais como sensibilidade, intuição e emoção, têm sido despojadas de sua dignidade e relegadas a um plano secundário na produção de conhecimento. Diante do saber científico, produzido pela civilização ocidental moderna, os saberes do senso comum e do cotidiano, incluindo-se aí as representações sociais, passaram a ser considerados meios precários e ilusórios de conhecimento, que só podem conduzir ao erro (QUEIROZ, 2000, p. 29). Entretanto, mesmo sob a hegemonia do paradigma mecanicista, na tradição iluminista ocidental, a busca pela essência e pelo significado profundo das coisas persistiu em três grandes tradições modernas: a psicologia social francesa a partir de Moscovici, a fenomenologia alemã desde Husserl até Schutz e Garfinkel e a antropologia social e cultural britânica e norte-americana, que a partir de Malinowsky e Boas colocaram em evidência os valores do mundo do próprio pesquisador e buscaram conhecer o “outro” em seus próprios termos (QUEIROZ, 2000, p. 29).

Moscovici opôs-se às correntes do pensamento psicológico, particularmente, a psicologia cognitiva nos moldes em que ela estuda o processo de aprendizagem sem qualquer preocupação com as condições sociais de sua produção. Para o psicanalista francês, a

separação entre indivíduo e coletividade é uma dicotomia falsa. Mesmo influenciado por Durkheim, ao deslocar suas categorias explicativas de um espaço essencialmente social para uma dimensão entre o social e o psicológico, Moscovici, torna o conceito de representações social mais maleável e operacional, mais dinâmico e multidisciplinar. O indivíduo, ao invés de marionete, é percebido como um ator que manipula as regras e os papéis sociais, ao mesmo tempo em que cria novas regras e papéis (QUEIROZ, 2000, p. 31). Ainda segundo esse autor, o ponto de vista das abordagens metodológicas é importante e ressalta a contribuição do trabalho de Claudine Herzlich (1973) quando, utilizando a perspectiva desenvolvida por Moscovici, estuda as representações sociais sobre saúde e doença transcrevendo a linguagem dos atores sociais entrevistados, deixando transparecer, por si mesma, o sentido lógico e as estratégias de ação presentes nessas representações.

De um modo geral, a tradição intelectual francesa permanece convencida da universalidade positiva da razão e do método científico, enquanto que a tradição alemã segue em outra direção. Conseqüentemente, no caso francês não há diferença metodológica significativa entre as ciências humanas e as naturais; enquanto que a tradição alemã, ao lidar com atores sociais intrinsecamente livres, que determinam para si mesmos o mundo que percebem e atuam, torna a realidade essencialmente diferente, diferença esta que requer métodos próprios, que não se comparam com os desenvolvidos pelas ciências naturais.

Para Queiroz (2000), Dilthey é o representante desse argumento quando estabelece a existência de uma diferença básica entre o estudo da natureza e o das humanidades. Assim sendo, o estudo das ciências naturais que tratam dos fenômenos inanimados, existentes inteiramente à parte da humanidade, adequam-se ao método científico do paradigma mecanicista, o que não acontece com as ciências humanas que lidam com subjetividades impulsionadas por uma vontade e uma consciência livres, construtoras de realidades e de mundos por intermédio do intelecto e da emoção. Para o filósofo e sociólogo alemão, a tentativa de reduzir o objeto próprio das ciências humanas a fatos ou fenômenos naturais, como ocorre no positivismo, causaria inevitavelmente uma perda do sentido da ação humana, empobrecendo irremediavelmente o conhecimento sobre esse nível de realidade. Caberia às ciências humanas encontrar métodos que tragam à tona as essências. Segundo Queiroz (2000), embora Dilthey não usasse o termo representação social, teria estabelecido as bases para que tal conceito pudesse ser operacionalizado com o sentido moderno, uma vez que, no seu pensar, o eixo metodológico adequado às ciências humanas consiste na interação entre experiências pessoais, sua realização em expressão criativa e a compreensão reflexiva desta experiência. Portanto, as representações sociais consubstanciadas em tipos de visões de

mundo constituem, desse modo, matérias-primas fundamentais na análise própria às ciências humanas (QUEIROZ, 2000, p. 33-34).

Ainda dentro da tradição alemã, a perspectiva fenomenológica de Husserl considera que, entre a ideia da coisa (a essência) e seus aspectos (o que ela mostra), ocorre a aventura pré-reflexiva e inarticulada do mundo como se manifesta na vida cotidiana. Nesse sentido, o mundo da vida antecede qualquer atividade humana, qualquer pensamento, inclusive o pensamento científico. Para a fenomenologia de Husserl, o fenômeno, que comporta coisas naturais, ideais e culturais, só tem existência garantida como objeto de consciência. Assim sendo, o conhecimento refere-se a ontologias regionais que enfocam, por exemplo, a região da consciência, da natureza, da matemática, da religião, das artes etc. Ao contrário do positivismo, que supõe um método científico universal, cada uma dessas regiões requer metodologias específicas determinadas pela natureza do objeto (QUEIROZ, 2000, p. 34-35). Essa perspectiva ampliada de Husserl é importante para as ciências sociais porque, ao valorizar a experiência vivida no cotidiano, o senso comum, conseqüentemente a expressão das representações sociais, abre um espaço para diferentes abordagens de apreensão do conhecimento.

As contribuições de Weber com relação ao estudo das representações sociais é no sentido de que seu método pretende alcançar uma compreensão interpretativa da ação social. O homem pode compreender ou procurar compreender suas próprias intenções pela introspecção, ou pode interpretar os motivos da conduta de outros homens em termos de suas intenções professadas ou atribuídas. Para esse sociólogo, as ações motivadas correspondem a tipos diferentes, sendo que as do tipo mais compreensivo são aquelas que estão na natureza da adequação racional, em que o homem econômico constitui o exemplo mais destacado. E as menos racionais são exemplificadas em termos da busca de fins absolutos, fluindo a partir de sentimentos afetivos ou dos elementos tradicionais (WEBER, 2002, p. 39-40).

Na perspectiva weberiana, o atributo básico do social é a relação do seu significado subjetivo com a ação dos outros. Se, em Durkheim, as representações sociais são apenas sombras refletidas na estrutura social objetiva, em Weber elas constituem a matéria-prima fundamental que forja e dá sentido à realidade social. A sociologia compreensiva de Weber pretende, assim, entender os motivos que levam o ser humano à ação, além de verificar as conseqüências destas no âmbito institucional. Ao conceber o fenômeno social como uma dimensão subjetiva, Weber coloca-se em oposição ao positivismo; para ele, o método é um instrumento determinado pela natureza do objeto em investigação. O que falta em Weber é uma melhor definição do contexto em que a ação social se desenrola. Nesse sentido, o pensamento de Weber não contempla uma sociologia do cotidiano, que dimensiona o

relacionamento entre o nível da ação subjetivamente orientada e da ordem (social, cultural), uma lacuna que, mais tarde, Schutz irá preencher (QUEIROZ, 2000, p. 36-37).

O postulado da interpretação subjetiva, segundo Schutz, pode ser entendido no sentido de que todas as explicações científicas do mundo social podem e, de acordo com o propósito, referir-se ao significado subjetivo das ações dos seres humanos, das quais se origina a realidade social (SCHUTZ, 1979, p. 270). Para Schutz (2003), a referência ao ponto de vista subjetivo sempre *pode e* deve ser efetivado. Posto que o mundo social, em todas as suas facetas é um cosmos muito complicado de atividades humanas, sempre podemos voltar ao “homem esquecido” das ciências sociais, ao ator do mundo social cujas ações e sentimentos estão na base de todo o sistema. “Procuramos, então, compreendê-lo em suas ações e seus sentimentos, e compreender o estado de ânimo que o induz a adotar atitudes específicas em relação a seu ambiente social” (SCHUTZ, 2003, p. 20).

A perspectiva fenomenológica de Schutz concorda com quase todo o sistema de Husserl, com exceção do seu aspecto de ciência objetiva da consciência humana transcendental. Schutz focaliza a estrutura dos atos de consciência, baseia-se no mundo da vida e analisa como a subjetividade se constrói e tipifica a realidade a partir da experiência cotidiana dos indivíduos. Entretanto, a consciência para Schutz não é pura e transcendental, como em Husserl, mas uma consciência socialmente dirigida. Nesse sentido, as representações sociais seriam instâncias privilegiadas de investigação fenomenológica, por encerrar, ainda que em menor escala, todos os ingredientes do pensamento e da vida social. O estudo das representações sociais, nessa proposição, necessita de uma abordagem compreensiva. A difusão da perspectiva que valoriza o subjetivo e o individual na construção da realidade social, encontrou em autores como Goffman e Garfinkel seus representantes mais notáveis (QUEIROZ, 2000, p. 37-38).

A antropologia moderna inaugurada por Malinowsky, que se propõe a entender o “outro” em seus próprios termos, coincide com a necessidade de promover metodologias que pudessem dar conta tanto dos valores como as categorias provenientes do mundo do pesquisador. Segundo Queiroz (2000), essa nova postura metodológica fundamentalmente qualitativa, exigiu dos investigadores dois tipos de disciplina: uma ligada ao emocional, no sentido de abertura e tolerância em relação ao “outro”; outra, de caráter intelectual, regulando os valores morais e categorias de percepção e de entendimento presentes inevitavelmente no mundo do investigador. Este método situa o sujeito e o objeto, isto é, investigador e objeto pesquisado, em um amálgama que constitui a parte central do experimento. Nem o “outro” é consumido pelo sujeito, nem vice-versa (QUEIROZ, 2000, p. 39).

Em sua discussão sobre abordagem objetiva *versus* subjetiva, Schutz escreve: “os cientistas sociais acham eles, podem e devem restringir-se a dizer o que o mundo social significa para eles, cientistas, negligenciando o que ele significa para os atores dentro desse mundo social” (SCHUTZ, 1979, p. 263).

No início do trabalho de campo, visitei vários usuários e/ou agentes de cura. Apresentava-me à Agente Comunitária de Saúde, quase sempre, como uma professora que estava fazendo uma pesquisa e que tinha interesse em plantas medicinais. Percebi que as plantas medicinais funcionavam como um cartão de apresentação, elas estabeleciam um elo comum entre a minha pessoa (estranha) e os nativos. As conversas sobre plantas criavam um espaço comum de conhecimentos tanto do pesquisador como dos pesquisados, era onde nossos pontos de vista se encontravam. O conhecimento mútuo sobre as plantas funcionou como elo de entendimento entre o saber de alguém que investiga e supostamente detentor de conhecimento científico e o investigado; frequentemente, estávamos lado a lado, trocando receitas ou identificando plantas. Essa vivência foi fundamental para que eu, no papel de investigadora, permitisse-me partilhar a “emoção” dos relatos, permitindo que o interlocutor usasse seu tempo para falar do que era importante para ele, e não apenas o que era do meu interesse, ao mesmo tempo em que acatava seus modelos explicativos para posteriormente analisá-los. Embora as conversas sobre plantas tenham ocupado grande espaço nos relatos dos entrevistados, foram elas que constituíram o amálgama entre esse sujeito investigador e o objeto investigado, apontando não apenas os caminhos necessários para encontrar o que buscava, mas o modo de como fazê-lo. A partir daí, passei a entender que qualquer proposta metodológica fechada iria comprometer a pesquisa e eu não iria obter informações fidedignas. Eu não deveria impor questões unidimensionalmente contidas no meu mundo, ao contrário, deveria me abrir à negociação com o universo estudado.

Consoante Queiroz, uma condição geral presente em toda pesquisa qualitativa é transcender os princípios conceituais e metodológicos do próprio pesquisador. A transcendência a que se refere o autor é alcançada quando diante das circunstâncias da observação do fato pesquisado, o pesquisador se torna parte do experimento. E acrescenta: nesse esquema, a divisão entre o sujeito pesquisador e o objeto pesquisado, tão cara ao desenvolvimento da ciência positivista, deixa de existir. Em nosso caso, a transcendência se deu por meio das plantas medicinais. O conhecimento e a vivência mútuos e as trocas de experiências transcendiam os conceitos e o desenho metodológico previamente elaborado pelo pesquisador.

Queiroz também chama a atenção para uma contribuição importante de Malinowsky referente à totalidade do fato psicológico e social descrito nos Argonautas do Pacífico Ocidental, em que demonstra que o fato social só adquire sentido no interior do contexto cultural que o configura. Fora do seu meio, ele parecerá absurdo, irracional ou com seu sentido originalmente alterado. Embora Malinowsky tenha contribuído significativamente para o desenvolvimento da metodologia qualitativa da observação participante, assim como para a perspectiva de totalidade do fato psicológico e social, a sua postura teórica funcionalista assemelha-se ao pensamento durkheimiano no sentido de adotar um viés totalitário e rígido, incapaz de lidar com mudança, conflito e criatividade na instância individual, grupal e social (QUEIROZ, 2000, p. 40-41).

O estudo das representações sociais do adoecimento e da cura como fração de uma realidade social é amplo quando se refere às ações e relações humanas de um contexto socialmente estruturado. E é com esse pensamento que buscamos em diferentes abordagens investigativas e os meios de contemplar os objetivos propostos para esse estudo.

Embora nosso trabalho não tenha um sentido psicossocial, como os desenvolvidos por Moscovici e seus seguidores, interessam-nos as proposições desses teóricos no que concerne às questões metodológicas. A *grande teoria* das Representações Sociais, por eles assim denominada, desdobra-se em três correntes teóricas complementares lideradas por Denise Jodelet, Willem Doise e Jean-Claude Abric. Segundo Sá (1998), Jodelet conferiu uma feição mais objetiva da teoria, assegurando uma ampla base descritiva (do tipo etológico) dos fenômenos de representação social, visando a uma contínua elaboração da teoria. Ela enfatiza os suportes pelos quais as representações sociais são veiculadas na vida cotidiana, isto é, os discursos das pessoas.

Jean-Claude Abric inaugurou a teoria do núcleo central, com uma preocupação específica do conteúdo cognitivo das representações, concebendo-o como um conjunto organizado ou estruturado e não como uma simples coleção de ideias e valores. O conteúdo é organizado em um sistema central e um periférico, atribuindo colocações diferentes para as características aparentemente contraditórias das representações. A teoria de Abric atribui aos elementos cognitivos do núcleo central as características de estabilidade/rigidez/consensualidade e aos elementos periféricos um caráter mutável/flexível/individualizado, e, assim, os primeiros dão o significado global da representação e organizam os segundos, que asseguram a interface com as situações e práticas concretas da população em estudo. Segundo essa teoria, a transformação das representações começa sempre pelo sistema periférico, decorrente das modificações introduzidas nas práticas sociais, podendo apresentar diferentes desenvolvimentos e estados finais dependendo das variadas circunstâncias (SÁ, 1998, p. 77).

Willem Doise trata mais especificamente da dimensão das condições de produção e circulação das representações sociais. Isto é, ele dá respostas à pergunta “Quem sabe e de onde sabe”. Doise integra proposições de Bourdieu à sua definição de representações sociais, quando inclui os processos simbólicos nas relações sociais. Essa vertente considera a posição ou inserção social dos indivíduos e grupos como um determinante principal de suas representações, podendo ser utilizada quando não se quer perder de vista aspectos mais explicitamente sociais (coletivos e ideológicos) das representações. Nela, o conceito de ancoragem<sup>36</sup> é interpretado diretamente em relação à classe ou estrato social em que a representação é construída (SÁ, 1998, p. 74-75).

Na prática, nada impede que essas perspectivas possam ser combinadas, utilizando-se ora como suporte as características de uma ou outra vertente. Em nosso estudo, interessa-nos considerar a proposição de Doise quando buscamos quem sabe sobre adoecimento e cura e de onde sabe. Ao mesmo tempo quando nos referimos aos usuários, precisamos situar os lugares específicos de onde “fala”. Esse usuário é também uma agente de cura? Assim como com relação aos integrantes da equipe de profissionais da unidade de saúde, esse integrante pertence à comunidade local, ou é externo a essa comunidade? Nessa perspectiva, nos vale mais a abordagem de Jodelet, quando na experiência etnográfica das representações sociais aponta os meios de apreender os sentidos nos discursos dos indivíduos investigados. A perspectiva da teoria de núcleo central contribui para pensarmos as transformações das representações sociais decorrentes das práticas sociais, correspondendo ao núcleo periférico dessa vertente.

A teoria geral das Representações Sociais não se vincula obrigatoriamente a nenhum método de pesquisa. A adoção de quadros teóricos específicos de referência – ou seja, as chamadas teorias complementares – resultam em opções preferenciais por diferentes métodos (SÁ, 1998, p. 80). Referindo-se às três vertentes da teoria geral, este autor associa a perspectiva de Jodelet aos métodos qualitativos, à perspectiva de Doise, os tratamentos estatísticos correlacionam e à de Abric, o método experimental. Ele ressalta ainda que a entrevista dirigida constitui uma abordagem indispensável em qualquer estudo sobre representações sociais e que, embora uma perspectiva etnográfica tenha sido incorporada apenas à abordagem teórico-metodológica de Jodelet, as demais teorias conferem igual ênfase à articulação entre práticas e representações (SÁ, 1998, p. 81-82).

---

<sup>36</sup> As Representações Sociais são geradas por dois processos: ancoragem e objetivação. Ancoragem é o processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada, isto é, ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa. Objetivação é transformar algo abstrato em algo quase concreto, une a ideia de não familiaridade com a da realidade (MOSCOVICI, 2010, p. 60-71).

Numa leitura mais sociológica sobre representações sociais, Herzlich nos alerta ao que considera ser hoje o principal limite, isto é, a generalidade do nível de análise que a noção permite, uma vez que, em sua maioria, essa noção parte de um material verbal constituído, seja mediante respostas a um questionário, seja por intermédio do discurso emitido em entrevistas individuais, atribuindo maior valor a mediação da representação pela linguagem.

Isto posto, entendemos que um estudo numa perspectiva socioantropológica é adequado quando queremos apreender as concepções dos sujeitos pesquisados, tomando como referencial o grupo social ao qual pertencem, suas vivências e o contexto sociocultural no qual se inserem. Assim sendo, métodos investigativos tanto da sociologia como da antropologia podem ser aplicados, além de eventuais aportes da história. Considerando que a metodologia deve ser escolhida em coerência com a opção teórica, atribuímos ao nosso estudo um caráter socioantropológico, utilizando principalmente abordagens investigativas qualitativas.

## 2.2 FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS: **relações sociais da pesquisa. Entre o quanti e o qualitativo**

*“O genocídio que pontuou tantas vezes a expansão europeia foi também um epistemicídio: eliminaram-se povos estranhos porque tinham formas de conhecimento estranho e eliminaram-se formas de conhecimento estranho porque eram sustentadas por práticas sociais e povos estranhos. Mas o epistemicídio foi muito mais vasto que o genocídio porque ocorreu sempre que se pretendeu subalternizar, subordinar, marginalizar, ou ilegalizar práticas e grupos sociais que podiam constituir uma ameaça à expansão capitalista ou, durante boa parte de nosso século, à expansão comunista (neste domínio tão moderna quanto a capitalista); e também porque ocorreu tanto no espaço periférico, extra-europeu e extra-norte-americano do sistema mundial, como no espaço central europeu e norte-americano, contra os trabalhadores, os índios, os negros, as mulheres e as minorias; em geral (étnicas, religiosas, sexuais)” (SANTOS, 1999, p. 283).*

Nesta sessão, discutimos os fundamentos epistemológicos das Representações Sociais, que a princípio nos remete a dois tipos de conhecimentos: o da ciência e o do senso comum, sem esquecer, como bem observa Santos (1999), que há muitas formas de conhecimento, tantas quantas as práticas sociais que as geram e as sustentam. Quando nos referimos às

representações sociais como conhecimento construído, principalmente no cotidiano de uma comunidade, estamos falando de universos consensuais de pensamentos; e foi nessa direção que conduzimos a trajetória metodológica das representações sociais do adoecimento e da cura em nosso estudo.

Para Santos (1999), antes de uma episteme há uma prática, se exterminam as práticas para se exterminar epistemes, ou modos de ter conhecimento. Ao discutir conhecimento e subjetividade em *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*, Boaventura (1999, p. 282) afirma que o novo paradigma da ciência, isto é, o paradigma da ciência da pós-modernidade, propõe revalorizar os conhecimentos e as práticas não hegemônicas, porque afinal, são elas a esmagadora maioria das práticas de vida e de conhecimento no interior do sistema mundial.

Como anunciado anteriormente, nosso estudo parte do pressuposto de que as concepções sobre adoecimento e cura não são universais ao contrário, são construções sociais formadas pelos indivíduos a partir da percepção, da sua experiência prática, das crenças e da relação de cada ser humano consigo mesmo, com os outros e com o meio social. O contexto histórico e cultural também tem importância nessa composição. Hoje por exemplo, a influência das descobertas e práticas das ciências biomédicas tem sido largamente absorvida pelo senso comum.

Em nosso trabalho de campo, quando nos deparamos com relatos de parteiras e outros agentes de cura a respeito das motivações e formas de adquirir conhecimento a partir de uma prática socialmente partilhada, entendemos que este saber surge no sentido oposto ao da ciência, que trabalha com universos reificados utilizando teorias e conceitos abstratamente sistematizados. Nesses relatos<sup>37</sup> é possível identificar a relação íntima entre prática e conhecimento, além das motivações oriundas das relações sociais.

Pegar menino (ser parteira). O caso era assim. Uma vizinha minha, ela mora ali. Eu peguei dois meninos dela. Dois menino dela já. Foi por causa assim: eu morava assim pegada, as casas pegadas. Aí ela tava assim pra ganhar bebê. Aí não tinha quem pegasse o menino. Aí, como ela ficava me chamando. Eu ia lá quando chegava lá o menino já nascendo, aí eu fazia o parto. Aí pronto, já peguei uns quatro meninos já. Quando o menino nasce aí eu pego o menino. Minha vó era quem pegava menino, minha vó, quem pegou meu primeiro filho, foi minha vó. Só assim, quando o menino nasce, aí meço três dedinhos no cordão umbilical, aí amarro primeiro pra poder cortar. Depois que corto, mais só depois que a placenta sai. Aí é que vou lá corto o umbigo direitinho. [...] (a placenta) – tem delas que é limpa, só aquela bolinha. Tem delas que é

---

<sup>37</sup> Referente às entrevistas realizadas em novembro 2012 com Agentes de cura, nos sítios Taberaba, Areia Branca, Boa Vista e Rio do Banco da zona rural do município de Rio Tinto – PB).

cheia de dedinhos assim ao redor. Eu vou olho. Se tiver tudo direitinho, corto o umbigo. Eu vou lá dou um banho. Se tiver tudo direitinho ajeito a mãe e pronto. Sozinha, na hora a pessoa tem que aprender mesmo, vai fazer o quê? Pra salvar duas vidas. Vai fazer o quê? Pra tudo Deus dá inteligência (Dona Dorinha, 53 anos, parteira).

Comecei a trabalhar prus outros com os sete anos, pastorando gado ganhava cinco mil réis nessa época, por mês, cinco mil réis. Por que minha avó... Foi tempo que meu avó morreu, eu fiquei tomando conta dela, da minha avó. Fui crescendo, crescendo, aumentando na idade, aí também fui aprendendo as coisas. Home, aprendi a curar, a rezar com Jesus. Comecei com sete anos. Home, eu nem lembro sabe, quem foi a primeira pessoa, eu nem lembro porque era muito pequeno demais, a pessoa com sete anos não conhece quase ninguém. Aí eu sei bem, que minha vó também, um tempo, ela disse: Cícero acolá tem um menino mordido de cobra. Eu fui, parte com Jesus e curei. Fui (Seu Pedro, 60 anos, agente de cura).

Chama-nos a atenção à sensibilidade desses agentes de cura (parteiras, rezadeiras, rezadores) para com os demais se colocando como defensor de suas vidas. O sistema de aprendizado, nesses casos, atende a uma lógica distinta da racional, uma criança de tenra idade pode ser considerada responsável e até apta para trabalhar com uma prática de cura. Essas pessoas estão sempre prontas a agir e interceder em favor dos que estão passando por situações de adoecimento, muitas vezes sem possibilidades de receber outro tipo de ajuda. Mas que pela razão, são movidas pelo sentimento de solidariedade, nesse sentido, cumprem uma missão. O contexto social e as circunstâncias temporais parecem ter um papel muito importante nessas decisões. O modelo a ser copiado, a prática e os valores vigentes são os grandes norteadores dessa forma de conhecimento.

O recorte de objetos biossociais como o das representações do adoecimento e cura pode trazer dificuldades, especialmente, em se tratando de comunidades rurais como a de nossa pesquisa, onde valores tradicionais religiosos e as práticas de saúde ainda estão fortemente arraigados. O caso dessa comunidade nos remete à observação Santos (1999) que entendemos como válida de que anterior a uma *episteme* existe uma prática e que, quando se exterminam as práticas, se exterminam *epistemes*.

A moderna ciência ocidental tem sido fortemente criticada em razão dos limites impostos à interpretação da realidade. O fato de considerar principalmente os aspectos materiais da realidade tem efeitos perversos sobre a vida. Hoje, biólogos, físicos, médicos, agrônomos entre outras especialidades, têm, cada vez mais, sentido a necessidade de conhecer as descobertas das ciências humanas e sociais, reconhecendo a importância desses estudos para uma melhor compreensão da vida em geral, especialmente da vida humana.

Adoecimento e cura são fenômenos humanos que se desenvolvem em relações pessoais, sociais e ambientais de acordo com a temporalidade e valores culturais do grupo. Seu estudo requer um olhar que leve em consideração às diferentes facetas da realidade e múltiplas áreas de conhecimento.

Tanto na prática como em pesquisa, os profissionais e/ou cientistas da saúde, frequentemente estabelecem uma aproximação com outras áreas de conhecimento que compõem as ciências sociais. Essa aproximação traz em seu bojo contribuições e desafios, uma vez que esses dois campos, embora comunguem do objetivo de estudar os seres humanos, suas relações, o porquê de seus comportamentos nas diferentes sociedades e culturas, contribuindo para o ser bem estar, partem de princípios, concepções e teorias distintas, utilizando, portanto, métodos e abordagens investigativas diferentes.

A sociologia e a antropologia, especialmente, têm sido as disciplinas sociais mais procuradas pelos médicos e profissionais da saúde em geral, para uma melhor compreensão das ações humanas, visando a um desempenho profissional mais eficiente. São disciplinas integradas nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde, assim como em programas de pós-graduação desenvolvidos, principalmente em medicina coletiva.

Consoante Boudon et al. (1990) a relação entre a sociologia e a antropologia é uma relação de irmãs, compartilhando objetos de interesse, utilizando métodos e técnicas do patrimônio comum das Ciências Sociais. Embora, primariamente, a Sociologia tenha como objetivo a sociedade e como problemas de investigação seus tipos, organizações; ao passo que a antropologia direciona-se para problemas semelhantes no que se refere aos aspectos da cultura. Entretanto, sociólogos e antropólogos convergem seus interesses quando pesquisam estruturas e funções sociais, além da análise da dinâmica das sociedades.

A Sociologia, inicialmente, voltou-se para as sociedades complexas, heterogêneas, ditas civilizadas, industrializadas, modernas, enquanto que a Antropologia interessava-se pelas sociedades relativamente homogêneas e de pequena escala, sem história conhecida, ditas primitivas, tradicionais, sem escrita. Nesse sentido, a Sociologia afirma-se com métodos de sondagem aferida, ao passo que a antropologia opera com inventários descritivos, completos das culturas de pequena dimensão. A partir dos anos 50, os antropólogos começaram a dedicar-se ao estudo das sociedades complexas, enquanto que os sociólogos passaram a debruçar-se sobre os aspectos simbólicos do comportamento, sobre as microrrelações de ordem ritual, jurídica, cultural, adaptando os seus métodos para estas abordagens (BOUDON et al., 1990, p. 21).

Nas últimas décadas, um dos aspectos que tem sido alvo dos estudos da sociologia e também da antropologia é a forma como os indivíduos constituintes da sociedade podem ser manipulados para a manutenção da ordem social e do monopólio da força física legitimada ou o que restou das práticas tradicionais após a disseminação do pensamento científico. Muitos desses estudos são concernentes à própria cultura ocidental. Também pesquisam os microprocessos, como os padrões de relações interpessoais e comportamento humano, abrindo então um campo de estudo que se relaciona com a área da saúde.

Sociólogos fazem uso frequente de técnicas quantitativas de pesquisa social, por exemplo, a estatística para descrever padrões generalizados nas relações sociais. Isto ajuda a desenvolver modelos que possam entender mudanças sociais e como os indivíduos responderão a essas mudanças. Em alguns campos de estudo da Sociologia, as técnicas qualitativas – entrevistas dirigidas, discussões em grupo e métodos etnográficos – permitem um melhor entendimento dos processos sociais de acordo com o objetivo explicativo. Essas técnicas de coleta de dados podem ser complementares, uma vez que os estudos microsociológicos podem estar associados ou ajudam o melhor entendimento de problemas macro-sociológicos, como se observa no campo da saúde humana.

Numa discussão sobre quantitativo-qualitativo, enquanto instrumentos de abordagens investigativas da Saúde Pública, Minayo e Sanches (1993) argumentam que nenhuma das duas é boa, no sentido de ser suficiente para a compreensão completa desta realidade. Para esses autores, um bom método será sempre aquele que permita a construção correta dos dados, que ajude a refletir a dinâmica da teoria, além de que deve ser operacionalmente exequível (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 239). E vão mais adiante em seus argumentos quando afirmam que, do ponto de vista metodológico, não há contradição, assim como necessariamente não há continuidade entre uma investigação quantitativa e uma qualitativa, uma vez que elas pertencem a diferentes naturezas.

A investigação quantitativa atua em níveis de realidade em que os dados se apresentam aos sentidos e tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis; devendo, portanto, ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, a exemplo de conjuntos demográficos, colocando-os em uma classificação de modo a torná-los inteligíveis através de variáveis (MINAYO; SANCHES, 1993). Em nossa pesquisa, lançamos mão de dados quantitativos quando falamos de extensão do município e zona rural, população urbana/rural, área populacional atendida, percentual de profissionais para usuários, indicadores de patologias, patologias mais frequentes, entre outros dados.

Em contrapartida, as investigações qualitativas trabalham com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, assim sendo, adequam-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente. Nessa perspectiva, usamos métodos qualitativos para relacionar valores, crenças, hábitos, opiniões e representações do adoecer e da cura segundo nossos sujeitos pesquisados.

Segundo Sá (1998), a proposição teórica de uma representação social envolve alguém como sujeito (a ser investigado), em nosso caso, os usuários do SUS zona rural do município de Rio Tinto; e o objeto, para nós – o adoecimento e a cura. Ao mesmo tempo, essas representações sociais compõem o “ambiente de pensamento” da vida cotidiana, englobam, de forma complexa, fluida e entrecruzada, numerosos e diversos assuntos de conhecimento e numerosos grupos ou conjunto de sujeitos conhecedores; ao que nós relacionamos não apenas a pessoas dos usuários, da equipe de profissionais das unidades, dos agentes de saúde, como também às suas relações, opiniões e valores.

Entendemos nosso estudo entre as pesquisas que apontam para relações das ciências humanas com as da saúde como objetos de estudos válidos, imersos em um contexto científico renovado por alternativas metodológicas que ocupam espaços até então não contemplados pelas metodologias tradicionais, por vezes, métodos pouco ortodoxos.

### 2.3 TÉCNICAS DE COLETA DE INFORMAÇÃO: **observação, questionários e entrevistas**

*“As Representações Sociais ‘são’, de fato, mas elas não podem ser tocadas. Elas existem, mas não se deixam ver. Elas possuem determinada concretude, mas não podem ser delimitadas, medidas, desenhadas. Elas aparecem sem ser vistas; influenciam, sem que as identifiquemos claramente” (GUARESEHI; JOVCHELOVITCH, 2008).*

As representações sociais, tais como Guaresehi e Jovchelovitch (2008) as define, são elementos fugidios, requerendo técnicas adequadas para sua apreensão. O ponto de partida de nosso trabalho foi tomar as representações sociais como um fenômeno da natureza humana, cujo fundamento epistemológico se insere no conhecimento consensual, aquele conhecimento adquirido de forma espontânea, no cotidiano da vida socialmente compartilhada. Nessa

sessão, trataremos das técnicas de coleta utilizadas em busca de apreender as concepções sobre adoecimento e cura, objetivo de nossa pesquisa.

Em face da diversidade de objetivo de pesquisa e de procedimentos utilizados para a coleta e análise de dados, Spink (2004) discute abordagens de pesquisas nacionais e estrangeiras de representações sociais. A discussão dessa autora envolve a noção de representações sociais usadas nas ciências sociais, na psicologia cognitiva e na psicologia social (SPINK, 2004, p. 85-86).

Ao mesmo tempo em que a autora reconhece a contribuição desses estudos pelas ciências sociais, no sentido de que explicitam a estreita relação entre as produções mentais e as dimensões materiais e funcionais da vida dos grupos, ela faz uma crítica no sentido de que a tendência mais marcante das ciências sociais é a de situar as representações sociais como elementos constitutivos da ideologia, de maneira que, muitas vezes, essa ideologia passa a ser o objeto central da pesquisa, ficando excluídos os aspectos cognitivos das representações sociais.

Numa outra ótica, a psicologia cognitiva enfatiza as propriedades estruturais das representações, isto é, focaliza *o que é* conhecido e *como é* conhecido, mas ignora *quem* conhece e *de onde* conhece, eliminando a função expressiva das representações e sua relação com a vida afetiva e emocional (aborda como processo). Enquanto que a psicologia social busca entender as marcas sociais do cognitivo e as condições cognitivas do funcionamento ideológico, e, pensando as representações como forma de conhecimento prático, busca entender seu papel na instituição de uma realidade consensual e sua função sociocognitiva de integração da novidade e de orientação das comunicações e das condutas (SPINK, 2004, p. 86).

A respeito da complexidade do fenômeno, Spink lhe atribui duas faces: uma como produto e outra como processo. Na perspectiva de produto, as representações sociais emergem como pensamento constituído ou campo estruturado. As pesquisas, dentro dessa perspectiva, buscam apreender seus elementos constitutivos, isto é, as informações, imagens, opiniões, crenças. Existe um consenso entre os pesquisadores dessa vertente de que as condições de produção também devem ser analisadas (SPINK, 2004, p. 90). Quando enfocadas como processo, as representações sociais emergem como pensamento constituinte ou núcleos estruturantes. Com esse enfoque, a pesquisa volta-se à compreensão da elaboração e transformação das representações sob a força das determinações sociais, ou ainda à compreensão do funcionamento e eficácia das representações na interação social (SPINK,

2004, p. 91). Esta sistematização é útil quando se analisa um acervo de pesquisas, na prática, essa dicotomia se dilui quando se mescla objetivos investigativos.

Segundo Spink (2004), a complexidade do fenômeno comporta a convivência quase sempre pacífica de diferentes vertentes de investigações, seja como acontece com as ciências sociais, seja na psicologia cognitiva ou social. De um modo geral, as investigações nessas áreas consideram relevantes a ênfase nas condições de produção e o uso de material espontâneo (SPINK, 2004, p. 93). A este respeito essa autora argumenta: sendo uma forma de conhecimento, é inevitável que o estudo das representações sociais esteja ancorado à esfera cognitiva. Entretanto, o conhecimento nessa perspectiva jamais poderia ser entendido considerando apenas o nível individual; ao mesmo tempo em que, sendo produto social, esse conhecimento tem que ser remetido às condições sociais que o engendraram. Enfim, só pode ser analisado tendo como contraponto o contexto social em que emerge, circula e se transforma (SPINK, 2004, p. 93).

Nosso estudo refere-se a concepções sobre adoecimento e cura, portanto estamos tratando de conhecimento. Conhecimento esse elaborado, a partir de experiências individuais e vivências sociais. Assim sendo, nossa investigação remete à produção daquilo que é elaborado em nível intra e interindividual. Procuramos saber *quem sabe e de onde sabe* para justificar nosso pressuposto de que não é apenas o sistema de saúde que leva a esse conhecimento. Para as respostas ao nosso questionamento, buscamos tanto em elementos do produto das representações sociais como naqueles pertinentes ao seu processo, sem deixar de lado o meio ou condições sociais onde foram elaboradas.

Segundo Spink (2004), o contexto de produção/circulação das Representações Sociais está presente nos estudos empíricos sob duas formas: mediante o estudo de situações sociais complexas, a exemplo das instituições, comunidades e eventos; ou quando têm como foco sujeitos, agentes, atores sociais definidos como médicos, psicólogos, operários, deficientes físicos etc. Trazendo o pensamento da psicóloga social Himmelweit, a autora ressalta que, mesmo quando se focaliza esses atores sociais definidos, a localização social do sujeito tem que ir além da mera distribuição da variação quanto ao nível educacional ou classe social. Isto é, o estudo deve ser aprofundado em cada grupo, de modo a dar conta da orientação específica que suas crenças ou Representações Sociais assumem e das prioridades alocadas aos valores compartilhados (SPINK, 2004, p. 93). Nessas pesquisas referidas por Mary Jane Paris Spink, são mais comuns os estudos sobre sujeitos ou grupos socialmente localizados, alguns a partir de abordagens comparativas horizontais, enfocando vários grupos em uma mesma sociedade;

outros, trabalhando com abordagens verticais, comparando diferentes culturas ou formações sociais.

Independente da ótica disciplinar do estudo das representações sociais, ela ressalta a importância de dois procedimentos: um que tenha ênfase nas condições de produção e outro que se refere ao uso de material espontâneo. Com respeito a ênfase nas condições de produção das representações sociais em pesquisas realizadas majoritariamente no campo da psicologia, Spink (2004) cita o uso da observação participante, da reconstituição histórica, entrevistas e questionários. Ao passo que, em situações complexas, afirma que o estudo das representações sociais aproxima-se das etnografias ou da pesquisa participante, tão comum à antropologia.

A averiguação das concepções dos usuários do SUS a respeito de adoecimento e cura nos remeta não apenas à produção dessas representações sociais, mas também ao seu processo, sua circulação e reformulação. O contexto rural escolhido se apresentava como um campo aberto, de modo que, desde o início, percebemos que uma abordagem, por exemplo, com questionário estruturado poderia ser entendida como uma imposição, dificultando o acesso às informações e/ou mascarando os dados. Apoiados em modelos anteriormente referidos, tomamos a decisão de começar com a pesquisa qualitativa, por meio de uma abordagem etnográfica.

### **2.3.1 A etnografia como precursora na pesquisa sociológica em saúde**

*“A realidade não é transparente e é sempre mais rica e mais complexa do que nosso limitado olhar e nosso limitado saber” (MINAYO, 2009, p. 17).*

Estudos que envolvem questões ligadas à saúde, à doença e aos processos de cura tratam de fenômenos biológicos, psicológicos e socioculturais que trazem suas concepções ou teorias explicativas forjadas a partir de diferentes paradigmas. Nesse sentido, a complexidade dos dados e manejo da pesquisa, exige flexibilidade metodológica, ou combinação de mais de um método investigativo.

A etnografia, ramo da Antropologia social ou cultural desenvolvido por Mauss, é considerada precursora da pesquisa sociológica em saúde. Giddens (2005) a define como o estudo de pessoas e de grupos em primeira mão durante um período de tempo, que utiliza a observação participante ou entrevistas para desvendar o comportamento social. A investigação etnográfica pretende revelar os significados que sustentam as ações e interações que constituem a realidade social do grupo estudado, geralmente, produzindo informações

mais ricas e aprofundadas que outros métodos investigativos. Ainda para esse autor, um dos pontos fortes da etnografia é poder oferecer uma compreensão mais ampla dos processos sociais. Entretanto, ela se limita para estudo de grupos ou comunidades relativamente pequenas, resultando que as suas descobertas só podem ser aplicadas aos grupos ou às comunidades estudadas, tornando difícil fazer uma generalização com base em um único estudo de campo.

Para realizá-la, é necessária a participação direta do pesquisador, que com frequência assume um papel ativo nas atividades cotidianas do grupo em estudo, observando o que se passa, pedindo explicações e interpretações sobre as decisões, ações e comportamentos.

Em uma análise da literatura sobre o ensino das ciências sociais nas escolas médicas em diferentes países durante o período de 1960 a 2000, Nunes et al. (2003) assinalam que os artigos encontrados tinham como objetivos: acompanhar e atender às mudanças sociais, às ocorridas na prestação de serviços de saúde, às necessidades da população; técnicas de ensino, estando aí incluídas as pesquisas; grande diversidade temática relativa ao comportamento, seja pessoal, interpessoal, médico, comunidade e ambiente; relações saúde-sociedade, aspectos histórico-sociais da prática médica, entre outros. Os autores ressaltam que, desde a década de 1960, houve uma preocupação de avaliar o estado da arte do campo das ciências sociais e saúde, quer seja a da produção científica ou relacionada ao ensino.

Um dos pontos de ligação entre Saúde e Ciências Sociais se efetua por meio da antropologia social, da sociologia médica ou, mais especificamente, quando se denomina medicina social, hoje consolidada, compondo-se disciplina nos currículos médicos. Apesar de a medicina, em particular a biomedicina, ter seu conceito de saúde-doença reduzido ao plano fenomênico e individualizado da causalidade etiológica, recorrendo em seus estudos a métodos empírico-analíticos (estrutural-funcionalistas), a saúde pública compõe o principal elo com a esfera social. A saúde pública centra sua ação a partir da ótica do Estado com os interesses que ele representa nas distintas formas de organização social e política das populações. Na concepção mais tradicional, é a aplicação de conhecimentos (médicos ou não), com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde, atuar em fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, controlando a incidência de doenças nas populações mediante ações de vigilância e intervenções governamentais. É distinta do conceito mais amplo de saúde coletiva.

Discutindo a proposição de Marc Augé, de pensar não apenas na contribuição da antropologia para o campo da saúde, mas, ao contrário, como a antropologia, especificamente a da saúde e da doença, pode ajudar a (re)pensar o objeto da antropologia, Sarti (2010) afirma

que está em jogo não apenas o inventário etnográfico das diferentes concepções de saúde e doença e suas consequências práticas para o tratamento, que, segundo a autora, alimenta a antropologia médica, mas, sobretudo, a questão teórica que permeia esses estudos num campo em que a noção de cultura se defronta (envolvendo uma atitude ou postura política) com um saber que lhe nega a razão de ser, postulando a primazia da dimensão biológica. E continua, citando Laplantine, ao apontar a antropologia da saúde como aquela fiel à tradição relativista e que considera todos os sistemas médicos, todos os discursos sobre o corpo, à saúde e a doenças como categorias culturais. Finaliza demonstrando que o objeto da antropologia da saúde é constituído pelo que sujeitos, em cultura, pensam e vivem o que é o corpo, a saúde e a doença; no sentido de que, longe de constituir-se em realidade objetiva, o que é corpo depende, sempre, da perspectiva (de dentro e de fora, de cima e de baixo) de quem o carrega consigo, de quem o olha, do que se vê...

Para estudar esse campo, como afirma Sarti (2010) é decisiva a influência de Marcel Mauss, sobretudo por suas formulações sobre o caráter social da noção de pessoa, dos sentimentos ou dos usos de corpo. E ressalta, não somente Mauss, mas a Escola Sociológica Francesa de modo geral (Émile Durkheim, Robert Hertz, entre outros), ao considerar como objeto das ciências sociais “fatos humanos”, antes estudados pela medicina e pela psicologia, como corpos, sentimentos, morte e doença. Essa Escola foi pioneira em fornecer ferramentas teóricas que permitissem tornar inteligíveis esses fenômenos como fatos sociais e culturais.

Estudos envolvendo a saúde e os aspectos sócio-culturais têm contribuído para uma melhor compreensão das ações e comportamentos humanos. Em 2004, Octavio Bonet desenvolveu, no hospital escola de Buenos Aires, um estudo etnográfico sobre a aprendizagem da Medicina Acadêmica. Suas reflexões se dão sobre os aspectos culturais e históricos do campo científico, da medicina acadêmica e da pessoa nas sociedades modernas ocidentais. Argumenta o autor que há uma “*tensão estruturante*” entre o saber e o sentir, isto é, entre o conhecimento e os sentimentos e emoções. O autor apóia-se em teóricos como Michel Foucault e Norbert Elias para demonstrar que o a biomedicina se afirma como uma disciplina científico-racional caracterizada pelo afastamento do sensível, pela fragmentação dos domínios, pela universalização dos saberes e pela interiorização dos sujeitos. Ele observa ainda que a biomedicina vem- se constituindo por contraste às críticas externas (da área das ciências humanas como a antropologia) e das críticas internas produzidas pelas “outras” medicinas, a que denomina de “*românticas*”.

Reconhecemos a complexidade que envolve as questões aqui levantadas, apontando para o campo interdisciplinar entre saúde e antropologia, envolvendo saberes, instituições e

práticas sociais. Assim, ancoramos esse estudo na concepção de que “[o] objeto da antropologia da saúde, portanto, não se constitui pelo que é o corpo, a saúde e a doença, mas pelo que sujeitos, em cultura, pensam e vivem o que é o corpo, a saúde e a doença” (SARTI, 2010, p. 83).

Parece acertado dizer que os estudos antropológicos em serviços de saúde têm-se desenvolvido muito recentemente (SCHUCH; VIEIRA; PETERS, 2010), surgindo como um dos novos territórios de pesquisa etnográfica. Trata-se de enfatizar as relações sociais que se realizam num contexto de processos de adoecimento, normatividade e intervenção sobre os corpos, envolvendo a biomedicina e as experiências das pessoas sobre suas realidades sociais e corporais. Esses estudos contribuem para ampliar a compreensão sobre os fenômenos da saúde e do adoecimento, dentro dos contextos culturais e sociais.

É preciso ressaltar que, desde Mauss, se tem o entendimento da complexidade que envolve estudos sobre corpo, saúde e doença, enfatizando-se as diferentes racionalidades utilizadas nos modelos terapêuticos mobilizados pelo grupo social estudado. Da mesma forma, como os antropólogos da saúde, que apontam para a “imbricação estreita dos fatos relativos à ordem biológica, a ordem social e a ordem do mundo (cosmológico)” (BUCHILLET, 1991, p. 25).

#### 2.3.1.1 Observação participante: *os primeiros passos*

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Esse trabalho da atenção básica é desenvolvido em equipes dirigidas às populações de territórios delimitados, que atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, de forma a manter a saúde desta comunidade. Nesse sentido, a intenção do sistema de saúde implementado pelo SUS é que as equipes Saúde da Família estabeleçam vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade desses profissionais com os usuários e a comunidade, de maneira que haja uma maior resolubilidade desse serviço.

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade.

Após contato com uma médica que trabalha em uma USF da zona rural do município de Rio Tinto, fui apresentada ao secretário de saúde daquele município, que me concedeu a permissão de acompanhar a equipe de uma Unidade de Saúde da Família durante seu trabalho em dias normais de atendimento. A motivação para desenvolver a pesquisa na zona rural de Rio Tinto (PB) deu-se, em razão de alguns fatores decisivos, entre os quais: a possibilidade de investigar comunidades rurais, a disponibilidade do gestor municipal de saúde à pesquisa, o acesso aos sítios e a afinidade da pesquisadora com a médica da equipe de saúde. Outro um aspecto relevante para a pesquisa foi o fato de a equipe de saúde responsável pela assistência a esses sítios ter a intenção de inserir práticas integrativas<sup>38</sup>, a exemplo da fitoterapia, no cuidado à saúde, seguindo as políticas de saúde do Brasil. Tratava-se da iniciativa dos ACS em valorizar as práticas fitoterápicas locais, reforçando o uso de plantas medicinais já utilizadas pelos moradores; além disso, o profissional médico tem formação em homeopatia e familiaridade com o uso de plantas medicinais. Assim sendo, nossa intenção era entender a complexidade e as dinâmicas que assumem as relações de atores sociais em diferentes circunstâncias da vida social envolvendo valores sociais, saberes, concepções de adoecimento e saúde, formas de intervenção sobre o corpo, parâmetros de cura e conhecimento local.

Embora nunca tenha pernoitado no local da pesquisa, minhas idas e vindas frequentes acompanhando os trabalhos da equipe de saúde durante 18 meses seguidos fizeram-me sentir uma observadora participante nos termos da antropologia. O trabalho de campo foi realizado no período de fevereiro de 2011 a setembro de 2012, em quatro localidades rurais do município de Rio Tinto: Sítio Taberaba, Sítio Areia Branca, Sítio Boavista e o Sítio Rio do Banco, compondo um total de 692 famílias, vinculadas a uma única equipe de Saúde da Família, que oferece assistência ambulatorial a partir de fluxo por demanda espontânea. Segundo informações colhidas, os moradores recebem assistência à saúde da família, assistência pré-natal e atendimento odontológico.

A equipe da Unidade Saúde da Família, na época, era composta por uma médica de família, um dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e um agente comunitário de odontologia.

Cabe salientar que não foi nossa intenção problematizar a dicotomia entre urbano e rural, apenas buscar as singularidades de configurações sociais para além do espaço urbano – o lugar, enquanto uma experiência de enraizamento (ESCOBAR, 2005, p. 134). No entanto, a

---

<sup>38</sup> Práticas integrativas são práticas que reconhecem e utilizam recursos não biomédicos no cuidado à saúde da população, preconizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS/PNPIC (BRASIL, 2006d) e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos/PNPMF/2006 (BRASIL, 2009).

categoria espaço social toma uma perspectiva significativa para os agentes sociais investigados quando se aborda o ambiente da unidade de saúde e o ambiente da casa/moradia.

Nossa prioridade nesse estudo etnográfico teve a observação de campo como o principal instrumento de interação com os moradores e nas relações com a equipe de saúde. As conversas informais nas unidades de saúde, na casa de moradores, assim como o acompanhamento das visitas domiciliares dos profissionais de saúde (ACS, médica e enfermeira) permitiram conhecer Agentes de Cura referidos pelos moradores, as relações entre moradores e profissionais de saúde e outras singularidades destas relações.

Não apenas com os profissionais de saúde, mas também com os moradores a aproximação com a pesquisadora foi facilitada pela afinidade de interesses em plantas medicinais. Havia a motivação por parte dos agentes comunitários de saúde, na implantação de uma horta comunitária, tal como orientado pela PNPMF/2006, valorizando o saber local sobre esses recursos naturais. Cabe ressaltar que os agentes comunitários de saúde são recrutados nas próprias comunidades nas quais atuam de tal forma que, frequentemente, comungam dos interesses dos moradores das localidades onde vivem por temas como a horta comunitária, entre outros. Além disso, esses agentes tiveram um papel importante na pesquisa, que foi justamente o de indicar os Agentes de Cura das comunidades, diferentemente dos demais profissionais da equipe de saúde que aparentavam desconhecê-los.

A observação de campo começou nas unidades de saúde e se estendeu às atividades realizadas fora delas pelos profissionais, incluindo: visitas domiciliares aos doentes e ações coletivas de saúde (caminhada na Semana da Hipertensão Arterial, atividades do Programa Saúde na Escola). Esse percurso de observação permitiu levantar situações específicas ou relações sociais entre usuários e profissionais de saúde em diferentes contextos de interação, viabilizando também o diálogo com Agentes de Cura destes sítios.

As conversas informais durante a observação de campo abordavam os seguintes temas: saberes e concepções, saúde e suas perturbações, parâmetros de cura mobilizados pelos agentes sociais locais e relações com o sistema municipal de saúde. Nas entrevistas, os Agentes de Cura buscavam demonstrar sua competência no cuidado dos problemas dos moradores. Estes revelavam habilidades e conhecimentos sobre o manejo das perturbações e sobre os elementos retirados da natureza para dar resolução aos mesmos. Aqui, o valor simbólico dos recursos utilizados para esta resolução está ligado a uma concepção de pessoa, religião e cura.

O trabalho de campo nos permitiu também coletar informações acerca das modalidades de relações que se desenvolvem entre os moradores e a equipe de saúde e

identificar as singularidades deste contexto, cuja riqueza se expressa por meio do imaginário social local, da diversidade religiosa e da conjunção de valores e práticas sociais originários de diferentes fontes societárias: indígenas e não indígenas.

Tratamos aqui dos tipos de relações que se desenvolvem entre profissionais de saúde e usuários a partir da percepção das diferenças entre os valores e modos de vida dos sítios estudados. Nossa perspectiva é a compreensão das relações sociais entre esses agentes sociais, considerando os vínculos múltiplos “entre a criação do lugar e a criação de gente – sem naturalizar ou construir como fontes de identidades autênticas e essencializadas” (ESCOBAR, 2005, p. 136).

A pesquisa de campo é fundamental nesse tipo de estudo, tanto para o amadurecimento da base teórica, quanto no desenrolar do processo de investigação. Na medida em que aprofundávamos nossa observação naquele universo, foi-se tornando claro quais os sujeitos a serem estudados, com que sequência, quando e como abordá-los nos diferentes grupos – usuários, agentes de cura, a equipe como um todo, os ACS/ACO, profissionais de nível superior, os nativos, e os externos, funcionários da secretaria municipal de saúde, motorista e membros do sindicato trabalhadores.

Embora tivéssemos iniciado a pesquisa de campo com uma estrutura de questionários e entrevistas programadas, a elaboração final desse material só se efetivou depois de mais de 18 meses de estudo etnográfico, após percebermos claramente a influência exercida pelos hierarquicamente superiores sobre os subalternos. Por exemplo, as conversas e respostas dos ACS na ausência da coordenadora da equipe eram mais espontâneas, ao mesmo tempo em que, os usuários, quando sozinhos comigo, falavam mais livremente do que quando em presença dos agentes. De um modo geral, as falas dos usuários se assemelhavam muito ao discurso da equipe. Esse era um problema que eu já esperava encontrá-lo, considerando o fato de que minha introdução no campo tinha sido por meio da equipe, mais especificamente, da médica. Portanto, seria necessário fazer-me aceitar se desejasse obter informações fidedignas. Foi nessa direção que os passos seguintes foram dados.

### **2.3.2 Dados quantitativos**

Nessa sessão, trataremos dos dados referentes aos questionários de caracterização aplicados aos usuários e membros da equipe de saúde. Os questionários tiveram como objetivo estabelecer o perfil socioeconômico da população estudada e o papel social de cada um deles, bem como, apreender suas representações de adoecimento e cura. Dois modelos

diferentes de questionários foram utilizados: um dirigido aos usuários e outro dirigido aos componentes da equipe de saúde.

O questionário A (Apêndice A), aplicado aos usuários, contém 20 questões assim discriminadas: cinco questões fechadas abordando aspectos pessoais tais como: (1) sexo, idade, estado civil, nível de instrução, procedência, tipo de moradia, propriedade do imóvel, moradores da casa, presença ou não de filho; (2) situação econômica: trabalho e renda; (3) seis questões abertas relativas ao possível pertencimento a grupos comunitários, prática de atividade física e artística, atividade de lazer e posicionamento religioso. Isto é, religião a que pertence incluindo conversão, mudanças de religião etc.; (4) nove questões também abertas sobre adoecimento, cura e relações com o sistema único de saúde.

O questionário B (Apêndice B), aplicado à equipe de profissionais da USF, ACS/ACO, técnica enfermagem, enfermeira, médico, dentista. Além desses profissionais citados anteriormente, decidimos aplicar também à auxiliar de serviços gerais e ao motorista, por considerá-los importantes como fonte de informação no contexto estudado.

O questionário B contém 24 questões. As onze iniciais se referem à caracterização socioeconômica, as mesmas do questionário aplicado aos usuários. As quatro seguintes são questões abertas, a respeito do trabalho na unidade de saúde. As nove finais também são abertas, buscam captar as concepções sobre adoecimento e cura e manejo destas situações na comunidade. Nesses dois últimos blocos de questões há uma distinção entre aqueles pertencentes à comunidade e os que residem fora dela.

Os agentes comunitários de saúde/agente comunitário de odontologia tiveram um importante papel para o desenvolvimento desse estudo. À medida que o trabalho de campo avançava, eles estreitavam os laços com a pesquisadora. O grande elo era o interesse nas plantas medicinais. Desde os primeiros encontros, eles solicitaram apoio da pesquisadora, no sentido de orientá-los no projeto de plantas medicinais a ser desenvolvido na comunidade. De forma bem clara, decidimos que enquanto pesquisadora eu os ajudaria nesse projeto, e, em contrapartida, eles retribuiriam acompanhando-me nas ocasiões da pesquisa de campo. Em algumas idas da pesquisadora ao campo, praticamente todo tempo era dedicado a esse projeto, que ainda está para ser executado. Unindo os dois interesses, a pesquisadora construiu com essa equipe um pequeno questionário, em que se perguntava a respeito do interesse e conhecimento das pessoas sobre as plantas medicinais e alimentícias, relacionando-as à saúde, e qual a opinião destas com relação à ideia de fazer hortas comunitárias e/ou domiciliares de plantas medicinais e alimentícias. Esse trabalho ocorreu atendendo aos dois interesses. De um lado, enquanto pesquisadora eu os ajudava, ensinando-os como trabalhar numa pesquisa e abrindo espaços de

discussão de temas, muitas vezes, de interesse mútuo. Por outro lado, quando esses agentes comunitários aplicaram esses questionários, ao discutir a aplicação, como evitar erros na coleta de dados, como catalogar esses dados, eu mostrava para eles a importância de uma coleta de dados espontânea e fidedigna. Para mim, estava claro que eu necessitaria da ajuda desses agentes na coleta dos dados do nosso estudo, considerando o distanciamento das residências dos moradores e o relativo exíguo tempo que eu teria para aplicar questionários e realizar as entrevistas programadas. Esse foi um primeiro momento da pesquisa.

O segundo momento refere-se à aplicação dos questionários. Conforme tinha planejado, a aplicação dos questionários a toda equipe deu-se em um único dia e foi realizado pela própria pesquisadora. Ao todo foram 12 questionários respondidos e apenas um dos integrantes da equipe (dentista) não respondeu ao questionário. Seguindo-se a essa etapa, foram aplicados os questionários aos usuários.

Os questionários aplicados a 62 usuários representam uma fração das 692 famílias atendidas por essa equipe. Eles foram divididos de forma mais ou menos igualitária por cada agente de saúde, tendo sido aplicados de forma aleatória, no período de novembro a dezembro de 2012, por ocasião das visitas regulares dos agentes de saúde a esses usuários. Considerando a distância entre as residências nessa área rural, a pesquisadora aplicou pessoalmente os oito primeiros questionários, sendo os demais aplicados pelos próprios agentes de saúde, uma vez que nesse período eles tinham adquirido experiência para desempenhar tal tarefa. Era o momento de eles contribuírem com a nossa pesquisa. Alguns questionários foram preenchidos pelos próprios ACS, quando os usuários não conseguiam escrever adequadamente.

Nessa sessão, a apresentação dos dados refere-se apenas à caracterização dos sujeitos pesquisados. As questões mais específicas sobre adoecimento e cura serão discutidas no capítulo cinco, no conjunto dos dados quantitativos e qualitativos tratados no contexto das representações sociais.

#### 2.3.2.1 Caracterização socioeconômica dos usuários

Os usuários adultos que responderam ao questionário em sua grande maioria 59 (95%) são do sexo feminino, e apenas três (5%) do sexo masculino. A faixa etária predominante varia entre de 21-60 anos, correspondendo a 47 sujeitos (76%), seguindo-se a nove (14%) na faixa de 61-81 anos e apenas seis (10%), com menos de 20 anos. Trinta e sete (60%) referiram ter o primeiro grau incompleto, onze (17%) o primeiro grau completo, dez (16%) o segundo

grau incompleto, enquanto dois sujeitos (3%) fizeram o segundo grau completo e dois (3%) são analfabetos. Quanto ao estado civil, 41 (66%) são casados, 14 (23%) solteiros, cinco (8%) viúvo (a) e apenas dois (3%) divorciado (a)/separado/(a). Questionados sobre a cidade/estado de origem, 51 (82%) disseram ser nativos, isto é, nascidos e criados nos sítios ou que vieram para cá em idade muito tenra; seis (10%) afirmaram ser procedentes de outras cidades do estado, quatro (6%) são procedentes de localidades muito próximas e apenas um (2%) veio do estado de São Paulo. Um único usuário declarou morar em casa alugada; enquanto que os demais residem em casa própria. Para a questão com quem você mora? 49 (78%) responderam que moram com cônjuge, em sua maioria com filhos. Doze (19%) residem com parentes e apenas um declarou morar sozinho. Com relação ao número de pessoas que convivem na mesma residência, uma maioria de 33 sujeitos (53%) convivem com 3 ou 4 pessoas. Dezesesseis (26%), convivem com duas pessoas; doze (19%) moram com cinco pessoas ou mais pessoas e apenas um usuário declarou morar sozinho. Com relação à situação de trabalho e renda, apenas dezesseis (26%) declararam ter um emprego, enquanto 46 (74%) negam essa condição. A renda familiar declarada de até um salário mínimo corresponde a 43 sujeitos (69%), de um até dois salários corresponde a 18 sujeitos (29%) e apenas um usuário declarou ter renda familiar na faixa de 2 a 5 salários mínimos.

### 2.3.2.2 Grupos comunitários, prática de atividade física e artística, lazer e posicionamento religioso dos usuários

Dos 62 usuários da amostra estudada, quatorze (26%) declararam praticar uma atividade física, enquanto 46 (74%) negaram qualquer prática. Entre os praticantes, a caminhada (nove sujeitos) foi a mais referida, seguindo-se o uso de academia por quatro sujeitos, e um usuário declarou que faz corrida, enquanto outro tem a dança como atividade física. Para o quesito atividade artística apenas seis (10%) afirmaram exercer essa atividade, assim distribuídas: três fazem costura, um faz artesanato, um faz pintura e outro faz dança; 52 (83%) declaram que não fazem nenhuma atividade artística e quatro (7%) não responderam. Com relação ao lazer, 46 (74%) afirmam ter lazer, enquanto que 16 (26%) negam ter qualquer tipo de lazer. Das atividades consideradas como lazer as mais citadas foram: passear, assistir à televisão, dormir, ir à igreja, ouvir música, ir para o roçado, ir para a feira. Com relação à religião, 56 (90%) declaram ter uma religião, enquanto seis (10%) negam ter alguma religião. Dos 56 que afirmaram ter religião, 50 se declararam católicos e seis evangélicos. Em resposta ao quesito de pertencimento a algum grupo comunitário, 32 (51%) pertencem a alguma

entidade de grupo, enquanto 29 (47%) negam qualquer filiação e um usuário não respondeu a essa questão. Entre as entidades frequentadas, as mais citadas foram: associação dos trabalhadores, grupos religiosos, grupos de escola.

Em resumo, essa amostra é composta maioria por mulheres nativas, na faixa etária de 20-60 anos, casadas, desempregadas, católicas, que residem com o cônjuge e mais um ou dois membros da família em casa própria, com renda familiar de até um salário mínimo. Têm lazer com a família e um pequeno número delas tem como atividade física caminhadas.

#### 2.3.2.3 Caracterização socioeconômica dos integrantes da equipe de saúde

Em vários aspectos, a caracterização socioeconômica dos integrantes da equipe de saúde é semelhante à amostra dos usuários. A equipe de saúde é constituída na sua maioria por mulheres 11 (91%) e um homem (9%). A faixa etária predominante de 30-50 anos, correspondendo a 10 sujeitos (83%), um integrante na faixa de 50-60 e o outro com menos de 30 anos, sendo nove (75%) casados e três (25%) solteiros. Relativo à escolaridade, além da médica e da enfermeira, duas ACS e a ACO têm curso superior, quatro têm o segundo grau completo e os três restantes têm apenas o primeiro grau completo. Com relação à procedência, com exceção da médica e da enfermeira, os demais integrantes ou são nativos ou procedem de localidades próximas, dentro do próprio estado da Paraíba. Todos residem em casas próprias, com cônjuge ou pais, exceto a médica que mora só. Entre os agentes comunitários, dois deles vivem em família com mais de quatro membros, os demais pertencem à família de até quatro membros. A renda familiar desse grupo está na faixa de dois a cinco salários mínimos, com exceção da médica e da enfermeira, cujos salários estão na faixa de cinco a dez salários mínimos.

#### 2.3.2.4 Aspectos sociais relativos a grupos comunitários, prática de atividade física e artística, lazer e posicionamento religioso dos integrantes da equipe de saúde

Com relação a este item, as diferenças entre os integrantes surgem quando se leva em consideração o fato de residirem na região ou não. Por exemplo, no que compete à prática de atividade física, dos sete (58%) que afirmam exercer essa prática, dos que residem na comunidade a maioria faz caminhada e um deles joga futebol, enquanto que a médica e a enfermeira fazem, respectivamente, pilates e musculação. Com relação à atividade artística, apenas a enfermeira declara fazer canto na igreja. Para o quesito sobre lazer, dos 10 (83%)

integrantes que responderam, essa atividade é feita com frequência em família ou conhecidos, sejam atividades da igreja, batendo papo ou pescando. Com relação à religião, 10 (83%) dizem ter uma religião, um nega ter alguma religião e outro não respondeu a esse quesito. Dos que afirmaram ter religião, oito se declararam católicos e dois evangélicos. A filiação ou frequência a grupos comunitários está presente apenas entre os nativos.

A consequência óbvia desses dados mostra que os agentes comunitários recrutados da região têm as mesmas características dos usuários, entretanto, importa-nos ressaltar que, afora a questão econômica e preferências nas atividades físicas, os demais aspectos considerados dos integrantes muito se assemelham aos dos usuários.

### **2.3.3 Análises de informações**

A perspectiva construcionista dos modelos de saúde, doença e cura remete à questão de que não existe, a priori, um sistema interpretativo correto ou “mais real” que outro, já que todos são produtos de formulações culturais (FIGUEIREDO, 2007). Para a autora, isso nos conduz à necessidade de interpretações mais complexas e relativistas destes, bem como ao questionamento de suas certezas e implantações.

Situado no campo socioantropológico, nosso estudo foi adotando, no seu desenvolvimento, um viés mais antropológico, uma vez que sua abordagem principal foi a qualitativa, levando-se em consideração, que as práticas, representações e estratégias dos indivíduos são fruto de seus valores culturais e da forma como a cultura orienta a percepção das realidades externas à pessoa.

Como a abordagem metodológica utilizada foi fundamentada na pesquisa de campo, seus dados foram sendo contextualizados no corpo do texto no decorrer dos capítulos apresentados. Na sequência, os dados quantitativos coletados dos questionários foram utilizados, principalmente, para dar visibilidade ou complementariedade aos dados qualitativos.

Embora algum recorte das entrevistas realizadas com os agentes de cura também tenha sido usado na contextualização teórica, seu conteúdo principal referente ao objetivo principal da pesquisa foi analisado tomando como base o referencial teórico metodológico apresentado por Minayo (2007), isto é, mediante uma Análise de Conteúdo dentro da modalidade de Análise Temática, considerando o adoecimento e a cura como temas focais. A análise de conteúdo, enquanto técnica de tratamento de dados desenvolve-se no mesmo caminho das

metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo (MINAYO, 2007).

### **2.3.4 Experiências:** escolhas, encontros e desencontros

Experiências na área da saúde revelaram, no decorrer dos anos de prática docente e clínica médica, a estreita relação entre a área da medicina e das ciências sociais, despertando o interesse por estudos nesses espaços integrados. A aproximação com a fenomenologia em estudos de ciências das religiões parecia ser capaz de tornar compreensíveis fatos e ações que a ciência positivista, tão comum no campo da saúde, não respondia.

Os fenômenos das representações sociais são caracteristicamente construídos no que Moscovici chamou de universos consensuais do pensamento. No caso, uma pesquisa nesse campo significa reificar esse fenômeno para torná-lo explicável cientificamente, para torná-los manejáveis pela prática da pesquisa científica.

A escolha do fenômeno das representações sociais do adoecimento e da cura vem como um elemento capaz de responder as interrogações médicas no que se refere à complexidade do ser humano, o limite da visão biológica das ciências da saúde pode ter continuidade em outras ciências, entre elas as ciências sociais. Os diferentes modelos explicativos de racionalidades médicas estudadas e praticadas apontavam para essa possibilidade.

Este estudo propiciou dois grandes encontros na perspectiva da pesquisadora: o primeiro se deu no contexto da zona rural. Esse foi um reencontro com as raízes de uma infância vivida numa cidade de interior, onde grande parte do conhecimento foi recebida por meio de histórias orais e experiências práticas, onde o sentir tinha seu espaço garantido. Esse foi um encontro carregado de sentimentos das mais variadas naturezas. O segundo encontro diz respeito à experiência de fazer um doutorado quando se tem uma vivência de 30 anos de docência. Estar na posição de aluno, junto a uma nova geração é também um encontro de gerações, que trouxe muitas reflexões.

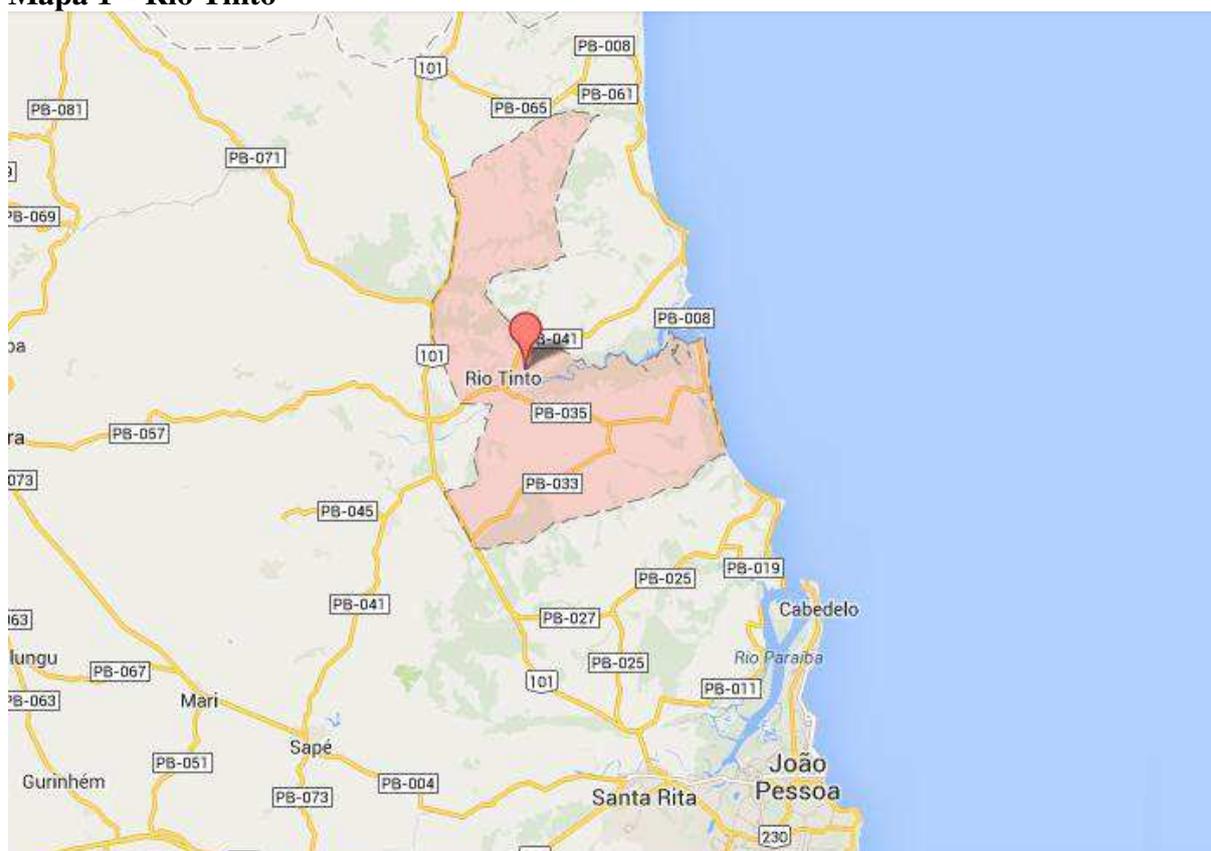
O grande desencontro desse estudo foi com uma estrutura “sem face”: a burocracia. Quando se tem prazos a cumprir, investigações em terrenos desconhecidos, a burocracia é, muitas vezes, a grande inimiga do pesquisador. Foi assim no comitê de ética e na secretaria do município de Rio Tinto. Especificamente, nenhum funcionário é culpado, a dificuldade vem do sistema, está na estrutura.

## 2.4 O LÓCUS DA PESQUISA

### 2.4.1 O município de Rio Tinto: historicidade e localidades

O município de Rio Tinto está situado na microrregião do Litoral Norte do estado da Paraíba, com área territorial de 466.397 Km<sup>2</sup>, distando 54 km da capital, João Pessoa. Geograficamente, é cortado por rios e riachos, utilizados pela população para lavar roupas e animais. Apresenta um relevo relativamente plano, com uma vegetação compatível com mangue. A proximidade com o litoral, de clima tropical, lhe garante certa pluviosidade (MARIANO; MARIANO NETO, 2009). O município conta com áreas de reserva ambiental: Reserva Biológica Guariba<sup>39</sup> (que ocupa uma parte do território do município), Reserva Ecológica Mata do Rio Vermelho<sup>40</sup> e Área de Proteção Ambiental da Barra do Mamanguape<sup>41</sup>.

**Mapa 1 – Rio Tinto**



Fonte: Google (2013).

<sup>39</sup> Criada pelo Decreto Federal (Câmara dos Deputados) nº 98.884 de 25 de Janeiro de 1990. Publicado no Diário Oficial da União – Seção 1 – 26/01/1990, Página 1884 (Publicação Original).

<sup>40</sup> Estado da Paraíba – Decreto nº 14.835 de 19 de outubro de 1992 reconhece como Reserva Ecológica os 1.500 hc da Mata do Rio Vermelho no município de Rio Tinto pertencente ao bioma da Mata Atlântica.

<sup>41</sup> Decreto Federal nº 924, de 10 de setembro de 1993, cria a Área de Proteção Ambiental (APA) da Barra do Mamanguape. Área: 5.769,45 hectares. Bioma: Marinho Costeiro.

Essa geografia é relevante porque a população, ao mesmo tempo ribeirinha e de zona rural, estabelece relações com esses espaços ambientais, constituindo uma integração significativa entre moradores e natureza, importante para sua subsistência e como fonte de recursos para as práticas de cura adotadas nas localidades. Além disso, trata-se de regiões atrativas para a monocultura da cana-de-açúcar. O território do município contempla as áreas da Reserva Indígena Potiguara (Monte-Mór)<sup>42</sup>.

A economia local é baseada na monocultura da cana-de-açúcar que é fornecida para usinas situadas nas circunvizinhanças do município<sup>43</sup>, mobilizando populações de trabalhadores em certas épocas do ano, principalmente num contexto político brasileiro de valorização de energias renováveis. Além da ocupação nos canaviais, os trabalhadores locais investem na agricultura de subsistência, produzindo milho, feijão, macaxeira, inhame e batata doce, bem como na atividade da pesca pelos ribeirinhos.

Quando eu vim morar aqui ainda não tinha usina. Aqui no sítio era... trabalhando, plantando feijão, macaxeira, roça. Tinha casa de farinha pra fazer, levava farinha pra vender. E só. O pessoal aqui vivia dessas coisas. Quem vivia do mangue era do mangue, pegando caranguejo, né? E os outros que vivia do roçado, sofria muito, porque tinha tempo que não tinha. [...]. Os sítios... não era dividido nada, era tudo um lugar só. Assim, não tinha divisão de ninguém, ele era terra da companhia dos “Lundres” (família Lundgren). É, então, depois foi dividido: aquele lado ali pra o INCRA<sup>44</sup> e esse lado aqui ficou pra companhia. Depois, a companhia vendeu pra usina Japungu, né? (Depoimento de moradora do sítio Taberaba, 74 anos).

O relato acima recupera um momento da história vivida nos territórios, no período em que pertenciam ao grupo familiar dos Lundgren, o que se diferencia do contexto atual no qual predomina um processo de industrialização da agricultura no município, que se inicia a partir da venda de parte das terras da companhia têxtil para empresas de produção de álcool. Este processo representa uma mudança na vida social local, considerando os limites impostos pela monocultura e sazonalidade da cana-de-açúcar, seguindo-se de mudanças no acesso ao emprego e a relação com a terra e natureza pelos moradores das localidades.

Historicamente, o município surgiu a partir do estabelecimento da Companhia de Tecido de Rio Tinto, fundada por um teuto-sueco, Herman Theodor Ludgren, naturalizado

---

<sup>42</sup> A esse respeito ver Mariano e Mariano Neto (2009).

<sup>43</sup> Segundo Mariano e Mariano Neto (2009), existem três empresas canavieiras que atuam na região: Destilaria Miriri, Usina Monte Alegre e Japungú Agroindustrial.

<sup>44</sup> O ator social se refere ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Agrário do Governo brasileiro.

brasileiro com atividades econômicas estabelecidas inicialmente em Recife/PE<sup>45</sup>, na década de 1920. Após a aquisição de terras de proprietários de engenhos locais, como também de terras habitadas por índios Potiguaras e cobertas por mata atlântica, foi instalada a fábrica têxtil. A partir de então se deu início à instalação de “equipamentos comunitários”, tais como: vilas residenciais, hospital, igreja, delegacia, cinema, barracão etc., posteriormente transformada na cidade de Rio Tinto. A produção têxtil iniciou em 1924, arregimentando trabalhadores locais e engenheiros alemães com suas famílias. Em fins da década de 1960, em decorrência da crise econômica e da modernização da indústria têxtil, a fábrica sofre reveses e em 1970 faz uma demissão em massa de trabalhadores, porém não foi extinta em razão do patrimônio que a família mantinha junto ao município. Em 1975, as terras dos Lundgren foram vendidas ou arrendadas para o cultivo da cana-de-açúcar por ocasião da criação do Programa Nacional do Álcool (VALE, 2008), destruindo parte da reserva de Mata Atlântica da região.

Para a história local, é em torno dessa atividade fabril que trabalhadores se fixaram e deram origem à cidade, emancipada em 1956 (Lei Estadual nº 1622 de 06 de dezembro de 1956). Arthur Lundgren, filho de Herman Theodor Lundgren, tinha participação ativa na política regional, tendo assumido cargo de prefeito da cidade de Olinda/PE, foi deputado estadual em quatro governos no estado de Pernambuco e ainda prefeito de município de Rio Tinto (GOES, 1964), o que dá uma dimensão do poderio político desta família na região. Os trabalhadores da fábrica têxtil contavam com empregos fixos e serviços médicos, considerados “privilégios” para os trabalhadores do nordeste brasileiro à época. Atualmente, a composição demográfica inclui, em sua maioria, antigos trabalhadores da companhia têxtil ou seus descendentes e uma população indígena que mantém a luta pelos territórios da bacia do Mamanguape. A história fabril do município torna-o conhecido como “cidade-fábrica”. Além desse aspecto, o imaginário local tem na presença da família Lundgren uma referência forte para questões relativas ao desenvolvimento local, considerando os “benefícios” da fábrica para a região.

Em termos de formação cultural, o município conta com duas fontes majoritárias de elementos étnicos: europeu e indígena, não sendo tão expressiva a presença de população afrodescendente.

---

<sup>45</sup> A respeito da história da criação da cidade-fábrica de Rio Tinto, ver Goes (1964) e Vale (2008).

Recentemente, a Universidade Federal da Paraíba instalou o campus IV entre este município e o de Mamanguape, no qual são oferecidos vários cursos. A sede do campus em Rio Tinto ocupa as instalações da antiga Companhia de Tecidos de Rio Tinto/CTRT.

Atualmente, além da sede, o município de Rio Tinto apresenta dois distritos: Barra de Mamanguape e Salema (IBGE, 2013), comportando extensa área rural. O transporte da zona rural para a zona urbana é feito por meio de veículos privados que levam os moradores para a sede. O município disponibiliza transporte coletivo para estudantes de nível médio e superior. O acesso às localidades não é pavimentado e utiliza também os corredores de transporte da cana-de-açúcar abertos pelas usinas. Outro aspecto que chama a atenção é a utilização de transporte motorizado (motos, veículos de diferentes portes), em detrimento do uso de transporte animal, pouco visto nas localidades e que seria esperado para a região.

De uma maneira geral, cada sítio possui: escola de ensino fundamental (que recebe crianças a partir de três anos de idade), uma igreja católica e outra protestante, um campo de futebol e um pequeno comércio local, designado de “bar” e sede da Associação dos trabalhadores rurais. As famílias são compostas de 3 a 4 membros, em média, e suas rendas provêm de aposentadorias, do trabalho rural e do plantio da cana-de-açúcar, que em geral é comercializada para as usinas.

As casas, edificadas em alvenaria, foram construídas com apoio de projetos realizados em parceria entre os governos federal e municipal. Nestas, observa-se: antenas parabólicas, caixas d’água e eletrificação. Há também disponibilidade de sistema de telefonia com a oferta dos chamados “orelhões” em várias locais. Partindo da cidade, os aglomerados de casas se distribuem diferentemente nestes sítios. Assim, no primeiro a surgir, Sítio Taberaba (Fotografia 1), as moradias são muito próximas umas das outras, formando ruas. No segundo Sítio Areia Branca (Fotografia 2), as casas são dispostas de maneira mais separadas umas das outras, embora ainda mantenham uma formação de rua; no terceiro, Sítio Boa Vista (Fotografia 3), embora também tenha formação de rua, são vistas moradias com grande distância uma das outras, inclusive com algumas mais afastadas do pequeno núcleo. No Sítio Rio do Banco (Fotografia 4), além da “rua principal”, onde estão localizadas a igreja e a unidade de saúde, muitas moradias são separadas mantendo uma distância considerável entre elas. As plantações de cana-de-açúcar, constituindo parte da paisagem local, dão a esses sítios uma configuração *sui generis*, de forma que, por vezes, o “vizinho” de uma moradia pode ser o canalial e às vezes uma rua pode ser constituída de um lado por casas e do outro pelo canalial (Fotografia 2).

**Fotografia 1 – Sítio Taberaba**



Fonte: Elaboração própria (2012).

**Fotografia 2 – Sítio Areia Branca**



Fonte: Elaboração própria (2012).

**Fotografia 3 – Sítio Boa Vista**



Fonte: Elaboração própria (2012).

#### Fotografia 4 – Sítio Rio do Banco



Fonte: Elaboração própria (2012).

#### 2.4.2 O pesquisador/os pesquisados: justificativas

Procedente da área de saúde, enveredar numa pesquisa socioantropológica me inquietava por dois pontos principais: (1) a consciência do papel do pesquisador diante do objeto a ser estudado, pois estavam claras as minhas relações com esse objeto, quais sejam: identificação com os profissionais da saúde, o apreço pelo tema e identificação pessoal com a vida rural, em decorrência da minha história profissional e familiar; e (2) a percepção de que as minhas observações, o modo de descrição e o formato do caminho etnográfico mostravam a relação com o meu conhecimento e minha prática da medicina. É como se a experiência etnográfica correspondesse a um atendimento médico, no qual o profissional observa, interage, examina, programa melhores averiguações (exames complementares), e anota de forma sistemática (divide por partes), dá um diagnóstico (o que eu denominava nos meus apontamentos de minhas observações dessa visita) e faz recomendações futuras (programações).

O ônus do presente estudo é entendido como desafios que precisaram ser transpostos e que envolvem também o pesquisador, os sujeitos pesquisados e a pesquisa como um todo. Destacam-se três pontos: (1) manter o distanciamento (estranhamento) do pesquisador o suficiente para não perder de vista o objetivo da pesquisa; (2) corresponder, na medida do possível, às expectativas da equipe e dos sujeitos com relação à presença do pesquisador e

suas contribuições para com o grupo estudado; e (3) contribuir para que os gestores compreendam as ações sociais e seus impactos dentro do contexto da atual Política Pública de Saúde do Brasil.

Com relação aos sujeitos pesquisados, algumas inquietações afloraram durante o trabalho de campo. Cada grupo estudado, a equipe, os usuários, os agentes de cura, visualizavam na pesquisa e na pesquisadora, uma possibilidade de mudança para suas problemáticas, e, por mais explícita, que as palavras sejam, nossos atos muitas vezes afirmam o contrário. Os sujeitos desse estudo, sem sombra de dúvida, desenvolveram em suas experiências de vida muito mais capacidade de apreender pelo sentir do que pela razão, enquanto pesquisadora, inquietava-me aquilo que meus atos transpareciam. Assim dediquei verdadeiro zelo com relação aos valores locais.

#### **2.4.3 Questões de ética**

Este estudo foi conduzido levando-se em consideração os princípios éticos básicos para pesquisa, que envolvem seres humanos no contexto brasileiro, segundo as recomendações estabelecidas pela Resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde – Brasil – Ministério da Saúde, 1996. Tendo sido aprovada na 10ª Reunião Ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba conforme Prot. nº 042/12 CAAE: nº 01485112.2.0000.5188, em 30/10/2012 (Anexo A). Nomes fictícios foram usados com o objetivo de preservar a identidade dos informantes.

### 3 POLÍTICAS DE SAÚDE E MEDICINAS PARALELAS

*“Saúde como direito humano fundamental: atingir o mais alto nível de saúde em todas as nações corresponderia a mais importante meta social a nível mundial. Para atingir é necessária a ação conjunta de setores além do da saúde, como é o caso do social e do econômico” (CICPS, 1978).*

Este capítulo, dedicado às Políticas de Saúde e Medicinas Paralelas do Brasil, terá como ênfase o período histórico de implementação do SUS para, a partir deste, situar o município de Rio Tinto neste contexto. Dedicaremos uma sessão ao SUS e sua atuação em favor da saúde, com enfoque na estratégia da Saúde da Família, a equipe de profissionais e os tipos de usuários, e a Política Pública de Saúde no Município de Rio Tinto referente ao período de nossa permanência em trabalho de campo. E, por último, pontuaremos alguns aspectos relativos à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e à Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico que mantém relações com o Sistema Único de Saúde.

Como nos referimos no primeiro capítulo, a Política Social está relacionada ao bem-estar social, e, nos últimos anos, os olhares sobre essa política estão dirigidos, principalmente à saúde e à educação no Brasil. As políticas de saúde são parte integrante da política social e comportam diferentes ações coletivas e individuais desempenhadas por diversas instituições públicas e privadas para responder aos riscos de adoecimento a que as populações estão expostas (VIANA; FARIA BAPTISTA, 2012, p. 65).

Esses autores ressaltam que a formação de sistemas de proteção social resulta da ação pública que visa a resguardar a sociedade de efeitos dos riscos clássicos, a exemplo da doença, velhice, invalidez, entre outros.

Desde o início do século XX, o papel do Estado na oferta de serviços de saúde cresceu de forma significativa em muitos países, colocando as políticas de saúde em evidência, pois elas são as peças-chave nos diferentes sistemas de proteção social. Para Viana e Baptista (2012), as políticas de saúde devem responder a questões como: Quem proteger? Todos os cidadãos ou apenas aqueles que contribuem para o seu financiamento? Quanta proteção deve oferecer? Todos os tipos de assistência médica ou apenas ações de prevenção e promoção? Como financiar as ações de saúde? Com que impostos? A partir das contribuições coletivas e individuais daqueles que trabalham? Quem deve ser o prestador de serviços de saúde? Essa responsabilidade é de um sistema público e estatal ou de prestadores privados regulados pelo Estado? Como organizar a oferta de serviços e quais serviços precisam estar mais próximos

aos usuários? Qual a porta de entrada par o sistema de saúde? Cada país respondeu e responde de maneira diferente a essas questões. No caso brasileiro, a implementação do Sistema Único de Saúde foi uma das respostas. Outra resposta refere-se à publicação da Portaria 971, que passou a assegurar aos usuários do SUS a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia. O percurso histórico nos faz compreender como essas questões foram respondidas.

### 3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: o caminho brasileiro

*“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990a).*

Nesta sessão interessa-nos discutir o papel do Estado na proteção social, no caso específico da saúde. Ressaltamos que não é nosso objetivo trazer uma análise da Política Pública do Brasil, apenas pontuar os aspectos que fizeram ou fazem parte do contexto desta política no que se refere à saúde.

A partir da definição de Política Pública como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que revelam a orientação política do estado e regulam as ações governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental, Viana e Baptista (2012) observam que essas políticas variam de acordo com a economia, a natureza do regime social, a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade e o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização).

Da Ros (2006), em uma reflexão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil nas décadas de 1960-1970, busca caracterizá-las na perspectiva da proposta positivista unicausal Flexneriana, sustentando que estas eram voltadas aos interesses do capitalismo e que teriam servido de base para a ditadura militar em contraponto às novas forças emergentes a partir de 1970. O autor toma como ponto de partida três premissas: o Movimento Europeu de medicina Social do século XIX, a forma como se estabeleceu o modelo médico norte-americano e o modelo de construção do conhecimento, isto é a epistemologia. Dessas premissas,

ressaltaremos aqueles aspectos que a nosso ver contribuem para melhor compreensão do nosso objeto de estudo.

O Movimento Europeu de Medicina Social do século XIX difundiu-se em todo continente europeu e coincide, historicamente, com os Movimentos pela transformação do capitalismo, que vivia uma de suas fases de maior crueldade. A mortalidade entre os trabalhadores era alta. O ambiente de trabalho era sem saneamento, onde grávidas e crianças trabalhavam mais de 14 horas por dia, de um modo geral, havia uma superexploração da força de trabalho. Estes aspectos colocavam em evidência a determinação das condições socioeconômicas levando ao adoecimento e morte destes trabalhadores (DA ROS, 2006, p. 47).

Esse Movimento é justificado como ponto de vista social o processo saúde-doença e tende a tornar-se hegemônico enquanto modelo explicativo: mudam-se as condições da sociedade que acabam as epidemias e transforma-se o perfil das patologias.

Em 1847, Rudolf Virchow e Salomon Neumann conseguem a aprovação da lei de Saúde Pública prussiana, cuja síntese era: saúde, direito de todos, dever do Estado. Entretanto, a partir de Louis Pasteur, com a descoberta da associação causal entre a bactéria e a doença, ao invés de se acrescentar o potencial explicativo das doenças, ocorreu uma ruptura com relação à determinação social, e o modelo unicausal de explicação da doença tornou-se hegemônico ao final do século XIX e início do século XX, negando os determinantes sociais no adoecimento (DA ROS, 2006, p. 47-48).

Outro fato importante levantado por Da Ros foi a maneira como o modelo médico norte-americano se estabeleceu no início do século XX. A Johns Hopkins University, financiada pela Rockefeller Foundation, fundamentou o ensino da medicina a partir de um modelo centrado na unicausalidade, biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado, detentor da verdade científica, positivista. Foi nesta universidade que, em 1910, Abraham Flexner elaborou um relatório sobre as faculdades de medicina dos Estados Unidos em que sugeria o não funcionamento de faculdades de medicina que contemplassem modelos de entendimento do processo saúde-doença distinto daquele reconhecido por essa universidade. A consequência deste relatório foi o fechamento de mais de 100 faculdades norte-americanas, notadamente aquelas que enfatizavam Saúde Pública, ensinavam homeopatia, acupuntura, fitoterapia ou ainda que aceitassem negros e mulheres (DA ROS, 2006, p. 48-49).

Nesse contexto, o conhecimento em questão era tido como verdade absoluta e era passado atendendo ao modelo medicina/ciência/verdade, que se estabelece com força no espaço hospitalar, onde o uso de exames e medicamentos passa a ser superestimado, criando as bases para o poderoso complexo médico-industrial, com grandes lucros sobre as doenças.

Segundo Da Ros (2006), nesse cenário não havia espaço para as Ciências Sociais, nem para a Saúde Pública, nem para a dimensão psicológica.

Antes de 1960 no Brasil, as Políticas de Saúde se restringiam ao sanitarismo-campanhista e ao modelo de atenção à doença baseado nos Institutos de Aposentadoria Privada<sup>46</sup> (IAPs), antigos fundos de aposentadorias destinados às pensões de trabalhadores organizados. Um exemplo de como operavam estes institutos é o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), que em 1963 cobrava 3% dos trabalhadores e dos patrões e com esse recurso mantinha hospitais próprios, médicos, enfermeiros, equipamentos de última geração, atendimento ambulatorial e ainda assegurava pensões/aposentadorias e financiamento de casas próprias. Enquanto isso, o Ministério da Saúde, com 8% do orçamento da União, cuidava da prevenção das doenças, realizando desde perfuração de poços até confecção de fossas, além de manter os centros de Saúde para atendimento às endemias de hanseníase, tuberculose e verminose. A medicina privada tinha traços europeus, sendo mais eclética que o modelo fragmentar norte-americano, de modo que havia grande atuação de médicos generalistas. A população pobre dependia das Santas Casas de Misericórdia, frequentemente mantidas pela Igreja (DA ROS, 2006, p. 50-51).

O golpe militar em 1º de abril de 1964, financiado e pensado, em conjunto, pelo governo dos EUA e pelos militares brasileiros, instalou a ditadura, em que os pensamentos contrários a ela foram reprimidos. No contexto do regime autoritário extensas modificações ocorreram na área da saúde. Os IAPs foram desapropriados e passaram a ser hospitais governamentais submetidos ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Agora, num modelo tripartite, a contribuição dos trabalhadores e dos patrões era de 6% cada, e o MPAS administrava esses recursos numa proposta de assegurar 25% para o setor da saúde; entretanto, as empresas nem sempre pagavam, ocorrendo, ao contrário, anistia por parte do governo mais ou menos a cada cinco anos. E é nesse contexto que o MPAS deveria garantir os benefícios, que Da Ros (2006, p. 51-52) exemplifica com pelo menos quatro situações nas quais esses recursos eram pulverizados: (1) financiando as grandes obras do Brasil-Potência, como a hidrelétrica de Itaipu e Usina Angra dos Reis; (2) financiando a construção de hospitais privados e comprando exames e medicamentos do mercado privado; (3) a prática da corrupção em diversos níveis, como as aposentadorias falsas, paciente

---

<sup>46</sup> Foram criados no estado Novo de Getúlio Vargas. Podem ser visto como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização no Brasil.

inexistentes, superfaturamento do material, entre outras; e (4) a excessiva compra de aparelhos de exames sofisticados.

Ainda nesse cenário da ditadura, o Ministério da Saúde teve seu orçamento de 8% reduzido para 0,8%, tendo como uma das consequências o ressurgimento de epidemias relativamente controladas. As mudanças com relação aos medicamentos, a exemplo da criação da Central de medicamentos com a finalidade de proporcionar à população pobre o acesso aos medicamentos da rede privada, na realidade aumentou os lucros dos fabricantes. O Brasil, juntamente com o México, tornou-se um dos dois países com maior número de medicamentos com patentes comerciais absolutamente sem controle. Desse modo, assentavam-se as grandes bases para o complexo médico-industrial: hospitais, equipamentos e medicamentos. O passo seguinte foi a reforma universitária, realizada em 1968, que entre outras intenções, buscava reprimir a possibilidade de organização estudantil, e, especialmente na área da saúde, foi recomendada para o curso médico, além da adoção do modelo Flexneriano, a supressão da disciplina de terapêutica, deixando os alunos desse curso reféns dos representantes de laboratórios. Nos cursos de farmácia-bioquímica foram suprimidas as disciplinas de Farmacognosia<sup>47</sup> e de Farmacotécnica<sup>48</sup> colocando os alunos apenas em contato direto com o medicamento pronto vendido pelas multinacionais (DA ROS, 2006, p. 52).

Em dez anos de repressão forte (de 1964 a 1973), o complexo médico-industrial brasileiro se fortaleceu em níveis inimagináveis aliado aos interesses políticos, de maneira que a Política Pública de Saúde era formulada de acordo com o interesse de fortalecimento desse complexo. Entretanto, em 1973, com a crise internacional do petróleo ocorreram sérias consequências para países capitalistas dependentes como o Brasil, de forma que desencadeou a primeira grande crise do governo militar. No que diz respeito à saúde, a própria Escola Superior de Guerra denunciou a diminuição das condições de saúde dos candidatos ao serviço militar. Constatava-se, em função da diminuição extrema de recursos para as medidas preventivas, o aumento significativo do número de cáries nos brasileiros, o percentual de verminoses, a altura média havia diminuído, além de terem eclodido epidemias que antes estavam sob controle, como a febre amarela, a malária e a esquistossomose (DA ROS, 2006, p. 53).

Nessas condições, surgem os movimentos contra a própria ditadura e, no que compete à saúde, nasce a contra-hegemonia ao modelo Flexneriano a ao modelo unicausal e às atividades do complexo médico-industrial. Eram movimentos em defesa de um sistema

---

<sup>47</sup> Que estuda as drogas e substâncias terapêuticas em estado bruto, antes de preparadas na farmácia. (MICHAELIS, 2013).

<sup>48</sup> Que trata da preparações farmacêuticas (MICHAELIS, 2013).

hierarquizado de saúde, em que práticas curativas e preventivas estivessem dentro de um comando ministerial único. Este novo pensamento, segundo Da Ros (2006), pode ser simbolizado pelo denominado Movimento pela Reforma Sanitária. A Igreja se organizou nas pastorais de saúde criando os ENEMECs (Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária) e defendendo a prática Fitoterápica. Profissionais da saúde criam o Movimento de renovação Médica (REME) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), abrindo espaço para discussão das situações de saúde brasileira (DA ROS, 2006, p. 54).

Historicamente, a partir dos anos de 1976, situamos duas forças atuando na constituição das Políticas de Saúde no Brasil. Uma primeira, centrada na determinação social da doença, nascido do Movimento pela reforma Sanitária, que considera a verdade como processo, leva em consideração a psicologia e a cultura, valoriza a atuação multiprofissional/interdisciplinar, tem pensamento crítico político, desenvolve a educação baseada na relação sujeito-sujeito, no que se refere à relação médico-paciente, inclui promoção da saúde, tem flexibilidade para outras racionalidades médicas, valoriza a saúde pública, enfim, constitui o modelo de Saúde Coletiva Brasileira. A outra força diz respeito à determinação biológica da doença, foi desenvolvida a partir da valorização do complexo industrial, apoia-se na forma de conhecimento como verdade absoluta, centrada no doente, com grande valor à estrutura celular e química do organismo, atribui todo poder ao médico, cuja educação o coloca como sujeito e o paciente como objeto, e vai constituir o Modelo Biomédico, que deixando de lado a responsabilidade social, trabalha no sentido de culpabilização dos indivíduos no processo de adoecimento (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010; DA ROS, 2006).

Do ponto de vista da terminologia, quando em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, tornou-se mais clara a diferença entre previdência (ligada ao seguro social) e assistência (ligada a programas sociais). Ainda nesses termos, a assistência médica constitui uma prestação previdenciária, embora com algumas características assistenciais, uma vez que os segurados têm direito aos mesmos serviços, independente do maior ou menor valor das suas contribuições.

Em 1977, a Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), criou duas novas entidades: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), extinguiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), alterou o INPS, retirando-lhe, por exemplo, os encargos de assistência médica. Nesse novo cenário, o INAMPS passou a prestar assistência médica aos trabalhadores

urbanos, funcionários públicos estatutários, empregadores rurais e seus dependentes, além de manter subsídios para programas de atendimento aos trabalhadores rurais e seus dependentes, abrangendo os serviços de saúde em geral (LEITE, 1978).

A assistência do INAMPS era dirigida às pessoas que tinham carteira de trabalho, não tinha caráter universal. O atendimento aos desempregados era da responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e dos serviços públicos federais (TONIAL, 2005). Além do mais, ela era feita, basicamente, à custa de compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado e que esta lógica sobreviveu como órgão até a criação do SUS. Somente a partir dos anos 1980, mudanças econômicas e políticas no país conduziram a substituição do modelo médico-assistencial privatista por outro modelo de atenção à saúde. Os primeiros sinais tinham surgido em 1979 com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), a partir de alguns projetos pilotos de medicina comunitária (TONIAL, 2005).

Em 1982 foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), com ênfase na atenção primária e a rede ambulatorial pensada como a porta de entrada no sistema. Esse programa viabilizava a realização de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde. Segundo Da Ros (2006), com a avaliação positiva desse programa em 1983, ele tornou-se estratégia da Política Ministerial e as AIS (Ações Integradas de Saúde) passaram a ser Política prioritária de ambos os ministérios. Os municípios deveriam apresentar um Plano Municipal e ter uma comissão interinstitucional de saúde para acompanhamento do Programa. As AIS foram consideradas a grande matriz para o SUS.

### 3.2 O SUS E SUA ATUAÇÃO EM FAVOR DA SAÚDE: **a Estratégia da Saúde da Família, as equipe multiprofissionais e os usuários**

*“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990a).*

Nesta sessão discutiremos a implementação do SUS, sua atuação em favor da saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família, na equipe multiprofissional e nos usuários, objetos de nossa pesquisa.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, deu-se logo após o fim da ditadura militar e teve intensa participação social. Estiveram presentes mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, que propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde. Esse conceito reconhece que a saúde não pode ser reduzida ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventiva, curativas ou reabilitadoras; ao contrário, ela expressa a qualidade de vida resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, sendo, portanto, o resultado das formas de organização social (BRASIL, 1987).

Em 1987 foram criados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que tinham como diretrizes principais: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde e implementação de distritos sanitários. O papel das secretarias de saúde foi muito importante junto a esse sistema, pois pela primeira vez o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços. Importante ressaltar que o Sistema Único de Saúde começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada para alguns beneficiários (SOUZA, 2002).

Propostas que resultaram da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), nº 8.080/90 e nº 8.142/90. A Constituição Federal Brasil de 1988, também conhecida como a Constituição Cidadã, estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do estado”. Para Da Ros (2006), o Brasil chegava aos anos 1848 da Europa.

O Sistema Único de Saúde constitui o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o Brasil, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população. Nascido com a constituição de 1988, o SUS é definido no art. 4º da LOS 8.080 como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990a). O SUS é um sistema porque é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e pelo setor privado, com o qual são feitos contratos e convênios para a realização de serviços e ações, como se fosse um mesmo corpo. O SUS é único porque tem a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional e é organizado de acordo com uma mesma lógica (IDEC, 2003).

O SUS está pautado em cinco pressupostos principais: integralidade, universalidade, equidade, hierarquização e controle social e representa o maior avanço democrático e social no que se refere à área de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A integralidade é o princípio que visa a garantir ao usuário uma atenção abrangente no que tange às ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades. A Universalidade é tomada como um dos princípios previsto na constituição federal de 1988, significando que o sistema de saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo a atenção necessária, sem qualquer custo. A igualdade de assistência está prevista no inciso IV do artigo 7º da LOS 8.080 quando refere igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que determina o tipo e atendimento é a complexidade do problema de cada usuário (CARVALHO; SANTOS, 2006; BRASIL, 2005, p. 90; BRASIL, 1990a).

Enquanto instrumento jurídico fundamental, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ela detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira, planejamento e orçamento. Isto significa que ela trata: da organização, da direção e da gestão do SUS; das competências e atribuições das três esferas de governo; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde; da política de recursos humanos e dos recursos financeiros, gestão financeira, do planejamento e do orçamento (BRASIL, 1990).

Ainda no ano de 1990, outra Lei federal de nº 8.142 vem contribuir para o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde. Ela dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, para isto cada esfera de governo contará com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde<sup>49</sup> e o Conselho de Saúde<sup>50</sup>, em que

---

<sup>49</sup> Conta com a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade e a cada quatro anos é convocada para analisar os avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde (BRASIL, 2013b).

cada uma delas tem sua organização e normas de funcionamento definidas em regime próprio, aprovado pelo respectivo Conselho. Ela confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e municipal – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Com relação ao recebimento de recursos, Municípios, Estados e Distrito Federal devem contar com: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; Relatório de Gestão; Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) (BRASIL, 1990).

Embora não seja nosso objetivo analisar a implementação do SUS, interessa-nos alguns dos aspectos considerados por Levcovitz, Lima e Machado (2001) quando discutem o desafio da implementação do Sistema Único de Saúde nos anos 90. Para esses autores, a complexidade desse sistema torna um verdadeiro desafio a sua concretização, considerando-se obstáculos estruturais e conjunturais. Ressaltam que, apesar da marcante desigualdade social no país e da persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído no decorrer dos anos, em diferentes estudos sobre o SUS referentes aos anos 90, há um relativo consenso sobre os avanços no âmbito da descentralização. De fato, a década de 1990 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 270).

Apesar de a descentralização apresentar avanços ligados ao fortalecimento da capacidade de gestão e à incorporação de novos atores na construção do Sistema, desafios precisam ser enfrentados, a exemplo de: definir melhor a divisão de responsabilidades e a esfera estadual e municipal, definir critérios para alocar recursos de acordo com as necessidades da população e integrar os sistemas municipais. Para enfrentar esses desafios, foram implementadas na década de 1990 as Normas Operacionais Básicas 91, 93, 96 e, em 2001, a Norma Operacional de assistência à saúde (NOAS) (SOPHIA, 2002). Essas Normas Operacionais têm sido instrumentos que orientam o processo de implantação do SUS. Elas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que os Estados e municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do sistema.

---

<sup>50</sup> O novo Conselho Nacional de Saúde, com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, congrega diversos segmentos da sociedade e possui caráter deliberativo: pode analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública, através de resoluções, que devem ser adotadas pelo Ministério da Saúde. É formado por 32 conselheiros titulares com seus respectivos suplentes, representantes de entidades e instituições dos segmentos governo, prestadores de serviços privados de saúde, profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2013a).

Mesmo sendo formalizado por uma portaria do Ministério da Saúde, o conteúdo dessas normas é definido de forma pactuada entre o CONASS e o CONASEMS (TONIAL, 2005). A participação popular trouxe a incorporação dos usuários ao processo decisório, realizado por intermédio dos conselhos municipais, ampliando assim as discussões das questões de saúde na sociedade.

Numa perspectiva do direito universal e da política nacional Machado (2007) estudou o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002, período que vai da incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, até o término do governo Fernando Henrique Cardoso. Definindo o Brasil como um país latino-americano, capitalista, federativo, heterogêneo e profundamente desigual, a autora faz uma pergunta inicial: Quais são as possibilidades e condições necessárias para a efetivação da saúde como direito de cidadania no caso brasileiro? A partir de entrevistas a ministros e dirigentes do 1º escalão da Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, além de análise documental, a autora analisa o papel do Ministério da Saúde e discute entre outros aspectos, a atuação e governabilidade desse ministério sobre os rumos da política nacional de saúde. Os resultados desse estudo revelaram fragilidades expressas nas restrições impostas pela área econômica e na limitada integração da saúde com outras políticas públicas relevantes, como a ciência e a tecnologia, políticas industrial e demais políticas sociais. Entretanto, a autora identificou três políticas prioritárias na agenda do Ministério no período: a descentralização, a estratégia de Saúde da Família e a política nacional de combate à AIDS (MACHADO, 2007).

No ano de 2002, é editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, cuja ênfase maior é o processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde. Nesse sentido, a NOAS-SUS 01/2002 vem ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002).

Nessa NOAS, o processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como

unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2002).

A Atenção Básica de Saúde toma grande visibilidade no conjunto desse sistema. E é nesse sentido que a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Destacamos nessa portaria, o art. 2º o qual determina que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica; Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica está fundamentada nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS. Ela aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família. No processo de implementação do SUS, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo, constituindo-se como porta de entrada preferencial para o sistema. Afinal, a Estratégia Saúde da Família (ESF) estabelecida como modelo de Atenção Básica e centro ordenador tal como está definida:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de

doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006c).

Para nosso estudo de uma unidade de Saúde da Família, interessa compreender como se organizam essas unidades dentro do contexto dessa Política de Atenção Básica de Saúde, como se estruturam as equipes e as atribuições desses profissionais, além da organização da infraestrutura mínima. Os demais aspectos, que tratam das responsabilidades de cada esfera governamental, sejam políticos, dos recursos, financiamento não serão aqui abordados.

Entre as especificidades da Estratégia de Saúde da Família referidas no capítulo II da Portaria nº 648/GM de 2006, destacamos as disposições referidas nos incisos II e III. A ESF deve: (1) atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população; e (2) desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.

Compete às Secretarias Municipais inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde. A elas cabe definir no Plano de Saúde as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família, além de garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas.

Cabe ainda às Secretarias Municipais, assegurar o cumprimento de horário integral de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde; realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim; estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2006c).

Com relação à infraestrutura e dos recursos é necessária à implantação das Equipes de Saúde da Família: a existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000

habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde; um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família e a existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família. Essa unidade básica deve possuir minimamente: (a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; (b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade; e (c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde. Finalmente, é necessária, ainda, a garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; a existência e manutenção de estoque regular de insumos necessários ao funcionamento da UBS.

A prática de trabalho com equipes constitui um desafio na Atenção Primária da Saúde, em que quatro aspectos se fazem presentes. Promover a integralidade do cuidado em suas diversas vertentes é também um desafio para as equipes. A integralidade pode ser entendida a partir da capacidade da equipe de articular-se internamente em um trabalho. Isso significa mudar a prática cotidiana. Um segundo aspecto é a capacidade das equipes de atuar integrando as diversas áreas programáticas com a demanda espontânea, respondendo de forma equilibrada a essas duas demandas. Um terceiro aspecto é a necessidade de prover serviços para tratamento e reabilitação, mas também atuar nos controle dos riscos e danos em seu território, prevenindo agravos e promovendo a saúde com ações de cunho individual, de grupos e populacional. O quarto ponto diz respeito à interação com a comunidade e a capacidade de ação intersetorial em seu território. Temos que atentar para que não sejam transferidas às equipes de Saúde da Família responsabilidades de ações intersetoriais que são do gestor (BRASIL, 2007, p. 30).

A importância do papel da equipe na Atenção Primária de Saúde <sup>51</sup>(APS), também, é ressaltada no relatório mundial de Saúde 2008, quando se afirma que existe um corpo

---

<sup>51</sup> A atenção primária à saúde (APS), denominada cuidados de saúde primários (em Portugal) e atenção básica (no Brasil), foi definida pela Organização Mundial da Saúde em 1978 como: “Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem

substancial de evidências sobre as vantagens comparativas, em termos de eficácia e eficiência, de cuidados de saúde organizados como atenção primária orientada para as pessoas. Mesmo considerando as variações dos estudos com relação às características, isto é, aspectos identificados que dizem respeito às vantagens da APS: orientados à pessoa, abrangência e integração, continuidade de cuidados e participação dos doentes, famílias e comunidades, é necessário que os serviços de saúde estejam organizados em consonância com equipes multidisciplinares próximas dos clientes que sejam responsáveis por uma população definida, colaborem com os serviços sociais e outros setores, e coordenem as contribuições dos hospitais, especialistas e organizações da comunidade (OMS, 2008).

Em nosso estudo não especificamos a atividade em si de nenhum profissional, interessa-nos suas atividades no tocante às relações entre os membros da equipe entre si, e com os usuários. Nesse sentido, enfatizamos quatro das atribuições de que dispõe a Portaria nº 648/GM 2006 comuns a todos os profissionais: (1) participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; (2) realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; (3) realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; e (4) identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde.

As atribuições e a forma como essas equipes multiprofissionais atuam, coloca-os em relações pessoais e sociais diretas com os membros da equipe entre si e com os indivíduos da comunidade onde atuam. Essas relações envolvem visões de mundo e valores, e estes, nem sempre são semelhantes para todos, podendo atuar de forma positiva ou negativa com relação aos resultados esperados da atuação profissional.

Com relação aos usuários, especificamente, uma das questões colocadas como dificuldade frequente encontrada pelos gestores municipais é o desconhecimento destes sobre

---

fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (CICPS, 1978).

o funcionamento do SUS, causando problemas como: exigência de tratamentos e/ou medicamentos não aprovados pela legislação vigente; busca de atendimento em níveis inadequados de complexidade. Alguns desses problemas muitas vezes acarretam aumento de filas e encarecimento de custos (BRASIL, 2005, p. 47).

Em publicação da CONASS, da coleção Progestores/Para entender a gestão do SUS, quando se discute a operacionalização da atenção primária à saúde e necessidades em saúde, questões relacionadas aos usuários são apontadas principalmente em três tópicos: (1) a medicina baseada em evidência. (2) a questão do desejo e do sofrimento; e (3) oferta de serviços e necessidades da população. Com relação ao primeiro item, uma das sugestões é que devem ser realizadas mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde, devem-se formar os profissionais que estão na atenção primária com ênfase na distinção de problemas que merecem investigação específica daqueles que precisam de cuidados especiais. O binômio desejo-necessidade é o motor do capitalismo; porém, não pode ser o motor do sistema de saúde. Um sistema de saúde do tipo de Atenção Primária de Saúde deve ser universal e equânime. É mais fácil a população assistida compreender pela fórmula: desejos > necessidades > recursos, do que desejos levam a falsas necessidades que levam a recursos insuficientes. Além do mais se sabe que os serviços de saúde são apenas um dos determinantes da saúde. Emprego e saneamento básico são mais importantes do que o número de tomógrafos disponíveis (BRASIL, 2007, p. 56-60).

Considerando que APS busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde, isto é, melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos, a estratégia brasileira para APS, que é a Saúde da Família, tem sido positiva, segundo análise<sup>52</sup> de indicadores para a atenção básica, em que se compara no período de 1998 a 2004, a evolução de oito indicadores de saúde, segundo estratos de cobertura da Saúde da Família no Brasil, considerando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), renda e porte populacional dos municípios. Como tendência geral, o grande impacto do PSF no sentido de melhorar os indicadores de saúde foi observado nos agrupamentos de municípios com IDH baixo (< 0,7). Esse fato é muito importante porque significa que a estratégia de saúde da família é um fator de geração de equidade (BRASIL, 2007, p.26-27).

As evidências demonstram que a Atenção Primária da Saúde tem capacidade para dar resolução a 85% das necessidades em saúde, dispensando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um

---

<sup>52</sup> Ver pesquisa Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados (BRASIL, 2008b).

problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde (BRASIL, 2007, p.37).

Em uma análise da demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária<sup>53</sup>, Landsberget et al. (2012) fizeram um estudo descritivo transversal em três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Betim, Minas Gerais, Brasil. Em seus resultados encontraram que os três motivos clínicos mais frequentes foram cefaleia, febre e tosse, correspondendo aos mesmos achados de um estudo multicêntrico com 24.000 encontros codificados com CIAP-2 na África do Sul. Para esses autores, o fato das doenças se apresentarem ainda indiferenciadas nesse âmbito de atenção, torna ainda mais importante a adoção do uso dessa classificação, em especial, como parte do processo de trabalho da equipe no primeiro contato ao usuário, utilizando a ferramenta do acolhimento. A partir do entendimento dos motivos de consultas de acordo com gênero e faixa etária, a equipe pode-se organizar melhor para programar as portas de saída do acolhimento, objetivando contemplar as necessidades de saúde da população ao lidar com a demanda espontânea.

Este foi o objetivo da implementação do SUS no município de Rio Tinto.

### 3.3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO TINTO

*“Usuário: diz-se daquele ou aquele que tem direito de uso ou usufruto. Indivíduo que faz uso de um serviço de utilidade pública.” (KOGAN; HOUAISS, 2000, p. 1626).*

A constituição Federal de 1988 é o marco político significativo na instituição de direitos sociais e na política de saúde no Brasil. Ela estabelece o direito à saúde, como direito de todos os cidadãos e como dever do Estado “garantido mediante políticas sociais e econômicas”. É, nesse âmbito jurídico, que se estabelece o sistema nacional de saúde a ser implantado, a partir de então, em todo território nacional<sup>54</sup>. Esta estratégia político-administrativa resultou no Sistema Único de Saúde, com o objetivo de reorientar os recursos

---

<sup>53</sup> A Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) tem como premissa registrar três aspectos do episódio de cuidado: o *motivo da consulta*, o *diagnóstico do problema* percebido pelo profissional de saúde e a *intervenção* resultante.

<sup>54</sup> O capítulo da Seguridade Social da Constituição Federal de 1988, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90 e nº 8142/90, e demais leis complementares ao desenvolvimento do sistema. O objetivo é alterar a desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. Esta legislação reconhece o contexto do desenvolvimento do setor saúde no Brasil e prevê a participação do setor privado na composição do SUS (BRASIL, 1988).

materiais, humanos e financeiros para a promoção da saúde, tendo o controle social como uma diretriz do sistema.

No Brasil, a partir dos anos 1980, o modelo assistencial vigente passa por expressivas mudanças, uma delas, foi a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), trabalhando uma nova lógica de coordenação federativa e de relação com outras esferas governamentais, segundo seus três princípios ideológicos: universalidade, integralidade e equidade; e os três princípios organizacionais: descentralização, regionalização e hierarquização. Nessa perspectiva, o SUS tem como finalidade a busca pela prioridade da saúde, a partir do modelo de desenvolvimento, garantias de seus princípios, redução das desigualdades e promoção da equidade em saúde.

Em termos organizacionais, o Sistema Único de Saúde reordena as práticas de saúde existentes ao instituir uma direção única exercida nos três níveis de governo: Federal (Ministério da Saúde), Estadual (Secretarias Estaduais de Saúde) e municipal (Secretarias Municipais de Saúde). O município é o órgão executor (planejamento e oferta) de prestação de assistência e cuidado à saúde da população, a partir da rede de serviços composta de unidades básicas, laboratórios e demais órgãos necessários relacionados à saúde. A assistência à saúde deve ser hierarquizada conforme a necessidade de saúde e complexidade do atendimento em níveis assistenciais diferentes (primário, secundário e terciário).

É no contexto dessa política de saúde que a “Estratégia da Saúde da Família”, como é chamada, surge como proposição estatal de ordenamento da atenção básica em saúde, atuando como a “porta-de-entrada do usuário para o sistema de saúde”. Assim sendo, o objetivo é atingir a parcela da população que não tinha acesso ao sistema, a exemplo da população residente nas áreas rurais dos municípios. A estratégia da saúde da família inclui a incorporação do Agente Comunitário de Saúde/ACS, como um mediador entre os usuários e os serviços de saúde. Trata-se de um profissional nativo, ou seja, da própria localidade, que é incluído na equipe de saúde, juntamente com médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e técnicos de saúde bucal. Essa equipe é responsável por uma territorialidade, composta por um número limitado de famílias e pessoas<sup>55</sup>.

No município de Rio Tinto, o SUS foi implantado em 2002, com a oferta de serviços de atenção em saúde. Atualmente, a rede municipal está composta de sete diferentes serviços, oferecendo atenção primária e de média complexidade, assim distribuídos: nove unidades de

---

<sup>55</sup> Portaria GM/MS nº 2.027, de 25 de agosto de 2011 – número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de saúde da família (BRASIL, 2011).

Saúde da Família/USF, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF (que comporta diferentes especialistas como: nutricionista, psicólogo, pediatra, fisioterapeuta, educador físico, assistente social); um Centro de Especialidade Odontológica/CEO; um Centro de Apoio Psicossocial/CAPS; uma Unidade Básica de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e uma unidade de pronto-atendimento com laboratório municipal que é chamado pelos interlocutores de “hospital”, em razão de que está instalado numa antiga unidade hospitalar. Além de serviço de especialistas contando com: psiquiatra, cardiologista, endocrinologista, oftalmologista, reumatologista, cirurgião e ultrassonografista.

Dentre as unidades de Saúde da Família, cinco estão localizadas na zona urbana, enquanto quatro estão distribuídas nas áreas rurais do município. Na unidade estudada, a equipe tem atuado principalmente na assistência ao pré-natal, atendimento clínico geral, atendimento odontológico, além de executar programas específicos do governo federal, a exemplo do Programa de Hipertensão Arterial, Diabetes, acompanhamento do Pré-natal, Programa de Saúde na Escola, Vacinação, entre outros. A partir dessa rede de assistência básica de atendimento urbana e rural, o usuário é referido para outros serviços de maior complexidade fora do município, em João Pessoa, capital do estado<sup>56</sup>.

O município de Rio Tinto, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM-2010), ocupa a faixa de Baixo índice<sup>57</sup> – 0,585 (correspondendo a longevidade – 0,742; renda – 0,562 e educação 0,480). Conforme referimos anteriormente, o impacto do PSF tem melhorado os indicadores de saúde nos municípios com IDH baixo. Durante o período de nossa permanência em campo, observamos que no relatório de indicadores de monitoramento e avaliação das ações do Pacto pela Saúde, o desempenho do município de Rio Tinto foi bom, quando comparado à totalidade do estado da Paraíba. Das 14 ações pactuadas desse município, 10 alcançaram a meta estabelecida, correspondendo a 71,43 % das metas. Ressaltamos que entre as metas alcançadas estão as que se referem à mortalidade infantil neonatal e pós-natal. Embora não seja nosso objetivo analisar o desempenho da política de saúde do município, entendemos ser importante ressaltar esse fato.

Em nossa pesquisa, encontramos uma equipe motivada e um plano da saúde para ano de 2013<sup>58</sup> com 11 diretrizes assim especificadas: (1) garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades

---

<sup>56</sup> Nos termos de nossa informante, essa referência se dá a partir do PPI – Programa Pactuado Integral - processo instituído, no âmbito do SUS, para definição da programação da atenção à Saúde e alocação dos recursos da assistência à Saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização de pactos entre os gestores (BRASIL, 2005).

<sup>57</sup> Variação entre 0,500 e 0,599.

<sup>58</sup> Plano Municipal de Saúde do Município de Rio Tinto, 2013.

de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada; (2) aprimoramento da rede de urgência e emergência, com a adequação da unidade de pronto atendimento e implantação do serviço de atendimento móvel de urgência/SAMU; (3) promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade; (4) fortalecimento da rede de saúde mental e dependência de crack e outras drogas; (5) garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção; (6) implementação do subsistema de atenção à saúde indígena; (7) redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde; (8) garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS; (9) contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde; (10) implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável; e (11) qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Ainda durante a nossa permanência em campo, algumas das metas correspondentes a essas diretrizes foram cumpridas, a exemplo da implantação da UPA na cidade de Rio Tinto. Outras metas como ampliar a área física e/ou reformar as unidades básicas de saúde (UBS) de Rio do Banco; atualização profissional para todos os Agentes Comunitários de Saúde e regularização de 02 áreas descobertas foram situações problemas que presenciamos e estão para serem resolvidas. No plano anual para o ano de 2013, não encontramos nenhuma referência a projetos com plantas medicinais.

### 3.4 A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E A POLÍTICA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS

Em nosso trabalho de campo, as plantas medicinais se constituíram o elemento de acesso aos agentes de cura da comunidade, assim como de interação com os agentes comunitários de saúde. Em função do vivenciado, nessa sessão, abordaremos o conteúdo de duas políticas públicas nacionais desenvolvidas no âmbito da saúde e que guardam relações com o Sistema Único de Saúde.

A construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS se inicia a partir do atendimento das diretrizes e recomendações de várias

Conferências Nacionais de Saúde e às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (CICPS, 1978) é recomendado aos estados-membros proceder:

Formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de incorporação dos detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente.

No final da década de 1970, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. A partir daí, vários comunicados e resoluções têm expressado seu compromisso em incentivar os Estados-membros a formular e implementar políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, assim como para o desenvolvimento de estudos científicos no sentido de melhorar o conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2006c; OMS, 2002).

O documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002 – 2005” reafirma o desenvolvimento desses princípios, considera relevante a medicina tradicional destacando que ela ainda desempenha um papel importante na área da saúde. Em muitas partes do mundo é o cuidado de saúde preferencial, ressalta o uso de medicamentos à base de plantas medicinais e também o incremento, de uma maneira geral, em todo o mundo do uso de terapias à base de plantas (OMS, 2002).

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se a partir da década de 1980, após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras (BRASIL, 2006c).

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Ela corrobora para a integralidade da atenção à saúde, pois leva em conta o indivíduo na sua dimensão global – sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde. Esse princípio da integralidade requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. Estudos têm demonstrado que tais

abordagens contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo assim para o aumento do exercício da cidadania (BRASIL, 2006c).

O Ministério da Saúde, sentindo a necessidade de conhecer experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, adotou como estratégia a realização de um Diagnóstico Nacional que envolvesse as racionalidades já contempladas no Sistema Único de Saúde, com destaque para aquelas que se desenvolvem no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e da Medicina Antroposófica, além das práticas complementares de saúde. O diagnóstico foi realizado no período de março e junho de 2004, por meio de questionário enviado a todos os gestores municipais e estaduais de saúde, no total de 5560. Destes, 1.340 questionários foram devolvidos, e os resultados desse diagnóstico demonstraram a estruturação de algumas dessas práticas em 232 municípios, dentre os quais 19 capitais, num total de 26 estados. A amostra foi considerada satisfatória no cálculo de significância estatística para um diagnóstico nacional (BRASIL, 2006c).

Essa Política também busca a ampliação da oferta de ações de saúde, proporcionando aos usuários acesso a serviços antes restritos à prática de cunho privado. Além do mais, ela atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais destacam-se aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa, Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia (BRASIL, 2006c).

Em fevereiro de 2006, o documento final da política, com as respectivas alterações, foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e consolidou-se, assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada na forma das Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006d). Essa Política contempla diretrizes, ações e responsabilidades do governo federal, estadual e municipal para oferta de serviços e produtos da homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, assim como para observatórios de saúde do termalismo social e da medicina antroposófica, promovendo a institucionalização dessas práticas no SUS.

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, considerando que possui a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade, usa as plantas medicinais vinculadas ao conhecimento tradicional e possui tecnologia para validar cientificamente este conhecimento (BRASIL, 2006d).

No contexto da PNPIC, o uso das plantas medicinais é destacado em função da sua origem antiga relacionada aos primórdios da medicina e fundamentado no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças. Outro aspecto importante são as recomendações da OMS, desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, que tem expressado sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utilizam essas plantas ou preparações a partir destas no que se refere à atenção primária de saúde. Os países em desenvolvimento têm um importante papel nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo (BRASIL, 2006d).

A OMS estima que um terço da população mundial não tenha acesso regular aos fármacos essenciais, esta cifra sobe para 50% em regiões mais pobres da Ásia e da África. Por esta razão, a OMS enfatiza o uso das plantas medicinais, uma vez que elas constituem uma fonte de fácil acesso em muitas dessas regiões (OMS, 2002). No Brasil, as plantas medicinais fazem parte da tradição indígena, quilombola e outras comunidades tradicionais. Em nosso trabalho de campo, das 65 espécies de plantas medicinais utilizadas na comunidade, 90% são provenientes do próprio quintal.

O governo federal aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, a qual se constitui em parte essencial das políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social como um dos elementos fundamentais de transversalidade na implementação de ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2006b).

A formulação do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos teve a participação de representantes de onze instituições: Casa Civil da Presidência da República; Ministério da Integração Nacional; Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Ministério do Desenvolvimento Agrário; Ministério da Ciência e Tecnologia; Ministério do Meio Ambiente; Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Cultura; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (BRASIL, 2006b).

A Portaria Interministerial nº 2.960, de 09 de dezembro de 2008, aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2008).

As ações decorrentes dessa Política, manifestadas em um Programa, são imprescindíveis para a melhoria do acesso da população a plantas medicinais e fitoterápicos, à inclusão social e regional, ao desenvolvimento industrial e tecnológico, à promoção da segurança alimentar e nutricional, além do uso sustentável da biodiversidade brasileira e da valorização e preservação do conhecimento tradicional associado das comunidades e povos tradicionais (BRASIL, 2009).

O processo de formulação do Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, fundamentado na Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, definiu oito princípios orientadores: a ampliação das opções terapêuticas e melhoria da atenção à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS; o uso sustentável da biodiversidade brasileira; a valorização e preservação do conhecimento tradicional das comunidades e povos tradicionais; o fortalecimento da agricultura familiar; o crescimento com geração de emprego e renda, redutor das desigualdades regionais; o desenvolvimento tecnológico e industrial; a inclusão social e redução das desigualdades sociais e a participação popular e controle social (BRASIL, 2009).

Ressaltamos três dos objetivos propostos pelo programa por considerá-los fundamentais ao contexto do estudo: (1) promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros; (2) desenvolver estratégias de comunicação, formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos; e (3) inserir plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia no SUS, com segurança, eficácia e qualidade, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. A expectativa e proposta dos Agentes Comunitários de Saúde dos sítios por nós estudados comungam desses objetivos, contudo, não visualizamos em curto prazo a realização concreta dessa proposta naquele núcleo.

#### **4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM RIO TINTO E O COTIDIANO NA ZONA RURAL: A UNIDADE DE SAÚDE, AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS, AS RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS E ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS**

*“Quando alguém mora sozinha, adoece, a própria comunidade cuida, alimenta, dá medicamento, vai dormir junto, entre outras coisas.” (Depoimento de profissional médico).*

Neste capítulo apresentaremos o cotidiano da comunidade rural estudada, no que se refere às atividades do SUS, nas unidades ali situadas. Os dados colhidos durante o trabalho de campo mostram o funcionamento das unidades, as atividades desenvolvidas pelos profissionais fora da unidade, assim como as relações sociais advindas dessas atividades.

Em termos de registro no sistema de Sistema Nacional de Saúde, a Unidade de Saúde da Família Rio do Banco, localizada na zona rural do município de Rio Tinto, é classificada como Centro de saúde/unidade básica, cujo atendimento prestado é o atendimento ambulatorial, cujo fluxo da clientela corresponde ao atendimento de demanda espontânea. Suas instalações constam de clínicas básicas, clínica indiferenciada, odontologia, sala de curativo e sala de enfermagem, não possui leitos. Essa unidade possui uma equipe odontológica em funcionamento. Os serviços prestados por essa unidade são: Estratégia de Saúde da Família e serviço de atenção ao pré-natal. Para isto, a unidade conta com um médico e outros profissionais, num total de doze.

As famílias dos sítios estudados recebem atenção à saúde da Unidade de Saúde da Família de Rio do Banco e da unidade âncora de Taberaba, que funcionam todos os dias da semana, oferecendo pequenos cuidados (curativos, distribuição de medicamentos, aferição da pressão arterial etc.), realizados por auxiliares de saúde. A enfermeira visita os sítios e coordena os outros profissionais da equipe, atuando junto à população, realizando visitas domiciliares agendadas, palestras, consultas de enfermagem, campanhas dos diferentes programas de saúde. Além disso, acompanha o profissional médico em suas visitas domiciliares, toma as demais providências a respeito de transporte de pacientes, entre outros provimentos para as unidades e os usuários.

O atendimento odontológico é estabelecido em conformidade com o cronograma de atividades da equipe de saúde, sendo realizado nas duas unidades onde estão as instalações

odontológicas. Também os atendimentos médicos acontecem conforme a programação das unidades, alternando de acordo com as demandas dos usuários registradas pela enfermagem. Os moradores do Sítio Boa Vista, em razão da proximidade geográfica, buscam atendimento na unidade de Rio do Banco, enquanto que as famílias do Sítio Areia Branca, recorrem à unidade de Taberaba. Além do atendimento ambulatorial, a médica realiza visitas domiciliares quando requisitada e faz encaminhamentos segundo as necessidades dos usuários.

Os ACS atuam junto às famílias realizando acompanhamentos de saúde, especialmente na prevenção e vigilância das questões de adoecimento dos adultos, crianças e idosos. São responsáveis pela marcação de consultas médicas ou odontológicas, orientação para coleta de exames e entrega dos resultados. Segundo a observação de campo, o ACS atua, realizando visitas domiciliares, dispensando maior cuidado aos usuários com problemas de saúde, mesmo depois do horário de “atendimento”. Os agentes que cobrem os Sítios de Taberaba e Areia Branca realizam as visitas às unidades domiciliares “a pé”, como dizem nas comunidades. Já, para os ACS dos Sítios Rio do Banco e Boa Vista, em razão da grande distância entre muitas moradias, utilizam motocicletas de sua propriedade, custeando o combustível para o exercício de suas atividades diárias. Por vezes, a coordenação de enfermagem mobiliza o “transporte de aluguel” ou aproveita o deslocamento do automóvel da equipe de profissionais no deslocamento dos ACS. Cada equipe de saúde tem à sua disposição um veículo contratado pelo município para atender às necessidades de deslocamento, seja com o deslocamento de profissionais, seja com os usuários.

A quantidade de ACS depende do número de famílias distribuídas em cada micro área, de forma que, no período da pesquisa, o Sítio Taberaba era assistido por dois; o Sítio Areia Branca por um único; o Sítio Boa Vista por dois, o Sítio Rio do Banco por um.

A normatividade do sistema não impede conflitos e dificuldades na composição de equipes de saúde, no que diz respeito aos princípios do sistema e no cumprimento das normas operacionais pelos gestores municipais. Um exemplo disso nos foi relatado pelos agentes comunitários de saúde sobre a dificuldade de repor o quadro de recursos humanos, em particular de ACS de determinada região, deixando temporariamente as famílias sem cobertura adequada do programa de saúde, resultando em sobrecarga para os ACSs de outros sítios que devem assumir o cuidado com essas famílias.

#### 4.1 EQUIPE DE SAÚDE – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Um dos alicerces da Estratégia Saúde da Família está na construção de uma equipe de trabalho como uma verdadeira unidade produtora das ações de saúde, intersetorialmente articuladas, buscando consenso, respeitando a especificidade das responsabilidades de cada membro dentro de uma prática democrática e construtiva (TONIAL, 2005).

A constituição dessa equipe, com diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é fundamental, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar de forma que, progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, expandindo, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização implica no deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, para profissionais centrados no usuário, em que o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção (BRASIL, 2012).

Nosso estudo foi desenvolvido no espaço territorial da Unidade de Saúde da Família Rio do Banco. Na época a equipe, que ali trabalhava, era composta por uma médica de família, um dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e um agente comunitário de odontologia.

#### Quadro 1 – Distribuição dos ACS de acordo com o sítio, número de pessoas e famílias

Sítio	ACS	Nº de Famílias/pessoas
Taberaba	ACS 1	110/382
	ACS 2	125/403
Areia Branca	ACS 3	110/351
Boa Vista	ACS 4	82/276 pessoas
	ACS 5	84 (atende famílias dos Sítios Boa Vista e Rio do Banco)/264 pessoas
	ACS 6	“saiu” – 79/229
Rio do Banco	ACS 7	102 / 356 pessoas

Fonte: Dados da pesquisa.

A determinação do número de ACS de cada localidade depende do número de famílias distribuídas em micro áreas constituídas de 70 a 80 famílias. Essa distribuição se dá da seguinte forma: Sítio Taberaba apresenta duas micro áreas de modo que é assistida por dois ACS; Sítio Areia Branca tem apenas uma micro área, contemplada por um único ACS; Sítio Boa Vista tem três micro áreas, necessita de três ACS, porém no momento da pesquisa

contava apenas com dois agentes<sup>59</sup>; o Sítio Rio do Banco apresenta duas micro áreas contempladas por dois ACS. A distribuição encontrada por ocasião do trabalho de campo está no Quadro 1.

Segundo depoimento da médica dessa unidade, esta é sua terceira experiência trabalhando no programa de saúde da Família. Na primeira, trabalhou em uma unidade no município de João Pessoa, constituído de uma única equipe formada por um profissional médico (ela), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, uma ACO e os ACS. Atendiam, em média, a 1500 famílias – acima da média estabelecida pelo programa, que é de no máximo, 1000 para cada equipe. Tinham muitos problemas, decorrentes da falta de informações, gerando muitos desentendimentos, tanto para a equipe como para os usuários. Daí, a questão da resolutividade tão almejada pelo programa, terminava por não se efetivar. A segunda experiência, também na zona urbana de João Pessoa, foi em uma unidade composta por três equipes. Essa foi a experiência mais negativa. Muita disputa entre os integrantes da equipe, resultando em mau funcionamento. Todas as falhas terminavam no consultório médico. Há um ano está com a equipe atual e tem sido bastante positiva. O tempo gasto para percorrer os 54 km que distam de João Pessoa ao local de trabalho compensa, pois a equipe é unida, motivada e tem compromisso com o que faz.

Durante o trabalho de campo, observamos que os usuários são muito próximos, no sentido de intimidade com os agentes comunitários de saúde, mas também num relacionamento informal com relação aos demais integrantes da equipe, principalmente nos sítios mais afastados do núcleo urbano. O dentista era uma exceção, pouco conversava e a relação tanto com os usuários como com o restante da equipe era bem mais formal, quando comparada com a dos outros profissionais.

Nos 18 meses de trabalho de campo, foi realizado um total de vinte viagens à localidade investigada, duas das quais foram dedicadas apenas à secretaria de saúde do município, e as demais, diretamente, às unidades. Como acompanhávamos a equipe, havia o revezamento, ora na unidade Rio do Banco, ora na unidade Âncora de Taberaba. Algumas vezes, acompanhava a médica no atendimento ambulatorial, ou a enfermeira, ou uma visita domiciliar quando estavam presentes a médica, a enfermeira e a ACS. A interação com os usuários e os agentes de cura foi acontecendo à medida que a relação com os ACS se tornava mais informal e eu os acompanhava. Por vezes, brincavam comigo dizendo que era meu dia

---

<sup>59</sup> Segundo informações locais, o terceiro agente comunitário de saúde da localidade havia “saído” e, há mais de um mês, as famílias desta micro área estavam sem a cobertura adequada da atenção fornecida pelo ACS, utilizando os serviços das unidades de saúde do Rio do Banco.

de Agente Comunitário de Saúde, outras vezes, enquanto percorria caminhos estreitos acompanhando algum ACS, éramos seguidas pelo cachorrinho da ACS, de modo que tudo parecia caseiro, familiar. Nesse período ocorreu a 6ª Caminhada da Saúde, evento anual realizado nesses sítios. Esta é uma equipe diferenciada, no sentido do bom entrosamento de seus integrantes. É uma situação particular, vivenciada nessa localidade e nesse espaço de tempo, não podendo, portanto ser generalizada.

Indagados sobre as mudanças ocorridas na comunidade após a implantação do Programa Saúde da Família e a presença da unidade em sua região, os usuários respondem:

- “Agente comunitário de saúde para nos informar as atividades da equipe”.
- “Remédio que pega no posto. Consulta especializada que é encaminhada para o NASF. Mudaram muitas coisas para melhor. Vacinas que não tinha por aqui”.
- “Tem médico mais próximo de casa. Enfermeira para tirar pressão e dentista”.
- “Melhorou muito, pois se trabalha a prevenção”.
- “Visita do agente comunitário de saúde no domicílio e assistência aos idosos em casa”.
- “Hoje tem pessoa para esclarecer, antes não tinha conhecimento de nada”.

#### **4.1.1 Entre informalidade e formalidade:** relações entre profissionais e usuários

A equipe saúde da família está alocada em duas instalações físicas, onde os profissionais centralizam seus atendimentos: a unidade de Saúde Rio do Banco, instalada no sítio homônimo e a unidade “âncora”, instalada no sítio Taberaba. A equipe de saúde<sup>60</sup> se desloca da sede do município para estas duas unidades. A unidade âncora de Taberaba é a primeira a ser encontrada partindo do núcleo urbano, isto é, a cidade de Rio Tinto, e Rio do Banco é a localidade situada, geograficamente, mais distante deste. Essas unidades são referências para os outros dois sítios, de maneira que os moradores do sítio Areia Branca, sendo mais próximo a Taberaba, têm como referência a unidade aí implantada, enquanto que os do sítio Boa Vista utilizam a unidade Rio do Banco. O deslocamento da equipe de saúde é feito num veículo contratado pela prefeitura, cujo motorista se tornou um informante singular para o entendimento das dinâmicas locais, em razão das informações que passou a fornecer dos sítios e dos problemas que enfrentam seus moradores.

---

<sup>60</sup> Os profissionais com formação superior (médico, odontólogo e enfermeira) não residem no município e organizam suas visitas às localidades conforme a demanda nas unidades.

Tratamos aqui as modalidades de relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e usuários a partir da percepção das diferenças entre os valores e modos de vida dos sítios estudados.

Partimos do pressuposto de que o tipo de relação que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários varia em função do modelo de sociabilidade no qual ocorre interferindo positiva ou negativamente nas formas de intervenção e de cuidado integral do paciente.

Essas sutilezas, de natureza cultural e simbólica, incidem sobre a noção de pessoa, sobre a questão da saúde e do adoecimento, sobre as relações com os profissionais da equipe de saúde e sobre as estratégias utilizadas para a garantia de direitos em saúde. Nossas reflexões apontaram para um *continuum* caracterizado pela formalidade e informalidade nas relações sociais entre usuários e equipe de saúde.

A observação do cotidiano dessa unidade de saúde como um todo (unidade base e unidade âncora) evidenciou três aspectos importantes que na determinação do tipo de relação que se estabelece entre profissionais e usuários, ou entre os próprios usuários, que exercem efeitos diversos sobre o processo adoecimento/cura. São eles: (1) a informalidade e a formalidade nas relações entre profissionais e usuários; (2) visão de mundo; e (3) religiosidade.

Por formalidade, entendemos as relações entre usuários e profissionais marcadas pela natureza burocrática e impessoal das práticas de saúde relacionadas à racionalidade biomédica. Ou seja, as relações entre os agentes dessa díade são estabelecidas a partir dos problemas de saúde e dos procedimentos a serem adotados para o enfrentamento destes.

Já as relações pautadas na informalidade se caracterizam pela afabilidade e cordialidade semelhante àquelas entre pessoas que gozam de intimidade, a exemplo das relações familiares ou de vizinhança, isto é, para além do trato burocrático das relações profissionais. Isso implica possibilidade de os profissionais adentrarem na intimidade da vida dos usuários, uma vez que estes permitem essa abertura para o conhecimento dos seus modos de vida. Nesse sentido, os profissionais de saúde detêm maior conhecimento sobre os modos de vida das pessoas com quem desenvolvem relações informais, em termos do cotidiano e das relações familiares, de vizinhança, de solidariedades, bem como dos conflitos. Contrariamente, as relações formais, nas quais pouco se explora a vida pessoal e social dos usuários. Consequentemente, a possibilidade dos profissionais adentrarem à vida pessoal dos usuários, limitando-se ao que concerne apenas ao problema de saúde apresentado.

Assim sendo, os profissionais da equipe de saúde não residentes nas localidades estudadas definem o sítio Rio Banco pela relação de informalidade que estabelecem com os

usuários. Para eles, esses usuários são “melhores de trabalhar”, considerando que “são mais pacientes, gentis e amorosos uns com os outros”. Os exemplos sobre os comportamentos de solidariedade entre os moradores se multiplicam e ouvimos que: “Quando alguém que mora sozinho adocece, a própria comunidade cuida, alimenta, dá medicamento, vai dormir junto, entre outras coisas” (depoimento de profissional médico).

#### **4.1.2 Os usuários e as unidades de saúde**

Levantamos aqui aspectos relativos à solidariedade e gratidão apontados como características das comunidades locais referidos pelos profissionais de saúde, assim como a caracterização espacial das unidades de saúde a partir das quais realizamos esta interlocução.

A médica da equipe relata que a solidariedade entre os moradores é uma característica diferenciadora na sua experiência de profissional e nas relações com os usuários. Fala, principalmente, na demonstração de respeito e gratidão deles para com a equipe de profissionais. Para ela, duas situações são emblemáticas para demonstrar isso: uma situação envolve o adoecimento de um morador desse sítio, acometido por câncer de estômago e que a comunidade resolveu fazer um bingo com o objetivo de arrecadar fundos para cobrir as despesas de deslocamento dos familiares às visitas ao doente que estava internado na capital, João Pessoa. Tratava-se de um senhor que se submeteu a tratamento cirúrgico no Hospital Napoleão Laureano,<sup>61</sup> e, enquanto esteve internado, recebeu duas visitas da médica da USF. A outra situação refere-se ao “caso da criança com leucemia aguda”, também visitada pela médica durante sua internação em Hospital da capital do Estado. Nesse episódio, a criança veio a falecer e o seu sepultamento foi marcado pelo discurso do pai que agradeceu aos moradores da localidade e também à equipe de saúde pelo cuidado e atenção recebidos durante a doença do filho, fato que emociona a médica durante o seu relato.

Percebemos também gratidão e solidariedade na unidade de Taberaba, entretanto as relações entre profissionais e usuário são mais pautadas pelas questões de doença e pouco dirigidas ao cotidiano da comunidade. Assim, é um idoso que necessita receber o remédio e mora sozinho. Alguém vai à unidade e pede a ACS. A fala é direta: quero uma receita para seu Cícero. A receita é de Hidantal – 3 caixas porque dá para passar mais de um mês. (Seu

---

<sup>61</sup> Instalado na cidade de João Pessoa, o hospital Napoleão Laureano é a unidade principal da Fundação Napoleão Laureano, entidade filantrópica e de utilidade pública Federal, Estadual e Municipal que tem como principal finalidade tratar de pessoas portadoras de enfermidades neoplásicas.

Cícero mora sozinho e os vizinhos cuidam dele). A ACS pergunta como ele está. A resposta é curta: a mão está melhor.

Nesse sentido, aparece uma distinção sutil na visão de mundo e nos comportamentos entre os diferentes sítios, referida pela equipe de saúde. Assim, enquanto um grupo se orienta por uma perspectiva de coletividade, o outro apresenta elementos que indicam uma perspectiva mais individualista. Nossa compreensão é de que os termos de solidariedades e vizinhanças se modificam entre os sítios em conformidade com a proximidade com o centro urbano e também pelo distanciamento/proximidade dos vizinhos.

A característica físico-espacial das unidades de saúde parece ser outro elemento relevante para pensar as relações entre profissionais e usuários. Elas reforçam o depoimento da profissional médica com relação à unidade Rio do Banco. Assim, podemos descrever esta Unidade como uma casa com 7 a 8 ambientes, apresentando uma primeira entrada, aberta constantemente, que corresponde à recepção – tem banco e cadeiras, um balcão de atendimento, uma televisão (todo tempo ligada), um depósito com água mineral (liberada para todos). Essa entrada comunica-se com a sala do dentista e a sala da enfermagem. Ligando esse ambiente tem uma pequena passagem aberta que comunica com a sala da técnica de enfermagem, banheiro, farmácia, sala de atendimento da médica e uma sala de espera que abre novamente para a rua. A outra entrada dá para a sala de espera na frente dos consultórios médicos. Essa disposição de duas entradas mantém um acesso muito livre para todo o prédio (Fotografias 5, 6 e 7). Dentro da unidade, as únicas portas que permanecem fechadas são as dos consultórios de atendimento (médico, odontológico e da enfermeira chefe<sup>62</sup>), as demais estão sempre abertas, permitindo que qualquer pessoa entre ou pelo menos veja o que se passa ali; as crianças circulam e brincam livremente.

Essa unidade de saúde, em algumas situações, é vista como um espaço familiar, cujas divisões correspondem à espacialidade do domicílio, inclusive com a privatização de certas relações. Esse aspecto é sinalizado quando uma das crianças trazida à unidade de saúde, porque está tossindo, pergunta se hoje vai entrar no “quarto de tia Letícia [médica]”. Ao referir-se ao “quarto” em vez de “consultório”, revela um elemento de significação dessas relações entre esses agentes sociais.

Observa-se a intimidade de algumas pessoas, por exemplo, em abrir a porta do dentista (que está em atendimento), sem se anunciar, nem bater. Esse diferencial de atendimento foi dado ao presidente do sindicato dos agricultores da área, ocasião em que permaneceu durante

---

<sup>62</sup> Ressalte-se que são profissões de nível superior, refletindo o modelo hierarquizado proposto pelo sistema de profissionalização em saúde orientado pelo domínio do saber e exercício de práticas de saúde oficiais.

longo tempo na unidade de saúde, acompanhado por suas duas netas, que brincavam e aparentavam muita aproximação com as pessoas do “posto”. Essas crianças também entram e saem na sala da enfermeira para pegar copos descartáveis para beber água. As ações parecem bem espontâneas e familiares.

**Fotografia 5 – Jardim da Unidade Rio do Banco (Rio Tinto-PB)**



Fonte: Elaboração própria (2012).

**Fotografia 6 – Vista externa da Unidade Rio do Banco (Rio Tinto-PB)**



Fonte: Elaboração própria (2012).

**Fotografia 7 – Vista interna da Unidade Rio do Banco (Rio Tinto-PB)**

**Fonte:** Elaboração própria (2012).

A Unidade Âncora de Taberaba (Fotografias 8 e 9) fica situada em um “alto”, com uma vista bem ampla e bonita da região. Sua localização favorece uma visão ampla das casas, da movimentação dos moradores, ao mesmo tempo em que revela a beleza da natureza que caracteriza a localidade. Essa Unidade está instalada de modo provisório em uma casa alugada, pois a sede está em vias de ser reformada ou, como dizem localmente, “sendo reconstruída”. Trata-se de uma pequena habitação, contendo: uma varanda, uma sala, onde funciona a recepção; e outra onde a enfermeira atende; dois quartos que se transformaram em dois consultórios: um odontológico, com ar condicionado, e outro médico. Uma cozinha onde está instalado o material de limpeza e sala de curativo, além de material em estoque e um banheiro. Um rádio que fica ligado todo tempo, com noticiário local. Percebe-se que os usuários são menos relacionados com os profissionais do que na unidade de Rio do Banco. Eles, praticamente, não passam da sala de espera.

O acesso à unidade dá-se, quase exclusivamente, pela porta de entrada, que está sempre aberta. Outro acesso situado nos fundos da casa é a porta que dá passagem para “cozinha” e que está sempre com a parte inferior fechada, mantendo a parte superior aberta apenas para ventilação. Assim sendo, os usuários nessa unidade permanecem na sala de espera até que sejam chamados a adentrar outro cômodo, ou seja, movimentam-se apenas para os ambientes a que estão destinados, não circulando pela unidade. Na sala de espera, enquanto as pessoas aguardam o atendimento, as conversas são escassas e se referem quase

exclusivamente às questões relativas às doenças, isto é, ao motivo pelo qual ali estão. As pessoas parecem mais reservadas, mais contidas e suas relações não demonstram a familiaridade observada na Unidade Rio do Banco.

**Fotografia 8 – Unidade Âncora Taberaba (Rio Tinto-PB)**



Fonte: Elaboração própria (2012).

**Fotografia 9 – Vista interna da Unidade Âncora Taberaba (Rio Tinto-PB)**



Fonte: Elaboração própria (2012).

Assim, cabe comentar que, quando se dá a construção histórica de um espaço ou território de vida e trabalho, criam-se laços de pertencimento a uma localidade, resultando daí relações de proximidade, como de vizinhança, de compadrio, típico de uma comunidade concebida como tradicional (numa analogia à classificação de Brandenburg (2010)). Esses processos são observados, por exemplo, na sala de espera da Unidade de Rio Banco, onde encontramos as pessoas (adultos) conversando, algumas, inclusive, sentadas no chão e as crianças brincando. Existe um ar de total descontração. A cena assemelha-se a uma sala de estar de uma residência rural. As conversas giram em torno de saúde, mas logo falam de outros assuntos da região, da vida de outras pessoas conhecidas, coisas do cotidiano. Todos demonstram se conhecer. A pressa é no sentido de voltar: ao trabalho, à “comida pra fazer”, aos afazeres de casa. Os que são atendidos primeiro procuram ajudar os outros que ainda esperam o atendimento. É comum alguém levar a criança de outro para que chegue mais rápido em casa ou que não ande tanto, ou que não leve tanto sol. Na sala de recepção, as pessoas aguardam para serem atendidas, aparentemente tranquilas, conversando ou assistindo à televisão; junto com elas, um ou dois cães circulam ou simplesmente deitam no jardim ou quintal.

Ainda nessa Unidade Rio do Banco tivemos duas reuniões com os ACS, que aconteceram no quintal, debaixo dos jameiros, árvores frutíferas da região. A exposição do lugar das reuniões permite uma reflexão sobre a informalidade das relações, mas também sobre as questões envolvendo a esfera pública e privada das decisões ou estratégias a serem adotadas pelos profissionais frente às demandas dos usuários. O espaço territorial da Unidade (Fotografia 6) está limitado por uma cerca de arame, de modo que os moradores que passam ao lado da cerca presenciam e, com muita frequência, cumprimentam algum dos ACS e outros profissionais, demonstrando relações de familiaridade.

#### **4.1.3 Da recepção da equipe de saúde**

A simples chegada da equipe de saúde ao local de trabalho é uma demonstração de como as relações entre os integrantes da equipe e destes com os usuários ocorrem de maneira diferenciada em cada um dos dois sítios estudados. Em Rio do Banco, a equipe de saúde (médica, enfermeira, dentista, ACO, motorista) é recebida de forma carinhosa, com certa euforia. Os ACSs, a atendente, a técnica de enfermagem que lá estão e mesmo usuários abraçam todos que ali chegam. Toda essa receptividade é, principalmente, para a médica e a enfermeira. A pesquisadora também recebe abraços. O dentista e o motorista, mais reservados, não são abraçados. Essas atitudes dão a impressão de certa intimidade entre

aquelas pessoas. Em Taberaba, por sua vez, a recepção para com a equipe é menos calorosa, apenas a atendente e as ACSs fazem “festa”, no sentido de que expressam sentimentos de alegria com a chegada dos demais profissionais. Os usuários nos olham, cumprimentam, mas suas atitudes são formais.

#### 4.1.4 Entre conversas e visitas

Aqui, indicamos elementos trazidos pela convivência com os ACS e profissionais de saúde para entender as relações entre profissionais e usuários. Nesse sentido, as visitas domiciliares são momentos reveladores da caracterização destas relações, tal como nos propomos pensá-las.

Quando passamos por Taberaba, membros da equipe de saúde<sup>63</sup>, não residentes na localidade, relataram que:

Taberaba tem maior índice de “promiscuidade e prostituição”, assim como mais desemprego e que as pessoas não se ajudam como nos outros sítios. Para essas servidoras, Taberaba “é lugar onde acontece de tudo. Erotismo... as mulheres se vestem com shorts, blusas decotadas, têm uma fala debochada; mesmo as que não são prostitutas se vestem e se comportam assim para que as prostitutas não concorram com elas. O índice de adultério de homens e mulheres é alto”.

Essa observação foi realizada por profissionais da equipe de saúde, principalmente as mulheres, que expressam um julgamento moral sobre os comportamentos dos moradores desse sítio; ao mesmo tempo em que sinaliza para uma influência negativa que exerce sobre essa localidade a proximidade com o urbano.

A região do Rio do Banco é onde as casas são mais distantes. Os profissionais da equipe de saúde alegam que é melhor trabalhar com os usuários dessa unidade, como dito antes: “são mais pacientes, gentis e amorosos uns com os outros”. Os ACS dessa região demonstram muito interesse em colaborar com a pesquisa, falam que têm mais ideias para trabalhar do que o sistema pede, desejam criar uma horta medicinal. Por outro lado, comentam que a maior dificuldade consiste na locomoção para visitar as famílias, chegando a utilizar suas próprias motos, custeando o combustível com seus salários, para que possam realizar seus trabalhos, mesmo assim, alegam que gostam do que fazem. Os ACS valorizam a formação e o estudo,

---

<sup>63</sup> Ressaltamos que dentre esses profissionais, dois são evangélicos, um deles disse que tem religião, mas não declarou, e os outros são de filiação católica, porém os comentários selecionados acima são feitos pelas mulheres. Os homens omitiram-se nessas ocasiões.

principalmente, a formação de nível superior. Um dos ACS estava cursando a graduação em pedagogia. Todos demonstraram querer aprender mais e pedem materiais informativos e que lhes orientem em projetos, a exemplo da questão das plantas medicinais.

Quando perguntados sobre renda das pessoas da localidade, responderam que em primeiro lugar vem o pagamento das usinas e, em segundo, as aposentadorias. Queixam-se de que os jovens nem sempre têm disposição para trabalhar e plantar roça e muitas mães não amamentam (de cada cinco, somente uma amamenta) por comodidade, para dormir à noite e não deformar o corpo. Com relação ao lazer, os homens, comumente, juntam-se para beber a cada folga da usina (cinco por um – trabalham cinco dias e folgam um). No dia de folga, bebem o dia inteiro.

Além desses aspectos da percepção dos profissionais sobre as comunidades, é no âmbito, por exemplo, dos atendimentos de saúde como os que presenciamos na Unidade de Taberaba, que também encontramos elementos para entender os contextos das relações aqui estudadas. São crianças com problemas respiratórios, são mulheres com queixas de dores produzidas pelo trabalho braçal, segundo relatam. São homens adultos, como seu Arnaldo (43 anos) que relata: “desde ontem bateu uma dor aqui nas costas, estou sem poder trabalhar”. A médica lembra que ele teve hérnia de disco, ficou encostado por dois anos. Ele fala que bateu exame, mas não deu mais, daí voltou a trabalhar, capinando, cortando cana, mas quando caiu para o adubo, a dor voltou. Em sua queixa, fala para a profissional: “olhe, Doutora, dá para a senhora pelo menos me dar o dia de amanhã? Pois já trabalhei hoje e não me estou aguentando”.

Chama-nos a atenção a forma e as expressões dos usuários de Taberaba, a objetividade de suas queixas, falam pouco, exigem e demonstram uma expectativa de resolutividade de suas questões. Quando a ACS da unidade entra no consultório médico, nos intervalos entre consultas, suas solicitações estão voltadas para “fazer uma receita de medicamento controlado”. Lá fora, alguém pergunta: quantos têm na minha frente? Esses usuários têm uma relação objetiva, claramente mais formal, quando comparada com os atendimentos na unidade de Rio do Banco. É evidente a diferença na relação usuário/auxiliar de enfermagem, percebidas no que denominamos “ouvindo” atendimento em Rio do Banco e “ouvindo” conversas em Taberaba.

#### **4.1.5 Ouvindo um atendimento em Rio do Banco**

Enquanto descansava em um consultório, após o almoço, escuto o atendimento da técnica de enfermagem a um usuário. A técnica fala de forma muito carinhosa enquanto faz

um curativo (suponho pelo diálogo). – Amanhã o senhor venha que a menina (outra técnica, certamente) fará o curativo. – Veja como tudo está ficando sequinho, sequinho. Quando limpa assim, é um alívio. Ontem demorou mais porque tinha muita coisa para limpar. O usuário quase não fala, ou não escuto, mas pela fala da técnica, a aceitação é boa. E se despede: – amanhã é pra vir, viu!

Observo a fala muito carinhosa do atendimento. E, pelo que entendi, não havia outras pessoas presenciando, pois neste horário de almoço a unidade estava quase vazia.

#### **4.1.6 Ouvindo as conversas na Unidade de Taberaba**

Em virtude de a unidade ser bem pequena, praticamente tudo se ouve, independente do lugar onde se esteja. Após a reunião, enquanto computo os dados dos questionários, escuto os diálogos nos outros ambientes. Alguém fala: – de quem é esse cachorro? Bote ele pra fora. As palavras soam com certo aborrecimento ou indignação, e fico me perguntando por que esses mesmos integrantes (da equipe) de saúde se comportam diferente quando estão na unidade de Rio do Banco.

Outro diálogo, que me sugere ser um usuário com algum ferimento no pé. Alguém da equipe pergunta: Foi o que no pé? Fazer uma ficha!

Escuto também frases que denotam impaciência: Se tumultuar...

#### **4.1.7 Visão de mundo**

Em termos dos valores sociais aparece uma distinção sutil na visão de mundo e nos comportamentos entre os diferentes sítios, referida pela equipe de saúde. Assim, enquanto um grupo se orienta por uma perspectiva de coletividade, o outro apresenta elementos que indicam uma perspectiva mais individualista. Isto nos leva a supor que os termos de solidariedades e vizinhanças se modificam entre os sítios em função da proximidade/distância do centro urbano e dos vizinhos.

Brandenburg (2010) considera que existe uma distinção nos estilos de vida quando se trata de aproximação e distanciamento dos centros urbanos. Nos sítios estudados, o ponto de vista geográfico parece ser um referencial significativo para os estilos de vida – mais distante ou mais próximo do núcleo urbano. Essa proximidade-distanciamento implica construção de relações diferentes com a natureza, mas também nas formas de organização das famílias. Assim, Taberaba, destaca-se pela proximidade na distribuição espacial das residências,

configurando-se, principalmente, como “ruas”, enquanto que em Rio do Banco, há predominância de moradias mais afastadas entre si e um menor número delas constituindo ruas. Essa distribuição repercute sobre o trabalho da equipe de saúde, em particular dos ACS, que em Taberaba consegue a cobertura do acompanhamento das famílias num circuito “a pé”, sem auxílio de transporte ou veículo para seu deslocamento, enquanto em outras localidades os ACS se utilizam de motocicletas próprias para realizar essa cobertura, em decorrência da dispersão das residências.

#### **4.1.8 As visitas domiciliares**

As visitas domiciliares são ocasiões em que se expõem aspectos das relações, muitas vezes não aparentes no atendimento nas unidades. É quando as decisões médicas escapam ao modelo biomédico estabelecido, quando os sentimentos estão mais aflorados, tanto nos usuários, nos ACS e demais integrantes da equipe. Os aspectos religiosos frequentemente são percebidos por meio de exposição de quadros religiosos no interior das moradias, muitas vezes como demonstração de devoção a um determinado santo. Algumas vezes, membros da equipe também eram mobilizados por essa religiosidade no momento da visita.

O relato de três visitas domiciliares, realizadas sempre no final do expediente, como última tarefa do dia e quando a equipe já se encontrava reunida, apontam para as diferenciações nas relações entre profissionais e usuários.

##### **a) Visita 1**

A equipe fez uma visita domiciliar no sítio Boa Vista, próximo ao “sítio” de Rio do Banco. Trata-se de atendimento a um senhor de 69 anos, que sofreu um acidente vascular cerebral, nos termos da médica. Alguns profissionais de saúde vão de veículo (médica e enfermeira), enquanto a ACS da localidade se dirige mediante motocicleta para a residência do usuário. É uma casa simples, bem ventilada e arejada, onde se veem 7 a 8 quadros de santos católicos nas paredes da frente e laterais, estrategicamente situados próximos à porta de entrada da moradia. O “paciente” encontrava-se deitado no sofá da sala; junto estavam: sua esposa, sua filha, seu filho e vários netos. Apesar da formalidade dos cumprimentos, com apertos de mãos, quase todos sorriem, demonstrando contentamento. Ele é examinado na própria sala e a conversa é compartilhada por todos, inclusive crianças que permanecem na sala, acompanhando o atendimento. O tom de queixa do senhor é no sentido de não poder

trabalhar, não referindo “sofrimento” físico. A esposa e a filha disseram que ele apele a Deus, para que devolva sua saúde, o que é reforçado pela enfermeira. A presença da família não foi tomada como impedimento para a realização da visita domiciliar pelos profissionais, ao mesmo tempo em que revela o processo de socialização que se realiza ao compartilhar a experiência do adoecimento.

### **b) Visita 2**

A segunda visita, também ocorrida no sítio Boa Vista, foi realizada a uma senhora de 65 anos, com queixa de “quadro febril”. Como na visita anterior, a médica se deslocou de carro, enquanto a ACS foi na sua moto. Encontramo-nos à entrada da casa, que aparentava ter recebido uma reforma recentemente. Na parede da sala, dois quadros de temática religiosa cristã chamavam a atenção: Jesus e frei Damião (santo local muito reconhecido pela população nordestina).

A usuária está acompanhada da filha, que nos recebe e disponibiliza informações para a médica. A ACS traz o prontuário, aparelho de pressão e outros papéis que a médica possa precisar. A médica entra e parabeniza a paciente por “já estar caminhando”, e conta para a pesquisadora que ela se submeteu a uma cirurgia e ficou muito tempo sem andar. Imediatamente a usuária comenta que “fez uma promessa”. A “paciente” deita-se no sofá para ser examinada e conta que no dia anterior foi ao hospital de Rio Tinto, onde lhe administraram um antibiótico e passaram uma receita, mas que não teve dinheiro para comprar os remédios. A filha lembra que a mãe tem diabetes e que a “febre foi muito alta, ela ficou-se batendo e depois não se lembrava de nada do que se tinha passado”, alimentando-se pouco. Após o exame, a médica resolve prescrever um medicamento disponível na Unidade de Saúde. A ACS, sempre gentil, auxilia a médica no atendimento. Percebemos que é ela bem conhecida da filha da usuária, visto que conversam sobre filhos e vai, em sua moto, buscar a medicação na Unidade de Saúde. Dois fatos nos chamaram atenção com relação a essa ACS: primeiro, que, mesmo com o tornozelo imobilizado, ela continuava trabalhando; e segundo, que fazia isto além do seu horário normal de expediente.

### **c) Visita 3**

Uma terceira visita foi acompanhada no sítio de Taberaba. Participaram a médica, a enfermeira e a pesquisadora que seguiram de automóvel, e a ACS que se dirigiu “a pé” até a

residência da usuária. Na residência, encontramos uma jovem de 23 anos, num contexto pós-cirúrgico de uma cesariana, com dificuldades de cicatrização da “ferida cirúrgica”. Era uma casa pequena com quatro cômodos e muitos móveis, dificultando a nossa mobilização naquele espaço. Chamou a atenção que a jovem estava, naquele momento, sozinha, sem parentes ou vizinhos a acompanhando.

Para ser examinada, a usuária conduziu apenas a médica para o seu quarto e, de maneira sutil, encostou a porta, limitando a entrada de outras pessoas. Tratava-se de uma visita rápida com o objetivo de avaliar as condições de cicatrização da “ferida cirúrgica”, que já vinha sendo feita pela enfermeira. Chamaram a atenção: a objetividade da visita, a reserva com que a usuária se portou em relação aos demais profissionais (inclusive o ACS), e a ausência de uma rede social que lhe desse suporte no momento do puerpério. Esses elementos podem indicar muitas outras nuances de natureza sociológica, porém sugerem que as relações sociais ali desenvolvidas envolvem um aspecto mais restritivo articulado ao indivíduo.

Essas observações mostraram que, em termos de espacialidade, a proximidade geográfica entre moradores de uma localidade não representa um estilo de vida com ênfase sobre a coletividade, principalmente, se este conjunto populacional mantém uma proximidade com o centro urbano. Assim, encontramos “estilos de vida” diferentes entre os “sítios”, como condições extremas do *continuum* estudado, sendo um próximo ao núcleo urbano e o outro mais distante. Como vimos, essa proximidade-distância se reflete nas relações entre usuários e profissionais de saúde, na medida em que formaliza ou informaliza essas relações, repercutindo sobre uma intervenção integral do usuário.

Outro elemento importante na contextualização da saúde e suas relações com serviços oficiais de saúde são o apoio social, a influência das “redes sociais” nas quais a pessoa está inserida e que envolve o fornecimento de apoio material, normativo e afetivo. Todos esses aspectos vão contribuir para a complexidade da definição da doença e na mobilização de recursos de tratamento.

O contexto social é um aspecto que interfere, igualmente, na variabilidade dos tipos de recurso aos tratamentos e consumo de serviços médicos, justificando diferenças sociais. Assim, a busca por cuidados médicos em grupos populares ocorre em razão de ações curativas. (BOLTANSKI, 1989). Além dos elementos ponderados no texto, cabe lembrar a dimensão da religiosidade encontrada nesse trabalho de campo, uma vez que ela tem forte influência sobre os processos de negociação acerca do diagnóstico da doença e do itinerário terapêutico.

As modalidades de relações que se desenvolvem entre profissionais de saúde e usuários, a partir desses elementos, indicam as diferenças entre as localidades e como afetam

as formas de intervenção e de cuidado. Nossa perspectiva caminha na compreensão das relações sociais entre esses agentes sociais, considerando os vínculos múltiplos “entre a criação do lugar e a criação de gente – sem naturalizar ou construir como fontes de identidades autênticas e essencializadas” (ESCOBAR, 2005, p. 136).

Dois outros tipos de atividades mostram as relações do conjunto dessa localidade atendido por esta equipe. Um se refere ao acompanhamento da equipe ao atendimento na escola de Arei Branca, trata-se do cumprimento ao Programa Saúde na Escola – etapa realizada em 10/06/2011. A outra atividade foi a 6ª Caminhada da Saúde realizada em 24/04/2012.

#### **4.1.9 Programa Saúde na Escola: acompanhando atendimento na Escola de Areia Branca**

Da unidade âncora de Taberaba, o motorista nos levou (eu, a enfermeira, uma ACS e a ACO) até à escola. É uma escola pequena, com apenas duas salas de aula, uma cozinha minúscula e um banheiro externo ao prédio. Fomos recebidas pela diretora, que nos acompanhou nessa visita que estava agendada. Ao todo a escola tem 50 alunos, funciona nos dois turnos diurnos e as salas são divididas de forma que em uma delas ficam as crianças do jardim e pré (os menores) e na outra da 1ª a 3ª série nesse turno da manhã. À tarde funcionam outras séries, portanto, nessa sala a que fomos havia alunos de três séries diferentes.

Estavam em aula e os alunos sentados em carteiras distribuídas em forma de U. Percebo uma criança com Síndrome de Down entre os alunos. As crianças saem da sala – a diretora pede que distribuam a merenda, enquanto a enfermeira se instala na própria sala de aula para fazer os atendimentos. As crianças vão entrando um a uma ou mais, se forem da mesma família. Fico observando o atendimento. A cada atendimento, a enfermeira inicia explicando sucintamente o que é o programa, pede o cartão de vacinação para conferir e pergunta a mãe se a criança tem alguma queixa. Enquanto isso a ACS da área e a ACO estão na outra sala fazendo atendimento.

Dezenove crianças foram atendidas pela enfermeira e as demais pela ACS e ACO. Percebo que embora todas as crianças tenham boa aparência, quase 100% das mães têm queixas. As mães, ou mais raramente tia ou avó, quase sempre não sabiam a série em que a criança estava estudando, mas traziam as informações sobre a vacinação. Apenas um homem estava acompanhando uma criança, e, nesse caso, era o avô, ninguém deixou de trazer o cartão de atendimento da criança. Após os atendimentos, a enfermeira comenta que, de uma maneira geral, as mães sempre estão querendo que as crianças sejam atendidas pela médica, que sempre se queixam do apetite, que são magras. Tudo isso ficou pior depois do caso da criança que morreu com leucemia.

No livro *Atenção Primária e Promoção para Saúde*, destinado aos gestores, um capítulo diz respeito a *Considerações sobre a Operacionalização da Atenção Primária à Saúde*, que mostra o seguinte: em diversos estudos, grande parte da demanda da população que procura os serviços de saúde, é por prevenção primária e secundária. O medo de morrer ou de ficar doente e a expectativa de evitar eventos mórbidos por meio da intervenção do sistema de saúde estão cada vez mais difundidos. Num estudo holandês, em que foram analisadas mais de 500 mil consultas com os médicos de família, mostrou que o primeiro motivo para se procurar o sistema de saúde foi “avaliação médica” e o diagnóstico mais comum anotado pelos médicos foi “prevenção/não doença”. Outro estudo, realizado na Austrália, mostrou resultados semelhantes. Esses dados são relevantes, pois trazem à tona a responsabilidade do gestor e sua relação com a população e com os profissionais da ponta para a decisão do que deve ou não ser oferecido de rotina (BRASIL, 2007, p. 58).

A esse respeito, toda a informação disponível nunca substitui a relação do indivíduo com o profissional e não se pode prever todas as decisões que serão tomadas e todos os recursos que serão necessários. Nesses casos, as relações são, acima de tudo, humanas, o que impõe um grande desafio aos gestores do mundo todo que precisam planejar e (tentar) prever o que ocorrerá, uma vez que todo orçamento é limitado (BRASIL, 2007, p. 58).

#### **4.1.10 Caminhada da Saúde**

A 6ª Caminhada da Saúde faz parte do calendário anual dessa equipe. Segundo informações dos profissionais, o início desse evento se deu em função dos casos de hipertensão e acidente vascular cerebral que encontravam naquela unidade. Essa atividade acontece com custos arrecadados pela própria equipe, por meio de rifas e contribuições provenientes da secretaria municipal de saúde, do comércio local e de vereadores. A participação intensa da comunidade faz com que a equipe sinta-se motivada para manutenção do evento. A caminhada ocorre no horário cedo da manhã e percorre o caminho entre uma unidade e outra (unidade base e unidade âncora), que em termos de distância corresponde a mais ou menos 10 km. Grande parte das pessoas segue caminhando, sendo acompanhado por um carro de som e mais um ou dois carros, que dão suporte para as pessoas que não conseguem andar todo o trajeto. É frequente a locação de um ônibus que traz pessoas dos locais mais distantes. A chegada à unidade é comemorada com um lanche coletivo, distribuição de bolas para crianças e flores para as mulheres.

Importante ressaltar que entre as metas alcançadas das ações pactuadas no ano de 2011 está a que corresponde à taxa de internações por acidente vascular cerebral<sup>64</sup>. Para o município de Rio Tinto a baixa taxa de internações corresponde à meta alcançada para esse item.

Explorando as relações entre profissionais, a definição dos papéis parece manter a estabilidade na equipe, de modo que os conflitos podem estar velados pelos limites do trabalho de campo. As situações observadas nas unidades e a ocupação dos espaços revelam a manutenção das hierarquias. Apesar da aleatoriedade da formação dessa equipe, a médica comenta que a equipe atual com a qual trabalha é unida, motivada e compromissada com o que faz, se comparada com suas experiências anteriores no Programa de Saúde da Família.

A religiosidade observada encontra-se permeada no cotidiano das pessoas dessa comunidade, de modo que nos momentos de adoecimento e nos procedimentos de cura ela envolve principalmente os agentes de cura quando exercem as suas práticas.

#### **4.1.11 Os agentes de cura: objetiva e subjetivamente**

Nas localidades onde este estudo se desenvolveu, os agentes de cura e o uso das plantas medicinais constituíram e ainda constituem uma realidade dentro das alternativas terapêuticas. No questionário aplicado aos usuários, quando se perguntou: Antes desse sistema de Unidade de Saúde da Família, como cuidavam da saúde? Cinquenta e oito por cento responderam que cuidavam com remédios caseiros e plantas medicinais. Com relação ao momento atual, foi perguntado: Além da equipe da Unidade de Saúde da Família, que outras pessoas na comunidade cuidam da saúde? Trinta e cinco por cento fizeram referência às rezadeiras e outros agentes de cura, por vezes denominados de curandeiros.

Os dados aqui tratados se referem às entrevistas de doze agentes de cura, realizadas de abril a julho de 2012. A ênfase aos dados qualitativos nos direciona na perspectiva ressaltada por Spink (2004, p. 100), quando afirma que dar voz ao entrevistado permite eliciar um rico material, especialmente quando este é referido às práticas sociais relevantes ao objeto da investigação e às condições de produção das representações em pauta, além de evitar impor as concepções e categorias do pesquisador.

As entrevistas com os Agentes de Cura foram os últimos dados colhidos em campo. Nos 18 meses da observação de campo, como já referimos, contamos com dois fatores facilitadores: os ACS e o tema das plantas medicinais. Os agentes comunitários iam- nos apresentando

---

<sup>64</sup> Pacto 2011 – Paraíba.

aquelas pessoas que trabalham com cura. A abordagem com a maioria deles foi fácil, tendo sempre como cartão de apresentação o tema das plantas medicinais; alguns foram “preparados” para nos receber, de modo que os agentes nos comunicavam que vinham falando da nossa presença na comunidade e anunciando que faríamos uma visita, porque desejávamos conhecê-los e conversar sobre sua atividade de cura. Nesse sentido, foi fundamental o papel desses agentes de saúde, que pacientemente fizeram esse contato, e que, em alguns casos, a aceitação do agente de cura em nos receber custou uma espera de quatro meses.

As entrevistas foram todas gravadas com a permissão do entrevistado e realizadas na presença de um dos agentes comunitários da área de pertencimento do Agente de Cura. Essa presença se deu muito mais pela gentileza de me acompanhar e apresentar aos Agentes de Cura do que numa vigilância, de forma que, em nenhum momento sentimos interferência dos ACS à conversa ou gravação da entrevista. Na maioria das vezes, eles saíam de junto e, discretamente, deixavam-nos a sós com o entrevistado. Como todos eles são pessoas da comunidade, eram frequentes as conversas paralelas com vizinhos ou familiares do entrevistado. Entretanto, nós percebíamos o cuidado dele (a) em não nos deixar “soltos”, isto é, não estar perto se precisássemos de alguma coisa ou tivéssemos terminado a entrevista e quiséssemos voltar à unidade.

Ao todo foram entrevistados 12 Agentes de Cura, sendo quatro do sexo masculino e oito do sexo feminino. As idades variaram de 44 a 74 anos. Uma particularidade observada foi de que todas as mulheres entrevistadas nos receberam no interior de suas residências, e, no momento da visita, estavam realizando algum trabalho doméstico. Ao passo que todos os homens nos receberam no espaço “de fora” de suas casas e os encontramos descansando ou conversando.

As informações colhidas dessas entrevistas foram analisadas numa perspectiva de análise de conteúdo, buscando a partir de um tema central os subtemas correlatos. Os tópicos aqui apresentados foram definidos pela pesquisadora após a leitura integral das entrevistas, sendo, nessa sessão, tratados apenas os aspectos que dizem respeito à caracterização desses agentes, sua identidade de acordo com sua função social estudada, ou seja, suas ações de cura. Os aspectos dessas entrevistas mais relacionados às concepções de adoecimento e cura serão tratados no capítulo cinco.

Tomando como tema central o agente de cura, subtemas foram considerados buscando uma correlação entre a fala e os objetivos dessa investigação; assim aptidão<sup>65</sup>/dom<sup>66</sup>,

---

<sup>65</sup> Aptidão no sentido de um aprendizado conseguido de forma consciente, em que a pessoa reconhece de onde veio esse conhecimento.

especialidade que/quem cura e elementos usados para a cura são subtemas que dão sentido as ações desses agentes de cura. O Quadro 2 mostra a caracterização dos agentes de cura, relacionados aos subtemas considerados.

**Quadro 2 – Distribuição dos Agentes de cura de acordo com idade, sexo, religião, origem, aptidão, especialidades e elementos que usam para curar**

Idade Anos	Sexo	Religião (prática)	Origem/ descendência	Aptidão adquirida/dom	Especialidade que/quem cura	Elementos que utiliza
72	F	Católica	Nativa	Dom	Olhado Criança, adultos	Reza/pl. medicinais
66	M	Não tem religião	Região de perto	Adquirida por observação. Dom com pl. medicinais	Adultos/ crianças	Plantas medicinais
60	F	Não tem religião	Indígena (Aldeia S. Francisco)	Aptidão adquirida diretamente da natureza	Adultos Crianças	Pl. medic., animais, minerais
60	M	Cristã. Não frequente.	Região de perto	Dom recebido	Olhado Desfaz magia Crianças Adultos Animais	Reza/ Plantas medicinais
63	F	Católica	Natural da região	Adquirida	Crianças Adultos	Plantas medicinais, animais
44	M	Cristã. Não frequente	Indígena (Aldeia de Marcação)	Aptidão adquirida Transmitida pelo avô	Olhado Crianças Adultos	Reza/ Plantas medicinais
68	F	Católica	Sapé (PB)	Aptidão adquirida pela necessidade	Crianças, adultos (mulheres)	Plantas medicinais
53	F	Católica	Nativa	Aptidão adquirida pela necessidade	Crianças Adultos Olhado	Reza/ plantas medicinais
73	F	Católica	Nativa	Adquirida em parte por opção	Crianças Adultos Olhado	Reza/Pl. medicinais.
74	F	Católica	Bananeiras (PB)	Aptidão adquirida pela necessidade	Crianças Adultos Olhado, espinhela/ ventre caído	Reza/Pl. medicinais
77	M	Evangélico	Região de perto	Aptidão adquirida/dom	Adultos e crianças Encantamento	Plantas medicinais
63	F	Católica	Nativa	Aptidão adquirida por transmissão familiar	Adultos e crianças	Plantas medicinais

Fonte: Dados da pesquisa.

<sup>66</sup> Relativo ao dom de cura enquanto capacidade de realizar ações de cura recebida na maioria das vezes, de forma involuntária ou inconsciente.

É na trajetória de vida desses agentes de cura que identificamos a transmissão ou momento de passagem da aptidão ou dom de curar. São narrativas que falam das dificuldades de sobrevivência, da vida no campo, da carência na satisfação das necessidades básicas, como alimentação, moradia, transporte, acesso a serviços de saúde, entre outras.

Para tornar-se um agente de cura é comum a transmissão familiar ou de mulher/mulher, ou pelos membros da comunidade:

Aprendi da minha mãe. A minha mãe aprendeu da minha avó (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Eu me criei vendo minha mãe fazer [...] Minha tia foi a minha segunda mãe, né? E eu via ela fazendo chá, assim, de erva-cidreira, dessas coisas assim. Depois, eu fui crescendo, e fui vendo o pessoal fazendo e dizendo, ah, esse remédio aqui é bom pra isso e pra aquilo [...] Ah, quando eu comecei a benzer, eu tava mãe de três filhos, já. Eu aprendi com uma senhorinha que eu benzia meus filhos lá na casa dela. E, eu via ela rezando e dizendo, né? As palavras. E eu aprendi, também. Não foi uma pessoa exclusivamente uma pessoa que me ensinou, eu vi ela rezando e aprendi. Comecei a benzer as crianças (Maria da Conceição, 74 anos, sítio Taberaba).

Comecei a rezar com 22 anos, quando tive meu primeiro filho. Quando eu via ele doente, aí eu ia benzer ele em casa. Aí comecei a benzer em casa, e ele foi melhorando, aí quando pensou que não, fui continuando... (Dona Dorinha, 53 anos, sítio Taberaba).

A experiência com reza foi do meu avô. Meu avô me ensinou, poucas palavras, não era muito não, era pouquinho mesmo. Ele era índio caboqueiro velho (Seu Jailson, 44 anos, sítio Taberaba).

Estudando os Xamãs asiáticos e americanos, de uma maneira geral, Mircea Eliade refere que o futuro Xamã revela-se desde a adolescência, e as principais vias de recrutamento são: a transmissão hereditária, podendo esta ser também pela linhagem feminina e a transmissão por vocação espontânea, denominada “o chamado” ou “escolha”. Todos passam por uma dupla iniciação: a extática, quase sempre por meio de sonhos ou transe iniciativos e a didática efetuada por um velho Xamã instrutor (ELIADE, 2002).

O aprendizado desses agentes de cura se assemelha às iniciações xamânicas referidas por Eliade. As circunstâncias de suas vidas os proporcionaram experiências fortes traduzidas como vida difícil. Em seus relatos, foram comuns citações de experiência da morte dos familiares. Muitos desses agentes perderam a mãe ainda em idade tenra. A maternidade também é um marco não apenas de maturidade, mas também como momento difícil (iminência de morte da mãe e da criança). O abandono, a precariedade das condições de sobrevivência, fez com que muitos deles tivessem apenas a natureza como último recurso.

Fui criado pelo meio do mundo. Fui criado sem mãe. Desde 12 anos que eu fui andar pelo meio do mundo. Logo, eu era muito desobediente a meu pai. [...]; aí eu sei que ele me deu uma corça que eu passei um bocado de dia, um bocado de semana numa barraca, fora, nos mato; a minha madrastra me dando de comer. Aí foi quando eu me entendi... Escapei, sabe? Ai continuei a fazer a mesma coisa. Aí chegou, papai, me levou pro mato pra me matar-me, aí eu escapuli de lá. Eu escapuli, aí ganhei o mundo. [...] Eu morava sozinho lá, numa casa, sozinho, sozinho mesmo, numa casa cuidava de meu comer, tudo. Eu sozinho, lá dentro dos matos. [...] Já tava com uns vinte e poucos anos, já tava velho, já. [...] quando eu fiquei trabalhando lá (em São Paulo) botaram eu de vigia, numa casa velha... [...] tinha só um homem, né? Era um português, era um doutor. Fazia remédio aqui no Brasil e levava pra Portugal. Aí se demos a conhecer, lá vai. [...] Ele fazia remédio, levava pra Portugal. Foi quem me ensinou, o que hoje eu sei, as vezes, algo que serve de remédio, de uma coisa, foi por causa disto. Ele usava planta, vivia nos matos, com um carro velho, pegando folha de mato, tirando folha de mato, raiz, por dentro do mato. Ele pegava, folha de mato cozinhava, fazia remédio, e levava pra Portugal (Seu Francisco, 77 anos, sítio Rio do Banco).

Segundo Eliade (2002), a iniciação extática se dá pela morte e ressurreição ritual do candidato e introdução de elementos mágicos em seu corpo. As variações ocorrem de uma região para outra, podendo constar também de uma subida ao céu para levar ao deus supremo os desejos do grupo e a descida ao inferno, seja representada ritualisticamente, seja mediante sonhos ou em transe. Na iniciação didática, são ensinados cantos mágicos, a utilização de ervas medicinais, a cosmologia do grupo e os “segredos”. Durante o processo iniciativo, que poderá durar anos e ser dividido em várias etapas, o iniciado passará a ter domínio de “espíritos” da natureza ou de mortos, passando a usá-los como aliados, a exemplo dos animais de poder.

O aprendizado de Seu Francisco durou anos, após sobreviver de uma surra e viver sozinho mudando de cidade, trabalhando para sobreviver, aos vinte e poucos anos já se considerava “velho”. No seu percurso, envolveu aprendizado não apenas com plantas medicinais, mas também sobre aspectos mágicos, como relata:

[...] Oie, inté me vultar [?] eu me vultei, eu me vultava. Compreendeu? Naquele tempo, eu pelo meio do mundo, eu muito novo, cheguei, trabalhava de vigia. E tinha uma velha mais feia que eu, dessa grossura. [...] Era uma mineira velha, medonha. E a neta dela às vezes brincava assim na areia, eu deixava ela brincar, eu não me importava, não, ai, eu tratava ela bem, tratava ela bem. Eu morava assim. Oh, vó, apoi tem um nortista tão bonzinho, me trata tão bem. – Oh, minha fia diga a ele que venha aqui. Ai Eu só sei, que lá vai. cá. Eu sei que lá vai. Vovó é tão sabida e quer ensinar uma coisa. Eu disse: tá certo. Um dia de sábado eu fui pra lá. Um primeiro andar, uma área grande assim. [...] Meu fio, se assente aí. – Meu fio sabe viver no meio do mundo? Eu digo: sei. Ela disse: e meu fio porque você diz que você sabe. Eu peguei a dizer que não roubava, não fazia coisa à toa. Ela disse: não, meu fio, não é isso, não. Meu fio, oh, vovozinha vai lhe ensinar a viver no meio

do mundo. – Oh, meu fio, eu vou lhe dizer umas palavras, eu digo, e você diz. Tá certo. Pa, pa, pa. Aí, a neta: Vó, tá muito depressa. Ela pegou a dizer: pa... pa... pa.. Aí quando terminava, dizia: diga meu fio. E eu sabia pra adonde ia! Ai, lá vai, ai lá vai. Com umas três vezes... Quando foi um dia eu cheguei e disse tudinho (Seu Francisco, 77 anos, sítio Rio do Banco).

Quando Eliade (2002) assegura que a principal função do Xamã é a cura, que nem sempre é só mágica. Conhece e utiliza as propriedades das plantas medicinais e dos animais, faz massagens, defumações etc. Para o tratamento, o transe é parte integrante e a viagem extática, na maioria das vezes, é indispensável para encontrar a causa da doença e a terapêutica eficaz. Às vezes esse tratamento redundava em uma possessão. Essa morfologia de cura xamânica sul-americana é praticamente a mesma para toda parte, e em geral comporta: defumações com tabaco, cantos, massagens na região afetada do corpo do doente e, finalmente, a extração do objeto patogênico por sucção.

Alguns desses agentes de cura que fazem uso das plantas medicinais também se utilizam de procedimentos de natureza mágica. É comum a citação de palavras ou orações secretas. Alguns desses agentes afirmam desmanchar magias, extrair objetos patogênicos. De um modo geral, é muito comum as rezas para tirar mau-olhado.

Eu vou lá. Segunda feira eu vou lá tirar. Na segunda eu fui lá, comecei a rezar. Saiu uma bola, desse tamanho assim, tava o cigarro com o nome da mulher e o nome dele. Era uma mulher que ele tinha. Ele tinha um filho, ela com ele. Ele não queria dar nada pra ele. Depois que tirou essa bola, esse cigarro, acabou-se, deixou de beber (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

As rezas não posso dizer Quando passei a ser mãe, aí comecei a rezar meus filhos e tô até hoje (Dona Dorinha, 53 anos, sítio Taberaba).

Na prática do Xamanismo, a doença constitui-se um forte elemento de aprendizado. Nesse sentido Eliade (2002, p. 41) afirma: “Assim como o doente, o homem religioso é projetado para um nível vital que lhe revela os dados fundamentais da existência humana, sentindo solidão, precariedade, hostilidade do mundo circundante”. Ao Xamã é necessário o domínio da polaridade saúde-doença, e neste contexto, a vivência pessoal faz parte do tornar-se Xamã. “Pois se ele se cura pessoalmente e sabe curar o outro é porque, entre outras coisas, conheceu o mecanismo (ou melhor, a teoria) da doença” (ELIADE, 2002, p. 46).

Este também é um aspecto encontrado entre os agentes de cura. Doenças, mordidas de cobra, situações em que eles são colocados no limite de resistência, e, a partir daí, eles se tornam aptos a tratar os outros.

Estava de sete pra oito anos quando a cobra me picou, a tal “pico de jaca”. Aqui tem. Mas eu sempre curo de novo, tem que ser nove curação (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

Eu fui criada sem pai, fui criada sem mãe. Fui criada desprezada pelo mundo. Ai, quando eu adoecia, eu não tinha a quem pedir, nem as minhas irmãs eu conhecia. (Choro) Fui criada muito maltratada, aí está ela pra dizer. Comecei a fazer remédio do mato. Usei muito quando eu tava doente, não tinha quem cuidasse de mim. Usei muito remédio do mato. Com esses remédios eu me curava, com esses remédios, curava, não, curo os outros (Dona Jaci, 60 anos, sítio Areia Branca).

Quase sempre as doenças, os sonhos e os êxtases constituem em si uma iniciação, e para Eliade (2002, p. 49-50) é esse processo que transforma o homem profano de antes da “*escolha*” em um ser que age no que é Sagrado. O autor compara o isolamento psíquico de um doente escolhido muito semelhante ao isolamento e a solidão no ritual da iniciação e complementa: “a imanência da morte enfrentada pelo doente (agonia, inconsciência etc.) lembra a morte simbólica representada na maior parte das cerimônias de iniciação”.

Nos relatos dos agentes de cura, encontramos descrição de visões. A religiosidade é um aspecto muito importante em praticamente todos eles, mesmo aqueles que não frequentam nenhuma instituição religiosa.

Tenho pedido muitas vezes, intercedido a nossa senhora porque sou intercessora, eu sou franciscana – da ordem franciscana secular – e então eu intercedo por aquela criança, que está passando pela aquela doença, aquela febre, aquela coisa, ai, intercedo daí, às vezes, a cura vem (Dona Maria da Luz, 72 anos, sítio Rio do Banco).

Aprendi assim: a gente pedindo pra Jesus, aí aparece aquele “dom” pra gente. Quando eu comecei a rezar aparecia aquele homem baixinho, baixinho, num sabe? Não tinha barba não, só bigode, não tinha barba não. Aí, comecei a rezar e fiquei até a data de hoje. Esse que eu via eu penso que aquele homem que eu via era Jesus. Pra mim era Jesus que veio. Só se apresentava, não falava, Vi bastantes vezes. Aí, um tempo ele veio, ele disse assim como que ia subir, ele me disse pra mim. Ia subir e vou deixar um curador e perguntou se eu queria, se eu aceitava e eu disse: eu quero. Até a data de hoje. Eu disse que aceitava (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

[...] E aquilo tudo eu dizia a Jesus, pra mim Jesus tava perto de mim, só abalançando com a cabeça severando o que eu tava pedindo e dizendo a Jesus (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

As circunstâncias de vida desses agentes de cura demonstram uma forte influência na formação dessas pessoas. Da mesma forma, entendemos que as especialidades, isto é, a quem

mais eles se destinam a tratar são as crianças e as mulheres, sujeitos vulneráveis quando colocados numa condição precária de sobrevivência.

Entretanto, ainda com relação às especialidades, dois aspectos devem ser considerados. O primeiro diz respeito a relacionar as especialidades com divisão dos trabalhos. Assim sendo, as mulheres cuidam mais das crianças, e nos relatos, a grande maioria das mulheres que se tornaram rezadeiras assim o fez por necessidade de tratar os próprios filhos. O segundo refere-se à cópia do modelo classificatório das doenças usado pela medicina alopática. Assim, encontramos relatos relacionando plantas medicinais às patologias.

[...] então eu aprendi, e fiquei benzendo minhas meninas, e com os vizinhos também. Hoje em dia benzo meus netos, e as crianças vizinhas que vem pra mim que eu benzo, eu peço a Jesus pela aquela criança e às vezes é curada (Dona Maria da Luz, 72 anos, sítio Rio do Banco).

Às vezes uma pessoa pede para fazer um remédio para trombose ou um lambedor e eu faço. São pessoas da família e pessoas da comunidade. Para trombose (Seu Manoel, 66 anos, sítio Rio do Banco).

E para quem sofre desse calor, é morrendo se acabando com o calor, não tem remédio, só é nos médico, é essa tal de menopaus, é a rapa da oiticica. [...] Pra quem sofre dessa bicha de..., que dá nos homens, como é? Dessa coisa que dá nos homens. Essa coisa de próstata. Beber direto o chá da batata grã fina (Dona Jaci, 60 anos, sítio Areia Branca).

Essa daí é cana do Brejo, que é boa pra os rins. Quando a pessoa está com infecção, urinando já aquela urina vermelha, né? Pronto. É bom, pra inflamação também (Dona Irene, 73 anos, sítio Taberaba).

Com relação aos elementos utilizados por estes agentes de cura, chamamos a atenção também para a influência das circunstâncias nas quais estes agentes atuam. O meio rural onde moram oferece uma flora farta de plantas com propriedades terapêuticas. Isto pôde ser constatado quando os agentes comunitários de saúde, no desenvolvimento do projeto sobre horta de plantas medicinais aplicaram um questionário a 89 pessoas da comunidade. Oitenta por cento dessas pessoas afirmaram utilizar plantas medicinais num universo de 65 diferentes espécies citadas.

Estes relatos revelam uma comunidade singular, cujos habitantes guardam uma relação muito significativa com a natureza.

## 5 REPRESENTAÇÕES SOBRE ADOECIMENTO E CURA EM RIO TINTO/PB

Este capítulo é o último do nosso estudo. Nele, apresentaremos as representações sociais do adoecimento e da cura de usuários do SUS da zona rural de Rio Tinto, no que diz respeito às relações e legitimidade, aos agentes de cura e as práticas de saúde. É um capítulo que traz as reflexões desenvolvidas pelos interlocutores desse estudo fechando o ciclo da discussão a que nos propomos. Esses interlocutores são os usuários, os ACS/ACO, os agentes de cura, que muitas vezes, também, são usuários do sistema de saúde e demais profissionais de saúde integrantes da equipe da Unidade Saúde da Família.

Existe, no entanto, uma diferença se o processo é relatado por um agente de cura, usuário, ou profissional da equipe de saúde da família. Principalmente, neste capítulo, nosso ponto de partida é a visão do agente de cura, considerando que ele é o ator que reside nas localidades e permanece na ausência da equipe. Além do mais, interessa-nos reconhecer elementos da experiência de cura que transitam entre esses atores, demonstrando a interface entre as concepções e sentidos atribuídos aos processos de adoecimento e cura.

### 5.1 LEGITIMIDADES DAS MEDICINAS: **relação entre profissionais e agentes de cura**

*“Há duas formas para viver a sua vida: Uma é acreditar que não existe milagre. A outra é acreditar que todas as coisas são um milagre”*  
(Albert Einstein).

Nesta sessão, abordaremos as medicinas desde a perspectiva da medicina acadêmica às práticas denominadas de medicinas populares na concepção de Laplantine e Rabeyron (1989) e Loyola (1984). Para estes autores o que caracteriza essas práticas é um conjunto de técnicas de tratamento empregadas por especialistas que não têm o benefício da legitimação da medicina acadêmica. Em geral, eles são intitulados curandeiros, rezadeiras, parteiras, entre outros. Aqui nos referimos a esses especialistas com a denominação geral de agentes de cura.

As parteiras, segundo Loyola (1984), ocupam uma posição especial, uma vez que não possuem uma função propriamente terapêutica. Elas não são especializadas na cura de doenças, apenas, dispensam cuidados de enfermagem ao fazer os partos; e, apesar desse procedimento ser considerado como ato médico, esta prática continua sendo percebida pela clientela e pelas próprias parteiras como um ato natural (LOYOLA, 1984, p. 117).

Interessa-nos, particularmente, discutir as legitimidades e as relações entre esses profissionais. A palavra legitimidade pode ser definida como caráter, estado ou qualidade do que é legítimo ou está de acordo com a razão, com a justiça ou com a lei. Enquanto que, para o adjetivo legítimo, encontramos sete significados: (1) fundado no direito ou na razão; (2) que tem força de lei; (3) válido perante a lei; (4) verdadeiro; (5) concludente; (6) genuíno; e (7) autêntico (MICHAELIS, 2013).

A legitimidade da atividade médica no Brasil rege-se pelo Conselho Federal de Medicina, que é um órgão que possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica. Este órgão foi criado em 1951 e sua competência inicial reduzia-se ao registro profissional do médico e à aplicação de sanções do Código de Ética Médica. Atualmente, esse Conselho, exerce um papel político no contexto social, tendo, entre outros atributos, defender os interesses corporativos dos médicos. As medicinas populares, embora possam ser enquadradas na definição da OMS como Medicinas Tradicionais, não existem órgãos oficiais que as regulamentem. Elas se legitimam socialmente pela sua prática.

Essa discussão sobre medicina oficial e outras vêm de longas datas. Alguns historiadores revelam que esse processo de construção de legitimidades ocorre de forma a fortalecer a diferenciação entre práticas de saúde, promovendo o seu modelo médico (científico e institucional) e o processo civilizador, nos termos de Elias (1994). Um exemplo emblemático desse processo é apresentado por Guimarães (2003) na análise dos manuais de medicina popular no Brasil imperial.

Ao estudar o papel dos manuais de medicina popular do Dr. Chernoviz<sup>67</sup>, Guimarães (2003), retrata historicamente o processo de institucionalização da cultura médica acadêmica no Brasil oitocentista. Dessa análise, enfocaremos, sobretudo, as relações da medicina acadêmica e a medicina popular, aquela praticada por não médicos.

Cabe esclarecer que a maioria dos historiadores da medicina popular dedicados a esse período estabelece uma oposição, entre a medicina oficial e as difundidas práticas populares de cura. O ponto de partida desse entendimento é o de que estas seriam as duas únicas opções daquela sociedade. Aspectos importantes foram pouco valorizados nessa bibliografia, algumas vezes ignorados. Para esta autora, entre a chamada medicina científica ou oficial e o conhecimento oriundo das práticas populares, existe um espaço que nunca esteve vazio. Um

---

<sup>67</sup> Manual de medicina popular escrito por Pedro Luiz Napoleão Chernoviz (1812-1881), polonês, médico por Montpellier, Membro Titular da Academia Imperial de Medicina, em 1840. As duas principais obras do Dr. Pedro Luiz Napoleão Chernoviz ficaram popularizadas pela expressão O Chernoviz.

desses espaços se refere à divulgação da ciência médica acadêmica por meio dos manuais de medicina popular.

Os manuais estudados por Guimarães (2003) são situados no contexto médico do Brasil imperial, eles tinham um caráter acadêmico, pedagógico, civilizador e higienista instruindo pessoas do interior do país, distante dos médicos, a se conduzirem com relação aos primeiros socorros e à formulação de diversos remédios. Seus principais usuários foram os boticários, que atendiam também nas casas dos doentes, os sinhôs e sinhás, que medicavam seus agregados e escravos, além de diversas lideranças políticas, religiosas e curiosas, cujos manuais serviriam de salvo-conduto científico a suas práticas médicas junto à população pobre.

Os manuais de medicina popular foram escritos por médicos representantes da elite médica do Império: seus autores, ou fizeram parte da Academia Imperial de Medicina, ou tinham muito boas relações com as autoridades médicas do Império, em geral. Mas se, por um lado, representavam a legítima ciência da época, foram, também, legítimos agentes de medicina popular, tamanha sua aceitação e difusão para expressiva parcela da população leiga, que, por meio deles, pôde se inteirar de diagnósticos e tratar as principais doenças.

No Brasil colônia, a oficialização dos profissionais praticantes das medicinas, segundo Guimarães (2003) se dava de duas formas: a medicina oficializada era exercida por alguns médicos diplomados em Coimbra e na França, que após o aprendizado prático com um mestre, ou após um curso em hospitais, seguido de exames, recebiam a Carta ou Licença—autorização fornecida pela Junta do Protomedicato ou pela Fisicatura-mor. Já a outra forma se dirigia aos profissionais práticos como: boticários, barbeiros (também chamados de cirurgiões), sangradores, parteiras e curandeiros, que tinham o direito e até mesmo o dever de legalizarem suas atividades. Para estes, a oficialização constava de um pedido da pessoa diretamente interessada com um atestado do mestre com quem havia praticado e da submissão ao exame realizado por examinadores da Fisicatura-mor (que poderia ser dispensado em determinadas circunstâncias). As licenças eram provisórias, em geral renováveis a cada ano, enquanto as cartas eram definitivas (GUIMARÃES, 2003). Isto significa que um mesmo órgão oficial autorizava tanto o exercício dos médicos, como dos não médicos, que correspondia a uma variedade de possibilidade: parteiras, barbeiros, sangradores, curandeiros, feiticeiros (uma das funções mais importantes dos feiticeiros era exatamente curar doenças), entre outros.

A licença ou a carta oficializava os práticos em uma única função, indicava o alcance e o limite de sua atividade, e os instrumentos que deveriam utilizar. Por exemplo, os curandeiros poderiam tratar com plantas medicinais onde não houvesse médicos, e caso

houvesse algum, deveria este opinar primeiro. Havia, portanto, uma hierarquia, reconhecendo o saber acadêmico acima do prático, assim como uma delimitação marcada para cada tipo de função, por exemplo, as parteiras tinham sua participação no diagnóstico dos sinais de gravidez, no tratamento dos enjoos e de outros problemas correlacionados, além de opinarem nos cuidados com os bebês e com as crianças, mesmo já maiores, que trouxeram ao mundo (GUIMARÃES, 2003, p. 17-20).

De fato, esse campo era bem mais variado, amplo e heterodoxo do que o que estava descrito e autorizado pelas licenças, que serviam apenas de formalização para a atividade. Corriqueiramente, curandeiros faziam às vezes de cirurgiões, tratando de fraturas ou de feridas; barbeiros e cirurgiões se passavam por médicos, diagnosticando e prescrevendo.

Para Guimarães (2003), no processo de institucionalização da cultura médica acadêmica no Brasil oitocentista, o papel dos compêndios de medicina popular ainda é pouco conhecido. Estes manuais eram escritos por médicos vinculados às instituições acadêmicas imperiais, uma adaptação à linguagem leiga dos mais atualizados conhecimentos científicos, e constituíram, assim, um dos elos entre a medicina acadêmica e a população, em geral. Guimarães chama a atenção para o fato histórico de que havia uma completa carência de médicos nas vastas regiões rurais. Os manuais de medicina popular do Dr. Chernoviz, muito mais do que o contato regular com os médicos, foram um instrumento essencial de penetração de saberes e práticas sancionados pelas instituições médicas oficiais no cotidiano daquela população.

Na Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro, predominavam as ideias iluministas como consequência da formação europeia dos médicos que aqui viviam desde antes da criação das Faculdades de Medicina da Corte do Rio de Janeiro e da Bahia. Para estes acadêmicos, a Academia de Medicina de Paris era seu maior referencial. Uma dessas ideias era levar a verdade ao povo, e, nesse sentido, os manuais de medicina popular, em geral, eram bastante condizentes com tais aspirações civilizadoras próprias do período. Eles eram apresentados a partir de uma perspectiva higienista, revelando, também, a preocupação da medicina institucionalizada com a prevenção e o controle de doenças endêmicas e epidêmicas frequentes naquela época (GUIMARÃES, 2003, p. 9).

A partir de 1830, foi estabelecida uma nova ordem: a medicina é dos médicos, uma vez que as autoridades imperiais, ao contrário da Fisicatura-mor, não estariam mais interessadas em “enquadrar, minimamente, as práticas populares nas concepções da medicina acadêmica, mas simplesmente, em desautorizá-las” (PIMENTA apud GUIMARÃES, 2003, p. 23-24), conforme descreve:

As instituições acadêmicas imperiais recém-criadas – Sociedade Médica do Rio de Janeiro, Academia Imperial de Medicina e Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia – representantes da elite médica do Brasil, associaram-se a uma cultura médica emergente (a anátomo-clínica e a fisiopatologia experimental) que entra em conflito com a medicina colonial, tutelada por elementos celestes, pelo vitalismo e pelas ciências derivadas da alquimia. A partir do momento em que, tanto alguns médicos, isoladamente, quanto estas instituições médicas, responsáveis pelos debates e pela divulgação da nova ciência, se persuadiram, também, da sua responsabilidade sobre o controle do exercício da medicina, buscaram apoio das autoridades imperiais (representadas pelos Delegados e Presidentes das províncias) para banir, de forma mais agressiva, da paisagem médica, o charlatanismo e todas as ações que fossem de encontro às suas convicções acadêmicas.

Entendemos que uma questão se torna evidente a partir do posicionamento da classe médica dessa época, trata-se do assentamento dos parâmetros da medicina científica tendo o paradigma newtoniano-cartesiano como norteador.

Em seu livro sobre a medicina e suas relações com a política e o diversificado conjunto de preceitos e práticas de cura na Porto Alegre da virada do século, a historiadora Beatriz Teixeira Weber (1997) estuda as artes de curar sob o ponto de vista da medicina, da religião, da magia e do positivismo na república Rio-Grandense de 1889 -1928. Em suas considerações finais, ela afirma que a perspectiva de poder da medicina não nasceu pronta, teve um trajeto de elaboração com avanços e recuos nas diversas estratégias dos sujeitos envolvidos, empenhados em oferecer uma visão que funcionasse como verdadeira. Demonstra que as possíveis vítimas desse processo, os pacientes, não foram objetos passivos da ação médica; eles optaram pelos tratamentos que sentiam como os mais adequados e organizaram redes de atendimento de diferentes naturezas e sentidos, a exemplo dos tratamentos pelo misticismo, pela homeopatia ou espiritismo. Para esses grupos, a saúde significava mais do que o simples bem-estar físico. Era também conforto, consolo, socialização, proteção e explicação para seus problemas, por meio de um universo simbólico reconhecível. Apesar de seus esforços, a República não consolidou uma sociedade “civilizada” e racional. Religião, saúde e magia permaneceram como elementos indissociáveis no universo da cura dominado pela aura de cientificismo que comportava a medicina (WEBER, 1997, p. 322-326).

Essa divisão de práticas de saúde é imposta à sociedade brasileira hierarquizando as práticas médicas, condenando as paralelas na clandestinidade. Essa distinção também repercute nas Políticas de Saúde no Brasil desde as primeiras décadas do século XX.

A respeito das práticas populares de cura no contexto da história do Brasil, Witter (2005, p. 2) assim refere:

Tais práticas ter-se-iam originado, para a maior parte dos autores que comentaram o tema, principalmente, da “falta” de médicos. Este fato teria feito com que estas fossem admitidas pelas autoridades, por certo tempo, como um “mal necessário” à sobrevivência da população. Entretanto, a permissividade e o pouco controle com que o curandeirismo foi tratado nos primeiros séculos da história brasileira teriam acarretado, nos alvares da medicina científica no país, uma árdua luta dos doutores contra o que se dizia ser “o arraigado atraso” do povo brasileiro.

E é nessa perspectiva que o debate sobre essa tensão entre medicinas ressurgiu no contexto da Conferência de Alma Ata, em 1978, com o objetivo de minimizar a falta de assistência, principalmente nas áreas mais carentes. A OMS incentiva os Estados Membros a utilização de Sistemas Terapêuticos ligados à tradição de cada sociedade, com grande ênfase na Atenção Primária de Saúde.

Um dos aspectos importantes nos Cuidados de Atenção Básica refere-se em nível local e de encaminhamento daqueles que trabalham no campo da saúde: médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável. Assim como a inclusão de praticantes tradicionais, conforme seja necessário, e convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde, com o objetivo de responder às necessidades expressas de saúde da comunidade (CICPS, 1978).

Como discutimos no capítulo 3, em muitos países, a partir do século XX, o Estado passou a ofertar mais serviços de saúde. O caminho brasileiro teve como marco a implementação do SUS em 1990, com grande ênfase na Atenção Primária de Saúde, e na sequência, em 2006, o desenvolvimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos sem atendimento as recomendações da OMS.

Discutindo as práticas Integrativas e Complementares sob o ponto de vista das confluências paradigmáticas, Andrade e Costa (2010) atribuem aos cuidados de saúde denominados práticas tradicionais, populares, não ocidentais, complementares, holísticas, brandas, alternativas e integrativas a concepção do ser humano como ser integral, não identificando barreiras entre mente, corpo e espírito, ao contrário do que faz a medicina convencional ou biomedicina (ANDRADE; COSTA, 2010, p. 499). Este seria um dos aspectos que certamente atrai muitas pessoas para essas terapias. Entretanto, levantamos duas questões: até que ponto os profissionais de saúde que atuam junto à população usuária do SUS, por exemplo, aceita e trabalha do ponto de vista profissional numa perspectiva integrativa, holística? Em que medida a própria população assistida está desvinculada do tipo

de assistência centrada no médico, hospitalocêntrica com grande ênfase no uso de medicamento?

Em nosso trabalho de campo, assistindo ao atendimento da equipe dentro do programa Saúde na Escola, percebemos que praticamente todas as mães das crianças atendidas solicitaram atendimento médico, embora as crianças aparentassem bom estado, pois todas estavam em atividade escolar. Uma das possíveis respostas seria porque esta população tem o atendimento centrado no médico como sistema orientador, mesmo na atenção primária, quando os sujeitos não apresentam sintomatologia nenhuma. Nesse sentido, o estudo de GOMES et. al. (2011) avalia o serviço realizado pelo PSF, a partir das representações sociais dos entrevistados sobre as dimensões exclusivas da Atenção Primária de Saúde – atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, foram percebidas fortes influências do modelo da medicina acadêmica e o desafio da integração com os demais níveis de atenção, indicando a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais e na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde.

Cada pessoa ou grupo acumula experiências sobre doenças que dizem respeito a doenças anteriores vivenciadas no contexto familiar ou do grupo social. Esta experiência se refere ao conhecimento médico familiar, receitas de comadres, remédios caseiros, conselhos de vizinhos, diagnósticos e medicamentos de especialista. Em seu estudo sobre práticas de saúde em Nova Iguaçu, Loyola (1984) observa que os moradores do bairro estudado, quando doentes, tratam-se primeiro por conta própria e só recorrem aos diversos especialistas de cura depois de esgotarem todos os recursos terapêuticos familiares (LOYOLA, 1984, p. 125).

### **5.1.1 Relações com outros agentes sociais:** diferenciação entre agentes

O elo entre as práticas de cura e a religião está presente em todos os participantes, uma vez que a autoridade espiritual (religiosa) exerce papel social importante, de acordo com a cosmovisão da sociedade em questão. No Brasil, haja vista o papel dos pais/mães de santo, dos padres, pastores, xamãs no que concerne à compreensão de adoecimento e processos de cura. No nordeste, destacam-se, também, as práticas relacionadas ao catolicismo popular, fortemente associado à prática das rezadeiras.

Discutindo as medicinas alternativas e a atual cultura em saúde, Luz (2013) chama a atenção para que se olhem agora um pouco mais de perto essas “medicinas alternativas”, dada sua grande diversidade interna, bem como sua forma diferenciada de inserção e enraizamento na cultura dos países latino-americanos. E é nessa perspectiva que a autora distingue três

grupos dessas medicinas na América Latina, conforme os diferentes países, de acordo com seu estágio de maior ou menor desenvolvimento urbano-industrial e de sua história cultural: medicinas tradicionais, europeias, indígenas, medicina de origem afro-americana e medicinas alternativas derivadas de sistemas médicos complexos recentemente introduzidos na cultura urbana dos países ocidentais (LUZ, 2012, p. 52-53).

Os habitantes das localidades estudadas, como dito no capítulo 2, tiveram com fonte majoritária de elementos étnicos, europeus e indígenas, sendo a população afrodescendente inexpressiva. Outro aspecto a ressaltar, é que, historicamente, o município surgiu a partir do estabelecimento da Companhia de Tecido de Rio Tinto, fundada por um teuto-sueco. Esses aspectos vão compor, no contexto de uma região ribeirinha e rural, uma singularidade que vai estar presente também nas práticas de saúde dessa comunidade. Embora não faça parte de nosso objetivo analisar os aspectos indígenas dessa população, ela se apresenta nas nossas observações no contexto das práticas e das relações dos agentes de cura com a natureza.

As medicinas tradicionais indígenas sobreviveram como puderam ao massacre cultural do período histórico da colonização, seguindo ao da modernização no século XIX. Essa medicina xamânica ou não xamânica nativa dos países, que sofreram a colonização luso-espanhola, constitui um dos aspectos mais dinâmicos de reprodução social dos grupos étnicos e de sua interação com as sociedades nacionais. Elas se caracterizam como sistemas de cura nos quais a integração ou harmonia homem-natureza e natureza-cultura significa equilíbrio para os indivíduos e uma garantia de saúde para a comunidade. Em muitas cosmovisões indígenas, o adoecimento faz parte de uma categoria mais ampla, que inclui a morte, o azar, os acidentes, o feitiço, o mau-olhado e outras desgraças (LUZ, 2013, p. 53-55).

Entre os agentes de cura, que fizeram parte de nosso estudo, a prática de rezar para tirar o olhado das pessoas é a mais usada. Esta prática ligada à religiosidade cristã, comumente encontrada no nordeste brasileiro, também se relaciona com a cultura indígena presente.

Os agentes de cura por nós estudados se distinguem em função dos valores que lhes dão o reconhecimento não apenas da eficácia de sua atuação. Esses valores, na maioria das vezes, estão relacionados à moral religiosa, a exemplo de: ter o reconhecimento e a aprovação dos integrantes da Igreja Católica, ser do bem ou do mal; filho de Deus, filho do Demônio. Esses elementos vão compor a distinção entre os próprios agentes, tendo o vínculo com o bem como um dos elementos de distinção, expresso em formas do exercício desse dom, assim: “quem tem o dom não cobra”, “quem cobra é enganador”.

Pessoal de igreja, todos sabem, todo mundo sabe [que ela benze] (Dona Dorinha, 53 anos, sítio Taberaba).

Seu Manoel é conhecido pelo dom com as plantas medicinais. Tudo que planta, pega (ACS do sítio Rio do Banco).

[...] a palavra de Deus é abençoada. É..., quem cria, viu! Quem cria nele fica bom. Quem cria nele é filho de gente mesmo. Quem não cria é filho do demônio. [...] Se pagar aquela cura não valeu, porque vendeu a cura dele. Não serve. Não tem muito curador por aqui não, tem muito pouco, e tem muito enganador, entendeu? (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

Aqui o que cobram é uma tal de garrafada, que o povo faz, tem gente que faz e cobra, num sabe? Aqui mesmo em Rio do Banco, ali no açude, tem um veinho que faz umas garrafadas. Pra dor, num sabe? Aí dizem que ele cobra. É seu João – diz a ACS. Mai outras pessoas, não. Morava ali um veinho, ali, seu Nei, ele fazia também. Ele fez muitas vezes fez pra meu esposo, aqui. Mai ele não cobrava não. A pessoa dava o material, ele fazia, ele não cobrava não. Mai ali... Fez pra seu Josué, ai cobrava. Outras pessoas, não cobram não, dá o material e ele não cobra não. Mai é tudo só com planta (Dona Maria de Fátima, 68 anos, sítio Rio do Banco).

Esse vínculo com a religiosidade também marca a distinção do poder do agente, do poder de sua reza, do poder da “macumbenzeira”.

Acho que ela mandou como que para ter uma certeza, e ela teve a certeza. Ela deu até testemunha na igreja do que tinha acontecido, do que tinha acontecido. Eu não me recuso nem me escondo. Eu não sou macumbenzeira (Dona Maria da Luz, 72 anos, sítio Rio do Banco).

[...] E era mais o catimbozeiro que tinha. Ele já morreu. Morreu no pior estado. No pior estado. Tem gente de olho grande em mim Tem (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

Distinção entre ela, rezadeira e a outra que “entende” de outras coisas. Aqueles que conhecem “o desconhecido”, possuidores de outras práticas.

Ela melhorou, mai o dela não era só olhado, eu não conheço, mai o dela não era só olhado; aí passou prá mim. Aí por isso que eu deixei. Quem entende desse negócio é dona Penha. Ela reze e entende. Ela é uma rezadeira boa também. E dizem que esse povo que reza tem que beber. Graças a Deus eu nunca bebi, nem quero beber, pra não pegar (Dona Irene, 73 anos, sítio Taberaba).

Essa referência ao “beber” remete ao processo de transe e que faz a mediação com o sagrado. Na narrativa, a utilização de bebidas alcoólicas é vista como elemento negativo para o exercício de práticas de cura, ligado a um sistema diferente do reivindicado pela interlocutora.

Outro aspecto diferenciador é o número de vezes que o benzimento é realizado. De acordo com a depoente, quando se “benze uma só vez”, seu poder de cura é exercido de forma mais intensa, isso mostra que tem a capacidade de resolver o problema de uma só vez, é portador de eficácia.

Eu benzo tanto crianças que nem adulto, uma só vez. Ele já fica curado com as palavras de Deus, né? Já fica benzido que não carece vir mais outras vezes. Já benzo, já ofereço. Tudo de uma vez só (Dona Maria da Conceição, 74 anos, sítio Taberaba).

O homem foi, rezou o menino, mas foi mesmo que nada. Eu rezei uma vez só, o menino ficou bonzinho. Aí pronto, quando o menino tá com olhado, eu vou rezo, não é toda vez não, ele chama eu, vou lá, rezo, quando eu não vou, eles vêm. É assim. [...] É uma vez só. Pode tiver de boca aberta. É uma vez só! Não tem negócio de rezar duas a três vezes não (Seu Jailson, 44 anos, sítio Taberaba).

A eficácia simbólica desses agentes é revelada mediante reconhecimento e da confirmação das pessoas dessas localidades. Entendida como esse poder de transformar simbolicamente um fenômeno patológico. A este respeito Lévi-Strauss assegura que, em um processo de cura, a atuação do Xamã cria uma situação na qual o corpo e os órgãos internos do doente constituirão um suposto teatro, onde se dá a passagem da realidade mais banal ao mito, do universo físico ao universo fisiológico, do mundo exterior ao corpo interior. Que a mitologia do Xamã não corresponda a uma realidade objetiva, não tem importância: o doente acredita nela e ele é membro de uma sociedade que acredita (Lévi-Strauss, 1967, p. 223-228).

Sandrinha (ACS) vem aí – tá ela por prova. Nem se bulia. [...] Eu só rezando. Aí rezei só um dia só, num sabe? [...] Só um dia! Mas rezei a noite quase toda. Quando foi onze da noite ela estava se bulindo, pedindo comer, ela que nem se bulia em cima da cama. Eu disse: a base de Jesus eu saio daqui hoje, só saio quando ela ficar boa. Quando foi no outro dia estava com ela no “Fred”. Tá essa aí que sabe. No outro dia eu disse a mãe dela: porque ela está com Deus (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

Os relatos dos agentes de cura que dizem respeito as suas relações com os profissionais da unidade de saúde revelam que, de uma maneira geral, eles têm “uma boa” relação com todos os integrantes da unidade, embora com os ACS esta proximidade seja mais intensa, no sentido de permitir partilhar seus saberes mais livremente.

Existem, dessa forma, relações diferenciadas entre a equipe de saúde e os agentes de cura, de modo que pode-se dar com reservas com o médico, e mais aberta com a ACS. No entanto, os agentes de cura, também, utilizam o serviço de saúde, mas, como dizem, como

último recurso. A melhor opção é aquela vinculada às práticas consideradas ligadas à tradição. Assim, eles fazem uso dos dois sistemas, o seu tradicional e o oferecido pelo SUS.

[...] eu fico todo acanhado, às vezes com vergonha, às vezes não é tanto a vergonha, é porque não gosto de ficar assim para ver. [...] Eu sou tão acanhado. Índio é assim mesmo. O índio mesmo fica todo sem jeito. [...] É difícil, oie. Eu só venho aqui, um dia desse eu vim aqui porque eu desmantelei o pé. Aí falei com a doutora. Aí a doutora disse: parece, parece... é não sei o quê... gota, é gota. Aí não foi. Só que eu mesmo dizia pra mim, isso não é esse problema, não. Eu mesmo dizia: não é, não é esse o problema no meu pé. Tenho pura certeza que não é esse problema no meu pé, esse meu pé aqui, isso aqui foi fraturado. Só que eu engessei ele particular, na clínica (Seu Jailson, 44 anos, sítio Taberaba).

Nunca falei com os médico sobre essa plantas, né? Sempre conversei com Joelma (ACS). – Ela utiliza os dois – diz Betinha (ACS) – Vai pro posto e sempre utiliza essas coisas natural, faz os lambedor... “Eu sempre faço um lambedor, que é pra evitar mais... Desculpe eu lhe dizer: eu detesto ir pra hospital ou posto. Eu vou ao posto quando é o jeito (Dona Irene, 73 anos, sítio Taberaba).

Lá tinha um médico chamado Dr. Enock, será que ela conhece, Cícera? – um veinho, ele foi quem tratou de mim. Ele e dona Mônica (enfermeira) e Tereza (técnica de enfermagem), aquela enfermeira, foi quem tratou de mim, dessa perna (Dona Maria da Glória, 63 ano, sítio Taberaba).

[...] Agora, com a unidade de saúde, é tudo mais fácil pra gente. Que antigamente eu não fazia um exame. Era assim: eu passei a vida toda sem fazer um exame. Acho que eu passei bem uns trinta anos, não sei quantos anos, sem saber o que era um exame. Que eu vim conhecer um exame aqui (Dona Maria de Fátima, 68 anos, sítio Rio do Banco).

Por vezes, nessas relações, os agentes compartilham seus conhecimentos e usam o interesse do profissional a respeito do seu saber como forma do próprio reconhecimento. Essas experiências são construídas nas relações com os profissionais de saúde, legítimos representantes da medicina “oficial”.

Além da reza, só chazinho. Chazinho assim se é necessário, que eu posso dar. Se é necessário, eu não mando ninguém tomar remédio não, negócio de médico, negócio que eu vejo que não é pra mim, eu vou dizer: vá pro médico (Dona Dorinha, 53 anos, sítio Taberaba).

O médico perguntou o que foi que ela tinha feito. Ela disse: eu tomei a farinha do maracujá na comida e depois me ensinaram pra tomar na água. Eu tomo na água, me senti muito bem. Com um mês, o diabetes dela estava normal, normal. Aí o doutor ficou doido pra saber quem tinha ensinado a ela. – Foi uma velinha, mai essa velinha já morreu (Dona Maria de Fátima, 68 anos, sítio Rio do Banco).

O reconhecimento pelo médico e pelo exame laboratorial demonstra a eficácia simbólica dos ensinamentos e da intervenção realizada. Da mesma forma, o reconhecimento da eficácia do benzimento se revela na procura da população. É essa demanda que confirma a eficácia do benzimento, o que aproxima do poder como poder do médico.

[...] Aí pronto. Aí o povo só vive lá pra... Direto, todo mundo, todo mundo vai lá pra casa. Quando eu penso que não, tem tarde que nem cuidar na janta, com uma ruma de gente aqui pra benzer, parece que é um médico que tem ali. Aí o menino melhora e o povo traz (Dona Dorinha, 53 anos, sítio Taberaba).

O reconhecimento por membros da comunidade, incluindo a ACS, representa a reivindicação da cura pelo tratamento com as plantas e pelo domínio de seu conhecimento. Trata-se de um valor social alcançado pelo conhecimento das coisas ligadas à natureza. Valor e dimensão da sabedoria das “coisas” da natureza. As pessoas confirmam.

Pode perguntar até essa aí. [ACS] Esse menino dai, tudinho fui eu... [...] Outra, fazia não sei quanto tempo tomando remédio do doutor, passei uma vez, ela ficou boa, veio agradecimento. [...] O remédio tá nas mãos. Tudo, tudo... Tá no mato. Olhe, é tanta coisa. Se eu for dizer as coisas que eu sei, compreendeu? Não tem livro que caiba. [...] Aí eu sei que ela fez, quando foi com dois dias eu fui lá. Ela disse: mais seu Zé, como foi que o senhor aprendeu tanta coisa assim! Pi, pi, batendo o pé assim. – Já ficou boa assim! Que não podia nem andar. Inté o papel perdeu. Ah! Ah! Ah! (Seu Francisco, 77 anos, sítio Rio do Banco).

Esse pessoal aqui em Taberaba, lá embaixo, do outro lado da rodagem, todo mundo só vinha buscar lá na minha casa, porque eu tinha à vontade. Hoje já tô até esquecida de tanta planta eu tinha. É pra isso, vem buscar, é pra aquilo, vem buscar. O pessoal vinha tudo buscar. [...] Hoje, de planta não tenho mais quase nada. Logo, agora moro num lugar desconveniente, por causa que não tem um canto d'água assim, um lugar que preste pra eu plantar. É tudo assim esse descampado, como a senhora tá vendo. Aí é terra de usina, aguada com veneno (Dona Maria da Conceição, 74 anos, sítio Taberaba).

Os agentes de cura reconhecem que a unidade de saúde representa um fator de melhoramento para as comunidades, evitando os deslocamentos dos doentes.

Depois do posto aqui na comunidade, a diferença foi boa, no sentido de a pessoa adoecer, no lugar de se deslocar pra ir pra Mamanguape, por exemplo, não precisa se deslocar nem pra Rio Tinto. Se nunca faltasse médico ai no posto, tava ótimo. Interferência do pessoal do pessoal posto é boa, é de apoio. Às vezes até mesmo a médica manda fazer um chá, um lambedor ou ensina (Dona Joaquina, 63 anos, sítio Boa Vista).

Nessa perspectiva, quando a média incorpora elementos das práticas de saúde do lugar, esse profissional não só corrobora como fortalece os usos locais do conhecimento e das práticas desses agentes de cura.

Ainda sobre o relacionamento desses agentes de cura, dois fatos nos chamaram a atenção: 1. Segundo o relato do ACS, dos doze agentes de cura entrevistados, apenas um deles tem relação difícil com o serviço de saúde, inclusive com a ACS. Ele é muito reservado e não vai ao posto médico, entretanto aceitou conversar com a pesquisadora. 2. Uma das agentes de cura é irmã de uma agente comunitária de saúde. Utiliza os serviços de saúde para aquilo que, segundo sua narrativa, é da competência dos médicos, isto é, que não é mau-olhado ou algo equivalente.

## 5.2 OS AGENTES DE CURA: **saberes e práticas**

Aqui abordamos as informações sobre os agentes de cura dos três sítios estudados, no que se refere aos seus saberes e modo de atuar, em termos de *modus operandi*, espaço de atendimento e experimentação (lógica e racionalidade). Estes aspectos foram escolhidos porque retratam as experiências relatadas por estes agentes de cura.

Com o objetivo de fazer um pequeno inventário das obras, que estudam as práticas de cura dentro do atual contexto historiográfico, no sentido de contribuir para solidificá-lo como um campo de pesquisas original e de grande interesse para a história do Brasil, Witter (2005, p. 2) assim introduz seu estudo:

Até bem pouco tempo, curandeiros, boticários, cirurgiões-barbeiros parteiras apareciam em grande parte dos textos que se dedicavam à história da medicina no Brasil como categorias difusas e quase sempre marginais. A maior parte dos escritos sobre o assunto contentou-se em repetir o discurso médico relativo à sua ação como atividades marcadas pela ignorância, pela superstição e pela ineficácia. As práticas populares de curar acabaram aparecendo, assim, em boa parte da historiografia, como pertencentes a um conjunto de atitudes “pré-rationais” e ilógicas, fruto de uma mistura de culturas (visto de forma pejorativa) e do “abandono” em que viveram as povoações brasileiras, especialmente durante o período colonial.

A partir das décadas de 1970 e 1980, historiadores empenharam-se em dialogar com outras ciências sociais, como a antropologia, a sociologia, a filosofia e a psicologia, fazendo surgir, no âmbito das pesquisas históricas, novas áreas de interesse, em termos de objetos e abordagens. Além disso, a própria história da medicina em si sofreu uma grande renovação a partir da busca daqueles estudiosos de tematizar sua construção institucional e seu papel junto

ao poder político e governamental. Alterações ocorridas nas formas de pensar a história médica também modificaram o modo como as práticas populares de cura tinham sido até então apreendidas (WITTER, 2005, p. 3-4).

Entretanto, foram os antropólogos e os sociólogos os primeiros a questionar o lugar ocupado pelos práticos de cura. As investigações, que daí, surgiram, tinham a intenção de romper com a ideia de que estas práticas sobreviviam apenas em nichos populacionais onde o abandono governamental e a “ignorância” seriam maiores; para isso, era necessário compreender a lógica de determinados grupos, bem como suas concepções de doença e de cura. O autor cita os estudos de Maria Andréa Loyola, Paula Montero e Elda Oliveira que fugiram das abordagens folclóricas e religiosas acerca das práticas de cura populares e encontraram nelas e em seus praticantes uma lógica nas ideias relativas ao funcionamento do corpo e às ações do mundo e dos homens sobre ele. A diferença de entendimento referidas nesses estudos advinha de uma racionalidade específica e de necessidades práticas e simbólicas diferentes, mas de forma nenhuma destituídas de valor, nem atrasadas ou simplesmente fruto da ignorância e da superstição. Muito pelo contrário, as práticas de cura populares seriam uma criação original e não simplesmente reativa a outros saberes ou à falta deles (WITTER, 2005, p. 4).

O *modus operandi* envolve ritos, envolve outros elementos, por exemplo, considerar a posição do sol para coleta de plantas, respeitar os preceitos no preparo e utilização dos elementos da natureza, incluindo a própria forma de coleta dos recursos, atender à ordem classificatória (se é o primeiro episódio com aquela pessoa), “encruzar” (fazer uma cruz) as folhas antes de usar.

Para tratar com as plantas medicinais é plantar, colher, preparar, usar (Seu Manoel, 66 anos, sítio Rio do Banco).

[...] Prá AVC, a primeira vez quando dá, o primeiro remédio, a pessoa vai no pé daquele fredegoso, tira nove folhas, pisa bem pisado, quando acabar bota o mel, e dá. Quando dá a primeira vez. A folha do fredegoso, eu tenho ali, no pé. E a folha da arruda é três folhas **encruzada**, bota a agua pra frever, quando a água tá frevendo aí bota dentro e abafa. Quando ela esfria por ela mesma aí vai e dá. Faz os nove chá. E com fé em Deus. Deus é quem cura né? (Dona Jaci, 60 anos, sítio Areia Branca).

Outro aspecto presente nos relatos é a recitação de expressões carregadas de afeto que esses agentes de cura usavam para referirem-se as suas práticas e ao trato com o outro. Essa forma está presente nas falas das mulheres e dos homens.

[...] aí a minha menininha só vivia mais doentinha [...] pode botar uma folhinha na carne, pode botar uma folhinha no feijão isso é muito bom, é só pegar, lavar bem lavadinho, pode colocar dentro, não carece nem picar. [...] três folhinhas de manjerioba (Dona Maria da Luz, 72 anos, sítio Rio do Banco).

Forma amorosa, querida, forma carinhosa como cuidados maternos e paternos. O caráter afetuoso das relações sociais marca as formas de expressão local mediante uso do diminutivo.

[...] vão preparar o veinho... O veinho está perto de... [...] A fulô é para desmanchar e tomar três golezinho. [...] Liamba, manacá, que tem uma fulô branca e roxinha (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

Se noitava com uma dor de cabeça, minha mãe, um chazinho, um remedinho, uma coizinha, mandava rezar e lá vai, noi melhorava, ela tinha muito amor a Jesus também. [...] me pegando com Jesus e as minhas plantinhas, que eu planto [...] relava numa quenquinha, botava numa vasilha, botava água pra ferver, botava dentro, abafava. [...] Quando tava friozinha, ela cuava... [...]Então, macassar, a gente tinha ela pa dor de ouvido; as vezes dava dor de ouvido, né? Mãe pegava aquela espuminha dela, botava num paninho fino. Aquilo ali a gente pegava no sono. Pronto, aquilo ali se acabava aquela dor passava que a gente nem sabia como tinha se acabado (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

[...] nunca fui em hospital com meus fios. Tinha uma doencinha, tenho as plantinhas (Dona Maria de Fátima, 68 anos, sítio Rio do Banco).

Fico rezando umas palavrinhas e puxando a placenta, rezando e ela vai saindo. Aí sai. Aí vou olhar se ela tá faltando alguma perninha. Porque ela é cheia de perninha (Dona Dorinha, 53 anos, sítio Taberaba).

É os remedinhos que eu sei [...]Pegava aqueles três olhinhos (Dona Maria da Conceição, 74 anos, sítio Taberaba).

É que às vezes a pessoa chega aqui, me ensine um remédio, me dê um pezinho, um galhinho de sabugueira, me dê um galhinho de saião, pra fazer um remédio (Dona Joaquina, 63 anos, sítio Boa Vista).

Depois que passar no liquidificador, coa, deixa um tempinho, deixa ele assentar o pó. Quando assentar o pó, você bota num paninho. Guarda aquele suquinho, todo dia toma uma colher ou duas, entendeu? (Seu Francisco, 77 anos, sítio Rio do Banco).

Esse aspecto afetuoso representa um vínculo social entre as pessoas, e os recursos naturais utilizados para a cura. Segundo Luz (2013) esta visão integrada homem-natureza é característica da medicina tradicional indígena, também identificada como aborígene, primitiva, natural (LUZ, 2013, p. 54).

Os Espaços de atendimentos eleitos, em casa/fora de casa, são também considerados uma forma de experimentação. Primeiro o uso no espaço interno, da casa, das pessoas da casa, depois para os de fora.

Primeiro faço, eu mesmo tomo, ai me curo com aquele remédio e com aquele remédio curo qualquer um, com a fé em Deus. Tudo que dou é porque já usei, já usei nos meus filhos (Dona Jaci, 60 anos, sítio Areia Branca).

Primeiro em casa, filho; depois vizinhos, em seguida os conhecidos (de fora).

“A primeira experiência foi porque eu tinha um menino. [...] Tem Sandrinha, ali com a menina dela, tem Carol, tem os meninos lá de cima. Tem outro aqui mesmo em Taberaba” (Seu Jailson, 44 anos, sítio Taberaba).

Primeiro em casa, depois na vizinhança (dentro-fora).

Aí comecei a benzer em casa, e ele foi melhorando, aí quando pensou que não, fui continuando... Só de porta fechada mode o povo não saber, porque eu morava em fazenda. A casa conjugada. Aí, uma comadre muito da curiosa, viu a porta fechada só a janela aberta, ela foi olhar, quando chegou lá, eu tava benzendo meu menino. Aí ela disse pra fazenda todinha. [...] Ela foi pegar um raminho, trouxe um raminho ai benzi e o menino melhorou (Dona Dorinha, 53 anos, sítio Taberaba).

A Experimentação foi frequentemente encontrada como forma de construir o conhecimento, ela não é aleatória, tem uma reflexão, é pensada.

E eu pensei na minha cabeça. Foi eu que pensei, dedurei assim: vamos fazer isso aqui: ai cozinhou colônia, alfavaca e eucalipto, folha de eucalipto. Daí, fez o chá, Aquela panela de água fervida, e esfriou, nem fria nem quente. Giovana tomou banho e graças a Deus, tá ai Giovana, boazinha (Dona Maria da Luz, 72 anos, sítio Rio do Banco).

### 5.3 PRÁTICAS DE SAÚDE NA ZONA RURAL DE RIO TINTO

Nessa sessão, apresentaremos o itinerário frequentemente utilizado pelos usuários dos sítios estudados quando se sentem doentes. São dados relativos aos depoimentos dos agentes de cura, da observação de campo e dos questionários aplicados aos usuários.

Itinerários terapêuticos são todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos em busca da preservação ou recuperação da saúde. Com essa intenção podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até

os dispositivos da medicina acadêmica predominantes (atenção primária, urgência etc.). Atribui-se ao itinerário terapêutico a sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória (CABRAL, 2011).

Buscamos identificar nos relatos dos agentes de cura das localidades estudadas as trajetórias percorridas e as opções consideradas pelas pessoas dessas comunidades na tentativa de solucionar seus problemas de saúde.

Nos relatos dos agentes de cura, as pessoas da comunidade continuam utilizando os serviços desses agentes, muitas vezes como primeira opção, outras vezes, complementando a abordagem médica. A gravidade do caso, nesse sentido, é determinante, embora os agentes de cura não sejam dispensados nos casos que exigem uma intervenção médica.

“O que o povo mais traz pra rezar é olhado, derrame e dor de dente” (Seu Cícero, 60 anos, sítio Taberaba).

Como seu Cícero declara, olhado é a “perturbação” que leva as pessoas a buscar a ajuda dos agentes de cura. Consideramos esses eventos indicados pelos agentes como “perturbações”, no sentido utilizado por Duarte (1993)<sup>68</sup>, enquanto um fenômeno social que interfere sobre as relações e a corporeidade/mentalidade das pessoas.

[...] Uma gripe, uma coisa. Eu ia pru posto com gripe, minha fia?! Nunca fui! Com tosse?! Ah, eu fazia meus remédios em casa. E curava meus fios, graças a Deus. Hoje, tão tudo casado, tudo trabaiando, graças a Deus. Eu num me queixo da vida, não. Tem uma menina ali, as crianças dela tá doente, só corre pra cá pra eu fazer lambedor. Aí, eu faço lambedor de beterraba, cebola branca. Aí, ela se cura. E pra mim mesmo eu sempre faço lambedor de angico, jatobá; barbatimão. Barbatimão é pra banho. E também, tem um pé de pau que se chama alcachofra, que é muito bom pra pressão, pra colesterol (Maria de Fátima, 68 anos, sítio Boa Vista).

Eu nunca fui no posto de saúde, não sinto doença, o que vou ver lá? Não sinto nada. O que sinto às vezes é um fastio, a despoi eu compro um remédio e tomo, uma besteira... [...] Mordida de cobra, ainda tou procurando chegar no pau para curar a mordida de jararaca mais cascavel pico de jaca. Meu filho passou mais de 20 dias internado, depois um senhor fez um remédio e ele tomou e curou. Foi remédio de planta (Dona Jaci, 60 anos, sítio Areia Branca).

A minha netinha quase morreu em dois meses atrás. Todo mundo se admirando dela. Eu dizendo você pare de tá se admirando dessa menina que ela vai adoecer. Ninguém acreditou. Não passou quinze minutos, a

<sup>68</sup> São fenômenos de natureza físico-morais, construídos dentro da rede relacional familiar (mais do que por uma “individualidade”), onde se solidarizam os níveis conceitual (cultural, ideológico, simbólico) e sociológico das relações ou organização social. Nestes fenômenos podem estar incluídas uma miríade de experiências “religiosas” como o transe, a possessão, as promessas, as invocações, entre outras (DUARTE, 1993, p. 13-14).

menininha ficou pa morrer. E toda mole, não se dominava, nem nada. Aí eu disse: eu não falei que você ia adoecer essa menina. Peguei ela benzi, ela. Benzi a primeira vez, ela vomitou. Vomitou tudinho a comidinha, tinha botado pra fora. Depois benzi ela de novo. Disse leve ela pra rua agora. Quando chegou no hospital, já chegou melhor (Dona Dorinha, 53 anos, sítio Taberaba).

Eu por aqui, só com planta, e quando não resolve, vai pro médico (Dona Irene, 73 anos, sítio Boa Vista).

[...] As mulher, às vezes, muitas coisas, está com assim, assim, eu vou ali no mato, arranco um bocado de mato... Faço o chá, eu mesmo faço o chá. Pronto, acabou-se. Aroeira, pois justamente. Gastrite... Oh! Tô com gastrite! Haja tomar remédio do doutor. Aqueles doutor. – Vamos tomar remédio do mato. (Seu Francisco, 77 anos, sítio Rio do Banco).

Esses trechos revelam os modos como os agentes de cura dimensionam as perturbações que atingem os que lhes procuram. Ao mesmo tempo, revelam que o processo de intervenção sobre a perturbação pode assumir diferentes configurações conforme a representação da causa da “perturbação”.

O questionário aplicado aos usuários continha cinco perguntas acerca das práticas de saúde. Uma dessas foi: Como faz quando alguém adoecer? 49 pessoas (num universo de 62 usuários) responderam que procuram o posto de saúde ou leva para o médico ou procura a equipe de saúde, enquanto que 11 responderam que primeiro fazem a medicação caseira e depois procuram a equipe de saúde.

No entanto, quando respondiam a pergunta: Além da equipe da Unidade de Saúde da Família, que outras pessoas na comunidade cuidam da saúde? Vinte e sete afirmaram que são os curadores ou benzedeira (rezadores) ou catimbozeiro que cuidam da saúde deles e apenas 14 referiram à equipe de saúde. Oito referiram-se à família, pais, vizinhos e amigos, isto é, a rede de apoio. Os demais referiram à própria pessoa ou responderam que não sabiam.

Assim, quando perguntamos: Antes deste sistema de Unidade de Saúde da Família, como cuidavam da saúde? Trinta e um responderam que usavam remédios caseiros, em geral, com plantas medicinais ou procuravam uma rezadeira ou um curador, enquanto que vinte e cinco iam para o hospital mais próximo ou procuravam assistência/médico na cidade.

Essas informações sobre práticas atuais revelam uma consonância com um conjunto de práticas referido ao período anterior ao posto de saúde. Essas três questões revelam que esta comunidade sempre fez e ainda faz com frequência, uso desses agentes de cura e/ou com uso importante das plantas medicinais.

Quando perguntamos: E agora, o que torna diferente? 44 das respostas se referiam à presença de médicos e outros profissionais da saúde (enfermeira, dentista) acesso a médicos especializados, exames; temos atendimento próximo, socorro imediato, fácil; temos medicação, medicação gratuita, acesso a hospitais, tipos de tratamentos modernos; enquanto 18 fizeram referência à visita dos ACS, vacina, prevenção, assistência ao idoso. Entendemos que isso reflete um desejo de atendimento centrado no médico, no hospital e nos medicamentos.

Por último, quando perguntamos o que acha que poderia ser diferente, 55 das respostas se referiam a ter mais médico, mais um posto, melhorar o atendimento nos hospitais, transporte adequado, atendimento especializado, mais exames, mais Raios X. As respostas restantes diziam respeito à necessidade da comunidade se tornar mais ativa, ter melhor tratamento da água e da educação, ter um ponto de lazer. Uma das respostas incluía a necessidade de ter um vereador para resolver todos os problemas.

Um dos pontos referidos na discussão sobre operacionalização da atenção básica de saúde é com relação aos desejos e necessidades da população assistida. Lidar com esses aspectos é uma das tarefas da equipe de saúde nas unidades básicas de saúde, exercendo o papel de filtro do sistema de saúde. A princípio, os gestores, quando planejam uma ação, devem ter como foco as necessidades em saúde da população. No entanto, a população é constituída de pessoas que têm desejos. O limite do que é desejo e necessidade dos indivíduos e, em seu conjunto, da população, torna-se rapidamente confuso e tênue, resultando em um perigo e uma armadilha para o gestor no sistema de saúde. O medo de estar doente ou de ficar doente tem especificidades que não podem ser desprezadas. Nesse caso, o termo doente é usado para sofrimento, o que pode incluir, por exemplo, a preocupação com a aparência. Muitas vezes há o desejo de aliviar o sofrimento sem esforço ou por meio de recursos como medicação (BRASIL, 2007, p. 58-59).

O surgimento do político enquanto figura carismática viria em substituição ao agente de cura na resolução dos problemas de saúde?

Considerando que o processo saúde-doença é amplo, Cabral (2011) afirma que os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados. Isto é, o itinerário terapêutico está relacionado com as suas escolhas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos.

## 5.4 SOBRE O ADOECIMENTO E A CURA

Este item traz uma discussão acerca do fenômeno do adoecimento e da cura a partir da perspectiva dos agentes de cura. Os temas foram acionados por nossos interlocutores na medida em que exploravam as perturbações sobre as quais intervinham. Os interlocutores com quem vamos dialogar nesse item são: os agentes de cura, os usuários e os profissionais da equipe de saúde da família.

### 5.4.1 O adoecimento

Discutindo a concepção de saúde/doença do ponto de vista do que é um conceito e uma experiência vivida, Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) afirmam que os sentidos da saúde e da doença na vida de cada pessoa referem-se a uma experiência, uma história singular e não conseguem ser inteiramente expressos pela linguagem. A experiência vivida por uma pessoa não se presta a definições precisas, existe uma lacuna entre o que é vivido por essa pessoa e a elaboração conceitual, linguística que faça do evento (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 14).

Para estes autores, o conceito é uma forma de definição, um modo de apresentar por meio de palavras as características de um objeto, ou de uma ideia, e, nesse sentido, um conceito científico enquanto definição objetivada, expressa as identidades e não as diferenças entre os fenômenos que se propõe a explicar, ele é, enfim, um modelo que busca “representar” a realidade sem levar em conta suas singularidades (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 14).

Em nosso estudo, estamos tratando de singularidades de uma comunidade com uma história particular, em um tempo que diz respeito à implementação de um serviço de saúde, em que buscamos estudar as representações sociais do adoecimento e da cura. Os agentes de cura, por nós estudados, apontam para o caminho dos sentidos, dos valores, das experiências vividas como meio de alcançar suas representações de adoecimento e de cura. Nesse sentido, consideramos a colocação de Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013, p. 16), quando afirmam que:

Existe uma distância entre a construção da doença pelo conhecimento e a sensibilidade das pessoas nas suas existências singulares. Essa singularidade existencial é fonte de questionamentos e abertura para novas formas de compartilhar sentidos, ou mesmo para as sabedorias tradicionais e seus recursos alternativos de lidar com a relação entre vida, saúde, doença e morte.

Duas grandes categorias temáticas emergiram nos relatos dos agentes de cura: concepções sobre adoecimento e causas destes acontecimentos. Estas categorias temáticas são parte de um todo que engloba outros aspectos transversais comuns a ambas, tais como: origem/localização dentro e fora, punição e merecimento, externo, interno ao corpo etc.

#### 5.4.1.1 Concepções sobre adoecimento

Nesse primeiro momento, apontaremos as concepções de cura dos agentes. Para iniciar essa discussão, recorreremos à reflexão sobre as categorias das concepções de adoecimento e seus desdobramentos. Os relatos expressam essas noções da seguinte forma “[...] só Deus é quem te livra desse mal que entrou” (Dona Maria da Luz, 72 anos, sítio Rio do Banco).

Nessa interpretação, o fenômeno perturbador pode ser retirado, mas o fato de ter entrado permite o questionamento – por que ele entrou? Isto é, a causalidade.

Um exemplo emblemático de um objeto exterior que penetra no corpo pode ser visto no seguinte relato:

[...] vai terminar abri essa sua perna, porque ela ficou foi alguma coisa dentro. [...]A senhora não faz três vez. Se for só devido a infração, a senhora fica boa, se for vermeião, a senhora fica boa, se for alguma coisa arribado pra dentro, ele bota pra fora. – Será, home?. [...] Quando foi de tarde, eu fui tomar banho, aí peguei um paninho assim e fui passando na perna, quando passei na perna, senti aquilo pegando no pano, eu senti aquilo arranhando, no pano. Ai olhei, e vi aquela ponta preta. [...] Nesse momento Jesus manda meu fio, um maguinho que eu tenho ali que é Sandro, ele é muito inteligente também e curioso. Ai nesse momento ele chegou. Ai Deu disse assim: Oh, Sandro apoi tua mãe está com uma ponta de pau na perna por isso que não sarou ainda a perna dela, olha. Ai ele disse: Cadê mamãe? Bote a perna aqui! Botou o tamborete, eu botei a perna em cima. Ele olhou. – Bote a cara pra lá. É uma ponta de pau e não é pequeninha não. Bote a cara pra lá. Eu botei a cara pra cá, ele pegou aqui cá pinçinha aqui na cabeça do bicho, ai pegou mesmo e segurou... (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Pneumonia, que eu tomei mais de mês. Que quando eu morava em Fagundes, me deu uma crise, eu trabalhando na poeira, acho que fazendo a casa mais meu esposo, aí me deu a tosse, ai me deu... Ainda fui para internada, ai me ensinaram pra tomar um mês. Com leite de gado. Eu pisava todo dia, ia lá pra seu João, que comprava o leite lá. Tomei mais de mês, mais de mês (Dona Irene, 73 anos, sítio Taberaba).

Desta forma, trata-se de algo material que penetra no corpo provocando o mal e que precisa ser retirado ou extirpado, assim, conduzir a pessoa a um contexto de higiene, que deve

ser do âmbito social também. Esta ação de intervir também repercute na vida do agente de cura, tem no próprio corpo o reflexo da sua intervenção sobre o mal. Nesse sentido, um dos interlocutores comentou que: “Aí, eu fui e rezei o menino. Tirei na hora o olhado dele. Tirei na hora, cheguei em casa e fiquei abrindo a boca” (Seu Jailson, 44 anos, sítio Taberaba).

Ainda na lógica do que entra ofende e que é exterior ao corpo, Maria da Guia relata que:

Mais a muela de galinha ela costumava guardar ela, qui quando **a gente comia um comer que ofendia**, que não tinha jeito a gente ficava aquele entédio, morrendo, se acabando. [...] Mais menino, era bater dentro, bater fora. A gente botava o comer do jeito que tinha comido pra fora, até **inegrida**. Pronto, acabou-se a dor, a fadiga que estava por dentro. Nun instante ficava boa (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Portanto, o adoecer pode ocorrer em função daquilo que se põe para dentro (ingerido), e, portanto, se realiza de dentro para fora. Aqui chama a atenção para os alimentos que parecem inadequados à ingestão e que o próprio organismo busca expulsar. Aqui a categoria da “nigrida” parece representar um aspecto simbólico do mal.

[...] ele tomou o remédio todinho. Mais menino, parou a disenteria, ele abriu a boca pra cima, botou a batata preta, **nigrida** como tinha comido naquela hora. Ai pronto acabou-se a doença dele, ele ficou bom. E assim mãe curava assim com remédio, com plantas medicinais, com remédio assim. Era difícil ir pro médico (Dona Marai da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Nesses acontecimentos, o agente de cura legitimado para intervir deve dar conta desses códigos que incluem a cor dos alimentos. Outros elementos, também, podem ser acionados para pensar esses agentes que entram nos corpos provocando “perturbação”, tal com apresentado: “[...] inchada, dessa grossura, vermeia como a mulinga” (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Os objetos que perturbam são claramente descritos, assumindo aspectos que ganham um sentido ou aspecto malévolos. Muitos objetos vêm de dentro, ou melhor, são produzidos pelo próprio corpo, mas normalmente precisam ser expulsos do organismo. É sobre esse tipo de perturbação que nos foi relatado:

[...] Meu esposo faleceu de um problema, assim... Umhas veinhas enchendo dentro dele. Umhas veinhas, sabe? A primeira vez deu um derrame, que ele vomitou muito sangue, tanto por cima que nem por baixo, sim senhora. Levou ele pro hospital em João Pessoa. Lá, ele foi atendido e disseram, que se desse outra vez. O médico falou pro meu filho, né? Se ainda desse outra

vez, levasse ele pro Trauma. Só a misericórdia de Deus, se desse outra vez, porque ele tinha outras veinhas em área de risco (Dona Maria da Conceição, 74 anos, sítio Taberaba).

[...] Não tinha nenhum arranhão, comecei a rezar, quando foi no meio da reza, saiu tanto assim de sangue coalhado. Ninguém sabe de que parte. Só sei que saiu assim um sangue coalhado (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

Assim como o sangue, o vermelho é também uma cor acionada para revelar a perturbação que só produz pelo próprio corpo, É interessante ainda que essa produção do mal tem sua mecânica, de modo que:

[...] As veinhas, enchendo, enchendo, fazendo aquele esboço, até que chegou a hora de estourar. Quando estourou, não teve mais jeito (Dona Maria da Conceição, 74 anos, sítio Taberaba).

O ramo é assim: comparação, a pessoa está boinha e de repente dá aquele negócio na pessoa (paralisia facial?) (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Essa mecânica põe o corpo e seus processos no âmbito da natureza, que vai desgastando o corpo. Isso também se reflete no envelhecimento, como dito: “[...] Aí eu fui deixando, fui caindo na idade também” (Dona Maria da Conceição, 74 anos, sítio Taberaba).

De toda forma, mesmo equiparando a pessoa à natureza (seu ciclo) tem uma ação do indivíduo, como se percebe nesse exemplo, de que a pessoa não teve nenhuma iniciativa como relata: “fui deixando”. Para esta interpretação parece haver uma atitude passiva do indivíduo, tornando o corpo um receptáculo aos processos externos.

Os interlocutores exploram também aspectos que marcam as condições de adoecimento, tais como as reações (sensações corporais) que a pessoa pode apresentar na condição de adoecido. A ausência de movimento e a prostração parecem marcar a vida cotidiana da pessoa afetada. Alguns relatos expressam essas condições da seguinte forma: “Nem se mexia na cama. Disse vai chamar Cicero para rezar. Ela nem se bulia em cima da cama. Ela nem se bulia” (Seu Cícero, 60 anos, sítio Taberaba).

A doença como o mal, que deve ser extirpado, retirado. Impureza (?)

[...] Quando tava terminando, olhe o tapuru que saiu, um tapuru cheio de cabelo. Juro na fé em Deus. Tapuru cheio de cabelo (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

Eu peço muito a Deus, que Deus me puna pelo que for necessário, minha fia, mai não deixe eu adoecer pra ficar em cima de uma cama, dentro de uma rede, num sei se pode acontecer isso porque noi que sono pegadora tamo sujeito a tudo, mais eu sempre peço a Jesus. – Jesus, enquanto o senhor vê que eu posso está em cima desse pozinho, fazendo minha biqueirinha, sempre me dê a minha saudinha, prumode eu fazer as minhas coisas, sem dar trabalho a nenhum, nem os de fora, nem da minha famía. (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Essa imobilidade é denunciadora das consequências do adoecimento sobre a pessoa. Neste sentido se articulam dois estados corporais e duas condições sociais: doença e punição, saúde e merecimento.

Assim, parâmetros de adoecimento podem ser registrados em termos de: mole, sem movimento, sem vitalidade, sem domínio sobre si, ou ainda, não estar ativo, não ter atividade. Um exemplo pode ser visto no seguinte relato:

A minha netinha quase morreu em dois meses atrás. Todo mundo se admirando dela. Eu dizendo você pare de tá se admirando dessa menina que ela vai adoecer. Ninguém acreditou. Não passou quinze minutos, a menininha ficou pa morrer. E toda mole, não se dominava, nem nada. Aí eu disse: eu não falei que você ia adoecer essa menina. Peguei ela benzi, ela. Benzi a primeira vez, ela vomitou. Vomitou tudinho a comidinha, tinha botado pra fora. Depois benzi ela de novo. Disse leve ela pra rua agora. Quando chegou no hospital, já chegou melhor (Dona Dorinha, 53 anos, sítio Taberaba).

Este relato chama a atenção pela complexidade que aporta, na medida em que a própria família pode causar o adoecimento a partir da “admiração”. Daí, essa relação entre família e adoecimento revelam que essas reações corporais não podem ser tratadas de modo simplista, em termos da polarização entre bem e mal – porque neste caso, o que parece ser um bem pode provocar o mal, mesmo na própria família.

#### 5.4.1.2 Causalidade do adoecimento

Verificamos que as atribuições de causalidade da doença podem ser agrupadas em três grandes eixos: o 1º inclui as causas atribuídas às relações sociais (olhado, sobrenatural etc.); o 2º reúne as causas relacionadas às pessoas (da sua natureza, do ciclo da vida, dos hábitos e cuidados de si etc.); e, por fim, um terceiro eixo, em que os elementos que podem provocar adoecimento estão relacionados à natureza e seus elementos (poeira, mudanças climáticas etc.).

No primeiro eixo, consideramos que o elemento desencadeador de processos de adoecimento referidos pelos agentes de saúde compreende o nível das relações – seja entre vivos, seja do mundo sobrenatural. Assim, podem-se traduzir esses processos da seguinte maneira:

O que faz as pessoas ficar doente é através de olho grande, muito olho grande em cima da pessoa, né? Aquele olho gordo, num tem gente que tem olho gordo, né? Assim em cima das pessoas, aquilo chupando as carnes, assim. Muita gente tem inveja das pessoas, assim, tudo aquilo se forma um olhado. A pessoa fica morrendo, se acabando [...] A pessoa está com olhado, morrendo de olhado, se acabando. Eu tiro na hora. É poucas palavrinhas. Eu tiro na hora. Pode tá morrendo, assim. Eu conheço, se for macho eu digo, se for feme eu digo que foi feme. Eu conheço. Tudo isso aí. Eu sou católico (Seu Jailson, 44 anos, sítio Taberaba).

O que faz as pessoas adoecer? - Mau olho (Dona Dorinha, 53 anos, sítio Taberaba).

O que faz as pessoas adoecer? - Minha querida, eu não sei nem te responder o que faz nós adoecer. Eu acho que é assim... Não sei não, não sei nem te dizer, sabe? Problema de mau trato. Tanto a pessoa que não tem condição, que nem a pessoa que maltrata outro. Pessoa pode ficar até com trauma assim, de alguma coisa, de uma pessoa viver machucando, dizendo alguma coisa, né? Xingando a pessoa. Eu acho assim, não sei te responder muito, não, porque eu sou fraca de lógica. Ah! Ah! Ah! (Dona Maria da Conceição, 74 anos, sítio Taberaba).

Minha fia, eu não sei não, eu acho assim: que a doença, eu acho que é prometido por Deus, se não fosse prometido por Deus ninguém nunca adoecia, né? Eu acho que é assim. Eu tenho assim: que Deus dá a doença e cura a doença (Dona Maria de Fátima, 68, sítio Rio do Banco).

Eu rezava assim, três dias. Três dias e mandava a pessoa vir, mas eu vivia muito doente, aí eu parei. Ai disseram pra eu parar, gente que entende. Eu só vivia doente. Eu rezei uma mulher aqui, a nora de dona Dora, que me **arriei**. Aí desde esse tempo minha família não quer que eu reze. Me arriei com gosto de gás (Dona Irene, 73 anos, sítio Taberaba).

Quando se trata de atribuir ao adoecimento causas relativas às pessoas, como designamos, elas demonstram que existe uma natureza corporal que envolve não só o ciclo de vida – também natural – mas, elementos relativos aos hábitos, cuidados de si e ao desgosto. Assim, se expressaram os agentes de cura:

O que adoecer, é a pessoa não ter zelo com a pessoa, não ter limpeza. Acha que é assim? E tem gente não liga, nem se importa. Eu acho que é assim (Dona Irene, 73 anos, sítio Taberaba).

[...] Eu sei que eu me batia muito com eles, pedia muito força a Jesus, que nem eu peço ainda que Deus tomasse conta dos meus fios, sem ser por

morte, criasse eles num momento assim que não me desse trabalho, que cada vez que o dia vai se passando mais eu vou ficando veia, acabada, doente, disimpaciente, eu não quero vê meus filhos perdido no meio do mundo com ninguém, cá às vezes a **pessoa se desequilibra** também (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Agora, quando é uma doença de idade já avançada, não tem jeito... (risos) Só Jesus tira, porque... A pessoa tá com uma dor, o troço não fica bom daquela dor... é uma imoralidade. Que o meu marido mesmo tem uma dor na perna que anda daqui pra ali e já não aguenta. Eu tô com esses dois joelhos que dói, dói. Me ensinaram pra eu dar uns banho. Eu tô dando umas compressa da raiz da salsa, da raiz da malícia, e da raiz da grama. E não é que eu tô até me sentindo melhor, mulê! E eu tô fazendo, tô fazendo. O que o povo me ensina eu faço. As médica diz: não minha fia, isso aí é reumatismo, não sei o quê. O povo diz, não sei o quê, se tomar diclofonato, volta de novo, não sei o quê... Digo: apoi, eu vou fazer meus banhos em casa. Aí cozinho, boa noite branca, cozinho uma coisa... uma panelada assim... e aí dou as compressas (Dona Maria de Fátima, 68 anos, sítio Rio do Banco).

Oie, meus fios se criou nunca internei nenhum, graças a Deus, me Jesus. Nunca fui em hospital com fio meu. Só com Pablo, que Pablo nasceu deficiente, ainda fui em Santa Rita com ele, no Infantil. Mai, meus fios os outro, minha fia, nunca fui nem fio nem fia, nunca fui em hospital com meus fios (Dona Maria de Fátima, 68 anos, sítio Rio do Banco).

Home, o que faz as pessoas ficar doente é o vício. Se beber ofende, se fumar ofende. Entendeu, que o fumo, se dá um trago, pode olhar na roupa que **fica a noda**. O beber dá o cirrose, é beber e tomar água, dá o cirrose; e pra curar não tem jeito. O fumo... A cachaça guarda vinte anos no intestino da pessoa. Entendeu? Vinte anos. Ah, não? Deixou? Mais vinte anos pra frente ainda sente, tem efeito ainda (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

Que nem o meu marido, o problema dele, que ele morreu, foi procedido de fumar muito. Ele fumava muito. O médico disse que foi por ele fumava muito. Ele trabalhava muito. Trabalhava que nem bicho (Dona Maria da Conceição, 74 anos, sítio Taberaba).

As pessoas adoecem porque bebem cachaça (Seu Manoel, 66 anos, sítio Rio do Banco).

O que faz as pessoas ficar doente é essa comida agora. Porque no tempo que fui criada ninguém comia esse negócio de óleo, ninguém comia esse tal de arroz, que eu nunca via; a comida da gente era peixe. Sabe? Comer do índio é peixe, pirão, macaxeira, batata. Isso era o comer. Graças a Deus eu estou nessa idade. Eu não sofro de colesterol, não sofro de nada não, pressão, diabetes, nada não. Nasci e me criei na aldeia. Eu e toda minha família. Minha irmã morreu no mês trazado, vai fazer quatro meses que ela morreu, com 100 anos, era a mais veia (Dona Jaci, 60 anos, sítio Areia Branca).

O elemento inovador desse eixo de interpretação da causalidade do adoecimento é que mobiliza um processo inerente ao indivíduo. Essa inerência se apresenta como processo da corporeidade – enquanto uma deficiência ou decorrência do ciclo da vida, a velhice. Já essa

inerência também envolve a relação do indivíduo consigo mesmo, a questão do cuidado, de responsabilidade e culpabilidade acerca da doença (PERRUSI; NEVES, 2011). Esses elementos apontam para uma tendência a individualização, considerando que surgem expressões ligadas a uma ética que enfoca a natureza e os cuidados impetrados pelos indivíduos.

O terceiro eixo de representação sobre causalidades aciona elementos de significação relacionados à ambiência da natureza como fonte de promoção do adoecimento. Nele, os agentes de cura indicam a poeira, mudanças climáticas como capazes de provocar reações no organismo. Os relatos expressam esse pensamento da seguinte forma:

O que faz adoecer: Eu num sei, acho assim: uma mudança, tá quente, aí rapidinho chove. A pessoa toma aquela chuva. Eu acho que é isso, porque eu pra adoecer, é assim, rapidinho. Aqui na comunidade, é mais dessas gripes assim. Criança também dá muito problema de cansaço, quando fica gripado fica logo cansado. Aí fica logo cansado (Dona Joaquina, 63 anos, sítio Boa Vista).

O vento às vezes acontece de adoecer, e às vezes, acontece também, da carne da gente mesmo, não pode..., por exemplo: Não pode pisar ali por causa daquele micróbio. Que a doença, a doença é mesmo do tempo (Seu Francisco, 77 anos, sítio Rio do Banco).

O que mais adoecer aqui? Aqui na comunidade é por causa da água. É xistossomo, né? Gripe, que é geral, né? Sim, a ameba também dá mais aqui. Já tomei muito remédio (Dona Irene, 73 anos sítio Taberaba).

Nesse eixo, os agentes de cura apontam para a potencialidade de aspectos relativos à natureza de intervir sobre o corpo e provocar reações de adoecimento, tanto em adultos quanto em crianças. A chuva inesperada ou o vento, assim como os micróbios são possíveis elementos no ambiente de circulação das pessoas.

### **Quadro 3 – Agrupamento temático das respostas dos usuários sobre adoecimento, Rio Tinto-PB, 2012**

<b>Causas de adoecimento</b>	<b>Nº de respostas</b>
Poluição (contaminação da água, dos rios, do ar)	28
Alimentação (não fazer dieta, inadequada)	27
Beber/fumar/ter vício	12
Saneamento (esgoto, lixo)	11
Não se cuidar	11
Falta de higiene (pessoal e com alimentos)	11
Elementos da natureza (areia/poeira/chuva, sol)	11
Sedentarismo (não ter atividade física)	07
Preocupação, tristeza da vida	03
Andar descalço	02
Negatividade/falta de confiança/falta de fé	02

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Com relação às interpretações dos usuários do serviço sobre a causalidade do adoecimento, dos 62 que responderam o questionário, obtivemos 137 respostas diferentes. As respostas foram agrupadas conforme sua proximidade temática resultando no Quadro 3 apresentado acima.

Diferentemente dos agentes de cura, os usuários atribuem o adoecimento a duas razões principais: A primeira delas compreende um conjunto de causas vinculadas ao indivíduo e aos cuidados consigo mesmo, tais como: alimentação, não se cuidar, falta de higiene, andar descalço e negatividade; enquanto a segunda razão é atribuída questões ambientais, a exemplo de: poluição, saneamento, elementos da natureza. Chamamos a atenção para duas outras categorias que surgiram nas respostas destes usuários: uma delas remete ao comportamento considerado desregrado, que inclui beber, fumar e ter vício. E a outra diz respeito aos sentimentos relativos à preocupação e tristeza com a vida, que trazem para o conjunto das nossas reflexões os elementos relacionados às emoções e sensações que podem ser fontes de sofrimento e podem também resultar da insatisfação com a vida e as relações sociais.

Outras respostas indicaram os seguintes fatores: moradia inadequada, comer alimentos fora de validade, não tomar remédio, falta de saúde perfeita, verminose, dormir. Um usuário não respondeu a esse quesito. As interpretações dos integrantes da equipe de saúde levantaram como causa de adoecimento na comunidade condições de vida da população e aspectos de ordem pessoal. Reunimos, aqui, as causas indicadas separando as respostas, segundo o nível atribuído aos profissionais. Assim, encontramos as seguintes respostas:

**Quadro 4 – Causalidades do adoecimento segundo a visão dos profissionais da equipe de saúde da família, Rio Tinto-PB, 2012**

ACS, ACO	Demais profissionais
Falta de cuidados com a alimentação	Falta de alimentação
Higiene	Falta higiene
Falta de condições financeiras	Falta de recursos
Presença de agrotóxicos na região	Desequilíbrios ambientais
Falta de bem estar físico/mental/social	Falta de harmonia entre sentir, pensar e fazer
Falta de prevenção	Maus hábitos (alimentar, sedentarismo),
–	Falta de tratamento da água
Ignorância	–

**Fonte:** Dados da pesquisa.

As respostas dos ACS e ACO, na quase totalidade, correspondem aos mesmos sentidos daquelas atribuídos pelos demais membros da equipe. Levando-se em contas que os ACS e ACO são pessoas da comunidade, chama a atenção que ao responder este questionário os ACS e ACO aproximam-se mais do pensamento dos demais membros da equipe do que do

pensamento dos agentes de cura, que apontaram outros elementos causadores de adoecimento, a exemplo, daqueles decorrentes das relações sociais, como o olhar e causas do sobrenatural.

#### 5.4.2 A cura

Para nossos interlocutores, refletir sobre saúde-doença consiste num processo que tem como desfecho a intervenção sobre o outro – “o corpo doente” ou “perturbado”, nos termos de Duarte (1993). Nesse sentido, as informações coletadas demonstram que existe uma lógica sociocultural para o exercício dessa intervenção que se inicia com a autointerpelação do agente de cura sobre sua aptidão para a realização do ato e se encerra com o reconhecimento da eficácia ou o questionamento sobre sua ineficácia.

O processo de cura se inicia, então, com a etapa de reconhecimento da aptidão, o que inclui os preceitos sobre condutas, que numa leitura antropológica, refere-se ao *ethos*<sup>69</sup> e as restrições para a realização do ato de cura, além do reconhecimento da condição de mediação ou papel de intercessor do agente de cura. O segundo momento se caracteriza pelo ato de curar em si mesmo, tudo o que ele implica: escolha do recurso, o ritual.

O último momento do processo de cura encontrado nas informações consiste numa preocupação dos interlocutores com a eficácia da intervenção realizada. Nesse sentido, as narrativas terminam ou são finalizadas, apontando o desfecho alcançado, quais sinais ou condições de cura ou questionando quando o desfecho da cura desejado não obteve êxito.

##### 5.4.2.1 Reconhecimento da aptidão de curar

Como dito, esse processo inicia com a reflexão sobre a possibilidade de intervir (exercitar um procedimento de cura) pelo agente de cura, enquanto uma etapa avaliativa sobre a perturbação trazida pelo outro. O exercício desse julgamento sobre a perturbação é fulcral já que dela dependerá tanto a escolha do tratamento quanto à eficácia deste e, cabe acrescentar que deve fazer parte a avaliação sobre a causalidade da perturbação. É nesse momento que o elemento religioso é acionado para garantir que o procedimento tenha a eficácia desejada. Assim, alguns agentes de cura se manifestaram:

---

<sup>69</sup> Isto quer dizer, os aspectos morais da cultura, os elementos valorativos, que enquanto aspectos cognitivos, existenciais são designados pelo termo “visão de mundo”. O *ethos* de um povo é o tom, o caráter e a qualidade de sua vida, incluindo seu estilo moral e estético e sua disposição, é a atitude subjacente em relação a ele mesmo e ao seu mundo que a vida reflete. A visão de mundo que esse povo tem é o quadro que elabora das coisas como elas são na simples realidade, seu conceito de natureza, de si mesmo, da sociedade. Esse quadro contém suas ideias mais abrangentes sobre a ordem (GEERTZ, 1978, p. 143-144).

Rapaz, não tem doença que não curo. [...] Se eu ver que posso curar na parte de Jesus, eu curo; se eu ver que não posso eu digo esse aqui eu não dou jeito não. [...] Esse disse: eu vou rezar, mas tem uma coisa... eu não vou andar... [...] Eu via a imagem do Senhor, chorando, correndo de quatro em quatro. Eu não andei como daqui naquela casa ali, o veio morreu. [...] Só quem cura é Deus. [...] Eu não bebo, foi num foi eu bebia na casa dela, daquele vinho São Gonçalo, que tinha de primeiro. Graças a Deus, deixei, nem me vexo. Fumava, inté o cachimbo avoei no mato. Não posso nem ver catinga. Faz pouco tempo. “Veio” perto deu, assim: deixe de fumar! **Veio aquela voz.** Dei o cachimbo, a sogra desse menino aí, e o fumo atirei no mato. Não fumo não, porque fumo ofende (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

O que faz curar é a fé. Primeiramente a fé. Com a fé em Deus. Com aquela fé a gente pode fazer qualquer um remédio e tomar, que pra mim a pessoa vai ser curado. Num será assim? Se não será a senhora me responda que eu estou disposta a lhe entender, a lhe ouvir. Meu avô dizia assim mais minha mãe: o que cura a gente é a fé, minha fia, se não tiver fé nada é feito (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Olhe, quando chega uma pessoa com uma criança pra mim rezar, e imediatamente eu vou pensar em Deus, em mim, primeiramente; **se estou apta** pra benzer aquela criança (Dona Maria da Luz, 72 anos, sítio Rio do Banco).

A reflexão exigida é sobre a capacidade do agente de cura em realizar o procedimento e aptidão para exercício do ofício. Nesse sentido, a harmonia e a coerência com o sagrado parecem ser fatores primordiais, considerando a possibilidade de uma abertura ao canal que se estabelece com este outro domínio. As práticas cotidianas e o *ethos* são apontados na narrativa como a manutenção da vida dentro das “regras” e na “fé”. Nossa compreensão sobre o *ethos* se ancora no pensando de Geertz quando afirma que a crença religiosa e o ritual confrontam e confirmam-se mutuamente; o *ethos* torna-se intelectualmente razoável, uma vez que representa um tipo de vida implícito no estado de coisas real que a visão de mundo descreve ao mesmo tempo em que a visão de mundo torna-se emocionalmente aceitável por se oferecer como imagem de um verdadeiro estado de coisas do qual esse tipo de vida é expressão autêntica (GEERTZ, 1978, p. 144). Ainda a esse respeito, as narrativas revelam que:

Tomo banho de limpeza, sempre. De boa noite branca, manacá. Vinte e uma fulô com dois litro água. Toma o banho comum depois. Joga na cabeça, mas não se enxuga não. É um banho inteiro. A fulô do manacá. Ou 21 ou 11 fulô. [...] Agora não se enxugue não. Se se enxugar não serve. Minha fé só quem tira é Jesus. Tem vezes saio daqui onze horas ou meia noite da noite (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

[...] eu procuro me preparar, me concentrar com Deus: Senhor, me ajude, eu preciso benzer essa criança, essa criança precisa do teu auxílio, Senhor, não é de mim, é de teu auxílio, Senhor, Lhe peço! Dentro de mim eu faço

primeiro essa **reflexão**. [...] Por que? Porque pedi a Deus, **constrita** (Dona Maria da Luz, 72 anos, sítio Rio do Banco).

O processo de reflexão para iniciar a intervenção começa com o reconhecimento de sua “aptidão”, passa pela afirmação que precisa da ajuda de Deus e exige a limpeza ou pureza corporal para garantir a consonância necessária com o sagrado. Purificação que exige uma atitude constrita e certas restrições por parte do agente de cura. Mary Douglas (1976), no livro *Pureza e Perigo*, aponta para os processos de diferenciação entre o que pode ser considerado puro e, portanto, próximo do desejado socialmente e do sagrado daquilo que o grupo social considera impuro e, dessa forma, perigoso, não permitido para o trato com o sagrado.

Outro aspecto importante chama a atenção consiste no reconhecimento do papel de mediador do agente de cura. Como dito por Dona Maria da Luz:

- Dona Maria da Luz: “Porém, não sou eu quem cura, eu intercedo”.
- O padre: “Quem está merecendo não é a senhora não, quem está merecendo é aquela criança. A senhora intercedeu por ela, então se ela foi merecedora, recebeu, não é a senhora não. Jesus curou” (Dona Maria da Luz, 72 anos, sítio Rio do Banco).

Não deixo de curar não, só se não chamar. Se merecer. Com Jesus eu curo. [...] A palavra de Deus é bom demais, a palavra de Jesus é boa demais pra quem reconhece (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

#### 5.4.2.2 O ato de curar: a escolha do recurso e o ritual

Para estes agentes, a “intercessão” junto ao sagrado é a tarefa a ser realizada pelo curador, mas ela só se realiza na dependência do “merecimento” daquele que busca ajuda. Assim, o processo de cura depende das relações entre o intercessor e o merecedor, de modo que qualquer interferência nesta relação acaba por interferir sobre a eficácia do processo. Além disso, vai depender também de outros aspectos, como a relação entre aquele que busca ajuda e o medicamento fornecido, segundo Seu Manoel, “[o] remédio cura quando a pessoa se dá com ele, pois tem umas pessoas que se dão outras não”, numa clara referência à natureza corporal do doente e de um processo que independe da vontade do consulente e do agente de cura.

A segunda etapa do processo de cura indicado nas narrativas diz respeito ao procedimento em si mesmo, envolvendo o ritual a ser seguido e a seleção e preparação dos recursos a serem utilizados. No que se refere ao ritual, os agentes de cura apontam seus procedimentos conforme acreditam estar na origem do fenômeno e com o que acreditam pode

reverter a perturbação, um processo que se inicia na preparação dos recursos a serem utilizados. Assim comentam que:

Quando estou preparando as plantas, é pedindo felicidade a Jesus, né. É quem nos cura (Dona Jaci, 60 anos, sítio Areia Branca).

O olhado é assim, como é, uma comparação, na pessoa: Pai, Filho, Espírito Santo, amém. Se benze primeiro, se benze primeiro pra poder não pegar na pessoa, né? Ai a gente se benze, aí depois a gente começa a rezar a pessoa, aí benze também. A minha é assim: Deus te fez, Deus te criou, Deus desafete quem te afetou, se tu tem olhado, quebrante no teu corpo, no teu comer no teu beber (de tudo eu pergunto assim, sabe? digo tudinho) é aritirado pra as ondas do mar sagrado. Assim como Deus foi livre são e salvo de toda a enfermidade, assim seja tu (o nome – digo pelo nome, né). Livre, são e salvo de olhado, agonia, jogado pra ventania. Quando eu rezo pra oferecer, eu rezo só um dia. Ofereço logo (Dona Irene, 73 anos, sítio Taberaba).

Eu só rezando. Aí rezei só um dia só, num sabe? [...] **O que é certo não perde pra ninguém.** Comecei a rezar, ela caiu (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

Para estes agentes, a intervenção envolve vários aspectos, como: a intenção, a causalidade, a nomeação e o tempo. Em relação ao benzimento, as intenções podem ser referidas aos atos: de cura e a de “oferecer”, de modo que os dias são limitados conforme a intenção. Por outro lado, cabe lembrar que o primeiro “benzer” é do agente para si mesmo – já que a perturbação pode passar. Além disso, as “palavras” seguem uma ordem que termina com o envio do mal para lugares imensos e naturais onde pode ser assim diluído. Outro aspecto relevante é que o benzimento é dirigido, ele atua sobre a pessoa “nomeada”, de modo que o “aretirar” se destina ao corpo da pessoa nomeada e por meio do elemento água – que faz a limpeza e purifica. A intervenção sobre o corpo pode exigir um empenho maior do agente de cura e durar horas, como relatado acima. Já, os procedimentos podem variar conforme o acontecimento:

Outra: os pés tá todo cheio de cravo, de coisa, que o pessoal diz, um tal de esporão de galo. Pegue um bocado de esterco de galinha. Bote, arranje um vasilhame, um negócio, uma coisa, bote um bocadinho dentro. Bote em cima, naquele fumaceiro. Pode botar os pé. Bote o pé em cima. O esterco em cima da brasa, ai bote o pé em cima. Fica sentindo só a fumaça só nos pés. Se for negócio de ferida, aquela coisa... Pode coisar. Só faz uma vez [...] Conforme seja, compressa serve pa muitas coisas. Compressa, serve pra muitas coisas pra pele, pa constipação. Pega um bocado de barro, aquele barro do formigueiro. Vocês sabem o que é. Que a formiga bota pra fora, né? (Seu Francisco, 77 anos, sítio Rio do Banco).

Aquele barro já tá ali. Você vem com a panela d'água. Ai despeja em cima daquele barro. Aquela panela d'água fervendo. Ai pega, bota aqui nas pernas, aquele fumaceirão, e pega o lençol, faça assim, olhe, cobre. Ai fica aqui, olhe, respirando, respirando. Aquilo ali, o rosto fica tudo suado, tudo suado. Aí depois, fica por ali, por ali, não saia pro vento não, fica ali um pouco. Ali acaba o pano branco, ali acaba a espinha, ali acaba a constipação. **Faz tantas vezes conforme o tanto que você precisar** (Seu Francisco, 77 anos, sítio Rio do Banco).

Mordida de maribondo, boto a **faca em cruz** em cima, não incha não, num instante desaparece [...] Pra quem sofre de ulça (úlceras) no estombo é aroeira, tira o entrecasca do lado que o sol nasce, tira a casaca dela, rapa bota pra ferver, cozinhar, mas é pouquinho, né muito não, é pouquinho! Aí toda de manhã bem cedo, a pessoa vai, toma dois dedos de mel com um dedo de chá, não tem ulça pra não se acabar. Agora o chá é fraco e o mel é mais do que o chá. É só é o que eu sei (Dona Jaci, 60 anos, sítio Areia Branca).

[...] Todo ano tempo de lua, sai aqui, olhe detrás ... [...] E pode fazer o chá e dá no meio do terreiro. Tem que dar fora da casa, no terreiro, a qualquer hora do dia. Mais de meio dia é melhor. De meio dia ou seis da noite. De meio dia é onde está todo negócio ruim, meio dia e seis da noite. Que tá atuando é espírito ruim viu? Às vezes eu vejo, mesmo sendo em criança, em qualquer um; às vezes eu vejo (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

Aí meu marido, nasceu um caroço assim na perna, aí deu aquele vermelhão. Aí uma veinha ensinou que cozinhasse a boa noite branca, arrancasse com raiz, com foia, com fulô, arrancasse com tudo e desse. Que se fosse a primeira vez, não dava mais nunca. E eu fiz, e não deu mais nunca (Dona Maria de Fátima, 68 anos, sítio Rio do Banco).

A cada acontecimento corresponde uma forma de intervenção. Os recursos são sempre elementos da natureza, seja vegetal, mineral ou animal. Entretanto, o uso das plantas medicinais é o mais frequente, muitas vezes, alternando ou complementando os medicamentos de farmácia, para muitos destes agentes o que cura mesmo é remédio de plantas, o medicamento de farmácia é sintomático.

Então, a malva rosa era quando a gente tava tussindo muito ou mãe fazia o chá dela ou então fazia o lambedoquinho dela, né? Cebola branca também era pa tossa. Ela comprava, quando acabá fazia o lambedor dele, fazia a gente tomar ou então o chazinho, ou então ela picava num prato, cobria de açúcar, aí quando era no outro ia ela tirava aquele mel bem grosso, dava pra gente pra beber e mandava a gente tomar banho (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Home, às vezes eu me valho de planta. [...] É o primeiro remédio ... manacá. [...] Achei um osso de jumento, já velho, morto. Cheguei em casa, peguei o osso torrei aí tomei no terreiro... Bebi só uma vez [...] Fui e peguei um sapo. Ela sentada assim. Eu passei umas quatro vezes. Em cima do vermeião. Não passei cinco vezes, não. O vermeião ficou todo no sapo. Juro na fé de Cristo!

Ficou boa! Ficou boa! O remédio depende da doença (Seu Pedro, 60 anos, sítio Taberaba).

[...] mas lá no sítio, lá eu já fazia lambedor pro meus fios, num sabe? Aparecia uns mato, aquele espinho de gabiru, que o povo chama, espinho de gabiru. Aí eu arrancava, fazia aquele lambedor pru meus fios (Dona Maria de Fátima, 68 anos, sítio Rio do Banco).

Quando minha menina, o boi quebrou ela acolá, foi o que eu dei. Aí bate bem batido a **gema com breu e o enxofre** (Dona Jaci, 60 anos, sítio Areia Branca).

Ele (mastruz) e o hortelã grande, aí bota num frigideira, com vinagre. Ai quando tá morninho, a pessoa vai e amarra. Capim santo, pra acalmar, usa no lugar no café. No lugar do café toma o chá de capim santo. Eu tenho uma irmã que só toma chá de capim santo de noite (Dona Irene, 73 anos sítio Taberaba).

Experiência dessa outra qualidade, a gente tem, a pessoa pega a castanha e toma, toma a banha do camaleão. [...] Para cada tipo de cobra tem um tipo de remédio. [...] Um escorpião me mordeu no mato, estava alimpando mato. – Pois eu te mato, machuquei com o pau, quando acabar botei em riba, não doeu não. Mordeu na parte de 11 horas, quando estava limpando mato, quando foi de tarde não sabia nem onde era a mordida. A gente mete o pau, corta ele no meio, desce uma lama e bota em cima da mordida. Cura com o próprio veneno dele, né?. [...] Mais a abelha cura. Eu tinha um catombo aqui no pé, apareceu numa pancada. Fui num médico em João pessoa, ele enfaixou meu pé. O pé inchado, inchado, daí danei a abelha pra riba num instante desmanchou. Botei a abelha pra morder a pancada e num instante desmanchou [...] Tudo que eu faço é com a fé em Deus (Dona Jaci, 60 anos, sítio Areia Branca).

Os efeitos adversos, assim como a superdosagem, também são observados.

Tudo pouquinho, muito não. Aí vai pro ossos, prá curar onde tiver quebrado. Mastruz não é bem bom não, porque ataca o coração (Dona Jaci, 60 anos, sítio Areia Branca).

Eu sei que eu fazia: juntava canelinha, colônia e capim santo, tudo de pouco, né fiinha? Porque remédio demais intoxica (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Ai é a cidreira. [...] Agora não toma demais, porque se tomar todo dia ela “coisa” o estombo. Tem que tomar no limite. Ela... Como é? Irrita, tem que tomar no limite. Tem que tomar uns dias e depois pára, tomar todo dia não (Dona Irene, 73 anos sítio Taberaba).

Dos 62 usuários que responderam ao quesito: Em sua opinião o que cura as pessoas? As respostas foram agrupadas conforme sua proximidade temática resultando no Quadro 5.

**Quadro 5 – Agrupamento Temático das respostas dos usuários sobre o que cura as pessoas, Rio Tinto-PB, 2012**

O que cura as pessoas	Nº respostas
A fé	45
A medicação	23
Remédios caseiros	05
Medicação orientada pelo médico	05
Fazer o tratamento corretamente	04
A determinação de persistir/perseverança	04
Repouso/não comer nada carregado/seguir orientações médicas	03
Vacina/medicação/higiene	03
Cuidado com o ser humano (higiene/prevenção)	03
O otimismo	02
Medicação e alimentação	01
Ajuda de todos à sua volta	01

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Assim como os agentes de cura, os usuários têm a fé como o principal elemento da cura. A medicação ocupa praticamente a metade das respostas para a fé. E mesmo quando eles se referem à determinação de persistir, no uso de medicamentos, é necessário ter fé nele. Embora a pergunta se refira à cura e não à saúde, as referências à prevenção, vacinação, cuidados de higiene sugerem o reflexo das ações da saúde da família. Devemos levar em conta que estes questionários foram aplicados por ou na presença dos ACS.

A mesma questão levantada para a equipe de saúde (ACS/ACO e demais profissionais) gerou um número pequeno de variantes nas respostas, tendo sido a fé também o elemento mais importante nas respostas.

**Quadro 6 – O que cura segundo a visão dos profissionais da equipe de saúde da família, Rio Tinto-PB, 2012**

ACS, ACO	Demais profissionais
A fé (em Deus, nos medicamentos, naquilo que está usando). Confiança no profissional da saúde	Primeiramente a fé em Deus, segundo os remédios passados pelos profissionais de saúde. A fé no tratamento que está fazendo. A fé naquilo que elas acreditam. As medicações associadas ao compromisso de seguir todas as recomendações da equipe de saúde local.
Bem estar físico/mental e social.	Quando está ausente de qualquer problema de saúde, financeiro ou familiar. Sentimento de pertença a uma família, a um grupo.
Alimentação sem agrotóxico e prevenção.	Melhora da qualidade da alimentação. Atividade física.
	Exercício de seu potencial humano para realização própria e contribuição para a humanidade.
	É a expressão dos sentimentos que não ditos levam a formação de doenças em órgãos de menor resistência.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

### 5.4.2.3 A eficácia da cura

A fé faz parte da visão de mundo tanto dos habitantes dessa comunidade como dos integrantes da equipe de saúde. Este elemento comum a todos serve de reforço para os usuários, mesmo que seu *ethos* seja distinto daquele dos integrantes da equipe de saúde não residentes no local.

A terceira etapa do processo de cura, como dito anteriormente, refere-se à eficácia do procedimento que finaliza com os sinais da cura. Ausência de sintomas, estar alegre, pinotando (com vitalidade) são parâmetros de reconhecimento.

Abafadinho, aquele banho cheiroso. De um dia pra outro. No outro dia dava um banho nele, quando acaba dava de comer, quando acaba botava na redinha dele. Ficava lá, balançava, daqui a pouco ele pegava no sono. Home, quando meu fio se acordava, eu já achava que o meu fio não estava como quando eu deitei ele. Naquilo eu já ia ficando contente e alegre e dando agradecendo a Deus pela aquilo que eu pedi a Deus e Deus me fez; porque naquela hora, Jesus estava vendo que minha situação estava dura [...] No outro dia a gente tava saltando, pinotando sem saber nem quem tinha curado (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Depois que dizia aquelas palavras ai a gente rezava três Pai Nosso e três Ave Maria, Três Glória ao Pai. Aí oferecia. A Nosso Senhor da Paixão e Nossa senhor Jesus Cristo. Usava pinhão e manjerioba. Rezava só olhado (Dona Irene, 73 anos sítio Taberaba)

Já benzo, já ofereço. Tudo de uma vez só (Dona Maria da Conceição, 74 anos, sítio Taberaba).

[...] Não foi mais sentindo foi nada, agulhar, nem espinhar, nem a mulinga. Graças a Deus eu fiquei boa. Ai deixou de supurar, deixou de botar pus. Aí pronto eu fiquei boa (Dona Maria da Glória, 63 anos, sítio Taberaba).

Quase sempre, a cura é reconhecida como uma benção. “Eu fico feliz quando escuto uma pessoa me dizer que recebeu uma benção” (Dona Maria da Luz, 72 anos, sítio Rio do Banco).

Este reconhecimento é interpretado pelos 62 usuários conforme apontam as respostas ao quesito: Quando uma pessoa se sente curado?

Observamos que as respostas referentes ao estado da pessoa relativo a um conjunto do físico, mental, emocional e espiritual têm mais referência do que àqueles relativos aos sintomas puramente físicos com reconhece a medicina acadêmica.

**Quadro 7 – Parâmetros relacionados à cura conforme as respostas dos usuários**

<b>Parâmetros relacionados à cura</b>	<b>Nº de respostas</b>
Quando está bem (físico, mental e espiritual)/alto astral/feliz/alegria	26
Sem sintomas/sem sentir nada/sem dor	24
Quando a enfermidade acaba	03
Quando termina o tratamento indicado pelo médico	03
Quando está disposto, trabalhando/atividades domésticas/alimentando-se bem	02
Quando estão brincando e alimentando-se bem	01
Quando volta às atividades normais	01
Quando repete os exames e dá normal	01
Quando sente o corpo leve	01
Quando está sem dor e psicologicamente bem	01

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Dos diferentes tipos de respostas dos ACS/ACO referente ao mesmo quesito, cinco, também, dizem respeito a estados da pessoa ou sentimento, apenas um grupo delas refere-se exclusivamente a dados em termos da medicina acadêmica, conforme pode ser visto no Quadro 8. As respostas dos demais profissionais distanciam-se um pouco mais, mas mesmo assim, dos quatro grupos de respostas, dois atribuem a estados físicos/emocionais e dois à parâmetros usados na biomedicina.

**Quadro 8 – Quando você acha que a pessoa está curada, segundo a visão dos profissionais da equipe de saúde da família, Rio Tinto-PB, 2012**

<b>ACS, ACO</b>	<b>Demais profissionais</b>
Quando estiverem com a autoestima elevada e com disposição para as suas atividades pessoais.	Quando ela consegue executar as suas tarefas sem sentir dor.
Quando elas mesmas fazem questão de dizer que estão bem.	Quando está tudo bem
Quando não guarda mágoa.	–
Quando está de bem com a vida.	Quando se sente disposta e motivada para viver independente das circunstâncias...
Quando termina de cumprir o tratamento recomendado pelo médico e está se sentindo bem. Quando para de procurar atendimento na unidade de saúde.	–
Quando tem paz espiritual e respeito ao próximo. Quando ela faz bem ao seu semelhante.	Quando ela sente bem estar e fortalecida para buscar o que lhe realiza como pessoa. Neste estágio, mesmo com sintomas físicos, o seu interior está no processo de cura.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Duas respostas e duas citações parecem resumir bem estas interpretações: a primeira é de um usuário que afirma que a cura é: “Uma parte pela medicina e outra pela fé”. A segunda é de um ACS cuja resposta para saber quando a pessoa está curada foi: “Quando elas não estão precisando mais do serviço médico e as ervas medicinais”.

Quando perguntamos à dona Catarina e a dona Josefa o que cura, elas responderam:

O que cura? Eu acho que é a fé. Tomar o remédio e ter fé. Fé em Deus! Primeiramente Jesus, né? Depois os doutor. Se tomar o remédio e não tiver fé, acho que não cura. Eu acho que não. Digo assim: eu acho que não. Sabe por que doutora? Olhe, me deu uma coceira no meu corpo. Todo dia me dava essa coceira. Porque eu sempre eu gosto de tomar meu banho logo cedo. Ai quando saia do banheiro já vinha me coçando. A médica passou um remédio pra mim. Graças a Deus, depois que ela passou o remédio, desapareceu a coceira. Ainda tô tomando ele. E passou pra eu usar o sabão de coco, tô usando; e pra me enxugar, o papel toalha. Graças a Deus. Que eu disse: meu Deus, se tudo meu fosse seboso (Dona Irene, 73 anos, sítio Taberaba).

Eu acho que o que mais a pessoa se curar, é mais o remédio caseiro. Pra problema de cansaço é o remédio caseiro. Tá certo que o remédio de farmácia é pra combater o cansaço assim na hora. Eu tiro assim por mim, porque eu tenho problema de cansaço, só melhora, mas que não fico boa, só melhora naquela hora, depois volta. [...] Quem ajuda a tratar é os vizinhos assim, se sabe de um remédio assim, dá, ensina o remédio. Os remédios são sempre de plantas (Dona Joaninha, 63 anos, sítio Boa Vista).

A este respeito a citação de Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013, p. 16) ilustram perfeitamente o que acabamos de mostrar:

A pluralidade de meios visando à cura, provenientes de diferentes racionalidades médicas é indicativa da circunstância de que nem todo sofrimento pode ser enquadrado em um diagnóstico preciso. Seja no contexto da medicina científica contemporânea ou no de qualquer prática terapêutica, há experiências que não encontram definição e solução segundo formas instituídas de enxugar e tratar o doente. Não há como negar a existência de um tipo de mal-estar que escapa a toda e qualquer possibilidade de ser reconhecido por outrem.

As pessoas aqui estudadas, incluindo os usuários, os agentes de cura, os ACS e ACO fazem parte de uma comunidade cuja singularidade expressa a realidade humana e biofísica universal, pois embora sejamos parte de uma mesma espécie, cada ser é único. Por isso mesmo, as concepções de saúde e doença não podem ser universais como pretende a biomedicina, ao contrário, são construções sociais elaboradas pelos indivíduos a partir da percepção e da relação de cada ser humano consigo mesmo, com os outros e com o meio social ao qual está inserido, sua história, sua cultura e suas crenças. Este era nosso objetivo inicial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original” (Albert Einstein).*

O adoecimento e a cura são fenômenos que, por sua natureza, têm a capacidade de gerar representações e construções culturais, entretanto, os fenômenos de representação social são mais complexos do que os objetos de pesquisa que construímos a partir deles. Portanto, reconhecemos as limitações da nossa abordagem. A escolha pela zona rural, entre outras razões, deu-se em função de que a maioria dos estudos sobre representações sociais de saúde estão situados em zonas urbanas. O contexto de uma localidade, onde a Estratégia da Saúde da Família tem uma história recente, constituía-se num campo interessante para se pensar as representações do adoecimento e da cura com vistas às práticas populares, um dos objetivos da ESF.

Inicialmente, duas questões se apresentaram à pesquisa: o que sabem sobre adoecimento e cura, e o lugar de onde sabem, foram propostas para dialogar com os usuários como sujeitos a serem investigados. Entretanto, logo percebemos que o objeto a ser estudado dizia respeito não só a eles, mas a diferentes agentes sociais em interação. E foi nessa perspectiva que definimos a escolha dos sujeitos.

Estes sujeitos acompanhados são de origem indígena e não indígena, alguns são nativos que nunca saíram da localidade, outros tiveram experiências relativas a práticas de saúde em outras regiões do país. Os profissionais que compõem a equipe de profissionais de saúde também fizeram parte da amostra, algumas vezes com ênfase na distinção entre aqueles que residem na região – principalmente os ACS e ACO, e aqueles que moram distante da localidade e se distinguem nos aspectos culturais ligados à historicidade local, definida pela criação do município que se deu com a instalação da fábrica de tecidos trazendo famílias de europeus. Este fato histórico torna-se evidente nas práticas de saúde dessa população, com forte indício de uma cultura indígena relacionada ao ambiente natural e uma religiosidade cristã, provavelmente, reforçada pela presença do grupo europeu. Portanto, aqui conviveram indígenas e não indígenas ligados aos fazendeiros locais e os europeus que se instalaram na região por ocasião do funcionamento da fábrica.

Para as condições de produção e circulação das representações sociais que buscávamos, partimos de três conjuntos designados pelos rótulos genéricos de “cultura”,

“linguagem e comunicação” e “sociedade”. Além desses, outro conjunto foi levado em consideração: a história local do município e das localidades estudadas.

Outro aspecto importante da história local diz respeito ao impacto negativo sobre a população indígena da instalação da fábrica têxtil em seu território. E para a população em geral, indígena e não indígena, a presença das usinas canavieiras depois do fechamento da fábrica, modificando, entre outras coisas o território natural da região. Esses fatos estão presentes na fala de uma agente de cura de origem indígena, que se refere o abandono e sofrimento de sua vida, criada sozinha no mundo, sem pai e sem mãe. Outra agente de cura faz referência à perda de sua casa e terras em função da usina e, conseqüentemente, a perda de suas plantas medicinais, agora sem um habitat natural devido aos agrotóxicos usados nos canaviais.

Portanto, as representações sociais do adoecimento e cura aqui estudadas foram construídas a partir da história desses sujeitos, de suas relações sociais e suas experiências com o ambiente natural onde vivem. Cada comunidade foi considerada em torno de três eixos: o da vida individual, o das relações com o outro (social) e o da relação com a natureza. E é também em função das relações compreendidas nessas três esferas que podemos identificar as representações sociais relativas ao adoecimento e a cura nesses sujeitos. O objeto da pesquisa, o adoecimento e cura, é parte do contexto da experiência de vida dos pesquisados.

Quando iniciei este estudo das Representações Sociais do Adoecimento e da Cura, buscava “algo” concreto, conceitual, no entanto, deparei-me com “experiências” de vida gerando valores e sentidos. Fruto de minha formação, o conceito que eu trazia era um conceito científico objetivado, generalizado, que não leva em conta às singularidades. E à medida que o trabalho de campo foi sendo desenvolvido, ficava evidente que os agentes de cura apontados pelos ACS, eram guiados principalmente pelos sentidos, pelos valores, pelas experiências vividas por meio das quais elaboravam suas representações de adoecimento e de cura. Este estudo evidencia a importância desses agentes que lidam com o adoecimento e a cura dos indivíduos dessa comunidade e são legitimados pelos seus pares sociais.

Isto ficou claro durante as entrevistas com esses agentes de cura, que foram os últimos a serem entrevistados, “quase” sem interferência da equipe, porque os questionários aplicados não revelavam muita coisa, quando comparados à riqueza de conteúdo dos depoimentos desses agentes. A singularidade estava nas entrevistas, destacamos:

1. As RS do adoecimento se apresentam em duas categorias temáticas nos relatos dos agentes de cura: concepções sobre adoecimento e causas desses acontecimentos,

embora outros aspectos tornaram-se transversais, como: origem/localização – de dentro e fora, punição e merecimento, externo, interno ao corpo também se fizeram presentes.

2. O fenômeno perturbador é externo e pode ser retirado, pode tratar-se de um mal que precisa ser retirado ou extirpado do corpo. Esta lógica também explica que o adoecer pode ocorrer em função daquilo que se põe para dentro, que foi ingerido. Categorias como “nigrida” ou vermelho parecem representar um aspecto simbólico do mal. A doença vista como um mal que deve ser extirpado articula dois estados corporais e duas condições sociais: doença e punição; saúde e merecimento.
3. Há três grupos de possibilidades (não excludentes entre si) para o adoecimento: o primeiro inclui as causas atribuídas às relações sociais (olhado, sobrenatural etc.); o segundo reúne as causas relacionadas à própria pessoa (da sua natureza, do ciclo da vida, dos hábitos e cuidados de si etc.), e o terceiro, em que os elementos que podem provocar adoecimento provêm da meio natural e seus elementos (poeira, mudanças climáticas etc.).
4. No primeiro grupo, o elemento desencadeador compreende o nível das relações – seja entre vivos, seja do mundo sobrenatural, como mau olhado e magia. Nas causas relativas às pessoas, existe uma natureza corporal que envolve não só o ciclo de vida – também natural – mas, elementos relativos aos hábitos, cuidados de si e ao desgosto. Nessa inerência também envolve a relação do indivíduo consigo mesmo, abrangendo uma questão do cuidado, que transparece um elemento de responsabilidade e culpabilidade acerca da doença. Estes elementos apontam para uma tendência à individualização, considerando que surgem expressões ligadas a uma ética que enfoca a natureza e os cuidados impetrados pelos indivíduos. Sobre causalidades relacionadas à ambiência da natureza como fonte de promoção do adoecimento estão a poeira, mudanças climáticas, capazes de provocar reações no organismo. A chuva inesperada ou o vento, assim como os micróbios também são possíveis elementos de adoecimento.
5. As RS da cura nos relatos dos agentes de cura se apresentaram em dois subtemas: O início do processo de cura se dá com o reconhecimento da aptidão do agente de cura, o que inclui os preceitos sobre condutas e as restrições para a realização do ato de cura, além do reconhecimento da condição de mediação ou papel de intercessor do agente de cura. O segundo momento se caracteriza pelo ato de curar em si mesmo, tudo o que ele implica: escolha do recurso, o ritual.

6. O reconhecimento da “aptidão”, passa pela afirmação que precisa da ajuda de Deus e exige a limpeza ou pureza corporal para garantir a consonância necessária com o sagrado. É nesse momento que o elemento religioso é acionado para garantir que o procedimento tenha a eficácia desejada. A fé surge como elemento fundamental. Purificação que exige uma atitude constricta e certas restrições por parte do agente de cura. A “intercessão” junto ao sagrado é a tarefa a ser realizada pelo o curador, mas ela só se realiza na dependência do “merecimento” daquele que busca ajuda. Assim, o processo de cura depende das relações entre o intercessor e o merecedor, de modo que qualquer interferência nesta relação acaba por interferir sobre a eficácia do processo.
7. A segunda etapa do processo de cura indicada nas narrativas diz respeito ao procedimento em si mesmo, envolvendo o ritual a ser utilizado, a seleção e preparação dos recursos a serem utilizados. No que se referem ao ritual, os procedimentos são realizados conforme acreditam o que estar na origem do fenômeno e com o que acreditam poder reverter à perturbação. A intervenção envolve a intenção, a causalidade, a nomeação e o tempo. No benzimento o primeiro “benzer” é do agente para si mesmo – já que a perturbação pode ser transmitida. Além disso, as “palavras” seguem uma ordem, terminam com o envio do mal para lugares imensos e naturais onde pode ser assim diluído.
8. A terceira etapa do processo de cura refere-se à eficácia do procedimento que finaliza com os sinais da cura. Estes sinais de cura estão representados pela ausência de sintomas, estarem alegres, pinotando (com vitalidade) e constituem-se em parâmetros de reconhecimento.

Esses usuários sempre fizeram e fazem uso de medicinas paralelas, com grande ênfase ao uso de plantas medicinais. Os recursos são encontrados na natureza em sua volta. Entretanto, para os profissionais da equipe de saúde, com exceção dos ACS, esses agentes de cura são invisíveis, no sentido de uma relação de parceria com o sistema oficial e dos objetivos por eles propostos, que deveria ser o de contribuir para a saúde da comunidade. Para a equipe de profissionais da saúde e para os gestores, a prática de uma medicina popular não é levada em consideração, quando comparada à prática da biomedicina. Contudo, as plantas medicinais ainda constituem um elo entre esses profissionais da saúde, uma vez que seu uso pode ser explicado a partir da ação dos seus princípios ativos, portanto, dentro de um modelo

biológico sob efeito de agentes químicos ativos. As mesmas plantas, quando utilizadas numa outra lógica, dificilmente são levadas em consideração.

*O modus operandi* dos agentes de cura de nosso estudo envolve ritos e outros elementos, como os ciclos da natureza e seus efeitos sobre os seres biológicos em geral. Nesse sentido, é importante considerar, por exemplo, a posição do sol para coleta de plantas, respeitar os preceitos no preparo e utilização dos elementos da natureza, incluindo a própria forma de coleta dos recursos, atender à ordem classificatória (se é o primeiro episódio com aquela pessoa), “encruzar” (fazer uma cruz) as folhas antes de usar.

O modelo experimental (experiência/erro) encontrado nos relatos revela uma forma distinta da científica de construir o conhecimento desses agentes de cura. Embora não obedeça a modelos rigorosos, ela não é aleatória, exige observação, reflexão, é pensada. Quando o medicamento está pronto, ele é experimentado pelo ele próprio no espaço interno de casa, das pessoas da casa, depois para os vizinhos, em seguida os conhecidos (de fora). Só após a confirmação da eficácia é utilizado com as pessoas em geral.

Outro aspecto importante desse sistema de cura é o caráter afetivo das relações sociais que marca até mesmo as formas de expressão locais por intermédio do uso do diminutivo. As expressões carregadas de afeto que esses agentes de cura utilizam para referirem-se as suas práticas e ao trato com o outro estão presente nas falas das mulheres e dos homens. Esse aspecto afetivo é um reflexo da visão integrada entre homem-natureza, característica da medicina tradicional indígena, e representa um vínculo social entre as pessoas, e os recursos naturais utilizados para a cura.

As respostas dos ACS e ACO, em sua quase totalidade correspondem aos mesmos sentidos daquelas dos demais membros da equipe. Isso se explica porque os ACS e ACO são pessoas da comunidade. Contudo, suas respostas ao questionário aproximam-se mais do pensamento dos demais membros da equipe do que do pensamento dos agentes de cura, que apontaram outros elementos causadores de adoecimento, a exemplo daqueles decorrentes das relações sociais, como o olhado e causas do sobrenatural. Resta saber se, de fato, o conhecimento científico teria ressignificado sua visão de mundo. Mas essa seria outra pesquisa.

Nosso estudo também deixou entrever que as relações entre espaço e organização social, envolvendo modos de vida e valores sociais, são aspectos relevantes para pensar a relação entre profissionais e usuários do sistema de saúde no Brasil. Nossa suposição é a de que a complexidade constitutiva da sociedade brasileira exige que os profissionais de saúde

exercitem uma contínua relativização sobre os diferentes contextos e usuários com os quais se deparam em situações de adoecimento e saúde.

Em termos de espacialidade, foi observado que a proximidade geográfica entre moradores de uma localidade não representa, necessariamente, um estilo de vida com ênfase sobre a coletividade, principalmente se este conjunto populacional mantém uma proximidade com o centro urbano. Assim, encontramos “estilos de vida” diferentes entre os “sítios”, com condições extremas do *continuum* estudado, sendo um próximo ao núcleo urbano e o outro mais distante. Essa proximidade-distância repercute sobre as relações entre usuários e profissionais de saúde, na medida em que formaliza ou informaliza essas relações, repercutindo sobre uma intervenção integral do usuário.

Outro elemento importante na contextualização da saúde e suas relações com serviços oficiais de saúde são o apoio social, a influência das “redes sociais” nas quais a pessoa está inserida e que envolve o apoio material, normativo e afetivo. Todos esses aspectos contribuem para a complexidade da definição da doença e a mobilização de recursos de tratamento.

O contexto social é um aspecto que interfere, igualmente, na variabilidade dos tipos de recurso aos tratamentos e consumo de serviços médicos, justificando diferenças sociais. Assim, a busca por cuidados médicos em grupos populares ocorre em razão de ações curativas.

Além dos elementos ponderados no texto, cabe ressaltar ainda a dimensão da religiosidade e sua forte influência sobre os processos de negociação acerca do diagnóstico da doença e do itinerário terapêutico. Com efeito, a fé como uma argamassa, integra a visão de mundo dos habitantes dessa comunidade. E em boa medida também dos membros da equipe de saúde. Esse elemento comum a todos serve de reforço para os usuários, ainda que seu *ethos* seja distinto daquele dos integrantes da equipe de saúde não residentes no local.

O aspecto inovador dessa tese foi denunciar o divórcio entre a teoria e a prática das políticas públicas de saúde no Brasil. Pois, se de um lado, temos, desde as recomendações da OMS, aos estatutos do SUS, às políticas de saúde propostas como Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e as proposições da Atenção Básica no sentido de incentivar as práticas tradicionais; do outro, agentes de cura potencialmente ativos e legitimados pelos seus pares sociais, integrados às perturbações que afligem as pessoas da comunidade, que poderiam atuar em conjunto com o Sistema Único de Saúde, no primeiro nível de atenção à Saúde, isto é, na Atenção Básica de saúde, em cujos princípios constam levar em conta o sujeito em sua

singularidade, na sua complexidade, na sua integralidade e na sua inserção sociocultural, por que isto não acontece?

Tudo leva a crer que o entrave se encontra, principalmente, no paradigma da biomedicina, segundo o qual esses profissionais da saúde foram formados e os gestores comungam do mesmo modelo. Este paradigma está relacionado ao modelo Flexneriano, biologicista, atendendo à lógica de medicina/ciência/verdade, em que os conceitos científicos assumem um caráter generalizante, de modo que, tanto os profissionais como os gestores têm dificuldade de acolher outros modos singulares de curar como válidos ou verdadeiros.

## REFERÊNCIAS

- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da Medicina**. Bauru, SP: Edusc, 2001.
- AGUIAR, N. Observação participante e “survey”: uma experiência de conjugação. In: NUNES, E. O. (Org.). **A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p.125-151.
- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia Médica. **Saúde Soc.** [online], v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- ANTOLINI, J.; RODRIGUES, R.; PINHEIRO, L.; NOGUEIRA, A.; FIORENTINI, G. Lycopodium Clavatum e Wotan: um encontro entre o mito, a homeopatia e o tema do poder. Insitituto Hanhemanniano do Brasil/Homeoscape. **Homeoscape**, 19 abr. 2006. Disponível em: <<http://www.ihb.org.br/interna.asp?p=artigos&oI=1&idA=8>>. Acesso em: 29 ago. 2012.
- BARATA, R. B. (Org.). **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BONET, O. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- BOUDON, R.; BESNARD, P.; CHERKAOUI, M.; LÉCUYER, B. P. **Dicionário de Sociologia**. Tradução de António J. Pinto Ribeiro. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1990.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Berdtrand, 1989.
- BRANDEMBURG, A. Do rural tradicional ao rural socioambiental. **Ambiente & Sociedade**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 417-428, jul.-dez. 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8)
- \_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1988.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 jun. 2006a.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/>>. Acesso em: 2 dez. 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Conferências Nacionais de Saúde**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1041](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041)>. Acesso em: 2 dez. 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 dez. 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS – NOAS-SUS 01/02. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 fev. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 maio 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 200 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 92 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 136 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BUCHILLET, D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/CEJUP/UEP, 1991. p. 21-44.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMAEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, nov. 2011.

CAMARGO JUNIOR, K. R. A Biomedicina. **Physis** [online]: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 177-201, 2005. (Suplemento).

\_\_\_\_\_. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 109-114, 2003.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 499-506, abr.-jun. 2000.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90). 4. ed. Campinas, SP: Unicamp, 2006.

COLLINS, R. **Quatro tradições sociológicas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. (Coleção Sociologia).

CICPS – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <[www.saude.mt.gov.br/arquivo/2224](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2224)>. Acesso em: 10 nov. 2013.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. (Coleção Temas em Saúde).

DA ROS, M. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. **A saúde em debate na educação física**. v. 2. Blumenau, SC: Nova Letra, 2006.

DELUMEAU, J. **História do medo no Ocidente 1300-1800**: uma cidade sitiada. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1976.

- DUARTE, L. F. D. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. **Physis** [online], v. 3, n. 2, p. 43-73, 1993.
- DUNIAU, M. C. M. **Plantas medicinais: da magia à ciência**. Rio de Janeiro: Brasport, 2003.
- DURAND, Y. A formulação experimental do imaginário e seus modelos. **Rev. Fac. Educ.**, v. 13, n. 2, p. 133-154, 1987.
- DURKHEIM, É. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 1996. (Coleção Tópicos).
- \_\_\_\_\_. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Nacional, 1984.
- \_\_\_\_\_. **Sociologia e Filosofia**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1970.
- EAGLETON, T. De Adorno a Bourdieu. In: \_\_\_\_\_. **Ideologia**. São Paulo: UNESP; Boitempo, 1997. p. 115-142.
- ELIADE, M. **O xamanismo e as técnicas arcaicas do êxtase**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- ELIAS, N. **O processo civilizador**. v. 1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- ESCOBAR, A. O lugar da natureza e a natureza do lugar: globalização ou pós-desenvolvimento. In: LANDER, E. (Org.) **A colonialidade do saber. Eurocentrismo e Ciências Sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: Clacso, 2005. p. 133-168.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. **Os Nuer: uma descrição do modo de subsistência e das instituições políticas de um povo nilota**. São Paulo: Perspectiva, 1993.
- FERNANDEZ SALDANO, A. I. Rol de la medicina popular a nivel rural: una experiencia en La Banda, Tafí del Valle. **Rev. Costaric. Salud Pública** [online], v. 15, n. 28, p. 62-69, 2006.
- FERREIRA, A. B. H. **Dicionário eletrônico Aurélio: com corretor ortográfico**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, [1996]. 1CD-ROM.
- FIGUEIREDO, R. Noções de saúde, doença e cura como construções sócio-culturais. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde** [online], n. 41, p. 6-10, abr. 2007.
- FIGUEREDO, C. A. **Fitoterapia**. João Pessoa: NEPHF/UFPB, 2012.
- FLECK, M. P. A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- \_\_\_\_\_; BORGES, Z. N.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003.
- FLORENZANO, M. Sobre as origens e o desenvolvimento do estado moderno no ocidente. **Lua Nova** [online], n. 71, p. 11-39, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GADELHA, G. S. **Os saberes do corpo**: a “Medicina Caseira” e as práticas populares de cura no Ceará (1860-1919). 2007. 186f. Dissertação (Mestrado em História Social). – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza: UFC, 2007.

GARCIA, J. C. A articulação da Medicina e da educação na estrutura social. In: NUNES, E. D. (Org.) **Juan César Garcia**: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo, Cortez, 1989. p. 189-232. (Coleção pensamento social e saúde; 5).

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_. Um jogo absorvente: notas sobre a briga de galos balinesa. In: \_\_\_\_\_. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978. p. 278-321.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOES, R. **Um suco emigra para o Nordeste**. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1964.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

\_\_\_\_\_. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; MARTINS, T. C. P. Atenção primária à saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 16, p. 881-892, 2011. Suplemento 1.

GOOGLE. Google Maps. **Rito Tinto – PB**. Disponível em: <<https://maps.google.com.br/maps?q=mapa+rito+tinto+pb&ie=UTF-8&hq=&hnear=0x7ad0f9c879c4879:0xf88a2668c4f79f31,Rio+Tinto+-+PB&gl=br&ei=uCHhUqGLDbSzsQSXkYAI&ved=0CCgQ8gEwAA>>. Acesso em: 3 fev. 2013.

GRUNEWALD, R. A. Toré e jurema: emblemas indígenas no Nordeste do Brasil. **Cienc. Cult.** [online], v. 60, n. 4, p. 43-45, 2008.

GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. J. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GUIMARÃES, M. R. C. **Civilizando as artes de curar**: Chernoviz e os manuais de Medicina Popular do Império. 2003. 101f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis** [online], v. 15, p. 57-70, 2005. Suplemento.

\_\_\_\_\_. Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social. In: AUGÉ, M.; HERZLICH, C. (Org.). **Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie**. Paris: Archives Contemporaines, 1984.

IANNI, O. Sociologia da globalização. In: \_\_\_\_\_. **Teorias da globalização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997, p. 189-205.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo das cidades. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 3 fev. 2013.

IDEC – INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. Brasília: IDEC, 2003.

IRIART, J. A. B. **Concepções e representações da saúde e da doença**: contribuições da antropologia da saúde para a saúde coletiva. Salvador: ISC-UFBA, 2003. (Texto didático).

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; SOARES, N. A.; FERNANDES, R. B. P.; LIMA, M. S. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 16, n. 11, p. 4327-4335, 2011.

KLUPPEL, B. L. P.; SOUSA, M. S.; FIGUEREDO, C. A. As práticas integrativas e o desafio de um novo paradigma em saúde. **Religare – Revista de Ciências das Religiões**, v. 2, p. 33-42, 2007.

KOOGAN; HOUAISS. **Enciclopédia e dicionário ilustrado**. Rio de Janeiro: Seifer, 2000.

LANDSBERG, G. A. P.; SAVASSI, L. C. M.; SOUSA, A. B.; FREITAS, J. M. R.; NASCIMENTO, J. L. S.; AZAGRA, R. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 17, n. 11, p. 3025-3036, 2012.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 18, n. 3, p. 459-466, 2010.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

\_\_\_\_\_; RABEYRON, P. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

LE GOFF, J.; NORA, P. **História**: novos objetos. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

LEITE, C. B. Sinpas: a nova estrutura da previdência social brasileira. **R. Inf. Legisl. Brasília**, ano 15, v. 57, jan.-mar. 1978.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia cultural**. 4. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.

LUZ, M. T. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, ano 9, p. 8-18, maio 2008.

\_\_\_\_\_. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

\_\_\_\_\_. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MALINOWSKI, B. Objeto, método e alcance desta pesquisa. In: \_\_\_\_\_. **Os argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril, 1978. p. 16-34.

MARIANO, É. G. C.; MARIANO NETO, B. Território em retalhos e sobreposição de áreas no tecido rural e urbano de Rio Tinto/PB. In: ENCONTRO NACIONAL DE GEOGRAFIA AGRÁRIA, 19., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Departamento de Geografia/FFLCH/USP, 2009, p. 1-28.

MARTINS, P. H. A Sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 73, p. 45-66, dez. 2005.

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

MCGUIRE, M. B. **Ritual healing in suburban America**. 4. ed. United States of America: Rutgers, the State University, 1988.

MICHAELIS. **Dicionário de Português online**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In; DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 407 p.

\_\_\_\_\_. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 57-71.

\_\_\_\_\_; SANCHES, O. Quantitativo qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública** [online], v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993.

MÖLLER, R. C. A representação social do fenômeno participativo em organizações públicas do Rio de Janeiro. **Política e Administração**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 43-51, dez. 1996.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO-NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online], v. 28, n. 3, p. 242-250, 10 ago. 2006.

MOSCOVICI, S. **A representação social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NCCAM – NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. Mind-body Medicine: an overview. **Background**, v. 239, p. 1-6, out. 2004.

\_\_\_\_\_. ¿Qué es la medicina complementaria y alternativa? **Cam Basics**, v. 363, p. 1-8, maio 2004.

NUNES, E. D.; HENNINGTON, E. A.; BARROS, N. F.; MONTAGNER, M. A. O ensino das Ciências Sociais nas escolas médicas: revisão de experiências. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 8, n. 1, p. 209-225, 2003.

OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Rev. Bras. Ci. Soc.** [online], v. 19, n. 55, p. 180-186, 2004.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra, 2002. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf)>. Acesso em: 23 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. **Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção primária em saúde agora mais do que nunca**. Organização Mundial da Saúde, 2008.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual: revisão de literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, p. 126-135, 2007. Suplemento 1.

PERRUSI, A.; NEVES, E. M. Apresentação – dossiê Corpo-Saúde. **Caos – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, v. 17, p. 1-3, set. 2011.

PINHEIRO FILHO, F. A noção de representação em Durkheim. **Lua Nova** [online], v. 61, p. 139-155, 2004.

POLISUK, J; GOLDFELD, S. **Pequeno dicionário de termos médicos**. São Paulo: Atheneu, 2004.

QUEIROZ, M. S. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: BARATA, R. B. (Org.). **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

REIS, E. M. P. O estado nacional como ideologia: o caso brasileiro. **Revista Estudos Históricos**, v. L, n. 2, 1988.

REVEL, J.; PETER, J. P. O corpo. In: LE GOFF, J.; NORA, P. **História: novos objetos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. p. 140-159.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

\_\_\_\_\_. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPIINK, M. J. P. (Org.) **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SANTOS, A. G.; VALENTE J. A. S. Fundamentos epistemológicos de representações sociais em dissertações na área de Educação em Ciências. **Amazônia – Revista de Educação em Ciências e Matemáticas**, v. 8, n. 16, p.174-185, jan.-jun. 2012.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

SANTOS, C. D. L.; CLEMENTE, A. P. G.; MARTINS, P. A.; SAWAYA, A. L. Influência do déficit de estatura nos desvios nutricionais em adolescentes e pré-adolescentes. **Rev. Nutr.** [online], v. 22, n. 2, p. 187-194, 2009.

SARTI, C. Corpo e doença no trânsito de saberes. **Rev. Bras. Ci. Soc.** [online], v. 25, n. 74, p. 77-90, out. 2010.

SCHUCH, P.; VIEIRA, M.; PETERS, R. (Org.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: UFRGS, 2010.

SCHUTZ, A. **Estudios sobre teoria social**. Escritos II. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

\_\_\_\_\_. **Fenomenologia e relações sociais**: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SEIBEL, S. D. Apresentação. In: DUNIAU, M. C. M. **Plantas medicinais**: da magia à ciência. Rio de Janeiro: Brasport, 2003. p. IX-XI.

SEVALHO, G. A. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, jul.-set. 1993.

SHELDRAKE, R. **The presence of the past**: morphic resonance and the habits of nature (electronic edition). London, UK: Icon Books, 2011.

SILVA, M. G. C. Ciência, religião e cura: disputa e resistência entre diferentes campos do saber. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES, 1., 2007, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: PPGCR-UFPB-CCHLA, 2007.

\_\_\_\_\_. **Esoterismo e movimento esotérico no brasil**. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife: UFPE, 2000.

\_\_\_\_\_. **Recentes teodicéias inspiradas na tradição oriental**: conservadorismo e/ou mudança social? 155f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa Integrado de Mestrado de Economia e Sociologia (PIMES). Recife, 1988.

SOPHIA, D. Normas operacionais: o que são? Como funcionam? **RADIS**, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 5, p. 17-19, dez. 2002.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

\_\_\_\_\_. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul.-dez. 2006.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração de Saúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: 2002.

SOUZA, W. F.; SOUSA, M. S.; KLUPPEL, B. L. P. O candomblé e a homeopatia: similaridades e aproximações. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras afro-brasileira**: territórios, religiosidades e saúde. São Cristóvão: UFS; EDUFBA, 2009. p. 275-290.

SPIINK, M. J. P. (Org.) **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 2004.

TAMAYO, R. P. **El concepto de enfermedad**: su evolución a través de la historia. Tomo I e II. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.

TEIXEIRA, M. Z. **A natureza imaterial do homem**: um estudo comparativo do vitalismo homeopático com as principais concepções médicas e filosóficas. São Paulo: Petrus, 2000.

TONIAL, S. R. Políticas de saúde e introdução à estratégia de Saúde da Família. **Laboro Excelência em Pós-graduação**. Curso de Especialização em Saúde da Família. Módulo 1. São Luis, MA, 2005.

TOURAINÉ, A. **O retorno do actor**: ensaio sobre Sociologia. Lisboa: Instituto Piaget, 1984. (Coleção Economia e Política).

VALE, E. C. **Tecendo fios, fazendo história [manuscrito]**: a atuação operária na cidade-fábrica Rio Tinto (Paraíba, 1959-1964). 2008. 225f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: UFC, 2008.

VELHO, O. **Mais realistas do que o rei**: ocidentalismo, religião e modernidades alternativas. Rio de Janeiro: Topbooks, 2007.

VERDI, M. I. M.; DA ROS, M. A.; CUTOLO, L. R. A. Modelos conceituais em Saúde. In: UNASUS – UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. **Saúde e Sociedade** [Recurso Eletrônico]. Florianópolis: UFSC, 2010. p. 15-25.

VIANA, A. L. D.; FARIA BAPTISTA, T. W. Análises de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO,

A. I. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2012. p. 65-105.

WACQUANT, L. Seguindo Bourdieu no campo. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba: UFPR, v. 26, jun. 2006.

WEBER, B. T. **As artes de curar**: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889/1928. 1997. 350f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 1997.

WEBER, M. **Economia e sociedade**. v. 1. 4. ed. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília: UnB, 2012.

\_\_\_\_\_. **Economia e sociedade**. v. 2. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília: UnB, 1999.

\_\_\_\_\_. **Ensaio da Sociologia**. 5. ed. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: LTC, 2002.

WITTER, N. A. Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. **Tempo** [online], v. 10, n. 19, p. 13-25, 2005.

# APÊNDICE

## APÊNDICE A – Questionário A

### Questionário de Dados Socioeconômico e de Caracterização

Usuário: \_\_\_\_\_

1. Sexo: Feminino ( ) Masculino ( ) Idade: \_\_\_\_\_ anos. Escolaridade: 1º grau incompleto ( ) 1º grau completo ( ) 2º grau incompleto ( ) 2º grau completo ( ) superior ( )
  2. Estado Civil: Solteiro/a ( ) Casado/a ( ) Divorciado/a ( ) Viúvo/a ( ) Separado/a ( )
  3. Cidade de origem /UF: \_\_\_\_\_
  4. Moradia:
    - Onde você mora? Casa ( ) Outro \_\_\_\_\_ É Alugado ( ) Próprio ( )
    - Com quem você mora? Com o cônjuge sem filhos ( ) Com o cônjuge e filhos ( )
    - Sozinho/a ( ) Com seus pais ( ) Com outros parentes ( ) Especifique \_\_\_\_\_
    - Quantos moram na casa? \_\_\_\_\_
  5. Situação Econômica:
    - Está trabalhando: Sim ( ) Não ( )
    - Se SIM, qual a renda familiar?
      - Até 1 SM ( ) De 1 a 2 SM ( ) De 2 a 5 SM ( ) De 5 a 10 SM ( ) Mais de 10 SM ( )
  6. Pratica algum tipo de atividade física ou esporte? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_
  7. Pratica alguma atividade artística? Sim ( ) Não ( ) Qual tipo de atividade? \_\_\_\_\_
  8. Qual o seu lazer? \_\_\_\_\_ Quanto tempo dedica-se a esta atividade? \_\_\_\_\_
  9. Tem alguma religião: Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_
  10. Já mudou de religião? Sim ( ) Não ( ) Se, SIM, por que? \_\_\_\_\_
- 
11. Você pertence a algum grupo ou frequenta reuniões da comunidade? Sim ( ) Não ( ) Se, SIM, qual? \_\_\_\_\_
  12. Em sua opinião o que faz a pessoa adoecer? \_\_\_\_\_
  13. De que se adocece nesta comunidade? \_\_\_\_\_
  14. Antes deste sistema de Unidade de Saúde da Família, como cuidavam da saúde? \_\_\_\_\_
  15. E agora, o que torna diferente? \_\_\_\_\_
  16. O que acha que poderia ser diferente? \_\_\_\_\_
  17. Como faz quando alguém adocece? \_\_\_\_\_
  18. Além da equipe da Unidade de Saúde da Família, que outras pessoas na comunidade cuidam da saúde? \_\_\_\_\_
  19. Em sua opinião o que cura as pessoas? \_\_\_\_\_
  20. Quando uma pessoa se sente curado? \_\_\_\_\_
-

## APÊNDICE B – Questionário B

### Questionário de Dados Socioeconômico e de Caracterização

( ) ACS ( ) ACO ( ) Técnico Enfermagem ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Dentista ( ) Outro

1. Sexo: Feminino ( ) Masculino ( ) Idade: \_\_\_\_\_ anos. Escolaridade: 1º grau incompleto ( ) 1º grau completo ( ) 2º grau incompleto ( ) 2º grau completo ( ) superior ( )
2. Estado Civil: Solteiro/a ( ) Casado/a ( ) Divorciado/a ( ) Viúvo/a ( ) Separado/a ( )
3. Cidade de origem /UF: \_\_\_\_\_
4. Moradia:
  - Onde você mora? Casa ( ) Apartamento ( ) É Alugado ( ) Próprio ( )
  - Com quem você mora? Com o cônjuge sem filhos ( ) Com o cônjuge e filhos ( )
  - Sozinho/a ( ) Com seus pais ( ) Com outros parentes ( ) Especifique \_\_\_\_\_
  - Quantos moram na casa? \_\_\_\_\_
5. Situação Econômica:
  - Qual a renda familiar?
    - Até 1 SM ( ) De 1 a 2 SM ( ) De 2 a 5 SM ( ) De 5 a 10 SM ( ) Mais de 10 SM ( )
6. Pratica algum tipo de atividade física ou esporte? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_
7. Pratica alguma atividade artística? Sim ( ) Não ( ) Qual tipo de atividade? \_\_\_\_\_
8. Em que atividade (s) despense o seu tempo livre? \_\_\_\_\_ Quanto tempo dedica-se a esta (s) atividade(s)? \_\_\_\_\_
9. Pratica alguma religião: Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_
10. Já mudou de religião? Sim ( ) Não ( ) Se, SIM, por que? \_\_\_\_\_
11. Você pertence a algum grupo ou frequenta reuniões da comunidade? Sim ( ) Não ( ) Se, SIM, qual? \_\_\_\_\_
12. Em sua opinião, o que é ser ACS/ACO/Médico/Enfermeiro/Dentista de uma USF? \_\_\_\_\_
13. Quais tipos de problemas você encontra nas famílias dos usuários da USF? \_\_\_\_\_
14. (Apenas para os que residem na comunidade) O fato de conhecer as pessoas da comunidade lhe ajuda fazer seu trabalho? \_\_\_\_\_
15. O que mais dificulta seu trabalho? \_\_\_\_\_
16. Em sua opinião o que leva a pessoa adoecer? \_\_\_\_\_
17. Quais os males mais recorrentes nesta comunidade? \_\_\_\_\_
18. (Apenas para os que residem na comunidade) Antes deste sistema de Unidade de Saúde da Família, como cuidavam da saúde nessa comunidade? \_\_\_\_\_
19. E agora, o que torna a assistência à saúde diferente? \_\_\_\_\_
20. O que acha que poderia ser diferente? \_\_\_\_\_
21. Como faz quando alguém adoece? \_\_\_\_\_
22. Além da equipe da Unidade de Saúde da Família, que outras pessoas na comunidade cuidam da saúde? \_\_\_\_\_
23. Em sua opinião o que cura as pessoas? \_\_\_\_\_
24. Quando você acha que uma pessoa se sente curada? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **Representações Sociais do adoecimento e da cura em usuários do SUS/PB**, tendo como pesquisadora responsável Maria do Socorro Sousa, aluna do doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, e como pesquisadoras participantes Ednalva Maciel Neves, professora adjunto IV do PPGA/CCHLA/UFPB e Magnólia Gibson Cabral da Silva, professora associado II da UACS/CH/UFCG.

O objetivo deste estudo é compreender como as pessoas percebem o adoecer e o estar curado(a) a partir do que esse adoecimento e essa cura representam para si, para os outros e para seu meio social.

A finalidade deste trabalho é contribuir para a compreensão dos processos de adoecimento e cura, proporcionando uma melhor atuação dos sistemas de saúde e da população em geral, a respeito do manejo de sua saúde.

Solicitamos a sua colaboração para realização de uma entrevista e/ou aplicação de um questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de humanidades e saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome e identificação serão mantidos em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Para participar deste estudo é preciso estar disponível para conversar com a pesquisadora, e com a sua autorização, esta conversa poderá ser gravada, sendo estes dados mantidos de forma confidencial. A participação na pesquisa tende a ser um processo tranquilo, e o senhor(a) não terá nenhum gasto nesta participação.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Tendo em vista que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se em mais de uma página, estas serão rubricadas pelo pesquisador responsável e os sujeitos da pesquisa.

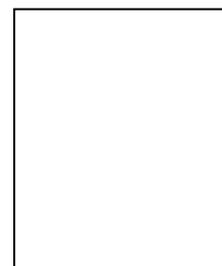
Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa  
ou Responsável Legal

---

Assinatura da Testemunha



Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Maria do Socorro Sousa.

Endereço: Universidade Federal da Paraíba/ Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Fisiologia e Patologia. Fone: 83-32167246.

Telefone: (83) 8700-7482 E-mail: marisousa@terra.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Campus I – Cidade Universitária – Bloco Arnaldo Tavares – sala 812 – CEP 58051-900 – João Pessoa – Paraíba – Telefone: (83) 3216 7791 Fax: (83) 3216 7791.

Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisador Participante

---

Assinatura do Pesquisador Participante

**APÊNDICE D – Projeto: Representações Sociais do adoecimento e da cura em usuários do SUS/PB**

Roteiro Temático de entrevista destinado aos curadores

**IDENTIFICAÇÃO:**

Pessoa (iniciais de nome):

Sexo:

Ano de nascimento:

Local de moradia:

Ocupação:

Escolaridade:

Renda aproximada:

Estado civil (solteiro, casado, união estável, divorciado, separado, viúvo):

1. Trajetória de vida – como chegou a ser uma pessoa indicada pela comunidade para resolver problemas (quando começou a sua atuação, como se percebe,);
2. Adoecimento: para que tipos de problemas as pessoas buscam ajudar, o que é uma doença, existe diferenças entre doenças, que tipos de doença o senhor já conseguiu curar, quais os tipos de causas dessas doenças;
3. Cura: quando uma pessoa pode ser considerada curada, qual é o tipo de intervenção que realiza ou como o senhor age diante de uma pessoa que se diz doente, quais os recursos que o senhor usa para agir num processo de adoecimento;
4. Relações com o sistema oficial de saúde: aproximações e distanciamentos com agentes de saúde, profissionais e o serviço.

# ANEXO

**ANEXO A – Certidão de Aprovação do Projeto de Pesquisa**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**CERTIDÃO**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 30/10/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ADOECIMENTO E DA CURA EM USUÁRIOS DO SUS/PB”, da Pesquisadora Maria do Socorro Sousa. Prot. nº 042/12, CAAE: 01485112.2.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

*Andrea Márcia da C. Lima*  
Andrea Márcia da C. Lima  
Mat. SIAPE 1117510  
Secretária do CEP-CCS-UFPB