

R E I A

Revista de Estudos e Investigações Antropológicas



Saúde, Saberes e Diversidades

Org. Suênia Pinto e Renata Mesquita

Vol. 9, N. 2 (2022)

ISSN 2446-6972

REIA

Revista de Estudos e Investigações Antropológicas

ISSN 2446-6972



A **Revista de Estudos e Investigações Antropológicas (REIA)** é um periódico semestral em formato digital criado em 2014 por iniciativa de discentes do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco. Além de difundir conhecimento antropológico através de dossiês e números com chamadas abertas e aceitando artigos em português e espanhol, a REIA tem um objetivo formativo para os e as discentes desta instituição em relação aos processos editoriais de forma geral.

Coordenadores

Igor Holanda Vaz Arcoverde

Comissão Editorial

Alexandre Teixeira (PPGA/UFPE)
Angélica Vieira (PPGA/UFPE)
Fernanda de Carvalho Azevedo Mello (PPGA/UFPE)
Gabriela Pimentel (PPGA/UFPE)
Igor Holanda (PPGA/UFPE)
Jairo Hely (PPGA/UFPE)
Maria Cinthia Pio (PPGA/UFPE)
Maria Luísa Viana (PPGA/UFPE)
Thaís Verçosa (PPGA/UFPE)
Yvisson Martins (PPGA/UFPE)

Revisão Técnica

Português: Igor Holanda Vaz Arcoverde

Arte da capa

"Evocação do xamã", por Cadu Araújo

Diagramação da capa

Igor Holanda Vaz Arcoverde

Organizadores do volume

Renata Mesquita
Suênia Pinto

Diagramação do volume

Igor Holanda Vaz Arcoverde

Conselho Editorial

Alex Giuliano Vailati (PPGA/UFPE)
Carmen Lúcia Silva Lima (PPGA/UFPI)
Danielle Maia Cruz (UNIFOR/CE)
Edwin Boudewijn Reesink (PPGA/UFPE)
Hugo Menezes (PPGA/UFPA)
Lady Selma Ferreira Albernaz (PPGA/UFPE)
Laure Marie-Louise Clémence Garrabé (PPGA/UFPE)
Leticia Maria Costa da Nóbrega Cesarino (PPGAS/UFSC)
Luciana Campelo de Lira (FACIC/PE)
Marion Quadros (PPGA/UFPE)
Mísia Lins Reesink (PPGA/UFPE)
Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento (UFPI)
Renato Athias (PPGA/UFPE)
Rita de Cassia Domingues Lopes (UFT)

Revista de Estudos e Investigações Antropológicas

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Revista de Estudos e Investigações Antropológicas

AV. Prof. Moraes Rêgo, 1.235. 13º andar

Cidade Universitária

50.670-901 - Recife - PE - Brasil

Telefone: (81)2126-8286

E-mail: revista.reia@ufpe.br

Volume 9 (2), 2022

ISSN – 2446-6972

REIA

Revista de Estudos e Investigações Antropológicas

Vol. 9, Núm. 2

Orgs.

Renata Mesquita e Suênia Pinto



Programa de Pós Graduação em Antropologia
Universidade Federal de Pernambuco
revista.reia@ufpe.br

Índice

Apresentação

Saúde, Saberes e Diversidades – pp. 2-9

Renata Mesquita e Suênia Pinto

Artigos

As naturezas das coisas - pp. 10-36

Iacy Pissolato Silveira

Adoecimento e Morte por Saudade entre Indígenas Guarani Nhandéva – pp. 37-56

Jovane Gonçalves dos Santos

Concepções, Suicídio e Enfrentamento entre os Indígenas Isolados Suruwaha – pp. 57-82

Palloma Cavalcanti Rezende Braga

Corpo-emoção-saúde: reflexões a partir do fenômeno das *mirações* – pp. 83-96

Karoliny Felipe Martins

Da agência da ayahuasca sobre a saúde humana: diálogos entre antropologia e micro-história – pp. 97-124

Vinícius Maurício de Lima e Maria Gabriela Marinho

A Sensorialidade do Cuidado em Enfermagem: Um Saber-Fazer Corporificado – pp. 125-157

Bruna Motta dos Santos

Vestindo a Pele da Integralidade no SUS: Empatia, Cuidado e Humanização – pp. 158-176

Ana Katarina de Brito

Entre a medicalização e a algofobia: a dor e o sofrimento enquanto uma questão sónica e ideológica – pp. 177-196

Artur Junior Santos Cardoso e Lucas Rocha Gonçalves

“Primeiro as primeiras coisas”: Práticas e Estratégias de Cuidado entre Membros de Alcoólicos Anônimos – pp. 197-223

Mariana da Fonte

Curiando Dona Flor – pp. 224-227

Clara Nabuco da Fonseca

Miscelânea

Um Rio e Suas Histórias: Por uma epistemologia das memórias e identidades esquecidas e branqueadas – pp. 228-248

Antônio Domingos Braço e Denise Machado Cardoso

Apresentação

Saúde, Saberes e Diversidades

Renata Mesquita¹ e Suênia Pinto²

Os estudos antropológicos em saúde nos possibilitam compreender como grupos sociais vivenciam, experimentam e representam os processos de enfermidade e adoecimento, assim como desenvolvem diferentes estratégias, técnicas e respostas terapêuticas a fim de enfrentá-los. Conforme aponta Langdon e Wiik (2010:179) “O sistema cultural de saúde ressalta a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre saúde e inclui os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicar a doença. Cada e todas as culturas possuem conceitos sobre o que é ser doente ou saudável”. Dessa forma, tal campo nos permite refletir sobre a saúde e a doença enquanto processos socioculturais, que organizam discursos, significados, saberes e práticas, coexistindo, em nossas sociedades, diferentes sistemas de saúde que variam entre modelos biomédicos hegemônicos e as terapêuticas tradicionais.

De acordo com Loyola (1984) diferentes sistemas de representações sobre corpo, saúde e doença, assim como diversas escolhas e itinerários terapêuticos coexistem em uma sociedade, em que sistemas tradicionais de cura, ora dialogam, ora se contrapõem ao modelo médico hegemônico. Numa perspectiva semelhante, Annemarie Mol (2002) demonstra como os sujeitos constroem, performam, atuam e instituem (*enact*) a realidade múltipla das doenças, enfatizando a colaboração entre diferentes modos de produção de conhecimento e

¹ Renata Mesquita é Mestra e Doutoranda em Antropologia pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco (PPGA/UFPE). Cientista Social pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Integrante do Núcleo Família, Gênero, Sexualidade e Saúde (FAGES/UFPE) também do Grupo de Estudos, Pesquisas e Experimentos do Corpo (Ara Agontimé). Email: renata.amesquita@ufpe.br

² Suênia Pinto é Mestra e Doutoranda em Antropologia pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco (PPGA/UFPE). Cientista Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Pedagoga (UFPE), Especialista em Gênero, Desenvolvimento e Políticas Públicas (UFPE). Integrante vinculada ao FAGES - Núcleo Família, Gênero, Sexualidade e Saúde/UFPE. Email: suenia.pinto@ufpe.br

evidenciando como as tensões entre sistemas distintos são manejadas através da ação nas práticas cotidianas. Com isso, Mol enfatiza a autonomia dos indivíduos sobre decisões relativas às práticas terapêuticas de cuidado, em que o conhecimento sobre saúde e doença não constitui privilégio da medicina, e onde a maneira como as pessoas vivenciam tais processos, devem ser compreendidas na relação que estabelecem entre os diferentes sistemas de saúde existentes.

Com efeito, considerando que cada sociedade ou grupo social estabelece diferentes mecanismos e escolhas terapêuticas de tratamento aos processos de adoecimento, verifica-se que o sistema biomédico, tido como legítimo detentor do conhecimento científico que informa discursos e práticas hegemônicas no campo da saúde, se impõe muitas vezes, contrários àqueles baseados nos saberes não oficiais, sobretudo, àqueles relacionados às práticas de cura tradicionais, rituais ou religiosas.

Nesse sentido, a utilização das terapêuticas não hegemônicas, a valorização das diferentes cosmologias e saberes que enfatizam a relevância das práticas tradicionais de cura, as plantas de poder e as medicinas consideradas sagradas, caracterizam-se como perspectivas que desestabilizam categorias epistemológicas hegemônicas no campo da saúde e constituem-se numa oportunidade para se pensar sobre epistemologias contra hegemônicas e descolonização do imaginário ocidental. Com isso, saberes, relações, valores e práticas sobre saúde são (re)configuradas a partir da conexão entre o homem e a natureza e do rompimento com o pensamento dualista moderno conforme aponta Krenak (2020):

Fomos, durante muito tempo, embalados com a história de que somos a humanidade e nos alienamos desse organismo de que somos parte, a Terra, passando a pensar que ele é uma coisa e nós, outra: A Terra e a humanidade. Eu não percebo que exista algo que não seja natureza. Tudo é natureza. O cosmos é natureza. Tudo em que eu consigo pensar é natureza. (Krenak, 2020:5).

Ademais, o campo da antropologia da saúde nos permite observar os diferentes processos de resistência dos sistemas terapêuticos tradicionais às normativas médicas oficiais, observando as relações de poder, conflitos, tensionamentos e negociações estabelecidas entre eles. Tal campo, nos suscita compreender as diversas ontologias, linguagens, técnicas,

saberes, práticas e concepções de saúde, agenciadas fora dos parâmetros biomédicos, observando ainda, como se relacionam com tais sistemas normativos.

Nessa perspectiva, o Dossiê Saúde, Saberes e Diversidade da Revista de Estudos e Investigações Antropológicas – REIA, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), apresenta estudos etnográficos e interdisciplinares de pesquisadoras e pesquisadores de diferentes instituições do país sobre concepções e práticas de saúde, adoecimento e cuidado que variam de terapias holísticas/alternativas, práticas de saúde associadas aos povos indígenas e quilombolas, uso de plantas medicinais, entre outros itinerários terapêuticos como a palhaçoterapia e práticas de cuidado entre membros do alóolicos anônimos. Além disso, o dossiê traz uma excelente reflexão crítica acerca da ciência médica ocidental, demonstrando as relações de poder que perpassam o campo da saúde.

Com o intuito de evidenciar processos terapêuticos que possibilitem ressignificar concepções de saúde e promover reflexões relativas às práticas de cuidado agenciadas fora ou em diálogo crítico com o sistema biomédico, os artigos aqui presentes, trazem discussões sobre diversos sistemas culturais de saúde e doença, buscando compreender a relação que diferentes povos e grupos sociais estabelecem com os sistemas médicos normativos. Com isso, buscam observar como seus interlocutores e interlocutoras percebem, diagnosticam e tratam doenças, distúrbios e patologias, quais fatores determinam suas escolhas terapêuticas e a relação que estabelecem com as práticas médicas hegemônicas.

Nesse contexto, tais estudos etnográficos e interdisciplinares buscam captar diferentes sistemas terapêuticos, suas concepções relativas à saúde e práticas de tratamento e enfrentamento às doenças, levando-se em conta os valores, crenças, hábitos e costumes da cultura de referência. Dessa forma, o dossiê busca evidenciar as múltiplas experiências de saúde, adoecimento, cuidado, percepções, expectativas e escolhas terapêuticas, demonstrando como tais questões são culturalmente afetadas.

O Dossiê é aberto com o artigo “As naturezas das coisas” de Iacy Pissolato Silvera (Universidade de San Diego) que traz uma reflexão sobre as ecologias e agenciamentos do cuidado na Vila de Serra Grande, sul da Bahia, considerado um núcleo de terapias holísticas e alternativas. A partir de seu campo empírico, a autora reflete sobre concepções de saúde, cura

e cuidado entre nativos, forasteiros e chegantes e sobre sua relação com a natureza, meio ambiente e o território, evidenciando a relação desses com os saberes biomédicos hegemônicos. Desse modo, o artigo demonstra seus diferentes modos de vida e formas de se relacionar com a natureza. Além disso, a pesquisadora demonstra como seus/suas interlocutores/as agenciam concepções de cura, saúde e cuidado fora do modelo biomédico, ressaltando ainda o processo de resistência da comunidade local da vila de pescadores e agricultores.

Em seguida, o artigo “Adoecimento e Morte por Saudade entre Indígenas Guarani Nhandéva” de Jovane Santos (IFPR) nos brinda com uma instigante pesquisa etnográfica desenvolvida entre os Guarani *Nhandéva*, da comunidade *Tekohá Añetete*, no município de Diamante, Oeste do Estado do Paraná, em que o autor busca apresentar a concepção de saudade entre os indígenas e os diferentes itinerários terapêuticos utilizados por eles para tratar a saudade, considerada uma doença de origem humana e não humana, que pode levar literalmente à morte. Assim, em diálogo com Viveiros de Castro, o autor busca compreender o que é saudade na perspectiva dos Guarani *Nhandéva*, refletindo sobre as concepções nativas de saúde, adoecimento e morte. Ademais, evidencia os múltiplos itinerários terapêuticos dos afetados pela saudade, considerada uma enfermidade ou patologia pelos indígenas. Com isso, aponta que tais itinerários perpassam a ciência médica ocidental e práticas tradicionais de cura.

Em “Concepções, Suicídio e Enfrentamento entre os Indígenas Isolados *Suruwaha*” Palloma Braga (UFPE) busca refletir sobre a questão do suicídio entre os *Suruwaha*, povos indígenas isolados de recente contato, objetivando compreender ainda suas concepções sobre saúde e corporalidade. Sua pesquisa, baseia-se em estudos etnográficos realizados no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Médio Purus Amazônico, entre os anos de 2016 e 2017 e na etnologia ameríndia, evidenciando como os *Suruwaha* mesclam itinerários terapêuticos que variam entre técnicas corporais tradicionais de cura e práticas biomédicas no que tange ao enfrentamento das doenças/enfermidades que afetam os indígenas.

Na encruzilhada dos artigos sobre plantas de poder, o artigo “Corpo-emoção-saúde: reflexões a partir do fenômeno das *mirações*” de Karoliny Felipe Martins (UNB) aborda o fenômeno das *mirações* no contexto do uso ritualístico da ayahuasca a partir de uma análise

de caso no Santo Daime, buscando refletir sobre a experiência da cura religiosa e a compreensão da tríade corpo-emoção-saúde. Dialogando com Le Breton, entre outros autores, a pesquisadora lança um olhar sobre a saúde e a doença, para além da hegemonia biomédica. A partir da experiência da ayahuasca como bebida sacramental com propriedades medicinais e curativas, aponta a utilização do daime como itinerário terapêutico no processo de cura e atenção à saúde, demonstrando com isso, a amplitude e complexidade da relação saúde-doença.

No artigo “Da agência da Ayahuasca sobre a saúde humana: diálogos entre antropologia e micro-história” de Vinícius Maurício de Lima e Maria Gabriela Marinho (UFABC) os pesquisadores buscam promover um diálogo entre antropologia e história evidenciando através de uma etnografia de documentos, as transformações sociais nos significados acerca do uso terapêutico e medicinal da ayahuasca. Assim, através da análise de reportagens publicadas entre 1960 e 2020, demonstram como o discurso sobre a ayahuasca se modifica de “charlatanismo” e “droga” para “medicamento” e “fármaco” no tratamento da saúde mental. Dessa forma, ressaltam que as reportagens atuais apontam para poder medicinal, terapêutico e curativo da ayahuasca especialmente no tratamento de transtornos mentais, da depressão e da adição ao álcool e outras drogas. Se antes a ayahuasca era apontada como causa de adoecimento mental, hoje figura o seu alto potencial terapêutico no campo da saúde.

Ao dialogar com Bruno Latour, os autores evidenciam a ayahuasca como ator não-humano com agência sobre a saúde humana, na medida em que transmite conhecimentos aos humanos através de seus “efeitos psicoativos”, trazendo impactos e benefícios à saúde.

Em “A Sensorialidade do Cuidado em Enfermagem: Um Saber-Fazer Corporificado” a autora Bruna Motta dos Santos (UFRJ) busca refletir sobre a relação entre o corpo e a formação profissional no campo da enfermagem, tomando como ponto de partida, o processo de aprendizado do exame físico que mobiliza os órgãos sensoriais das enfermeiras e enfermeiros a fim de observar sinais corporais que ajudem a diagnosticar patologias e enfermidades nos corpos dos pacientes. Desse modo, a pesquisadora analisa o processo de aprendizagem e desenvolvimento da habilidade dos estudantes de enfermagem em utilizar o próprio corpo e sentidos, como olfato, audição, visão e tato, no processo de diagnóstico de

doenças em outros corpos, a partir da aplicação de técnicas propedêuticas. Assim, aponta que a prática da enfermagem envolve o desenvolvimento de uma sensorialidade e corporalidade particular, demonstrando a relevância da dimensão corporal no campo da saúde. Com isso, demonstra que cada cultura ou grupo social tem seu modelo sensorial e como os sentidos e a percepção sensorial são moldados pelo contexto cultural particular.

No artigo “Vestindo a Pele da Integralidade no SUS: Empatia, Cuidado e Humanização” Ana Katarina de Brito (UFPE) versa sobre as categorias de humanização, cuidado e empatia como pilares basilares que compõem o princípio da integralidade no campo da saúde pública. Seus interlocutores de pesquisa são estudantes e egressos de medicina e enfermagem que compõem um projeto de extensão de palhaçoterapia da Universidade Federal de Pernambuco, o PERTO (Projeto de Encontro e Riso Terapêuticos).

Em seu campo empírico, a pesquisadora busca demonstrar a relevância da empatia na formação acadêmica em saúde, assim como analisar de modo relacional as dimensões da humanização, cuidado e empatia como elementos que compõem o princípio da integralidade no campo da saúde no SUS, evidenciando ainda os desafios da saúde integral. Assim, conforme demonstra a autora, as práticas de atenção à saúde no SUS, em contraposição ao paradigma biomédico, buscam promover relações mais simétricas valorizando a comunicação como mecanismo de humanização.

O artigo “Entre a medicalização e a algofobia: a dor e o sofrimento enquanto uma questão sónica e ideológica” de Artur Junior Santos Cardoso (UFPB) e Lucas Rocha Gonçalves (UFF) realiza uma excelente análise sobre como os discursos e narrativas médicas acerca dos fenômenos da dor e do sofrimento, estruturam na sociedade comportamentos aversivos à dor, angústia e sofrimento, apontando a medicina ocidental moderna como dispositivo de controle social atrelado ao neoliberalismo.

A partir dos pensadores Ivan Illich e Byung-Chul Han, os autores demonstram os atravessamentos socioculturais da dor e do sofrimento e como tais experiências são permeadas por significações médicas e relações de poder. Desse modo, demonstram a medicalização da dor e do sofrimento como mecanismo hegemônico da medicina ocidental.

Com efeito, os autores demonstram como a algofobia, a intolerância e inflexibilidade frente à dor e ao sofrimento, é permeada por um viés mercadológico

neoliberal que lucra com serviços de saúde como clínicas, terapias, indústria farmacêutica, academias, entre outras. Assim, a ciência médica ocidental promove narrativas hegemônicas sobre a dor e sofrimento, desconsiderando as experiências subjetivas e culpabilizando os indivíduos por seu próprio sofrimento.

Em “Primeiro as primeiras coisas: práticas e estratégias de cuidado entre membros de alcoólicos anônimos”, Mariana Oliveira da Fonte (UFRJ) analisa como membros do Alcoólicos Anônimos no Rio de Janeiro agenciam estratégias, concepções e práticas de cuidado. Dessa forma, a autora enfatiza o cuidado de si e do outro como elementos centrais desse grupo social. Assim, o autoconhecimento, o cuidado corporal, a postura responsável, o anonimato, os vínculos de amizade, o apadrinhamento e as relações familiares são consideradas ações de cuidado na trajetória dos membros em seu processo de recuperação e tratamento do alcoolismo.

Na resenha “Curiando Dona Flor”, Clara Nabuco da Fonseca (UNB) nos convida a conhecer a história e trajetória da Mestre quilombola, parteira, raizeira, professora e líder comunitária Florentina Pereira dos Santos, mais conhecida como Dona Flor no quilombo Moinho, localizado na Chapada dos Veadeiros. Dessa forma, a autora destaca a relevância em salvaguardar a memória, ensinamentos e saberes da Mestre acerca da utilização das ervas no cuidado com a saúde.

Nessa perspectiva, as reflexões trazidas pela leitura dos artigos do presente dossiê, nos possibilita compreender os diferentes conhecimentos, saberes e práticas relativas aos sistemas de saúde, doenças e cuidado, evidenciando as categorias êmicas e conhecimentos “nativos” que os grupos acionam como legítimos, para além das categorias biomédicas homogeneizantes.

Por fim, gostaríamos de agradecer as autoras e autores que enviaram seus excelentes artigos para compor o presente dossiê, aos avaliadores/as, pareceristas e à comissão editorial da Revista de Estudos e Investigações Antropológicas - REIA. Desejamos que a leitura dos artigos que compõem o dossiê, proporcione importantes reflexões acerca da diversidade de saberes e práticas que constituem o campo da saúde. Boa leitura!

Referências Bibliográficas

KRENAK, Ailton. 2020. O amanhã não está à venda. Companhia das Letras.

LANGDON, Esther Jean e WIIK, Flávio. 2010. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Revista. Latino-Americana de Enfermagem. v. 18, n. 3, p. 459-466.

LOYOLA, Maria Andreia. 1984. As doenças, os doentes e os especialistas. Cap. 4 de Médicos e Curandeiros, DIFEL: São Paulo. pp. 159-192.

MOL, Annemarie. 2002. The body multiple: Ontology in medical practice. Durham. Duke University Press.

As naturezas das coisas

Iacy Silveira¹

Resumo: Este artigo foi escrito a partir de minha tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia intitulada: *(ECO)LOGIAS DO CUIDADO: Saúde, natureza, e sociabilidade em Serra Grande, Uruçuca – BA* (2020). Trata-se de um breve resumo de uma etnografia sobre como as “coisas” (Ingold, 2012) especialmente relacionadas à saúde e cuidado em diversas formas, se correlacionam com o território e os distintos modos de habitá-lo, reformulando, concepções sobre Natureza e Meio ambiente, bem estar, qualidade de vida, cuidado de si, do outro e do mundo na emergente Vila de Serra Grande, no Sul da Bahia.

Palavras-Chave: Natureza; território; saúde.

Abstract: This article was written from my doctoral thesis submitted to the Postgraduate Program in Anthropology at the Federal University of Bahia entitled: *(ECO)LOGIES OF CARE: Health, nature, and sociability in Serra Grande, Uruçuca - BA* (2020). This is a brief summary of an ethnography on how the "things" (Ingold, 2012) especially related to health and care in various forms, correlate with the territory and the distinct ways of inhabiting it, reformulating, conceptions about Nature and Environment, well-being, quality of life, care of self, the other and the world in the emerging Village of Serra Grande, in the South of Bahia.

Keywords: Nature; territory; health.

¹ Pesquisadora envolvida com desenvolvimento comunitário, empoderamento social, racismo ambiental, e resistência em culturas locais na Bahia. Atualmente pesquisa Pesca artesanal feminina no Sul da Bahia, pela Universidade de San Diego, e desenvolve pesquisa sobre as mudanças socioambientais da construção e operação do Porto Sul na região do Sul da Bahia, pela Universidade de Ottawa.

Introdução

A Vila de Serra Grande, distrito de Uruçuca, localizada no Sul da Bahia, vem se destacando como um importante centro de terapias alternativas no circuito transnacional das religiosidades nova era (Tavares e Caroso, 2018), especialmente das chamadas terapêuticas holísticas e alternativas desses circuitos. Esse cenário está presente na região há aproximadamente três décadas, atraindo pessoas que se interessam e buscam por novas formas de viver e de se relacionar. O autoconhecimento, a preservação da natureza e da saúde por meio de práticas corporais diversas, consumo de alimentos, produtos orgânicos e biodegradáveis são algumas características que marcam atualmente o lugar e que chegaram junto com os novos moradores nesses últimos trinta anos. Entretanto, esses modos de habitar (Ingold, 2000) contrastam com os modos de habitar “tradicionais”, anteriores a esse movimento nova era, em que as solidariedades locais eram importante garantia de saúde e bem-estar. As diferentes formas de se relacionar com a natureza, consigo mesmo, com as pessoas em convivência comum e com o território propiciam novas formas de cuidado e concepções de saúde que são produzidas e atualizadas nessa localidade.

As Serras Grande

Até a década de 1990, Serra Grande era apenas uma pequena vila de pescadores e pequenos agricultores que viviam em acordos de meeiros com donos de terras na região. Com cerca de trezentos moradores à época, a pacata vila mantinha um aspecto familiar entre seus habitantes que, em sua maioria, estavam vinculados por laços de consanguinidade ou afinidade. Porém, nos últimos trinta anos, a vila passou a receber um grande fluxo de pessoas – aproximadamente seis mil novos moradores – que para lá migraram no intuito de desenvolver seu próprio processo de vida saudável ou de cura e de sua família por meio da educação, da alimentação, do estilo de vida, de práticas de espiritualidade e terapêuticas diversas. E, ao mesmo tempo, para auxiliarem outras pessoas nesse processo de cura com técnicas terapêuticas, conversas, conselhos, partilha de experiências ou sentimentos e uma convivência mais amorosa com estas pessoas que partilham o lugar, com a natureza, consigo mesmo e com o planeta.

Porém, o cenário que se observa “do outro lado da ponte”², é bastante diverso e controverso. Lá, outras formas de cuidado “vazam” para além dos corpos orgânicos (tal como concebidos pela biomedicina) ou do “self” (no sentido da espiritualidade nova era), alcançando outros agenciamentos do cuidado, isto é, para além – ou aquém – dos males fisiológicos ou da cura espiritual definidos nos termos das práticas (eco espiritualizadas) na Vila Alta. A preocupação com as condições de existência que envolvem a saúde, alimentação, educação e integridade física são priorizadas na busca por sobreviver por uma boa parte da população de Serra Grande. As práticas de cuidado no Bairro Novo são em grande medida voltadas nesta direção.

Em Serra Grande, saberes populares, nova era e biomédico disseminam-se pela localidade. Eles são popularizados, espalhados, misturados, reformulados, rompendo limites biomédicos, religiosos, conceituais, institucionais, subvertendo as técnicas de cuidado em um emaranhado de transformações constantes. Assim, a ideia de agenciamentos do cuidado (Tavares, 2017) parece descrever uma noção de cuidado muito mais ampliado, que abrange corpo, espírito, cultura, condições do existir, incorporando agentes diversos na concepção do bem-estar existencial.

Essa diferenciação entre os dois lados da ponte, colocada especialmente pelos que se autodesignam “nativos”³, é reafirmada no intuito de marcar a diferença como constituinte de seus próprios modos de ser e estar no mundo e em Serra Grande. Do outro lado, na Vila Alta, o grupo se subdivide. Denominados em geral como “forasteiros” pelos “nativos”, uma parte daqueles, geralmente coincidente com quem chegou há mais tempo na região – entre trinta a dez anos atrás – afirma seu respeito à diferença e assume a própria posição “forasteira” marcada pelos nativos, tendendo a reconhecer seus privilégios econômicos e ainda os impactos produzidos por sua presença na nova ocupação do território. Mas outra parte destes forasteiros vem se autodesignando “chegantes”: entre estes estão principalmente pessoas e famílias que chegaram nos últimos dez anos na região, as quais tendem a rejeitar a

² A expressão foi utilizada por uma moradora para se referir a separação geográfica da ponte sobre o rio pancadinha e que reflete também uma separação social na vila.

³ Utilizo as aspas para sinalizar que tais categorias: nativos, forasteiros e chegantes, são categorias nativas que me foram apresentadas ao longo de meu campo de pesquisa. Assim no texto que segue não utilizarei mais aspas, tomando para mim as categorias nativas.

designação de forasteiros, conferida pelos nativos. Eles encaram o termo como pejorativo, indicando que as diferenças entre eles devem ser dissolvidas e não reafirmadas. As variações nas denominações – auto designativas ou de designação de outrem – são parte das complexas mediações em Serra Grande envolvendo diferentes modos de ser e estar mundo e, portanto, de viver na Vila. Estas variações são acompanhadas por transformações nas formas como a saúde e as noções de cuidado são concebidas, experienciadas e promovidas no território.

As Serras Grande - a vila de pescadores e agricultores

A “chegada do meio ambiente⁴”, marcada pelo estabelecimento do Parque Estadual da Serra do Conduru (PESC) (1997) e à criação das Áreas de Proteção Ambiental (APA) (1993) em volta da Vila, traz limites e proibições aos velhos modos de habitar seu mundo. Interpelados em sua relação de interação com a natureza e com seu território, veem-se desafiados a aprender novos modos de existência, envolvendo o sustento, a saúde e outros âmbitos do viver em Serra Grande. Assim, o desafio de resistir cultural e territorialmente torna-se também uma questão de saúde existencial para essa comunidade.

O vínculo com a terra e com o território assume sentidos radicalmente diferentes para os diversos habitantes de Serra Grande. O território constituído localmente pelos nativos, carregado de histórias, memória, trabalho, família (Little, 2003) não existe para aqueles que apenas compram terra na região para construir suas casas e estabelecerem um novo estilo de vida sem vínculos anteriores. O lugar, os modos de circulação, as relações ali estabelecidas, bem como os recursos naturais dali extraídos compõem um território que não é o mesmo dos que compraram terras recentemente, com limites físicos estabelecidos, regras de uso e manutenção reguladas por cercas e instituições ambientais.

A história recente de Serra Grande é rememorada pelos moradores mais antigos. A escassez de fontes oficiais reflete a ausência do poder público até então na região. Até a chegada dos anos 2000, quando “tudo mudou” com a chegada da BA-001, que será contada a seguir, a história que conhecemos é exclusivamente por meio de relatos orais.

⁴ Expressão utilizada por Dona Regina, uma das primeiras moradoras da Vila ao se referir ao estabelecimento do Parque da Serra do Conduru em 1997 e das APA's Itacaré-Serra Grande, e Lagoa encantada em 1993.

Dona Regina é reconhecida na vila de Serra Grande como grande contadora das histórias antigas do lugar. Sua história e a história de Serra Grande se fazem conjuntamente, como ela afirma. Filha de Seu Ângelo, de 103 anos⁵, Dona Regina conta que foi seu pai quem “abriu a mata” na região. Naquela época (década de 1920), como relata Baiardi & Teixeira (2010) sobre a região do Sul da Bahia de um modo geral, as terras eram ocupadas por desbravadores, em sistema de “meia”, em que herdeiros da colônia ou militares comandavam as terras nas regiões nordeste e sul do estado. Os trabalhadores eram enviados para ocupar e produzir nas terras, na garantia de sua ocupação.

Seu Ângelo “não tinha trabalho certo”, como ela relembra, e então veio trabalhar na Fazenda do Senhor Bonfim⁶ por volta de 1946. Não tinha salário, mas podia viver na terra com a família, como meeiro. A mãe de Dona Regina, Dona Secundina, cultivava diversas frutas e verduras na terra de Senhor Bonfim, e dividia a produção com ele. A mandioca também era importante na sua alimentação, assim como na de outras famílias que ali viviam. No mesmo esquema de meeiro com o Senhor Bonfim ou outros donos de terra as poucas famílias chegavam, ocupavam e produziam na terra, dividindo com o dono a sua produção.

A farinha, como me foi contado por vários moradores mais antigos, era produzida em grupo. Havia o dia de processar a mandioca de uma família e todos se juntavam na antiga casa de farinha, movida pelo rio Pancadinha por meio de uma represa construída para mover o moinho⁷. Esses momentos são lembrados pelas anciãs da vila com emoção, normalmente comentados com um “Era muito bom!”, “A gente se divertia muito!”.

A pesca também compunha a alimentação das famílias que habitavam a região que até hoje mantém a pesca artesanal de jangada⁸. Porém, atualmente esse ofício tem sido colocado em risco, sobretudo após a proibição, pelo Instituto do Meio Ambiente e Recursos Hídricos

⁵ Seu Ângelo faleceu em 2019, após o fim do meu trabalho de campo.

⁶ A Fazenda do Senhor Bonfim cobria grande parte da faixa litorânea da Vila de Serra Grande. A parte que foi dada a Seu Ângelo corresponde atualmente à porção da praia do Pompilho até o alto da vila de Serra Grande às margens da Rua São João, entre a praça Pedro Gomes e a Vila Badu, regiões que serão descritas a seguir.

⁷ A casa de farinha que existia na represa foi fechada devido ao pouco uso depois que o sistema de queimada, típico do cultivo de mandioca na região, foi proibido pelo INEMA. O prédio da casa de farinha tornou-se residencial, a represa foi reformada e atualmente oferece uma estrutura turística.

⁸ Atualmente existe apenas 1 pescador que ainda sai diariamente para pescar com a jangada como meio de locomoção.

(INEMA), da extração do pau de jangada para a feitura da embarcação e pela pesca industrial que tem tomado os peixes com suas redes estendidas por toda a faixa litorânea da vila:

Dona Regina conta sobre a ocupação e a circulação na região naquela época, e destaca uma maneira diferente da relação atual com a terra. Afirma que quem chegava ocupava a terra e cultivava, mas não restringia o acesso nem a circulação de ninguém com cercas ou muros. Dá a entender que ela se referia à ocupação de longo período que comumente findava na posse da terra ocupada.

Conforme relata Woortman (1990), em diversas sociedades camponesas a posse da terra se diferenciava da propriedade. Os proprietários, grandes fazendeiros, permitiam a posse de pequenos pedaços de terra em que seus posseiros cultivavam e viviam. Essa terra era sua e de sua família ao longo dos anos, pelo uso e ocupação daquele solo, mas ao mesmo tempo era propriedade do dono e não contava com cercas ou limites de acesso e circulação por parte de outros moradores da região. Contraste-se aqui com o sistema atual da propriedade privada.

Dona Regina conta em seus relatos que seu pai recebeu terras onde vivia e cultivava em um acerto com os donos depois de muitos anos de trabalho. Essa história se repetiu várias vezes com as primeiras famílias meeiras da região. Não existiam limites nem propriedades claras, existia um Senhor, grande dono das terras, Bonfim ou Porfírio, como uma ou outra família relatou, mas dentro das grandes terras desses senhores, as famílias viviam de agricultura, caça e pesca, repartindo tudo o que colhiam com os Coronéis como costumavam ser chamados.

Dona Regina se refere a esse período entre a fundação da Vila nos anos 1940 e “a chegada do meio ambiente” na década de 1990 como uma época de fartura e alegria. Aliás, não só ela; na “reunião das anciãs”⁹ as mulheres antigas da comunidade lembram dessa época como de muita diversão. Tais histórias não são lembradas como um tempo de violência e exploração, mas como tempo familiar, de divertimento e liberdade de trânsito pela terra.

As décadas de 1970 e 1980 foram de grandes transformações em Serra Grande. A vila pacata de pescadores e pequenos produtores começava a crescer. Conforme o Diagnóstico Participativo Rural (Instituto Floresta viva e Instituto Inamata, 2008), no início da década de

⁹ A reunião das anciãs foi um evento ocorrido no dia 02/06/2018, promovido pela agência de fomento Tabôa e será detalhada no Capítulo 6.

1970 a venda de carvão era intensa na região e em 1975 foi construída a primeira serraria, o que tornou mais intensa a exploração de madeira. Foi ainda nesta década que chegou energia elétrica na região, ainda de gerador, e a primeira estrada “oficial”, de terra, que ligava Itacaré a Ilhéus.

A década de 1980 foi difícil para toda a região Sul da Bahia. Uma região em que a economia do cacau era estruturante entrava em colapso. De acordo com Baiardi e Teixeira (2010), três fatores geraram uma grande crise econômica da região: a queda do preço do cacau; a introdução da vassoura de bruxa¹⁰ e a diminuição do mercado devido à ampliação de concorrência.

As Serras Grande - o paraíso ecológico

A década de 1990 foi uma época ambientalmente revolucionária no Brasil. Ideias ambientalistas vindas do exterior influenciavam pesquisadores e formavam militantes preocupados com questões globais sobre a preservação do meio ambiente (Diegues, 2000). Em 1992, a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento realizada no Rio de Janeiro foi um marco para o campo da preservação e da conservação ambiental no Brasil. Esse contexto global refletiu-se em Serra Grande, “trazendo o meio ambiente” para a pequena vila, como destaca a fala de Dona Regina.

Aí depois, agora em 98, teve a Eco 98, cê já deve ter ouvido falar nisso porque você estuda né?! [Eu corrijo dizendo Eco 92]. Isso! Eco 92! Aí que começaram a falar desse negócio de meio ambiente. Eu ouvia falar isso, mas nunca que eu imaginava que isso fosse estourar justamente aqui (Entrevista, Dona Regina, 2019).

Em seguida, em 1993, o jornal norte americano The New York Times publicou uma matéria, intitulada *Brazilian Rain Forest Yields Most Diversity For Species of Trees* (Brooke, 1993) sobre uma pesquisa concluída em 1992 pelo Jardim Botânico de Nova York, junto com a Comissão Executiva do Plano da Lavoura Cacaueira (CEPLAC), que havia identificado, em

¹⁰ A vassoura de bruxa foi um fungo que destruiu quase totalmente as plantações de cacau de toda a região. A palavra introdução refere-se às fortes suspeitas na região de que tal praga tenha sido inserida nos cacauzeiros propositalmente por questões políticas. Mais informações em: <<http://www.ceplac.gov.br/radar/vassoura-de-bruxa.htm>>. Acesso em: 15/04/2018.

um único hectare, 456 espécies diferentes de árvores típicas da Mata Atlântica. Isso representava o recorde de biodiversidade da região de Mata Atlântica.

O impacto imediato dessa pesquisa foi a criação da APA Itacaré/Serra Grande, em 1993. Entretanto, conforme afirmam os ambientalistas que atuam na região, apesar de já estar criada por decreto, a APA não existia na prática neste período, já que estava apenas no papel essa informação, bem como as regras específicas de uso do solo não eram conhecidas pela comunidade local.

Em meados de 1996 aconteceu, então, uma grande audiência pública em Itacaré: o marco divisor desse período, configurando o “antes” e “depois”. Tratava-se da avaliação da viabilidade da construção da estrada Ilhéus-Itacaré, a BA-001. Oficialmente era uma reunião do Conselho Regional Ambiental (CRA), atual INEMA, para viabilizar a construção da estrada. Os ditames burocráticos da época colocavam a necessidade de uma audiência pública com ampla participação para a deliberação da construção de estradas como aquelas e suas condicionantes.

A construção da estrada BA-001 fazia parte do Programa Regional de Desenvolvimento do Turismo (PRODETUR) que naquele ano investia 960 milhões de reais para a ampliação e melhoria da infraestrutura turística no estado da Bahia. Tais investimentos vinham em grande parte do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Conforme apontam Baiardi e Teixeira:

No Prodetur I a Bahia captou US\$ 140 milhões que, juntos com as contrapartidas, elevaram os investimentos a um montante superior a R\$ 300 milhões. Nessa primeira fase, Salvador e seu entorno e a Costa do Descobrimento (região de Porto Seguro) foram consideradas prioritárias. O principal projeto do Prodetur I nos dois territórios aqui analisados foi a Rodovia BA-001, Ilhéus-Itacaré, que recebeu recursos na casa de US\$ 18,3 milhões, sem considerar a contrapartida estadual. Essa rodovia mudou completamente a atividade turística em Itacaré, uma vez que possibilitou o recebimento de turistas pelo Aeroporto de Ilhéus, distante 70 km (Baiardi & Teixeira, 2010:44)

Na avaliação do Conselho Estadual do Meio Ambiente (CEPRAM), de 1996, que definiu a licença para a construção da BA-001 gerada a partir daquela plenária, estabeleceram-se as regras de construção desta, a implementação das APAs Itacaré/Serra Grande e Lagoa Encantada e ainda foi prevista a criação de uma nova Unidade de

Conservação Integral na Serra do Conduru, que veio a ser o Parque Estadual da Serra do Conduru (PESC) com um poligonal de nove mil hectares.

Criado em fevereiro de 1997 pelo Governo do Estado da Bahia como medida compensatória pela construção da BA-001, trecho Ilhéus – Itacaré, o PESC, com uma área de 9.275 hectares, consiste em uma Unidade de Conservação de Proteção Integral regulamentada pelo Sistema Nacional de Unidades de Conservação (SNUC).

A história de Serra Grande reflete a contradição do pensamento preservacionista, assim como aconteceu em muitos outros lugares do mundo. A relação com a Natureza que foi implementada com a criação do Parque Estadual da Serra do Conduru e as APAs representa uma concepção de natureza a ser preservada e isolada da ação humana, completamente contrária aos modos de vida locais. Para Diegues (2000), a justificativa preservacionista de separação entre homem e natureza já vem sendo criticada desde a década de 1980, em que vários estudos demonstraram que:

[...] muitas dessas áreas habitadas por populações tradicionais tinham se conservado florestadas e com alta biodiversidade pela ação manejadora ligada ao modo de vida dessas comunidades que, com a criação das áreas protegidas, passaram a estar sujeitas à expulsão (Diegue, 2000:7)

Era esse o caso de Serra Grande, em que a Natureza na qual viviam muitos desses nativos não era separável de si e de seus modos de habitar. A Natureza era o lugar em que viviam, transitavam e de onde extraíam sua sobrevivência. A própria preservação da Mata Atlântica, assim como o recorde de biodiversidade na região, comprovado pelo estudo do Jardim Botânico mencionado, apontam para uma relação positiva entre humanos e mata no sentido da conservação. Uma existência baseada na interação constante, de modo a promover a vida de ambos.

Os moradores mais antigos de Serra Grande, ao serem questionados sobre a época de implementação do Parque, de um modo geral lembram com muito pesar dessa fase. Há muitas histórias de violência contadas por eles. Agricultores presos em praça pública por fazerem queimadas ou por extraírem madeira. Histórias que não só afetavam as famílias diretamente, mas que começaram a abalar as relações entre os próprios moradores da região. Um dos filhos de Dona Regina, por exemplo, perdeu a única fonte de sustento que possuía na

época, um caminhão: contratado pelo estado para transportar uma carga que foi apreendida por ser ilegal, teve seu caminhão queimado na estrada devido ao desespero e revolta do dono da madeira apreendida. Essas tensões evidenciam as formas de lidar com o território em disputa e suas consequências morais, incrementadas justamente no contexto de sua suposta regulamentação jurídica.

Entretanto, dados governamentais de 2014, passados 17 anos de implementação do parque, apresentam que a maior parte de sua área ainda não foi indenizada aos antigos posseiros. Além disso, a simples indenização financeira desconsidera: a) a relação afetiva das pessoas com a terra; b) que a mudança de residência frequentemente altera as condições específicas de fauna e flora anteriores; c) o tamanho da área nas quais as pessoas viviam até então, condizentes com o único modo de vida que aquelas pessoas conheciam.

As Serras Grande das Matas

Quando conheci Dona Izabel, importante erveira nativa da região, pensava se aquela maneira tão rápida de ir falando das plantas sem parar, enquanto se movimentava entre as plantas do quintal, não era decorrente de tantas visitas de pessoas interessadas nas ervas. Às vezes ela parava e admirava alguma planta: “Olha que beleza, sá minina!” E arrancava alguma folha seca e seguia a caminhada. Hoje acho que ela passa todos os seus dias assim, andando entre as ervas e falando sobre elas e com elas, admirando suas belezas, repetindo seus usos e nomes, estejamos lá, pesquisadores ou cineastas¹¹, ou não. Esse me parece o universo de Dona Izabel.

Sempre agitada, andando para lá e para cá, Dona Izabel apresenta muito vigor para uma senhora de 63 anos, apesar da aparência bastante envelhecida. Passa todo o tempo fazendo alguma coisa: enquanto estávamos lá, ela catou frutas para comermos, mudas de planta para levarmos para nossas mães e até algumas flores “bunitas” para enfeitar a casa de minha Fátima¹².

¹¹ Antônio, um cineasta que fazia uma filmagem sobre as erveiras da região, foi quem me apresentou Dona Izabel.

¹² Na tese relato como o nome de minha mãe, Fátima, aproximou de mim Dona Izabel, que também tinha uma importante Fátima, sua filha, em sua vida.

A Mata de Dona Izabel se diferencia da Mata do Parque Conduru, porém, os dois territórios vividos se sobrepõem. Se a ideia do Parque é a de um lugar a ser isolado da ocupação humana, de uma Natureza a ser preservada, a Mata de Dona Izabel é a sua possibilidade de sobrevivência, não só física, mas existencial. Se a relação humana com a Natureza nos discursos preservacionistas que têm chegado à Serra Grande desde a “chegada do meio ambiente” preocupam-se com a morte da Mata Atlântica e buscam separar homem e Mata, para Dona Izabel, ao que parece, a sua própria vida só é possível dentro da Mata.

Enquanto Dona Izabel me contava sua história em meio às plantas nesse dia, chegaram dois guardas-parques cumprimentando Dona Izabel como se fizessem isso cotidianamente. Ela comentou sobre uma árvore ou outra que havia caído, um bicho ou outro que morreu, e sobre o rio que estava cheio. Ao longo da conversa entre eles, o que transparecia é que não existem apenas dois lados, os desapropriados e o Parque. Os próprios funcionários são nativos e vivem vários conflitos com sua comunidade e com madeireiros pelo lugar que ocupam e o trabalho que exercem¹³. A visita deles era claramente um cuidado com Dona Izabel, estavam preocupados se ela tinha tudo de que precisava, se precisava de alguma ajuda e o que poderiam fazer por ela até a próxima visita. De alguma forma, de dentro do parque, eles trabalhavam para cuidar dos seus¹⁴.

Esse cenário se complica ainda mais, já que com a criação da estrada e das áreas de Unidades de Conservação a região tornou-se de imenso potencial turístico, atraindo grandes empresários e novos moradores em busca de investimentos e qualidade de vida.

Dona Regina conta que a partir do início da construção da BA-001 na década de 1990 os grandes empresários, especialmente do turismo, “chegaram como uns touros, comprando tudo”. Ela lembra que nessa época muitos moradores da Vila, posseiros das terras, deslumbrados com o dinheiro que lhes era oferecido pelos recém-chegados empresários e forasteiros, venderam suas terras indo para a cidade, certos de que construiriam vida lá. Entretanto, muitos deles não sabiam viver na cidade e lidar com dinheiro. E então perdiam

¹³ Neste dia eles mencionaram vários conflitos com a comunidade rural que os percebe como traidores por estarem trabalhando para o Parque, e principalmente falavam sobre as ameaças que sofrem dos madeireiros que querem extrair madeira da Mata.

¹⁴ Certa vez, em um evento de apresentação dos projetos financiados pela *Tabôa*, conheci um guarda-parque que desenvolveu um trabalho de levar água e luz por meio de placas solares para as famílias da zona rural, Dona Izabel sendo uma delas.

tudo, e não conseguiam nem mesmo voltar a Serra Grande, já que a forma de ocupação da terra (meeiro e posse) estava mudando. Eram novos donos das terras, com novas formas de uso e de circulação do espaço. Essa experiência, pode-se dizer, foi diversas vezes relatada por comunidades pesqueiras do litoral nordeste, como descreve Kottak (2009).

Além dos empreendimentos turísticos e especulação imobiliária, a estrada trouxe também novos moradores, atraídos pelas condições ambientais propiciadas a partir da construção do parque e das APAs. A chegada da Escola Dendê da Serra¹⁵ e da vila Alternativa de Piracanga¹⁶ também contribuíram para atrair um grupo específico de moradores. De 2000 a 2007, conforme apresenta o DPR (2008) de Serra Grande, a zona urbana apresentou um crescimento demográfico de aproximadamente 83%, muito maior que o êxodo da zona rural (apenas 3%), indicando que, além da população da zona rural que se mudou para a zona urbana de Serra Grande, houve também uma chegada de pessoas (80%) para a zona urbana vindos de lugares mais distantes.

A relação com o dinheiro e a propriedade privada foi então um conflito crescente, já naquele território, princípios coletivistas se sobressaíam até o momento. Um forte exemplo é a questão da cancela, que é sempre destacada com mágoa por vários antigos moradores como Dona Gura, marisqueira. O impedimento de circular pela área na qual sempre se teve livre acesso revela uma relação com a terra que desconhece limites jurídicos. A ideia de propriedade na relação com a terra de Dona Regina, Dona Gura e dos moradores mais antigos de Serra Grande passa muito mais pelo uso desta do que pelos “papéis” que os desautorizam a passar. Em uma reunião que participei com a Associação de Pescadores e Marisqueiras, o “papel” era visto como perigoso, sendo rejeitado. Falas como: “Porque tá escrevendo tudo?”, “Eu não assino nada!”, “Esse monte de papel que não serve pra ajudar nós!” foram repetidas e soma-se a isso o altíssimo índice de analfabetismo entre pescadores e marisqueiras na justificação de seus temores, que retratam uma história em que se sentem muitas vezes “passados pra trás” por meio dos “papéis”.

Assim, o dinheiro também aparece no discurso dos moradores mais antigos como algo recente, associado a quem vem de fora e ao tipo de relação que estes forasteiros estabelecem.

¹⁵ Escola Antroposófica – frequentemente buscada por famílias alinhadas com princípios nova era.

¹⁶ Empreendimento de desenvolvimento espiritual próximo a Vila de Serra Grande

Além de se mostrar como uma ferramenta que incapacita os moradores antigos, é a posse do dinheiro que fornece o poder sobre as terras e consequentemente o impedimento de quem por elas circula.

Serra Grande - “Destino eco-espiritual”

Desde a construção da estrada BA-001, em 1999, Mara, agente de saúde, estima o aumento em mais de dez vezes da população de Serra Grande. Moradores locais destacam que, entre os anos 2000 e 2018, a população passou de algo em torno de 200 para 2000 famílias, considerando a vila e a zona rural de seu entorno. Mara afirma que atualmente o distrito tem entre 5000 e 7000 habitantes. Porém, esses dados são baseados na vivência dos profissionais de saúde que atendem a população e não possuem suporte institucional para sua confirmação e validação, já que uma grande parte dos novos moradores não reside mais no mesmo local depois do último censo (2010). E muitos possuem vínculos residenciais com suas cidades de origem.

Muitos forasteiros que chegaram à vila vindos das zonas rurais antes da construção da estrada BA-001 não são considerados como tal. Essa categoria é claramente utilizada pelos nativos para demarcar quem chegou após a construção da BA-001. Mesmo que essa explicação não seja apontada por eles ao definirem quem é ou não nativo de Serra Grande, ao observar a relevância da construção da estrada no surgimento do conflito entre os que aqui estavam e os que chegaram depois, dá-se a entender que a diferenciação está baseada em um marco temporal e a modos de vida adotados naquele contexto espaço temporal - e menos numa origem geográfica. É comum pessoas que nasceram em regiões próximas, como Salvador ou Itabuna, mas que só chegaram depois da estrada, serem consideradas forasteiros. Por outro lado, também é frequente pessoas que vieram de lugares distantes do sertão da Bahia e de Minas Gerais, e até mesmo de São Paulo, mas que chegaram antes da estrada e/ou possuem um modo de vida similar aos dos nativos, não serem marcados pela categoria forasteiro. Estes circulam entre os nativos, sendo seus filhos considerados nativos.

Essa relação entre nativos e forasteiros é complexa, com variações que não apresentam fronteiras fixas e não sendo aceitas e compartilhadas por todos. Existem os que se

dizem nativos tomando por base relações de vicinalidade e consideração, como define Pina Cabral (2013) sobre o Baixo Sul da Bahia e que explicita o modo nativo de Serra Grande.

A consideração que estrutura as relações de parentela de cada pessoa também estrutura as relações entre casas que, estando próximas umas das outras, acabam por construir vicinalidades na medida em que os respectivos habitantes manifestem mutuamente consideração através de troca de materiais, de entreaajuda, mas sobretudo de sociabilidade contínua (Pina Cabral, 2013:41)

De fato, ao ouvir os relatos das histórias antigas da Vila, me parecia que eram todos parentes. O parentesco, que neste caso parece formar a família de nativos de Serra Grande está nos modos de conviver e compartilhar histórias, experiências e ajudas, construídas juntamente com a relação com o território.

Ainda que sem contornos precisos, reconhecemos algumas “ondas” junto com certos marcos temporais, como mencionou uma interlocutora forasteira. As duas últimas ondas (“do parto” e “de agroecologia”) certamente envolvem uma presença mais recente de moradores que tendem a se autodenominar chegantes e cujos estilos de vida costumam se opor não apenas aos costumes dos nativos, mas também podem contrastar com os forasteiros de ondas migratórias anteriores. Um exemplo marcante diz respeito ao modelo de educação ou de escola. Se entre diversos moradores, como observei anteriormente, a escola antroposófica foi um atrativo importante, atualmente famílias de chegantes ligadas ao movimento da bioconstrução têm como proposta um outro modelo de educação e escola que buscam implantar para suas crianças.

Essas ondas marcadas por orientações específicas e interesses de projetos particulares a serem desenvolvidos em Serra Grande produzem lugares de aproximação e afastamento, críticas, enfim, um conjunto de questões que perpassam o habitar a Serra. Imagens de simplicidade de vida contrastam com projetos arrojados, indicando transformações radicais nas imagens de coletivo e do social. Fica a pergunta feita por Aranda, filha de Dona Val e militante nas causas de educação e cultura: Que Vila estamos construindo?

Uma Vila de pescador! Imagina aquele povo chegando com aqueles barcos enormes, eles viviam em harmonia há não sei quanto tempo, pra mim há muito mais de 500 anos, e já desmatou tudo! É a mesma coisa, as pessoas estavam vivendo em harmonia aqui, e de repente começa a chegar um monte de gente, de casa. - Eu não posso arrancar madeira pra fazer o telhado da minha casa, mas você pode fazer a

sua casa toda na madeira? As pessoas observam e escutam. Eu preciso fazer uma casa de vidro de três andares? Numa Vila que só tem casas simples? Eu preciso fazer muro, sendo que não tinha nem cerca? (Aranda, 2018).

Como é que a gente constrói um ganha-ganha? A gente não sabe o quanto é bom e o quanto é ruim. Porque quando a gente chega a gente tem referência de uma casa maior...esse povo é tribal! Viviam tudo amontado, cê chega na periferia da vila, tá tudo amontado, e o pessoal fazendo sítio de floresta agroecológica, que tipo de vila estamos construindo? Embora quem vem pra cá já tá preocupado com isso, então já é um passo (Entrevista, Aranda, 2019).

Ao longo do tempo em que vivi em Serra Grande fui percebendo que a denominação nativo relacionava-se, em grande medida, à maneira como as pessoas vivenciavam o território, considerando-se aqui desde as relações entre pessoas, mas também entre homens, mulheres e a “mata”; e homens, mulheres e a “terra”. Os modos como vivem da\na terra como extraem e compartilham seus “recursos” e a circulação nestes ambientes. Porém, ainda que esta definição (nativo) reúna um conjunto de características que denomino “modo de habitar”, não significa que dentre os próprios nativos não exista uma diversidade de modos de ser, de pensar e de se relacionar.

Por outro lado existem os forasteiros, denominação imputada pelos nativos para classificar aqueles que chegaram após a construção da estrada, com novos modos de habitar que dizem respeito a valores morais, relação com a terra, modos de vestir-se e de comer, religiosidades, sexualidade, estilos musicais, cuidado do corpo, educação infantil etc. Porém, tal denominação é ainda mais complexa do que a anterior, já que o termo costuma funcionar como categoria de acusação, seu conteúdo variando conforme o contexto. De todo modo, geralmente quando os nativos utilizam a categoria forasteiros, aqueles remetem a um conjunto de mudanças vividas pela Vila nos últimos trinta anos associadas a violências, explorações, abusos e invasões.

Todas as vezes que ouvi a categoria forasteiro ser utilizada por um nativo, evocava o processo histórico dos últimos trinta anos com destaque para a diferença de condições de vida em Serra Grande e aos privilégios de certos grupos. Mas isso não implica em afirmar que exista uma ruptura definitiva entre os grupos ou conflito constante. A utilização da categoria é importante para os nativos, porque marca a diferença e a resistência como posição assumida pelos mesmos nativos desde o início da chegada dos forasteiros.

Em Serra Grande, entre os forasteiros e especialmente entre os chegantes a maioria possui renda que vem de fora do distrito. Trabalhos *online*, administração de empresas e imóveis no Sudeste – principalmente – e diversas formas de renda que são produzidas via internet são as principais formas de sustento dos moradores mais recentes. Os forasteiros mais antigos já construíram casa e muitos vivem do aluguel destas e das muitas práticas terapêuticas e cursos que oferecem. Essas formas de trabalho permitem que forasteiros e chegantes combinem, ao mesmo tempo, o nível de renda dos grandes centros urbanos com a qualidade de vida da pequena vila.

A “cura espiritual” também é mencionada nesse processo de mudança para Serra Grande e se refere a um grande leque de “traumas”, como repressões, machismo, patriarcado, cristianismos, pressão para o trabalho ou para os relacionamentos. Experiências traumáticas das mais diversas, relações tóxicas com familiares ou parceiros e muitas outras experiências sentidas como negativas que precisam ser curadas. Pessoas que encontram em Serra Grande um ambiente propício, reunindo diversidade de tratamentos espirituais e uma forma de vida saudável capazes de promover essa cura.

De um modo geral, pode-se considerar que as ferramentas dessa cura articulam uma certa concepção de espiritualidade e sua relação com a Natureza. Silveira & Sofiati (2016) destacam a ideia de “ecoespiritualidade” como uma forma do sujeito moderno de vincular à busca pelo eu autêntico a uma causa coletiva. Conforme sugerem os autores, trata-se de uma forma de redefinir o significado da religião e da fé que presume a salvação a partir de uma nova relação com a Natureza (Silveira & Sofiati, 2016). Como aponta Tavares (2015a, p. 2), a busca da cura está mediada pela categoria “energia” como projeto de vida:

A cura como restabelecimento do equilíbrio e da harmonia contrasta fortemente com a visão da biomedicina, tida por adeptos da nova era como parcial e empobrecedora na compreensão da dinâmica da relação entre saúde e doença. O processo de cura nova era é atravessado por fatores e processos que transcendem a nosologia das doenças. A doença, traduzida em sofrimento, e a saúde, em busca de bem-estar, ganham sentido renovado por meio do poderoso mediador da “energia”, possibilitando a circulação dos fluxos e seus “vazamentos” no mundo de objetos. (Tavares, 2015:2)

Assim, a qualidade de vida e o bem-estar são motivadores desses recém-moradores na relação com o lugar. Eles reúnem, nessas condições, a purificação por meio da alimentação, do convívio, do trabalho e das relações como uma forma de habitar o mundo.

Em certa medida, pode-se entender que os chegantes vêm para Serra Grande em busca de uma reconexão com a Natureza, com uma vida mais tranquila, orgânica e longe dos grandes centros urbanos. Entretanto, essa chegada cada vez maior e mais intensa traz consigo valores e necessidades urbanas que acabam justamente por perturbar os modos de vida nativos em sua relação com o ambiente. Novas necessidades e a presença do dinheiro geram subempregos trazendo aos nativos novas formas de se relacionar temporalmente consigo e com os outros, bem como novas formas de uso e ocupação da terra que dificultam a antiga liberdade de trânsito e ressignificam o território.

Um ponto bastante interessante sobre as diferenças nas relações entre os grupos revela-se na utilização da palavra “gratidão”, generalizada entre os chegantes e que, conforme foi-me explicado diversas vezes, é utilizada no intuito de “desobrigar o outro”. A expressão gratidão demonstra a valorização do sentimento de ser grato e que se refere não apenas a um sujeito diretamente implicado, mas à gratidão expandida, como uma energia de reconhecimento da generosidade do planeta e da vida. Ao se dizer grata, a pessoa ao mesmo tempo reconhece, de uma perspectiva espiritual, a generosidade universal para consigo e desobriga o outro de qualquer vínculo ou relação de reciprocidade.

Por sua vez, as relações de solidariedade e reciprocidade são fundantes da cultura local. Apresenta-se, assim, a diferença entre um agir que caracteriza um modo nativo de habitar Serra Grande, e outro que se coloca nos termos da relação indivíduo-mundo, desobrigado e transitório, já que a rotatividade de chegantes é alta, com precária estabilidade dos locais de moradia. Nesse sentido, desobrigar-se do outro, que representa um eu difuso, em prol de si mesmo e de seu desenvolvimento pessoal, confronta a forma de relacionalidade constitutiva dos nativos.

Serra Grande – encontros insalubres, desencontros saudáveis

O Posto de Saúde parece ser um importante lugar de resistência da comunidade nativa. Por um lado, conforme me relatou a médica funcionária do Posto de saúde e

observando a atuação de Mara, é um lugar em que nativos se sentem à vontade para exigirem seus direitos. A própria médica comentou, de modo queixoso, que muitos pacientes já chegam lá com seus diagnósticos e exigem os remédios específicos que desejam. Apesar de essa questão ser relatada como uma dificuldade para uma atuação menos medicamentosa, de acordo com sua perspectiva (forasteira), parece-me que esta atitude destaca o quanto a saúde é um lugar de direitos para a comunidade local. Também Mara, uma das lideranças nativas da comunidade, encontra-se sempre no Posto de Saúde e está comprometida a garantir os direitos da comunidade nesse setor. Assim, “enfrentar” o médico do Posto de saúde, exigindo exames e medicamentos, parece evidenciar agenciamentos do cuidado que articulam direitos para uma comunidade que se confronta com a desmedicalização de forasteiros e chegantes.

Se, para os adeptos nova era - forasteiros e chegantes em busca de uma vida mais saudável em contato com a Natureza - a errância religiosa, a recombinação de referências, a autonomia no processo do cuidado de si, passa por escolhas e abertura ao imponderável. No caso dos nativos, contemplados por projetos sociais que buscam oferecer melhores condições de vida para a comunidade nativa - como o Projeto Crochetando Empoderando de Samaha que busca conscientizar, prevenir e combater a violência doméstica entre jovens através de oficinas de crochê e o Projeto Mães solidárias de Mara que busca oferecer uma refeição nutritiva mensalmente à comunidade carente da vila - a autonomia leva em conta a necessidade de sobrevivência. O mesmo também se evidencia com as iniciativas em saúde. Nas terapêuticas nova era os projetos passam pela saúde subjetiva e emocional, vinculada às violências espirituais; já do outro lado da ponte, as redes de cuidado são coletivizantes, implicando em ações práticas de transformação social. As necessidades de sobrevivência, como alimentação e integridade física, representam a concepção de saúde dos nativos, sobretudo dessas agentes sociais. O Posto de Saúde visibiliza os “maus encontros” (Oliveira, 2017) que também existem, e que produzem interrupções na vitalidade dos agenciamentos do cuidado em Serra Grande.

As práticas terapêuticas nova era e as práticas tradicionais são compreendidas na relação com as formas de habitar o lugar, que é corporal, espiritual, mas também social, ou até existencial.

A primeira questão está na relação conflituosa entre o “espírito sem lar” *versus* o habitar o território. Amaral (2000), propõe a expressão “espírito sem lar” para se referir à característica errante dos nova era, que se colocam em trânsito e não estabelecem um fundamento essencialista com as experiências pelas quais passam, o que implica certo desapego dos vínculos com pessoas, grupos e lugares. Essa característica vai de encontro à experiência territorializada do modo de habitar nativo de Serra Grande, em que o território e a Mata são referências de existência, de vida.

Poderia sugerir que as três variações principais já mencionadas: nativos, forasteiros e chegantes referem-se a modos de habitar que se relacionam com certos agenciamentos do cuidado. Nesse sentido, eu diria, os nativos estão “territorializados”, ou seja, mantêm fortes vínculos com a terra. Vínculos históricos, afetivos e de extração de matérias-primas da Mata (o equivalente à Natureza para forasteiros e chegantes) que se mantêm colados à existência. Possuem relações de parentesco e afinidade com outros nativos e uma identidade constituída pelos modos de vida e solidariedade que compunham esta comunidade anteriormente. Os cuidados nativos estão voltados à comunidade, tratando-se de um cuidado-existência que busca promover e garantir a saúde básica da comunidade nativa.

Forasteiros, em seus habitares, tenderiam a construir outras formas de territorialidade e relação com a Natureza, “ecoterritorializados”, já que orientados para uma vida “mais ecológica” em proximidade com a Natureza. Sem um vínculo histórico regional que caracteriza a relação dos nativos com a Serra, os forasteiros que vieram para Serra Grande nos últimos 20 anos possuem um vínculo temporal “suficiente” para estabelecer relações mais próximas com a comunidade e o lugar. Suas trajetórias em Serra incluem iniciativas de preservação ambiental e inclusão social além de uma busca pessoal orientada por espiritualidades estilo nova era.

Esse vínculo com o território de Serra Grande e seu entorno se faz muito menos presente entre os que se autodesignam chegantes. Muitos destes parecem estar propriamente desterritorializados, e podem mesmo ter o desejo de transitar entre diversos lugares onde possam encontrar experiências voltadas ao cuidado de si. A busca de terapêuticas e autodesenvolvimento entre muitos dos que ‘chegam’ parece estar ligada a modos nova era mais contemporâneos, e conta possivelmente para esse desengajamento com o território e a

comunidade local, sendo a estadia (ainda) curta de muitos destes chegantes. Uma parte destes habitantes mais recentes de Serra Grande veio para o lugar com projetos específicos e já formatados nos modelos de habitação de fazendas agroecológicas ou condomínios de bioconstrução. Esses “coletivos-alternativos” nos arredores da Vila tendem a se manter afastados da comunidade local de nativos e dos habitares do território por estes. Ao plantar no território suas próprias fazendas ou condomínios, tais chegantes criam ambientes com fronteiras bem marcadas tanto espacialmente – aquelas desenhadas nos limites do regime de propriedade - quanto na composição do grupo de condôminos e seus modos de coexistência. Esse habitar, enfim, tende a estar menos implicado com a comunidade que já vivia em Serra, e mais engajado com os próprios projetos ambientais e de autodesenvolvimento que estas propostas compreendem.

A etnografia dos agenciamentos do cuidado em relação aos modos de habitar nos permite acompanhar as transformações por que passa esse meta-referente comum, às vezes denominado “Mata”, “Mato”, “Floresta” ou “Natureza”. De um lado da ponte, a Natureza, com suas figuras de mãe da humanidade, responsável pela qualidade de vida humana, força a ser preservada e reverenciada, participa ativamente das técnicas de espiritualidade terapêutica (Tavares, 2012), por meio das ervas medicinais e das plantas de poder que orientam as formas de cuidado em saúde, além de representar a materialização da qualidade de vida na Vila Alta de Serra Grande. Do outro lado da ponte, a Mata ou o Mato, somada às forças humanas e não humanas em relação compõem um universo de cuidados da saúde que extrapola os limites terapêuticos e agenciam diversas forças em prol da sobrevivência e bem-estar.

Além da relação Natureza e território como uma primeira característica dos agenciamentos do cuidado em Serra Grande, uma segunda questão diz respeito às condições socioculturais que extrapolam os limites do conceito de saúde, e que podem ser mais bem compreendidas por meio do conceito de cuidado. Ao conhecer a ação dos agentes de saúde, especialmente de Mara, verifiquei outras modalidades do cuidado que não são restritas às práticas terapêuticas – sejam espirituais, alternativas ou biomédicas. Elas dizem respeito ao cuidado ampliado, que abarca garantia de alimentação, a sociabilidade, as condições de moradia e a educação como formas de saúde que equivalem a condições existenciais desejáveis.

O terceiro ponto que apresento diz respeito à forma como a biomedicina, as terapêuticas alternativas e tradicionais, a política, a vicinalidade, as solidariedades, e várias outras dimensões do cuidado se misturam e interagem neste lugar. Formulam encontros ou tessituras (Ingold, 2012) únicas, precárias e instáveis. É nesse sentido que proponho utilizar a ideia de agenciamentos do cuidado para relatar tais tessituras que se atualizam, se conectam, se afastam e se misturam em Serra Grande. Essas formas de cuidado atravessam “a ponte” de um lado a outro, e, pode-se dizer, formulam novas pontes¹⁷.

Agenciamentos do cuidado

A busca pela valorização da cultura local vem sendo o objetivo de muitas iniciativas socioculturais em Serra Grande. Projetos sociais e lideranças locais destacam sempre a necessidade de se afirmar a identidade nativa e valorizá-la frente à crescente migração forasteira para as terras da região.

Acompanhando os relatos mais antigos de Serra Grande e região vemos que a Serra sempre mudou, mas reconhecemos transformações intensivas no território desde a “chegada do meio ambiente”, as levas migratórias que a sucederam e a circulação ampliada de pessoas atraídas para a região que se evidencia, então, como “Natureza privilegiada” e gradativamente também “lugar de cura e de vida saudável” – nos sentidos diversos e estendidos que o termo possa acolher – propício a cidadãos em busca de formas alternativas de viver, criar filhos, desenvolver-se de modo integral, física e espiritualmente.

Nessas duas últimas décadas de transformação, contrastes de perspectivas se desenham, revelando habitares distintos na Serra; diferenças na concepção e engajamentos diversos com a “natureza”, com a “terra”, com o “lugar” e seus nativos. O “social”, no sentido de Latour (2012), se faz aqui, portanto, no encontro do que poderíamos tomar como diferentes “culturas” ou orientações no interior de uma mesma “cultura”.

Mais recentemente a Serra continua se transformando com a presença marcante de configurações como as dos empreendimentos turísticos, reservas ambientais (RPPN), condomínios de bioconstrução ou “comunidades agroecológicas”, com suas fronteiras

¹⁷ Essas pontes serão descritas a seguir.

cravadas sobre o território, e suas “novas” configurações de coletivos e práticas “alternativas” de produção da vida.

Essas marcas do lugar não deixam de desafiar aqueles que chegam e veem a resistência dos nativos, com as questões que se põem, às vezes de modo radical, para a partilha de espaços e fazeres. Da mesma maneira, a presença dos de fora ao longo das últimas décadas também não deixa de produzir novos debates acerca da resistência, que longe de associar-se a um “tradicionalismo” que remete à imagem do manter-se igual a si mesmo, transforma-se no engajamento com temas como o do cuidado da saúde e da terra – lugar onde se vive.

No campo das práticas, as categorias se embaralham, as orientações iniciais são infletidas pelo agir dos outros, pelas questões que o “lugar” e a “comunidade” colocam. O chegante vem munido de certa proposta, orientado em sua busca voltada à “natureza”, à “cura”, ao “desenvolvimento espiritual”, ao “bem viver”. Pode mesmo vislumbrar a Vila como um ponto em sua busca, como passagem transitória. Mas, ao chegar, a própria Vila lhe desafia em sua transitoriedade e condição de “não ser do lugar”. Por sua vez, os que lá chegaram antes e já criaram vínculos com o lugar e seus nativos, que souberam fazer do tempo seu aliado nesse engajamento e que, nessa história, assumiram a diferença posta pela resistência nativa, esses forasteiros e “forasteiras” tendem a se diferenciar igualmente dos chegantes, não (pelo menos ainda não) comprometidos com a Comunidade.

Com essas observações quero chamar a atenção para o caráter relacional das categorias, que podem assumir maior ou menor valor na prática conforme os contextos em questão, e que, como já foi dito, funcionam de forma dinâmica, nunca se estabilizando. É interessante ressaltar, então, como, se de um lado os estilos de habitar se ligam a orientações em torno do caminho individual, a família, a comunidade, o lugar da “Natureza”, perspectivas sobre vida saudável, cura espiritual, de outro lado, a prática no lugar impõe desafios. Nesse sentido, parece que a própria Serra Grande vem colocando frequentemente a questão do território ou do territorializar-se como problema, estriando e alisando o espaço (Deleuze e Guatarri, 2012). Vivendo historicamente um processo de transformação nos modos territoriais praticados antes do Parque e da estrada, Serra Grande continua desafiando aqueles “errantes” orientados por um modo desterritorializado ligado à espiritualidade estilo

nova era, em seus vínculos com o território e com os nativos, isto é, com aqueles que “são do lugar”.

A “Natureza” é um sujeito chave em todos os habitares em Serra Grande e uma presença constante nos agenciamentos de saúde. Ela se coloca, conforme vimos, como tema central do território em que se encontra Serra Grande. O “viver da terra”, dos mais antigos na região, o foco no Meio ambiente dos que desenharam o Parque e criaram critérios para o uso do território, os que vêm por causa da ecologia do lugar, os que chegam com suas propostas ecológicas ou agroecológicas, ou pelo “chamado” da Natureza – chamado do próprio lugar e/ou de habitantes humanos e não humanos ligados a este: sábios e sábias, profissionais de terapias e projetos “alternativos” de coletividade e educação, experimentadores diversos, plantas, técnicas, energias. Projetos que chegaram nos últimos trinta anos e continuam chegando, com pessoas que vêm tentar a vida na Vila, trazendo familiares ou não, grupos de amigos condôminos, visitantes-clientes das cidades, ou ainda projetos de investimento e oferta de serviços, e até empreendimentos “desenvolvimentistas” de grande porte como o do Porto Sul¹⁸.

Ao seguir práticas diversas na região, podemos nos deparar com a “Natureza” que vive no quintal de senhoras e senhores com seus aprendizados no uso das plantas para tratar com chás, banhos, rezas os que lhe procuram. Para essas mesmas pessoas, a “Natureza”, mais comumente denominada por eles de Mata ou Mato, pode se associar a uma história vivida de cercamentos, de impedimentos da livre circulação e uso de “recursos” da Mata, da Beira do mar; do andar com liberdade, um valor tão caro para quem é do lugar, direito que deixaram de ter quando lógicas externas ao seu modo de vida tê-los-iam obrigado a novas maneiras.

Por sua vez, a “Natureza” objeto da busca por forasteiros pode assumir também diversas feições e se fazer presente em variadas articulações. A vida próxima ou na “Natureza”, ou ainda vivida de forma mais “natural”, com muito mais “qualidade” que aquela que se vive nas cidades. Outras lógicas de uso territorial, imaginados como capazes de “preservar a Natureza”, o que pode incluir a definição de Serra Grande como área de “proteção ambiental”, com a preservação de suas florestas, fontes de água e “diversidade

¹⁸ Grande empreendimento portuário em construção há 13 km da Vila e trará grande impacto socioambiental para a região. Para mais informações: <https://nossailheus.org.br/faq-porto-sul/>

biológica”, mas também outras racionalidades na feitura de casas, no uso de materiais e técnicas construtivas ou de plantio.

Assim, modos nativos e forasteiros de articular Vida e Natureza vão compondo a multiplicidade do habitar em Serra Grande. Numa articulação entre espiritualidade (em suas variações) e Natureza (também em suas variações), em que a espiritualidade está no centro das propostas de vida na Vila (especialmente na Vila Alta), e a “Natureza” pode assumir a feição de uma espécie vegetal, ela mesma fonte de saber e poder que chama, ou ainda, pode tornar-se “Natureza” a ser contemplada, longe de outras formas de interação ou uso.

A vida próxima da “Natureza” ou na “Natureza” buscada por forasteiros, em seus diversos engajamentos econômicos e ecológicos, pode ser crítica da lógica capitalista do mercado, do consumo, da propriedade privada, ou pode operar em continuidade com essa lógica. Pode se construir como proposta engajada em questões sociais, como a das desigualdades de acesso a recursos, a garantia de direitos fundamentais para a população local, como o direito à saúde e à educação. Pode ser sensível a questões como a violência sofrida por parcelas da população e assumir posições voltadas a transformações no sentido de promover a cidadania. Ou pode fazer-se “no interior” de fazendas e “eco-vilas” distantes da vida das gentes locais e das questões do lugar. Pode, ainda, se fazer no interior mesmo dos indivíduos, nas fronteiras do *self*, em buscas pessoais de autodesenvolvimento, onde noções como comunidade e social ganham contornos muito particulares.

Tematizar a “Natureza” pensando nos habitares em Serra Grande passa, portanto, por muitos enquadramentos e articulações. Mas uma aproximação aos habitares que caracterizam as perspectivas designadas como dos nativos, forasteiros e chegantes em articulação com as diversas formas de cuidado ali praticadas (cuidado si, cuidado do mundo/planeta, cuidado comunitário, cuidado do outro), nos permite aprofundar um pouco mais a abordagem da “Natureza”.

Para os nativos, a Mata é parte da sua vida ou não se distingue desta, no sentido mais concreto possível. É dela que vêm os elementos que garantem a existência, onde se planta, se come, se vive, se diverte. A caça, a madeira para o fogão a lenha, as frutas e plantas curativas são parte da rotina, do cotidiano, que também é em grande medida atravessado pela sociabilidade comunitária. A convivência com os vizinhos, parentes e suas mazelas, assim

como as formas de solidariedade, parentesco, cidadania e resistência compõem o modo de habitar dos nativos. Aqui encontramos um estilo de viver que aglutina pessoas, mato e animais, e que agora busca cuidar também das desigualdades sociais, das violências sociais e do colonialismo sociocultural que ainda marca presença na Bahia.

Para os forasteiros, de um modo geral, a vinda para a região se deve também à “Natureza”, à Mata Atlântica. Foi ela quem os atraiu e os motiva na luta para construir um mundo diferente, vivendo em “harmonia com a natureza e a comunidade local”. Valores como amor ao próximo e à “Natureza”, espiritualidade e solidariedade orientaram uma primeira ocupação “forasteira” (refiro-me aos últimos 30 anos) da Vila, que busca(va) um modo de habitar integrador. O cuidado terapêutico e espiritual, associado a projetos sociais que visam apoiar a preservação da natureza e a comunidade local, formula a concepção de cuidado e cura na qual apostam. Se cuidar da “Natureza” carece criar limites de seu uso, que se proponham outras formas de existência para os que dela necessitam.

Para os chegantes, o *self* e a liberdade se colocam como valores centrais no cuidado de si em interação com uma “Natureza” abstrata, frequentemente tida como mãe, potência em si ou “força da Natureza” que deve ser cultuada e tem o poder para promover o bem-estar de todos. Trata-se de pôr-se em conexão com seu poder, nas ervas, bebidas, fumadas, banhadas, ou utilizadas em óleos de massagens ou sabonetes, mas também de domesticá-la “gentilmente” através de técnicas como a agroecologia ou a bioconstrução que utilizam de suas matérias primas, mas de modo “sustentável”. A “Natureza chegante” diz respeito antes de tudo ao desenvolvimento espiritual de cada ser. Viver desta “Natureza” implica em protegê-la e afastá-la dos que a “exploram”. A cura está no indivíduo e no planeta, e vem por meio da espiritualidade, da terapêutica e da preservação de si e do mundo-natureza.

O corpo, que para uns é um templo a ser preservado, contemplado e cuidado com as mais diversas terapias e técnicas, pode ser também um corpo que se compõe do território, da terra em que se vive e circula, e que se torna amputado de suas habilidades quando se depara com uma cerca que impede a passagem. A ideia de liberdade, de um lado, comprometida com o *self* sagrado e com a gratidão ao universo desobrigada, até certo ponto, dos outros, fricciona os processos de vicinalidade - “[...] proximidade aberta entre espaços de morada”, como

apontam Pina Cabral e Godoi (2014, p. 12) -, em que a partilha, o convívio e a obrigação com o outro constituem as relações.

O resultado desses agenciamentos do cuidado em Serra Grande é um movimento contínuo, modular (Goldman, 2017), que promove tessituras únicas e instáveis na cena local da saúde: ora esses fluxos se tocam, ora divergem, ora friccionam, ora colidem em uma relação entre neocolonialismo, individualismo, solidariedade, cidadania, resistência e tantos devires possíveis.

Referências Bibliográficas

- AMARAL, Leila. 2000. Carnaval da alma: comunidade, essência e sincretismo na nova era. Editora Vozes.
- BAIARDI, Amílcar; TEIXEIRA, Francisco. 2010. O Desenvolvimento dos Territórios do Baixo Sul e do Litoral Sul da Bahia: a Rota da Sustentabilidade. Salvador - Perspectivas e Vicissitudes.
- BROOKE, James. 1993. Brazilian Rain Forest Yields Most Diversity for Species of Trees - In: The New York Times March 30, 1993. Disponível em: (<https://www.nytimes.com/1993/03/30/science/Brazilian-Rain-Forest-Yields-Most-Diversity-For-Species-Of-Trees.html?smid=fb-share&fbclid=Iwar0q0xn3292hwwvoovhjyky2o8ewcrmjreqkgkt5tzrztptomtb8rbtp>)
- DIEGUES, Antonio Carlos (Org.). 2000. Os saberes tradicionais e a biodiversidade no Brasil. São Paulo: MMA/COBIO/NUPAUB/USP, 211 p.
- INGOLD, Tim. 2000. The Perception of the Environment: Essays in Livelihood, Dwelling and Skill. London and New York: Routledge.
- INGOLD, Tim. 2012. Trazendo as coisas de volta a vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. Horizontes Antropológicos. Vol. 18 n 37 Porto Alegre.
- KOTTAK, Conrad. 2009. The Changing World. The Globalization of a Brazilian Fishing Community. Bulletin of the General Anthropology Division, Volume 16, Number 1, Spring.
- LATOUR, Bruno. 2012. Reagregando o social: uma introdução à teoria Ator-Rede (GCC de Sousa, Trad.). Salvador: EDUFBA.

LITTLE, Paul E. 2003. Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: Por uma antropologia da territorialidade. Universidade de Brasília (Unb), Anuário Antropológico.

OLIVEIRA, F. C. 2017. Carne quebrada, osso rendido, nervo ofendido—encontro de saberes para curar maus encontros. Anais da ReACT-Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia, 3(3).

SILVEIRA, João Paulo De Paula; SOFIATI, Flavio Munhoz. 2016. Ecologia e espiritualidades na modernidade tardia: Da trivialidade à ética da sustentabilidade. Cienciassociales y religión/ Ciências sociais e religião, Porto Alegre, Ano 18, N. 24, P. 173-190.

SILVERA, Iacy P. 2020. (Eco)logias do cuidado: Saúde, natureza, e sociabilidade em Serra Grande, Uruçuca – BA. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFBA, Salvador.

TAVARES, Fátima. 2012. Alquimistas Da Cura: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos. Salvador, Edufba.

TAVARES, Fátima. Rediscutindo Conceitos Na Antropologia Da Saúde: Notas Sobre Os Agenciamentos Terapêuticos. In: Mana 23(1): 201-228, 2017.

TAVARES, Fátima; CAROSO, Carlos. 2018. Is It Still Possible to Talk About Nova Era Therapeutic Religiosities? International Journal of Latin American Religions.

WOORTMANN, Klaas. 1990. “Com Parente Não se Neguceia” O Campesinato Como Ordem Moral. Anuario Antropológico/ 87, Brasília – DF.

Adoecimento e morte por saudade entre indígenas Guarani Nhandéva

Jovane Gonçalves dos Santos ¹

Resumo: Este artigo é produto de minha pesquisa etnográfica desenvolvida entre os Guarani Nhandéva, moradores da comunidade Tekohá Añetete, localizada no município de Diamante do Oeste-Paraná. O estudo busca apresentar o que é a saudade para esses indígenas, de que forma ela os afeta e como eles a tratam. Participando da rotina, observando os itinerários terapêuticos e ouvindo as narrativas desses sujeitos, percebi que a saudade é uma doença grave e que pode levar a morte muito rapidamente quem é acometido por ela. Os que vivem com a saudade têm uma rotina marcada por instabilidades; os que morrem dela precisam ser rapidamente esquecidos.

Palavras-Chave: Guarani; Saudade; Doença; Morte; Etnomedicina.

Abstract: This article is the product of my ethnographic research developed among the Guarani Nhandéva, residents of the Community Tekohá Añetete, located in the municipality of Diamante do Oeste-Paraná. The study seeks to present what is nostalgia for these indigenous people, how it affects them and how they treat. Participating in the routine, observing the therapeutic itineraries and listening to the narratives of these individuals, I realized that the nostalgia is a serious disease and that can lead to death very quickly who is affected by it. Those who live with nostalgia have a routine marked by instability; those who die of it need to be quickly forgotten.

Keywords: Guarani; Nostalgia; Disease; Ethnomedicine; Death.

¹ Mestre em Ciências Sociais (Unioeste). Professor do Instituto Federal do Paraná (IFPR) campus Barracão. ¹ Coordenador do GISBERTA - Grupo de Pesquisa em Violência de Gênero na Comarca de Barracão-PR.

Para Vera Vilma Fernandes Leite... Que vive, morre e ressuscita comigo.

Entre os povos ocidentais dizer que se morre de saudade é, certamente, uma conotação. Entretanto, para os Guaraní *Nhandéva* essa afirmação tem sentido literal. São muitas as histórias de pessoas que, acometidas por saudade, estiveram “a beira da morte” e até mesmo, morreram. Este artigo busca apresentar o que é a saudade e porquê ela pode matar segundo esses indígenas.

Os indígenas Guaraní compõem etnias pertencentes à família linguística tupi-guarani, do tronco Tupi; geograficamente falando, concentram-se no que nós, “brancos” reconhecemos como sendo os territórios do Uruguai, Paraguai, Brasil, Argentina e Bolívia. No Brasil, os Guaraní se dividem, segundo Egon Schaden (1962), nas parcialidades *Mbyá*, *Nhandéva* e *Kaiowá*; sendo que os *Mbyá* se subdividem ainda em *Chiripá*, *Tambeopé* e *Paim* (Mello, 2007).

Essa pesquisa foi construída entre os *Nhandéva* moradores da comunidade *Tekohá Añetete*, localizada no interior do município de Diamante do Oeste, oeste do Estado do Paraná. Em campo eu buscava compreender o modo como os Guaraní (con)viviam com o – *jepotá*² Num emaranhado de práticas e explicações sobre esse fato disseram-me, certa vez, que a saudade é uma doença e que pode ser fatal para aquele que a tem. Observando depois a literatura existente³, foi possível constatar que essa ideia não é uma concepção exclusiva dos *Nhandéva*, perpassa também os outros subgrupos Guaraní e até mesmo, outros grupos indígenas.

No caso dos *Nhandéva*, a saudade é pensada como algo diferente de um mero “sentir falta”. Quando os Guaraní caminham de uma aldeia para a outra, sentem a falta das pessoas deixadas naquele lugar, mas esse sentir falta é preenchido pela reza, pelas lembranças dos bons tempos vividos juntos e, até mesmo, pelas visitas aos parentes. Para os Guaraní, saudade não é isso. O que é então a saudade na perspectiva desses indígenas? Como ela pode tornar-se

² “O –*jepotá* é, no saber nativo, uma força capaz de desumanizar a pessoa e transformá-la física e psiquicamente em bicho (*vixo*), estado em que o indivíduo passa a representar para os indígenas um *Anhã*, isto é, um diabo, sendo por isso comum que se refiram a ele como alguém que encarna o demônio.” (Santos, 2012: 12).

³ Ver Pissolato (2006)

a causa de uma morte? Se alguém morre de saudade, o que devem sentir nesse luto para não morrer também? São questões que esse artigo pretende responder.

A literatura existente ainda não abordou esse tema. Pissolato (2006) percebeu, durante a vivência em campo, que os Guarani pensam a saudade como uma doença; todavia, a autora não discute o modo como esse mal afeta as pessoas, menos ainda, como ele pode tornar-se a causa de uma morte. São esses espaços, vazios no conhecimento sobre os Guarani, que o presente texto pretende ocupar.

Metodologia

Como venho sugerindo, o método adotado para a construção desse estudo foi a observação participante. Morei em torno de 6 meses dentro dessa comunidade entre os anos de 2011 e 2012. O período permanecido entre eles não foi ininterrupto, mas dividido em etapas, em “ritmo descontínuo e visitas mais ou menos curtas” (Ramos, 1990), tal qual fez Goldman (2003) em um terreiro de Candomblé.

Na ânsia de conseguir elaborar a “ciência social do observado” (Lévi-Strauss, 2008:33), busquei encontrar as interrogações nativas. Essas questões não estão propriamente implícitas nas ações dos sujeitos de modo que nem eles saibam ou tenham consciência de que elas existem -como parecem acreditar alguns antropólogos-; elas estão presentes explicitamente entre eles e, às vezes, ganham expressão nos dramas cotidianos. O caso de Jaíra é um exemplo disso. Jaíra era uma senhora indígena, mãe de uma jovem que encontrava-se morando no Estado do Mato Grosso. Da filha distante Jaíra sentia saudade, nesses momentos perguntava-se sobre o que fazer para aliviar a enfermidade. Tomar chá de ervas, ir ao rezador, rezar, conversar comigo (dizia que encontrava em mim alguma coisa da filha pois, como ela, eu também estava longe de casa, morando longe dos meus)... eram as respostas que essa senhora, à luz de sua cultura, produzia no enfrentamento às agruras advindas da saudade.

Observando dramas como esse, busquei compreender quais eram às perguntas que eles respondiam. Alinho-me, portanto, a estudiosos como Eduardo Viveiros de Castro, para quem fazer antropologia corresponde ao ofício de captar as interrogações nativas, de perceber o que os indígenas consideram um problema e sobretudo, de levar à sério aquilo que, para

eles, chama-se inquietação. Levar à sério, entendo, corresponde ao que levou Peter Gow a sublinhar:

O que imagino é que devemos repensar radicalmente todo o problema da crença, ou ao menos deixar de dizer preguiçosamente que "os fulanos crêem que os mortos tocam tambores" ou que "os beltranos acreditam que os espíritos do rio tocam flautas". "Eles não 'acreditam': é verdade! É um saber sobre o mundo." (Gow, 1998 *apud* Goldman, 2005:449)

Nesse contexto percebi que os Guarani não “acham” que a saudade é uma doença e que ela pode matar. Ela é uma doença. Ela realmente mata. Por conta desse poder destruidor os indígenas, acometidos por essa patologia, lançam mão de uma série de ações buscando livrarem-se da morte. Atento à tais ações darei visibilidade a elas nesse artigo apresentando os itinerários terapêuticos de uma mulher afetada pela saudade.

Para a melhor compreensão desses itinerários, utilizei-me de entrevistas abertas que, conforme Minayo (1993), possibilitam ao pesquisador obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do entrevistado. A adoção desse método fez-se necessário porque as práticas terapêuticas construídas pela enferma iniciaram-se logo que ela se descobriu doente, isto é, bem antes de minha chegada à aldeia. As entrevistas trazem passagens reveladoras sobre o tema da saudade; todas foram gravadas e delas transcrevo alguns trechos ao longo do texto. Todavia, esse procedimento deu-se em poucos momentos. A maior parte do tempo foi ocupada para conversar abertamente com os informantes, falando de mim e deles, sem, no entanto, gravar esses diálogos, apenas registrando posteriormente informações e impressões em diário de campo.

Foi então, pela via de uma observação participante, levando à sério o nativo, procurando pelas suas questões, observando seus dramas e seus itinerários terapêuticos que construí esta pesquisa.

Ao longo desse tempo não testemunhei a morte de nenhum sujeito, mas ouvi e registrei muitas histórias sobre a morte, sobre os rituais para a morte e inclusive, sobre a morte provocada pela saudade. São essas experiências que agora, distante do campo e com alguma saudade de tudo isso, me possibilitam refletir e falar sobre essa insólita forma de adoecer e morrer entre os Guarani.

Uma doença chamada saudade

Desde o início do texto venho dizendo que a saudade é uma doença (*axy*). De fato, é assim que os Guarani a concebem. Todavia, o significado de “doença” para os Nhandéva não é o mesmo daquele partilhado por nós, não indígenas. Conforme nos diz Langdon: “A doença é um processo “experencial” — suas manifestações dependem de fatores culturais, sociais e psicológicos, operando conjuntamente com processos psicobiológicos” (Langdon, 1994:119).

Segundo os Guarani, a doença, assim como a saúde, corresponde a uma variedade de elementos existentes no mundo e a vários estados possíveis para o corpo e a alma. Um sinônimo capaz de expressá-la em sua amplitude é “mal”. Assim, os males que existem no mundo e impedem a alegria do homem são vistos e nominados pelos Guarani como doenças (Silva, 2007). A tristeza que se sente quando não se sabe ao certo o motivo, a saudade de alguém que morreu ou de alguém que se encontra longe, o desânimo para trabalhar, rezar, falar, etc., a raiva, o susto... são todas formas de doenças, pois, invariavelmente, tornam a vida na terra mais dolorida, mais difícil, menos alegre e, se não forem curadas, levam à morte.

As origens das doenças são muito diversas, podendo estar ligadas a fontes humanas e não humanas. Há males que provêm da inveja das outras pessoas e são concretizados através da feitiçaria; há outros que provêm das *anguéry* (almas dos mortos que vagam pela terra), de sakis habitantes da floresta, da mata, do trovão, dos bichos, etc. Alguns desses agentes emissores de doenças se utilizam de pequenos objetos que são inseridos no corpo dos Guarani causando-lhes as enfermidades.

Como bem demonstrou Silva (2007), para esse povo a terra é uma superfície onde eles caminham feito “folhas ao vento”, mas nesse espaço de circulação constante, também caminham as doenças e, por toda a parte, ameaçam os humanos. Para não ser acometido por uma delas é preciso que o sujeito mantenha perto de si a sua alma (*nhe'e*), recebida por ele na infância, ao pronunciar as primeiras palavras. A presença da alma é condição para a manutenção da saúde de uma pessoa.

Assim que a alma assenta no indivíduo ela passa a conduzi-lo a viver de uma boa maneira, isto é, a seguir o *nhanderekó*⁴, mas se ele, por um descuido⁵, não o segue a alma começa então a distanciar-se, fazendo o movimento de retorno para o local de onde ela veio, abandonando progressivamente o ser aqui na terra. O retorno completo dela para o seu local de origem concretiza a morte da pessoa. O sujeito que vive de uma maneira incorreta, ao caminhar pela terra pode encontrar-se com um animal e este, percebendo que o humano tem sua alma distante, pode tentar seduzi-la, atraí-la para ele (tem-se aí o fenômeno do *-jepotá*). Outras vezes esse ser humano pode encontrar-se com a memória de algum passado e sua alma, descolada dele e bastante confusa, tentará regressar para aquele local-situação-pessoa que já não o acompanha... (tem-se aí, o acontecimento da saudade).

A saudade de que venho falando é diferente de um apenas “sentir falta”. Os Guarani dizem que é muito comum sentirem falta de alguém ou de algo o qual perderam ou se distanciaram, mas isso em si não configura a doença chamada saudade. Só foi acometido por ela aquele (a) que abandonou o jeito correto de viver (*nhanderekó*) e não consegue esquecer, por exemplo, o lugar que antes habitava e no presente, orienta sua vida por uma tentativa de regresso ao inalcançável. Tem saudade aquele (a) que, de tanto pensar num ente distante, desprende-se das suas práticas cotidianas mais elementares (comer, rezar, ouvir, dançar...) e volta seus pensamentos apenas para quem longe vive. Sofre de saudade aquele (a) que após a morte de um parente continua chorando a perda, e mesmo que derrubem a casa onde este vivia e mesmo que a chuva caia diariamente; nada o faz esquecer aquele que se foi. Em resumo, só se pode dizer que alguém foi afetado pela saudade quando esta pessoa interrompe sua vida deixando de seguir o *nhanderekó* para dedicar-se aos pensamentos que o ligam ao que morreu, partiu ou, simplesmente, não existe mais.

O grande desafio dos *Nhandéva* é, portanto, o de viver de acordo com o *nhanderekó*; não segui-lo faz a alma distanciar-se da pessoa e ser, por exemplo, afetada pela saudade, essa doença, por sua vez, fará com que o indivíduo não consiga mais praticar as boas maneiras

⁴ Corresponde àquilo que os Guarani entendem como sendo o jeito correto de viver, respeitando normas religiosas, familiares, alimentares, etc.

⁵ Segundo os Guarani, esse descuido pode derivar da feitiçaria.

agravando sua enfermidade, agravando o distanciamento da sua alma e consequentemente, aproximando a morte.

Quando os *Nhandéva* sentem falta ocupam-se de rezar, dançar, conversar com seus parentes, contar histórias em grupo, rememorar os tempos passados com alegria pelo vivido, caminhar... dizem que “sentir falta” é bom, é indicativo da importância que algo ou alguém lhe teve, todavia, sabem também que esse estado pode ser prenúncio da saudade, por isso, atentam-se para sair logo dele e esquecer. O esquecimento, dizem esses indígenas, é fundamental para viver alegremente. Lembro-me, por exemplo, que diante da minha pretensão de registrar no trabalho que escrevia para o mestrado alguns detalhes do episódio em que um vizinho matou uma menina a pedradas, pediram para que eu não o fizesse. Escrever contrariava as pretensões daqueles sujeitos. Esforçavam-se para não lembrar-se daquilo. Grafar no papel seria eternizar o que eles tanto buscavam apagar de suas memórias.

Se o sentir falta resolve-se “facilmente” e pode-se esquecê-lo, saudade é bem mais difícil. Enquanto o primeiro é expressão da memória, a segunda é expressão de um estado da alma, aprisionada a um passado. O que fazer então para tratar essa enfermidade? Afinal, saudade tem cura?

Itinerários terapêuticos de uma mulher afetada pela saudade

Itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.). Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória (Cabral et al, 2010:4434). A proposta dessa seção é descrever e analisar o itinerário terapêutico de uma mulher indígena afetada pela saudade.

Quando um Guarani é afetado pela saudade dificilmente ele é capaz de reconhecer a doença que possui. Uma vez que ela é um estado da alma, as pessoas “comuns” não conseguem vê-la ou decifrá-la. Sentem apenas os seus sintomas. É preciso procurar um rezador para saber o que, de fato, vem acontecendo com o sujeito.

Os sintomas produzidos pelas doenças costumam ser diversos: Febre, dores, cansaço, inflamações, inchaço, dores de cabeça e tontura são os mais comuns de serem sentidos pelos Guarani no processo de adoecimento. Quando a doença é a saudade o corpo físico manifesta mais frequentemente: fadiga, falta de ar, falta de vontade de falar e o pensamento constante numa determinada pessoa, situação ou lugar.

Os remédios, conforme relatado por Schallenberger e Santos (2018) podem até ser eficazes para amenizar ou combater esses sintomas, mas são incapazes de produzir a cura. Esta só é possível através do trabalho do pajé que permanece como único capaz diagnosticar um indivíduo doente na comunidade *Tekohá Añetete*, mesmo em face dos médicos, dos remédios farmacológicos e da política de saúde construída pelos “brancos” para os indígenas. A observação dos itinerários terapêuticos feitos pelos Guarani expressam o predomínio dos xamãs no que se refere a saúde e doença dessa comunidade.

O caso de Jaíra

Jaíra era uma mulher que, na época de meu estudo, tinha 68 anos. Casada, morava apenas com o marido. Mãe de 3 filhos, sendo que todos eles residiam fora da aldeia. Uma de suas filhas (Sandra) encontrava-se, há mais ou menos 3 anos, na cidade de Dourados-MS. Os motivos que teriam levado a filha para “tão longe” era o casamento com um rapaz indígena que já morava em Dourados, bem como, a facilidade para ter acesso ao ensino superior na cidade em questão.

Jaíra sentia falta dos filhos distantes, mas por Sandra, nutria saudade absurda. Era esta filha quem a ajudava nas tarefas domésticas, a acompanhava nos banhos de rio, ia com ela a cidade, percorria as trilhas na mata coletando frutos, ia à casa de rezas:

Quando ela estava aqui tudo era alegre, ela sentava nesse banco e falava: ‘mãe, vamos fazer uns artesanatos?!’ e a gente ia. Depois que ela foi pro Mato Grosso nunca mais eu consegui fazer nada. Nem um brinco. As vezes até vou ali no centro cultural com as outras mulheres, mas daí eu já lembro da Sandra e volto pra casa. Daí as outras mulheres falam assim: ‘tá aborrecida? Não quer mais trançar? Eu só venho pra casa daí. (Jaíra da Silva, depoimento em 18/11/2011).

Jaíra afirma que sua doença iniciou-se assim que a filha foi para o outro Estado. Nos primeiros tempos do seu adoecimento tinha sintomas tão fortes que ficou mais de 3 meses

deitada na cama. Sentia muito cansaço, falta de ar, febre, dores no peito e seus pensamentos estavam o tempo todo ligados à Sandra, “mas aquela vez eu achava que pensava tanto nela porque eu estava preocupada com a menina”. Nesse período Jaíra perdeu muito peso e o rezador não conseguia ver direito que doença ela tinha mas suspeitava que fosse uma doença de branco, possivelmente, malária. Todavia, o diagnóstico dos médicos brancos não confirmavam a suspeita do pajé. O médico disse apenas que era fraqueza e anemia.

Sem sucesso no tratamento –do rezador e do médico- o marido de Jaíra decidiu levá-la ao pajé Esmael da aldeia de Guaíra-PR. Tratava-se de um pajé “chupador” que tirou do corpo de Jaíra um espinho⁶ indicando que a alma de Jaíra distanciara-se dela por conta de um feitiço, feito por alguém do Paraguai. O afastamento da alma levou a ocorrência de uma doença, mas esta permanecia sem ser reconhecida por Esmael. Jaíra morou com o marido alguns meses em Guaíra, período que relata ter apresentado melhoras significativas fazendo acompanhamento com o pajé. No entanto, nesse período Esmael foi chamado para ir ao Mato Grosso curar e visitar seus parentes, Jaíra decidiu retornar para o *Tekohá Añetete* em Diamante do Oeste.

A medida em que retornou para sua aldeia, retornaram também os sintomas, agora com redobrada força. Jaíra chegou a ser internada no hospital dos brancos, na cidade de Toledo-PR. Segundo ela os médicos não sabiam o que ela tinha, mas falavam que era anemia. Depois de 18 dias de internamento e sem apresentar muitas melhoras, seu esposo decidiu tirá-la do hospital e seguiram de ônibus até o Paraguai, ao encontro de um rezador bastante renomado pela sua capacidade de reconhecer, tratar e curar doenças. Jaíra conta que não queria ir. Lembrava-se de Esmael dizer que o início da doença teria acontecido pelo feitiço feito por alguém do Paraguai. Todavia, seu esposo impôs-se e seguiram o trajeto por ele planejado.

No Paraguai, hospedaram-se na casa de rezas e lá, logo nos primeiros dias o rezador já disse o que ela tinha: Tratava-se de saudade. Sua alma teria se distanciado por conta de algum feitiço enviado por alguém de longe. O distanciamento da alma coincidiu com o período em que sua filha mudara-se para outro Estado e a alma de Jaíra, confusa com essas

⁶ “O quid malignum causador da moléstia pode ser qualquer corpo estranho ou substância venenosa ou de outra forma prejudicial à saúde, como sejam pedrinhas, grãos de sementes, bichinhos feios ou até fogo” (Schaden, 1962: 131).

situações, buscou regressar ao tempo em que a moça acompanhava a mãe em suas trajetórias diárias.

O trabalho do pajé consistia em viajar até a alma da enferma e convencê-la a regressar para perto da mulher, que a esta altura encontrava-se a beira da morte. O rezador disse que o caso era muito grave, a alma encontrava-se muito confusa, desagradada e seduzida por um passado onde a mesma teria sido plenamente feliz, junto da filha. Recomendou então que o casal retornasse para o *Tekohá Añetete*, que Jaíra buscasse falar, conversar e ouvir o marido... que seguisse uma dieta baseada principalmente na ingestão de frutos e carne de animais selvagens, que fosse à casa de rezas, que procurasse ouvir o rezador da sua aldeia, que voltasse a tomar remédios de branco receitados para dor no corpo e que tentasse se manter feliz pois era preciso que sua alma entendesse que na terra ainda havia lugar para ela. O pajé solicitou por último que pedissem para a filha retornar do Mato Grosso e ficar perto da mãe até ela melhorar.

Jaíra e o esposo permaneceram por algumas semanas no Paraguai até conseguirem dinheiro suficiente para pegar ônibus e chegar em Diamante do Oeste. O estado dela ainda era de muita fragilidade e por isso, entenderam que não seria bom se tivessem que dormir pelo caminho. Seria preciso fazer a viagem em apenas um dia.

Assim que regressaram ao *Tekohá Añetete* o marido providenciou para avisar Sandra sobre o estado da mãe. A moça ficou preocupada com o diagnóstico do pajé, mas só conseguiu visitá-los no final daquele ano e por poucos dias. Jaíra relata compreender bem a filha; “Sandra tem a vida dela” e é necessário segui-la. Do contrário também cairia doente. Ademais, a saudade que Jaíra sentia não era propriamente da filha, conforme disse o rezador, é do tempo em que estava com a filha. Este tempo não retornaria, mesmo que a filha voltasse para perto dela.

Desde o retorno do Paraguai Jaíra apresentou muitas melhoras, voltou a comer, a falar, a caminhar. Seguia tomando medicamentos comprados na farmácia ou adquiridos no posto de saúde. Na época de minha pesquisa tomava paracetamol e um calmante – o frasco já estava sem rótulo e não sabia dizer-me o nome do remédio, sabia apenas que era de uso controlado, pois tinha adquirido mediante apresentação de receita- , além de um chá de ervas e casca de

uma madeira, todos eficazes no combate às dores, cansaço e falta de ar. Segundo ela, na maior parte do tempo, levava a vida alegremente e, bem por isso, sua alma estava retornando.

No entanto, também era comum contar que em certos dias sonhava com a filha ou, simplesmente, acordava pensando em Sandra. Nada em especial havia se dado. Era um pensamento que simplesmente brotava em sua mente. Esses eram dias difíceis e seu adoecimento parecia retornar... Jaíra passava o dia aflita, desassossegada, em silêncio, às vezes, em choro. Não conseguia fazer as tarefas domésticas. Seu marido chegava e ela não havia preparado nada para se alimentarem. Dizia pensar muito na filha. Recorria ao pajé que rezava e expirava fumaça sobre sua cabeça, mas segundo ele, era preciso ter calma e tentar alegrar-se para que a alma encontrasse o caminho até ela.

Num desses dias, providenciei para que Jaíra falasse ao telefone com Sandra. Elas conversaram em Guarani em torno de 5 minutos, mas a ligação caiu e não conseguimos mais restabelecer contato⁷. Após a conversa com a filha ela disse ter ficado aliviada por saber que Sandra estava bem, mas passou a maior parte do dia falando comigo a respeito da moça. A vida de Jaíra seguia dessa forma, alternando estados de alegria e de uma saudade tão grande que a impedia de falar, rezar, comer e até mesmo ouvir seu próprio marido:

Vamos supor, quando Dona Jaíra acorda pensando na Sandra as vezes eu falo com ela assim: ‘vou a venda comprar sal’ ela não responde nada. Depois quando volto ela me pergunta onde eu estava. Eu falo que fui a venda e ela diz que não sabia. (José da Silva, depoimento em 05/12/2011).

Curar-se da saudade não é algo fácil. Trata-se de uma doença cuja alma está bastante confusa entre o tempo presente e o tempo passado. Assim a vida dos que convivem com ela é sempre marcada por instabilidade. Os remédios não a curam, segundo os Guarani por mim estudados. Pissolato (2006) conta que durante a pesquisa de campo para a produção da tese de doutoramento, sua filha, ainda muito pequena, que a acompanhava, sentia demasiada saudade de seu pai; observando isso, um Guarani ofereceu-lhe remédio para “curar” a saudade. Essa concepção existente entre os *Mbya* pesquisados por Pissolato não está presente entre os *Nhandéva*. Aqui a cura para a saudade só se faz mediante intervenção do pajé. A

⁷ Na época de minha pesquisa o sinal de telefonia celular era muito ruim na aldeia.

saudade, assim como as demais doenças, é um sinônimo de alma distante. É preciso fazer a alma retornar e isso não se consegue com remédio, apenas com o trabalho de um rezador muito experiente e poderoso. Por isso é mais comum que as pessoas afetadas pela saudade terminem morrendo.

Morrendo de Saudade

A saudade pode provocar a morte de uma pessoa segundo os Guarani. Aliás, é muito comum que aqueles que padecem dela morram de fato. Ao longo de minha pesquisa não conheci nenhum sujeito que tenha vindo a morrer de saudade, mas conheci suas histórias que permanecem na memória da comunidade.

Contam os Guarani que, certa vez, um jovem veio com sua família do Paraguai para o *Tekohá Añetete*. O rapaz não gostou do lugar, alegava que não tinha amigos, nem lugares para se divertir. Queria retornar para sua aldeia, porém os pais o impediram. Para demonstrar sua chateação com a decisão dos pais, deixou de seguir o *nhanderekó* e passou a consumir bebidas alcoólicas, indo frequentemente à cidade.

Um dia, passado pouco mais de um ano desde sua chegada ao *Tekohá*, o rapaz ficou doente. Teve muita febre e cansaço. Não conseguia mais levantar da cama. Os pais pensaram, em princípio, tratar-se de algum problema derivado da ingestão de bebida, por isso o levaram para o posto de saúde. O médico receitou alguns remédios e o rapaz retornou para casa sem obter nenhuma melhora. O pajé da aldeia foi consultado e o mesmo não conseguiu ver a doença que o afetava, mas viu que a alma dele já estava bem distante. Alertou os pais para que procurassem algum rezador no Paraguai.

Impossibilitado de viajar devido ao seu estado crítico, o rapaz permaneceu na aldeia e seu pai foi até o Paraguai buscar um rezador para que pudesse curar o jovem. O rezador não queria vir. Ele já havia sonhado que alguém o buscava para tratar o caso de uma pessoa, mas que seria inútil. Aconselhou o pai a retornar para perto de seu filho e acompanhar seus últimos momentos. Insatisfeito, o pai permaneceu na aldeia do pajé por mais um dia, quando então o rezador decidiu acompanhá-lo. No entanto, quando chegaram no *Tekohá Añetete* o rapaz já havia falecido. O pajé fumou e dançou em torno do corpo do jovem, depois adormeceu por longas horas, ao despertar contou que o rapaz morrera de saudade. Assim que

o mesmo deixou de seguir o *nhanderekó* sua alma afastou-se, e terminou tentando voltar para o tempo em que o mesmo morava no Paraguai e levava a vida do jeito que os Guaraní entendem ser certo. Quanto mais o jovem ia à cidade, quanto mais ele bebia, quanto mais se afastava do jeito Guaraní de viver, mais a sua alma se distanciava dele e se prendia a um tempo inexistente no presente. Foi assim até sua alma distanciar-se de vez, não restando mais nada que o rezador pudesse fazer.

Depois desse episódio a família descobriu que o filho falecido tinha uma namorada no Paraguai. Souberam também que ele, muitas vezes, pedia a moto emprestada para um rapaz da aldeia com quem tivera contato. Alegava que precisava ir até o Paraguai, pois já não aguentava de saudade de tudo que havia ficado lá. O colega recusava-se a emprestar a motocicleta porque sabia que o jovem tinha problema com alcoolismo e temia que o mesmo quisesse suicidar-se. Depois da morte desse jovem, sua família regressou ao Paraguai.

Ao longo da pesquisa de campo também conheci a história de um homem chamado Marcelino, jovem, recém casado, vivia com a esposa próximo a aldeia de Jacutinga⁸. Teria vindo do estado de São Paulo acompanhado apenas pela mãe, que falecera ali, pouco tempo antes do jovem se casar. Com a inundação das terras produzida pela construção da hidrelétrica de Itaipu⁹, Marcelino e sua esposa tiveram que abandonar a casa, a roça, e tudo o que tinham. Algumas noites antes de deixar o lugar, Marcelino teria sonhado com a mãe e esta dizia a ele que não queria ser sufocada pelas águas. Desde esse sonho, o rapaz passou a falar pouco, a caminhar sozinho pelo mato, a ficar mais de um dia longe de casa...

Antes da inundação, mudaram-se para o Paraguai. Marcelino queria levar o corpo da mãe que estava enterrado, mas foi impedido por seus pares. No Paraguai o silêncio de Marcelino só se agravou. Raramente falava as coisas e, quando falava, era sobre a mãe falecida. Não queria trabalhar, nem caçar, nem ir à casa de rezas. Sua moradia foi construída por alguns parentes da esposa que moravam próximo deles, pois nem isso o rapaz animava-se a fazer. Depois de alguns dias Marcelino não conseguia mais levantar-se da cama. Foi tomado

⁸ Trata-se de uma aldeia *Nhandéva* que existiu até a década de 1970 na margem brasileira do Rio Paraná, entre o Rio Ocoy e o córrego de Jacutinga. Em 1977 um ato expropriatório do governo federal colocou esta área à disposição do Incra para fins de assentamento de colonos, conforme nos conta Almeida (1995).

⁹ Ver Ribeiro (2002).

por uma série de dores no corpo e muita febre. Delirava conversando com sua mãe. As vezes acordava assustado chamando ela.

Levado até o rezador, o mesmo disse que o rapaz havia sido afetado pela saudade e que já não havia mais o que fazer. Poucas semanas depois Marcelino terminou morrendo.

Tanto no primeiro quanto no segundo caso narrados, os indivíduos que conviviam com os sujeitos que vieram a óbito só tomaram conhecimento da doença que os afetava depois da morte ou num momento em que a cura já não era mais possível, dado o estado avançado do mal sobre a alma. Isso se repete nas demais histórias que ouvi de pessoas que morreram dessa causa. Acontece que a experiência da saudade é sempre, uma experiência solitária, principalmente porque ela tira do sujeito o ímpeto para a fala e nisso poucos terminam sabendo sobre o que está se passando com a pessoa adoecida. Mesmo que o único capaz de reconhecer as doenças seja o rezador, se o sujeito com saudade falasse mais sobre si, as pessoas do seu convívio poderiam supor sobre o adoecimento e encaminhá-lo ao pajé.

Entre os Guarani quando o membro de uma família fica doente o sofrimento social que esta enfermidade produz é significativo. Todo o grupo familiar se mobiliza na tentativa de ajudar o sujeito doente a conseguir os recursos para obter sua cura – buscam remédios, levam ao rezador, ajudam na obtenção dos alimentos para essa pessoa comer, acompanham o sujeito ao médico, procuram por rezadores em outras comunidades... Quando se trata da saudade, a pessoa afetada, ao perder o ânimo para a comunicação com os seus, não diz aos demais o que está pensando ou sentindo. Vive as agruras da doença em silêncio. A medida em que o tempo passa sua enfermidade torna-se mais grave até alguém perceber alguma anormalidade e, enfim, iniciar os itinerários terapêuticos.

Nos dois casos narrados a morte dos sujeitos aconteceu em um ano após o início da doença. Essa parece¹⁰ ser uma característica da saudade. Ela, quando mata, mata rápido. Ocorre que a alma estando distante da pessoa, sem vê-la praticando os hábitos do *nhanderekó* e sem perceber esforços dos seus parentes para demonstrar o quanto ela é bem quista na terra,

¹⁰ Digo “parece” porque também ouvi alguns casos de pessoas cuja morte levou anos para acontecer. Mas são casos pouco frequentes. Em regra, a saudade mata rapidamente quando não há esforços para sua cura. Havendo esses esforços a alma tende a retornar para o indivíduo e este livra-se desse mal, ainda que leve anos para isso, como no caso de Jaíra.

desiste de fato de acompanhar o indivíduo e retorna rápido –ou tenta retornar- para o mundo espiritual, concretizando a morte. Note-se: não é que os parentes não gostem do indivíduo. Diante de tanto silêncio, eles só não imaginam o que está acontecendo com ele, por isso tardam para esforçar-se na direção de ajudá-lo a recuperar sua alma. Havendo esforços, dos parentes e da pessoa, a alma tende a retornar para o indivíduo e este livra-se desse mal, ainda que leve anos para isso, como no caso de Jaíra.

Segundo os Guarani *Nhandéva*, quando uma pessoa morre sua alma vai (ou já estava indo, por isso ela morreu) para a Terra Sem Mal, um paraíso que se localiza no espaço, acima da terra má¹¹. Nesse percurso a alma precisa estar muito convicta sobre onde quer chegar pois ao longo dele existem sete porteiras e, em cada uma, ela é interrogada sobre o seu destino. Caso a alma demonstre insegura sobre o local pra onde vai, é obrigada a retornar para a terra, porém, como fantasma. No retorno não é mais conhecida como *nhe'e*, e sim, *anguéry*; não traz mais a vida e a palavra às pessoas, agora traz somente maldades e até mesmo a morte.

Anguérys são almas penadas que caminham pela terra principalmente a noite e no horário do meio dia. Os Guarani temem muito encontrá-las, sobretudo, aqueles indivíduos que já não vivem de acordo com o *nhanderekó*. Tais sujeitos são sempre mais vulneráveis e, para eles, os fantasmas são perigosos sobremaneira. O encontro de um humano com um fantasma pode produzir susto, doenças, perda da fala, morte, etc. Apesar desse caráter terrível das *anguérys*, elas são essencialmente almas solitárias e que no fundo, apenas buscam companhia por isso tentam aproximar-se dos vivos, conforme já observou Egon Schaden:

Não o movem más intenções e não há de sua parte nenhum desejo de provocar a perdição de quem quer que seja. Não é Mefisto, mas o “pobre diabo”, que talvez até sinta pena do mal que cause. Assemelha-se, pois, como já indiquei, à alma nada, que sofre no purgatório, merecedora da compaixão dos que vivem cá na terra” (Schaden, 1962: 117-118).

¹¹ Pierre Clastres afirma que, para os Guarani, a terra é má por ser o lugar onde as coisas só podem ser uma: “O um sem o múltiplo”. De acordo com ele: “os homens são os habitantes de uma terra imperfeita, de uma terra má. Sempre foi assim. Os Guarani estão acostumados à desgraça, não é nada de novo para eles, nada surpreendente. Eles já tinham conhecimento dela bem antes da chegada dos ocidentais, que nada lhes ensinaram sobre o assunto” (1978, p. 119). Essa ideia dos Guarani como fugitivos, desgraçados, vem sendo questionada por pesquisadores como Bartomeu Meliá, Evaldo Silva, entre outros. Pissolato (2007) verifica entre os Mbya que a terra é má por ser permeada de doenças e de dificuldades opostas à realização da alegria e do bom viver. Daí, viver nela torna-se um desafio para os Guarani.

Todavia, qualquer gesto que derive das *anguérys* deve ser visto com temor e receio. Até mesmo o ato de falar sobre elas é evitado por esses indígenas.

As almas dos indivíduos que morrem de saudade quase sempre se tornam *anguérys*. Os Guarani as descrevem como almas completamente confusas, seduzidas por um passado para o qual não podem retornar e, por isso, no caminho em direção a Terra Sem Mal, terminam se equivocando numa das porteiras e são condenadas a voltarem para a terra constituindo-se agora nos fantasmas. Por isso, aconselham esses indígenas que, uma pessoa cuja a causa da morte foi saudade, precisa ser rapidamente esquecida. O luto precisa ser breve, pois a alma desse falecido certamente vaga pela terra. Ficar mencionando-o atrairá sua *anguéry*, pois a fará entender que ela tem lugar entre os vivos, ou que os vivos querem um lugar entre os mortos. Dessa forma, quem morre de saudade, mais rápido do que qualquer outro morto, precisa ser esquecido.

A morte e os ritos para quem morre de saudade

A morte é um momento de dor para os Guarani. Não propriamente para aquele que morre¹², este inclusive, como testemunhou Schaden, as vezes quer morrer “pelo desejo de ir para o além” (p. 133). A morte é dolorosa para os vivos e a ideia de ser ela uma passagem para a Terra Sem Mal não atenua as agruras dos enlutados. Todavia, a tristeza não pode permanecer por muito tempo. É preciso afastar os pensamentos que rememoram o defunto. Chorar a morte é algo para se fazer somente até o acontecimento da primeira chuva¹³ após o enterro. Quando o morto foi vitimado pela saudade tais cuidados precisam ser redobrados.

Quando uma pessoa morre seu corpo só é enterrado um dia após o acontecimento. Nesse tempo os indígenas fazem um velório semelhante ao realizado pelos ocidentais. Depois, o morto é sepultado no cemitério, em geral, distante das habitações e dos espaços sociais (roça, casa de rezas, campo, etc.) da comunidade. Sobre a tumba (as vezes dentro do caixão) depositam objetos pessoais do falecido, comida, cruz, flores... É comum que os vivos

¹² Curt Nimunedaju ([1914] 1987) destaca que os Guarani têm muito mais medo dos mortos que da morte. Segundo o autor, “o moribundo dá aos seus as últimas ordens, com a máxima objetividade, que são rigorosamente executadas; até que lhe falte a voz, canta seu canto ritual, se o possui, repudiando qualquer consolo[...]”(idem: 36).

¹³ Também entre os Mbya esta concepção está presente, conforme Mendes Junior (2009).

chorem nesses momentos e continuem chorando depois, quando voltam para as suas casas. Fazem isso até chover.

A chuva é um momento de ruptura. Segundo os Guarani o corpo de uma pessoa possui “calor”, uma espécie de energia que deixa sobre a terra principalmente nos objetos e nos lugares frequentados comumente. Quando uma pessoa morre seu “calor” permanece nesses espaços. É preciso libertar-se dele. O acontecimento da chuva contribui para retirá-lo dali. A chuva lava as coisas e apaga da terra o rastro daquele que faleceu. A partir desse momento o morto precisa ser “esquecido”. Evita-se falar sobre ele. Não se deve mais chorar a sua morte. Antes da chuva o morto tinha razões para voltar à terra pois seu calor permanecia por ali, depois dela, as marcas dos seus itinerários desapareceram. Não há mais razões para o seu retorno, a não ser por menção constante ao seu nome.

O “calor” de um defunto conduz os vivos a mencionarem-no constantemente e essas menções nada contribuem para o sucesso da alma do morto na sua tentativa de chegar à Terra sem mal. Não estranha que durante muito tempo os Guarani, imediatamente após a morte de uma pessoa, derrubavam a casa habitada por ela. Era uma forma de tirar de perto dos vivos o calor de quem se foi. Hoje, no *Tekohá Añetete*, como a maioria das moradias foram construídas em alvenaria, os indígenas não mais as destroem nessas ocasiões: abandonam-nas. Passam a morar numa outra casa, improvisada, no meio do mato e permanecem lá por tempo indeterminado. A casa antiga, onde o morto habitou, não será mais ocupada pela mesma família. Outras pessoas, se quiserem, poderão servir-se dela. A família enlutada e refugiada no mato, voltará mais tarde para as casas de alvenaria ou para outra casa também abandonada e à disposição.

O calor do morto só é perigoso para quem o conheceu quando vivo. Não é propriamente o calor, impregnado nos lugares e nos objetos, que faz mal. Essa energia, presente nos elementos materiais, conduz quem conheceu o defunto a lembrar-se dele, a pensar, a falar e, até mesmo, a sentir falta e saudade dele. Nessas memórias e nesses gestos residem o perigo. Falar reiteradamente no morto faz com que a alma dele entenda: há na terra um lugar para ela! Caso ela não tenha atingido o paraíso, voltará para atender a esses chamados, porém, mortos e vivos não podem trocar entre si enquanto estiverem com perspectivas diferentes. Suas perspectivas precisam ser igualadas para que a reciprocidade se

concretize. A única forma de haver essa igualdade é a alma do vivo morrer também. Por isso, sabem os Guarani que a alma dos mortos são sempre muito perigosas, pois fazem os vivos igualarem-se a elas.

As almas dos indivíduos, mortos por causas naturais ou vítimas de certas doenças, atingem a terra sem mal depois de um tempo. As almas daqueles que morrem de saudade não. Elas tendem a permanecer na terra, como *anguérys*. Por isso, aquele que morre de saudade precisa ser esquecido. Seu nome não pode ser pronunciado com frequência. Sua família não pode chorar a morte além da primeira chuva. Até mesmo um mero sentir falta precisa ser evitado. Os gestos que lembrem o falecido atrairão sua alma. Esta, por certo um fantasma, a espera de companhia, virá na direção de quem a menciona e outras mortes haverá de acontecer.

Considerações Finais

Os estudos de Schaden realizados nos anos de 1950 testemunharam indígenas Guarani extremamente temerosos, num estado mental de insegurança e de quase desespero em face às explicações para a morte e para as doenças. Tal estado era motivado, segundo o autor, pelo contato interétnico. A presença de outros saberes (ocidentais, cristãos, médicos...) discursando sobre esses fenômenos levavam os Guarani a uma crise de “desintegração cultural”. Mais de meio século depois tudo isso mostra-se superado por esses indígenas.

Os Guarani ainda temem a morte. Pudera! Mas não creditam à feitiçaria a causa maior para os óbitos, o que os fazem menos “fugitivos” e menos desesperados. A explicação para a morte hoje considera mais a noção de alma e de distanciamento dela dos sujeitos. Os feitiços ainda existem, são poderosos e temidos, mas matam menos do que as seduições que o mundo produz sobre os indígenas, desencaminhando-os das vivências corretas denominadas por eles de *nhanderekó*.

Os diversos discursos sobre as doenças produzidos por fontes externas foram orquestrados pelos Guarani e ganharam sentidos bastante peculiares a luz dessa cultura. Os rezadores não lamentam a existência dos postos de saúde e dos remédios industrializados,

antes usam deles e recomendam-nos; sabem de sua eficácia para tratar os sintomas e de sua inutilidade para curar as doenças.

Não há insegurança nem desespero por parte dos *Nhandéva* quando precisam lidar com as múltiplas formas de curar. Ao contrário, lançam mão delas e com elas constroem seus itinerários terapêuticos. Se há lugar para desespero pode-se dizer que este acontece mais pela impossibilidade de acessar as diversas formas de tratamento (médico, xamã, farmacêutico...) do que pela existência delas.

Teriam então esses indígenas se aculturado de vez? Somente sendo um louco para acreditar nisso. O modo como esses indígenas teorizam, vivenciam e morrem de saudade é também uma evidência dessa negativa. Pensar a saudade como doença é uma característica bastante ímpar desse povo; sinaliza para uma concepção de mundo que nada tem a ver com a dos ocidentais ou dos cristãos, garantindo-nos que as mudanças produzidas pelos indígenas no interior da sua cultura foram orquestradas à sua maneira, nada tendo a ver com aquilo que Roberto Cardoso de Oliveira chamou de “assimilação”.

Entender o que os Guarani pensam sobre a saudade nos mostra que há no mundo muito mais formas de viver e de morrer do que as ciências médicas tem nos ensinado até agora.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, Rubem Thomaz de. 1995, *Laudo antropológico sobre a comunidade Guarani – Nhandeva do Oco'y/Jacutinga – PR*. Rio de Janeiro.
- CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. 2011, “Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil”, *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 16(11), 4433-4442.
- CLASTRES, Pierre. 1978. *A Sociedade Contra o Estado*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.
- GOLDMAN, Marcio. 2003, *Os Tambores dos mortos e os tambores dos Vivos. Etnografia, Antropologia e Política em Ilhéus, Bahia*. Revista de Antropologia, 46 (2): 445-476.
- LANGDON, Esther Jean. 1994, “Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana”, In SANTOS, RV., COIMBRA JR., CEA., Orgs. *Saúde e povos indígenas*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, pp. 115-141.

- LÉVI-STRAUSS, Claude. [1958]2008, *Antropologia Estrutural*. São Paulo: Cosac Naify.
- MELLO, Flávia Cristina de. 2007, *Mbyá e Chiripá: identidades étnicas, etnônimos e autodenominações entre os Guarani do sul do Brasil*. Tellus, ano 7, n. 12.
- MENDES JUNIOR, Rafael Fernandes. 2009, *Os animais são muito mais que algo somente bom para comer*. Niterói, Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. UFF.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. 1993. O Desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2 edição. São Paulo/Rio de Janeiro. Hucitec. Abraço
- NIMUENDAJU, Curt Unkel. [1914] 1987, *As Lendas da Criação e da Destruição do Mundo como Fundamentos da Religião dos Apapocúva-Guarani*. São Paulo: Hucitec/Edusp.
- OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. 1976. *Do índio ao bugre: o processo de assimilação dos Terena*, Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- PISSOLATO, Elizabeth de Paula. 2006. *A duração da pessoa: mobilidade, parentesco e xamanismo mbya (guarani)*. Rio de Janeiro. Tese de doutorado. PPGAS/Museu Nacional, UFRJ.
- SANTOS, Jovane Gonçalves dos. 2012. *Entre Homens e Diabos: Uma etnografia dos Guarani Nhandéva acometidos pelo –jepotá*. Toledo-PR, dissertação de mestrado, Unioeste.
- SCHADEN, Egon. [1954]1962. *Aspectos Fundamentais da Cultura Guarani*. São Paulo: Difusão Européia do Livro.
- SCHALLENBERGER, Erneldo; SANTOS, Jovane Gonçalves dos. 2018, “Doença e cura na etnomedicina Guarani Nhandeva: o médico e o xamã”, *Cadernos de Saúde e Meio Ambiente*, Chapecó – SC, 48 (31), 41-49.
- SILVA, Evaldo Mendes da. 2007. *Folhas Ao Vento: A micromobilidade de grupos Mbya e Nhandéva (Guarani) na Tríplice Fronteira*. Rio de Janeiro, Tese (Doutorado).PPGSA, UFRJ.
- RAMOS, Alcida. 1990, “Ethnology Brazilian Style”. *Trabalhos em Ciências Sociais - Série Antropologia*, 89: 1-38.
- RIBEIRO, Sarah Iurkiv Gomes Tibes. 2002, *O horizonte é a terra: manipulação da identidade e construção do ser entre os Guarani no Oeste do Paraná (1977-1997)*. Porto Alegre, Tese (Doutorado em História) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Concepções, suicídio e enfrentamento entre os indígenas isolados *Suruwaha*

Palloma Cavalcanti Rezende Braga¹

Resumo: O artigo aborda aspectos antropológicos sobre o entendimento da corporalidade *Suruwaha*, especificamente relacionados aos processos de suicídio e à compreensão sobre as existências, tendo como pano de fundo os contextos culturais, identitários, bem como, a biodiversidade e o ecossistema em que estes vivem. Aqui será introduzido parte de uma investigação que vem sendo desenvolvida a partir da análise etnológica de dados etnográficos e materiais coletados durante visitas na aldeia *Suruwaha* no contexto do atendimento de saúde nacional direcionado para os ameríndios do Médio Purus Amazônico, da qual se espera fomentar o debate de assuntos que se fazem tão urgentes e necessários, como a proteção das sociedades indígenas num planeta aquecido e pós-pandêmico. Os resultados visam a ampliar a produção do conhecimento acerca das ontologias ameríndias, bem como, contribuir para o campo da Antropologia da Saúde, necessário no diálogo condizente para melhor adequação dos serviços oferecidos e, em parte, geridos pelas populações indígenas.

Palavras-chave: *Suruwaha*, Indígenas Isolados, Saúde Indígena, Suicídio.

Abstract: The article addresses anthropological aspects of the understanding of *Suruwaha* corporeality, specifically related to suicide processes and the understanding of existence, against the backdrop of cultural and identity contexts, as well as the biodiversity and ecosystem in which they live. Here, part of an investigation that has been developed from the ethnological analysis of ethnographic data and materials collected during visits to the *Suruwaha* village in the context of national health care directed to the Amerindians of the Middle Purus Amazon will be introduced, from which it is hoped to foster the debate on issues that are so urgent and necessary, such as the protection of indigenous societies in a heated and post-pandemic planet. The results aim to expand the production of knowledge about Amerindian ontologies, as well as to contribute to the field of Anthropology of Health, necessary in the consistent dialog for better adaptation of the services offered and, in part, managed by indigenous populations.

Keywords: *Suruwaha*, Isolated Indigenous, Indigenous Health, Suicide.

¹ Palloma Cavalcanti Rezende Braga é doutoranda no Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco (PPGA-UFPE). Tem mestrado pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia da mesma universidade (PPGA/UFPE, 2010); e Bacharelado em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Pernambuco (Recife, 2007). Atua no campo acadêmico em estudos antropológicos com ênfase em Etnicidade e Saúde. Possui experiência em estudos, pesquisas e coordenação técnica de Programas e Projetos institucionais e organizações não-governamentais, incluindo Associações Indígenas. É Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Etnicidade (NEPE-UFPE).

Epistemologia *Suruwaha*

Desde que os remanescentes dos antigos grupos indígenas *Dawa*² foram localizados nas águas do igarapé *Jokihi*, afluentes do Riozinho, Médio Purus Amazônico, em meados de 1978³, escritos foram produzidos, formando uma Etnologia *Suruwaha* interessante para analisar narrativas culturais e concepções coletivas próprias. Os primeiros desses escritos partiram de Gunter Kroemer, padre, estudioso ligado ao Conselho Missionário Indigenista (CIMI), cujo o principal livro, *Kunahã Madi: O povo do Veneno* (1994), retratou a primeira Etnografia experimentada entre os *Suruwaha*, trazendo análises simples e importantes acerca dos diversos aspectos da vida do grupo. Contudo, organizado para alinhar suas informações sob os aspectos culturais das sociedades ocidentais, assim são as etnografias clássicas (às quais temos acesso), os sujeitos conceituais elementares das sociedades tradicionais não estavam priorizados nos olhares investigativos até a metade dos estudos da Antropologia Contemporânea, a partir dos estudos de Geertz (2008). No caso *Suruwaha*, a virada ontológica foi demarcada na experiência etnográfica perspectivista (Huber, 2012; Aparício, 2014), com toda riqueza de narrativas das vozes *Suruwaha*, feitas por indígenas sem representantes, engajados ou interessados nas políticas envolvidas no estado nacional. De acordo com Adriana Huber:

(Os *Suruwaha*) tendem a manifestar um desprezo vivo pela “escrita dos brancos” (*jara zama hazuhady*). Alegam que nossa dependência em relação às linhas riscadas seria um sinal de que nós sofremos de “memória fraca” (*gianzubuni*⁴ *imiakijawaru*), e afirmam não ter o mínimo interesse em ser alfabetizados por medo de tornar-se mentalmente preguiçosos. (Huber, 2012:77)

Os *Suruwaha* são categorizados pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) como *Indígenas Isolados de Recente Contato*. O isolamento é quase total, por

² A Etnologia *Suruwaha* aponta diferentes grupos *Dawa* que viviam espalhados por todo Vale do Purus amazônico antes de perderem seus territórios para as ações econômicas coloniais e nacionais, principalmente, durante os ciclos econômicos da borracha. Quanto mais recente é o período das constatações, maior é o número de grupos/subgrupos *Dawa* revelados pelos *Suruwaha* como populações que os originaram.

³ Durante a ação de reconhecimento dos territórios habitados por ameríndios na Amazonia Legal, e, posteriormente, em 1980, contactados por membros das equipes do Conselho Missionário Indigenista (CIMI) e da Operação Anchieta (OPAN).

⁴ *Giyzoboni*, um termo *Suruwaha* tratado adiante no texto. Mantenho a escrita do termo a partir da fonética percebida por mim, similar ao trazido por escritos anteriores (Jardins, 2009).

decisão coletiva, mas há décadas convivem com o *jara*⁵ (branco) institucional. Trataremos disto nas próximas linhas, preocupadas com questões de saúde no bojo de uma Etnografia desempenhada durante experiência com a saúde indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Médio Purus Amazônico, entre os anos de 2016 e 2017.

As situações de influência externas nos povos dos antigos coletivos *Dawa* são verificadas desde os conflitos entre portugueses e espanhóis no Médio Purus Amazônico e o envolvimento dos indígenas nesses conflitos, conforme relata Gunter Kroemer (1985). O registro do cronista Gaspar de Carvajal, quando acompanhava a passagem dos colonizadores no Rio Purus, em expedição de Francisco Orellana, no ano de 1542, traz notícias de várias aldeias com muitos mortos e de violência cometida contra os ameríndios (Kroemer, 1985:18). Documentos mostram que antes de 1689 já existiam portugueses realizando comércio no rio Purus, protegendo-se com “tropas de resgate” contra as missões expansionistas espanholas que desciam de Quito (Kroemer, 1985:23). Como sabemos, os ameríndios da Amazônia Legal foram “incluídos” no sistema de disputa colonial dos países ibéricos desde a “descoberta” do continente.

Observando o cronograma do expansionismo econômico da região, compreendemos a perda rápida e gradativa dos territórios dos ascendentes *Dawa* que habitavam no Vale do Purus e imaginarmos como essas perdas reverberam em seus conceitos particulares regidos pelo ecossistema. Tal realidade etno-histórica, movida por fugas da exploração, das doenças e das violências, teria provocado um etnotrauma na população *Suruwaha*, causando o isolamento do grupo, o suicídio e a ativação de cadeia suicida (Kroemer, 1994). Tais fatores provocam antes os extermínios culturais fundamentais para o *Bem Viver*, como a circulação de mercadorias entre os grupos indígenas do Médio Purus (rede de trocas) e a ‘descaracterização’ das diferenças identitárias dos coletivos indígenas (os grupos *Dawa*). O *Bem Viver* é um conjunto de fundamentos relevantes para obter uma boa vida (Krenak, 2022: 117): “É o que os quéchuas chamam de *sumak kawsay* e que foi traduzido para o castelhano como *bienvivir*” (IDEM; IBDEM). Para os *Suruwaha*, o domínio cultural advindo dos ensinamentos ancestrais, quando eram acostumados a viver livremente em territórios fartos

⁵ Para melhor organizar o significado do termo com a ortografia empregada nas definições de sujeito coletivo, devo mencionar que os não-indígenas- *jara* ou *jaras*- existem sob a forma de múltiplos seres, não consta uma definição *Suruwaha* de um coletivo branco.

espalhados nos rios e igarapés, foi, em parte, interrompido. A partir disso, conforme observou Kroemer (1994), foi preciso reinventar um novo sentido para a existência.

As relações exógenas os fizeram pensar a respeito da necessidade de identificar-se (como um grupo) para as pessoas não *Suruwaha*. Animaru, hoje um simpático ancião da aldeia, informou aos primeiros *jaras* que chegaram no *Jokihi*, que o grupo se chamava ‘*Suruwaha*’, nome que pertencia a um dos coletivos de parentes *Dawa* extinto. No passado, os antigos *Suruwaha* mantiveram relações de contato com *jaras* e possuíam suas matérias primas. Assim, a recente denominação dos sobreviventes *Dawa* atribuída por Animaru, em ocasião daquele recente contato com *jaras*, resgatava a memória do antigo grupo. Entretanto, a nova auto atribuição está relacionada com um coletivo que passou a não mais existir após o contato com os brancos. “A memória histórica sobre a qual um grupo baseia sua identidade presente pode nutrir-se de lembranças de um passado prestigioso ou ser apenas a da denominação e do sofrimento compartilhado” (Poutignat, Streiff-fenart, 1995:165 *apud* Barth, [1969] 2000).

Durante a convivência no *Jokihi*, certamente, ouvi mais o termo ‘*Jadawa*’ do que ‘*Suruwaha*’, ainda que em muitas ocasiões não fosse possível compreender de que forma estavam empregando a palavra. Adriana Huber, aponta ocasião em que o termo foi empregado pelos ancestrais *Masanidawa* para classificar pessoas de outra etnia (antes desta se envolver em massacre influenciado nas fronteiras das relações no Médio Purus no início do século passado): “Os *Katukina* são bons caçadores. São nossos aliados (*jadawa*)” (Huber, 2012:158). Ouvi dois rapazes *Suruwaha* afirmar no *Jokihi* que um técnico ligado a FUNAI, descendente de *jara* com indígena *Apurinã*, era *Jadawa*. Pensando auto-atribuição *Suruwaha* para as relações de fronteira e considerando o termo pelo qual se autodefinem sob perspectivas cósmicas- *Jadawa*- entendemos a identidade da população *Suruwaha* definida, como diria Barth, “simultaneamente pelo que é subjetivamente reivindicado e pelo que é socialmente atribuído” (Poutignat, Streiff-fenart, 1995:149 *apud* Barth, 1995).

Para a geração *Suruwaha* que conviveu com Gunter Kroemer, lua, sol e astros são entidades relacionadas com a origem do mundo chamadas *Jadawa* (Kroemer, 1994:90). O termo também diz respeito ao senhor dos ventos e dos morros; *Jadawa* são os espíritos do veneno e da flecha (Kroemer, 1994:142); *Jadawa Kuribe* é ancestral da cobra com importante

papel na produção do veneno (Idem, Ibidem:91); *Mahone Jadawa* é uma entidade mítica dos tempos primordiais que usava diademas para criar todas as antas (Kroemer, 1994:105). O termo remete aos seres com poderes e aptidões superiores para manejar elementos importantes no contexto de vida *Suruwaha*. Diferente das Etnografias perspectivistas contemporâneas (Huber, 2012; Aparício, 2014; 2015), a Etnologia “clássica” *Suruwaha* parece não mencionar o pensamento *Suruwaha* de estar no mundo como pessoa *Jadawa*.

Contudo, as análises que vêm sendo desenvolvidas, por intermédio de investigação de doutorado com foco na corporalidade, suicídio e pós-morte entre os *Suruwaha*, levam a crer que as condições para ser/sentir-se *Jadawa*, quando contrariadas, reverberam na prática do suicídio entre eles, refletindo a contradição suicídio x *Bem Viver*. O suicídio entre os *Suruwaha* tem se mostrado como um fenômeno que irrompe nos aspectos da vida social e cosmológica do grupo, transformando regras organizacionais e versões escatológicas. Na década de Kroemer, foi observada a interferência do suicídio nas regras de casamento milenares entre primos cruzados bilaterais de ambos os lados (filha da irmã do pai/filha do irmão da mãe), regra ainda praticada no início do isolamento no *Jokihi*. Com a prática do suicídio, passou a existir uma regra diferenciada, denominada *dydauhyru* (casamento por entrega das mulheres) (Kroemer, 1994:47). Na geração por mim conhecida, os mais jovens, principalmente as mulheres, não apresentam intenção de juntar as redes (casar) devido às suas condições de infância: órfãos e precisam cuidar dos irmãos pequenos, não demonstrando desejo, necessidade ou disposição para ter seus próprios filhos. Uma análise de parentesco que inclua as gerações mais recentes poderá aprofundar melhor o assunto.

Gunter Kroemer (1994), em 1988, contou os *Suruwaha* em 123 indígenas. Entre os anos de 2016 e 2017, as equipes do DSEI-Médio Purus, considerando a contínua atualização da quantidade de nascidos e falecidos, registrada pelos enfermeiros, constatava número constante de indígenas nos atendimentos de saúde, variando entre 153 e 155 pessoas. Os prontuários de saúde referentes aos anos de 2008 a 2018, registrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI/SESAI), indicam todos os falecimentos provenientes de “morte-autodeterminada”, categoria descrita em CID (classificação estatística internacional) para o caso *Suruwaha*. A denominação “morte-autodeterminada” é questionada pelos indigenistas, por atribuir um sentido contrário ao pensamento *Suruwaha*

dos acontecimentos e das relações estabelecidas com a raiz do Timbó (*Kunaha*). Essa questão do diagnóstico merece uma atenção especial, quando consideramos o conceito do coletivo próprio do *Bem Viver*, pois entendemos que o ataque do Timbó é propiciado por uma quebra de padrão conceitual do *Bem Viver Suruwaha*. Ao mesmo tempo, compreendemos a dinâmica dessas transformações, atreladas às influências externas ao indivíduo e ao domínio sobrenatural da raiz.

Quando analisamos os prontuários dos nascimentos e das mortes entre os *Suruwaha*, entendemos existir uma baixa expectativa de vida no *Jokihi*. A grande maioria dos mortos nasceram depois de mim. Os antropólogos que estiveram entre eles costumam relatar convivência com indígenas de gerações diferentes, pois é difícil encontrar o mesmo informante em retorno ao *Jokihi*, portanto, o tempo da humanidade *Suruwaha* na terra é muito diferente da expectativa de vida no Ocidente. Posso dizer que conheci pessoalmente um terço das pessoas registradas por Kroemer em 1988. Os jovens são a grande maioria, ouvi de muitas pessoas no Médio Purus que os *Suruwaha* são “indígenas crianças”. Entretanto, embora não seja para todos os casos, há no *Jokihi* um espaço especial para algumas pessoas mais velhas; há uma posição importante dos chefes, homens de meia idade com largos papéis sociais; e para as mulheres mais antigas, fortes coletoras e cuidadoras de crianças órfãs. Todos esses fatores são questões para pensar às contradições do “suicídio cultural”, ou entender as versões culturais que possibilitam essas ditas contradições.

Considerando a mudança rápida das gerações entre os *Suruwaha*, consequência da prática de morte com a raiz venenosa do Timbó, entendemos que as mudanças ocorrem ao ritmo das relações de fronteiras que mantêm. Ao modo das instabilidades culturais, os *Suruwaha* produzem suas versões de mundo munidos das influências às quais são acometidos. Essa realidade nos aproxima em compreender as estratégias de resistência e luta étnica pela vida na terra - a vida *Jadawa*. As ações nativas de enfrentamento ao suicídio vêm a exemplificar e argumentar tais impressões.

Observar as questões de saúde no interior do mundo dos indígenas *Suruwaha* requer posicionar a questão do suicídio como o principal desafio para tratar da temática. O assunto infere ao antropólogo a querer conhecer o “ponto de vista” nativo, pois, para qualquer outro problema de pesquisa investigado dentro desse contexto, encontraremos amarras

investigativas no fenômeno do suicídio, ou seja, é necessário contextualizar o fenômeno do suicídio. Nas diferentes motivações que são descritas como causas das mortes pelos próprios ameríndios, assim como nos prontuários de saúde, entre médicos e enfermeiros e outros das equipes de saúde e da Frente de Proteção dos Indígenas Isolados (FUNAI), o suicídio é precedido de manifestações *Zawa* (traduzida como raiva ou ira). Ou seja, a *Zawa* aparece como a situação que predispõe o indivíduo *Jadawa* a sair da existência terrena. Ela é ocasionada no excesso de relações entre pertencentes a diferentes grupos/subgrupo que, ao tempo de um indígena ancião, passou a se autodeclarar *Suruwaha*. Sendo *Zawa* definido pelos indígenas como um estado onde “o coração fica cheio” - proporciona uma irregularidade *Giyzoboni*, no sentido de perde-se naquilo que é inerente ao mundo *Jadawa*. O estado *Zawa* torna os humanos uma “presa por excelência” do Timbó, a raiz venenosa que ocupa o local dos depredadores humanos na cadeia de depredação. Em vista dessas condições, os indígenas buscam sempre manter um coração tranquilo e harmonioso – *zamaru* – pois se o coração sai desta condição, a pessoa adquire um comportamento desumano- *jadawasu*- e pode ser atraída pelo espírito do Timbó (Aparício, 2014:132).

Assim como os outros seres presente no universo, o *Kunaha* tem um espírito dono que governa a parte que lhes é referente no mundo. A partir dos relatos, identificamos que o Timbó não tem o poder de destruir a existência do suicida- a unidade do espírito (nos termos de Viveiros de Castro⁶)- mas provoca um ritual metamórfico dessa unidade- *Giyzoboni*- ativando sua transformação nas diferentes perspectivas (e diversidade de corpos) por ela atravessada no pós-morte, como se o malefício do veneno do Timbó causado ali continuasse após o suicídio. *Giyzoboni* trafega perseguido pelo Timbó até que se alcance a casa/maloca *Bai Dokumi*, onde o suicida passará a viver com o povo do veneno (*Kanaha Madi*). A partir daí, os *Suruwaha* relatam haver a experiência da humanidade perfeita, onde a existência é regrada por dança, canto, rapé e constante felicidade. O estado que adquirem após aplicação do rapé nas narinas- *Iniwa*- concede poder xamânico, permitindo que descubram, descrevam, analisem e por vezes se comuniquem com diferentes seres que compõe o universo. São essas ocasiões xamânicas que sustentam a experiência da existência pós-morte. Apesar das rupturas

⁶ Sobre a concepção ameríndia: “unidade do espírito e diversidade dos corpos” (Viveiros de Castro, 1996:116)

transformacionais na versão da escatologia, os *Suruwaha* mantêm a casa *Bai Dokumi* como destino esperado.

Durante a vivência no *Jokihi*, foi possível compreender a questão do suicídio como algo da vida cotidiana dos *Suruwaha*, pois, quando não estão em iminência para o consumo de *Kunaha*, o assunto está quase sempre em pauta na Terra Indígena. Difícil não dialogar no *Jokihi* com alguém sentindo saudade (*kamonini*) de algum afeto que perdeu a vida terrena para o Timbó. Este ser da depredação das existências que se torna ‘dono’ dos humanos quando em condições de suas vulnerabilidades. Introduzimos uma ideia de vulnerabilidades conceituais.

As análises apresentadas nesse texto trazem indagações de como as ações de prevenção e técnicas corporais indígenas, para evitar o suicídio de um parente, interagem tão contrariamente com a perspectiva *Suruwaha* da existência que nos colocam na direção dos estudos que versam acerca das relações de fronteiras (Barth, [1969] 2000), além de como essas fronteiras podem afetar as condições do *Bem Viver*. Discutiremos atitudes culturais de enfrentamento em contraponto às versões tradicionais da escatologia, dentro do local etnocêntrico indígena no protagonismo do tratamento com a corporalidade. Chamamos atenção para as estratégias de contato *Suruwaha* no contexto do cuidado multimédico do Estado Nacional. As reflexões apresentadas abordam uma parte de como os *Suruwaha* lidam com o assunto no coletivo; quais atitudes tomam para evitar a morte do outro, e, conseqüentemente, novas desestruturas e desarranjos na sociedade tradicional.

Suicídio, Corporalidade, Termos e Conceitos

O aparecimento do suicídio por *Kunaha* entre os *Suruwaha* data do tempo do isolamento no *Jokihi*, no final da década de 1920. Dizem os indígenas que, *Dawari*, um antigo xamã, tomado por *Zawa*, no desespero de ter pedido os entes ancestrais e o território do igarapé *Jahkubaku* para os *jaras* das frentes econômicas veio a consumir dose letal de Timbó. Enquanto manejava o veneno da raiz do Timbó, colocando na água do igarapé para espremer o sumo na boca, o xamã ensinava aos demais que assim procedessem. *Dawari* explicou para o grupo que os mortos por Timbó habitariam felizes, sorrindo e cantando na casa do ancestral raio, *Bai Dokuni*, onde as almas (*asumã*) se unem num só povo - o povo do

veneno (*Kanaha Madi*). Diante de tudo que o povo *Suruwaha* estava passando, morrer por Timbó indicaria *um novo caminho (agi uwa)*, numa reconstrução ontológica que eleva a prática da morte por *Kunaha* como a “máxima de todos os valores” (Kroemer, 1994:80). O convívio com a geração *Suruwaha* localizada no *Jokihi* no final da década de 1970, levou Kroemer a revelar o suicídio como algo naturalizado pelo coletivo: “as crianças, desde a mais tenra idade, já são familiarizadas com o suicídio, num processo educativo que não deixa margem de dúvidas sobre o próprio destino” (Kroemer, 1994:78). Doravante, as Etnografias contemporâneas e perspectivistas foram revelando maiores elementos que trazem questionamentos a respeito do “destino” esperado enunciado por Kroemer no período clássico da literatura *Suruwaha*.

Os perspectivistas alcançam o olhar negativado dos ameríndios a respeito da morte por Timbó, o que justifica, de certo modo, as ações de vigilância e salvamento verificados na Terra Indígena, embora essas técnicas tradicionais médicas tenham sido descritas desde a época de Kroemer. Miguel Aparício, no artigo intitulado “*Jesús tomó timbó*”: *equivocos misioneros en torno al suicidio Suruwaha*, traz um trecho de uma conversa com o indígena *Gamuki*, em 1999, atualmente falecido, no qual o mesmo afirma não ser bom o destino dos mortos por Timbó. Haveria evidências de um estado eternamente *danuzyri* (confuso) no pós-morte, evidências estas trazidas no poder *Iniwa*. *Gamuki* compara a morte pelo veneno com uma condição agonizante de submersão nas águas subterrâneas (Aparício, 2017:221), descrevendo o trajeto até *Bai Dokuni* como algo conflituoso, onde se come Timbó constantemente e frutas amargas, ingestões que provocam náuseas e vômitos. Conforme sugere o título do artigo de Aparício, podemos observar que o tempo da narrativa de *Gamuki* é contemporâneo a uma influência proselitista prolongada da entidade evangélica *Jovens Com Uma Missão* (JOCUM) na TI, que chegaria ao fim no ano de 2000, quando foi determinada a saída dos missionários. Depois disso, a *Coordenação Geral de Índios Isolados e de Recente Contato* da FUNAI, sob a responsabilidade da Frente de Proteção Etno-ambiental do Médio Purus, ativou, em 2008, o primeiro posto de vigilância e proteção no Riozinho, muito próximo à entrada nas águas do *Jokihi*. Mais tarde, o local foi desativado a mando dos *Suruwaha*, que argumentavam a proximidade. Por este motivo, foi criada uma base de porte maior no território Hi-Merimã, vizinho da Terra Indígena *Suruwaha*, as

margens do Riozinho. Até 2017, os *Suruwaha* permaneceram em contato apenas com órgãos do Estado Nacional, FUNAI e SESAI (por intermédio das ações do DSEI-Médio Purus) e com alguns poucos pesquisadores que os visitaram desde que foram localizados.

A ideia falada pelos *Suruwaha* a respeito da negatividade de morrer por Timbó era corrente nos anos de 2016 e 2017, assim como parecia grande o temor à perseguição do Timbó depois da morte, bem como, os efeitos ocasionados ao “coração”. Afirmam que o consumo de Timbó é *tijwanaju* (não presta), pois, além de admitir o efeito *Zawa*, ferindo concepções particulares, tal condições permanecem no outro mundo e, por isso, a unidade da vida continuará a ser atacada pelo Timbó. A Etnologia *Suruwaha* é rica em apresentar narrativas indígenas demarcando condições socio-naturais dos acontecimentos, onde os efeitos do estado *Zawa* são levados para o outro mundo. No *Jokihi*, durante as tempestades amazonenses, os trovões são assistidos e encarados como as vozes dos mortos, como queixas dos que já se foram. Com nostalgia (*Zama Kamunini*), as falas sobre o barulho do céu são cobertas de saudade ou culpa. Ativar essas experiências são gatilhos para partir numa cadeia suicida. A *Zawa* do suicida pode ser a culpada por alagar uma horta ou pelo aparecimento de uma doença. Quando alguém volta para reivindicar a própria morte, pode ser retrucado sobre a própria culpa⁷.

Sobre a relação com os mortos, Viveiros de Castro afirmou⁸ que o trabalho de culpar os mortos é simbólico. Segundo o antropólogo, os mortos são perigosos, os grupos são contra a morte - o sistema de vigilância e salvamento dos *Suruwaha* constata a afirmação. Contudo, a “máquina” social indígena não impõe esquecer o outro, ao contrário, deixa explícito a existência através das condições de morte de um *Jadawa*.

Nos momentos de lamentações e lembranças dos que se foram, o termo *Giyzoboni* é pronunciado diversas vezes, permitindo que compreendamos singularidades entre o corpo e o meio ambiente: a corporalidade. Talvez os *Suruwaha* tentam transmitir algo sobre os

⁷ A tese de Adriana se inicia com uma narrativa de Hinijei sobre o em sonho com a filha, Hibumu, que veio a tomar timbó ainda muito jovem após uma discussão com o pai por ter sido “reprimida” a namorar. Hinijei descreve a aparência raivosa da filha no igarapé, onde tentava limpar-se com um sabonete: “Eu disse a ela, desesperado: – Minha filha, pare de se ensaboar! Este fedor não passará mais! Seu corpo fede porque está apodrecendo! Você não está mais se conhecendo a si mesma? Não está percebendo que está morta?”. Quando acordou, passou a viver sob as condições narradas por indígenas que perdem seus filhos e que, por uma condição de vigilância, não morrer em seguida. Eles narram o luto por longo tempo e abandono da vida terrena.

⁸ Durante palestra no SESC SP, disponível no canal SESC SP da plataforma YouTube.

processos dos humanos no julgamento da natureza⁹. As falas dos trovões são como códigos que ativam emoções nos que ficaram sobre os que já se foram. A importância *Giyzoboni* e toda sua potencialidade é comentada com certa densidade de emoção. Em algumas ocasiões, gesticulam olhares para o céu, batem no peito, permitindo que arrumemos o sentido dos gestos e das narrativas, de forma a entender a amplidão da concepção *Giyzoboni*. A pessoa se foi, mas o sentimento - a concepção daquilo que presenciaram na terra, ou melhor, a forma como aquilo influenciou na concepção particular de vida- o conjunto que forma o *Bem Viver* indígena- ficou guardado no ambiente natural e, naturalmente, causa influencia na rotina dos indígenas.

O termo *Giyzoboni* interessa para refletir sobre conceito da razão indígena, uma vez que o termo direciona múltiplos significados dentro da estrutura social do ambiente terreno e na existência mundana, movimentando outras instituições materiais e imateriais presentes no domínio não dualista da cultura *Suruwaha*. É considerada aqui a hipótese de que as realidades apresentadas nas perspectivas indígenas, a partir do termo *Giyzoboni*, possuem relevância na composição da ontologia do grupo, podendo refletir a analogia entre o suicídio *Suruwaha* e questões de fronteiras. Os *Suruwaha* nos colocam na direção do pensamento indígena sobre uma estrutura social, organização, sistema - ou qualquer outro termo dado ao conjunto de elementos que compõe um coletivo - regido por conceitos próprios que conduzem a comunicação entre eles e o modo de vida. Pensar nesse contexto subjugados a um ‘agrupamento’ de conceitos próprios é tratar com relevância as concepções indígenas dentro de suas próprias estruturas.

A literatura antropológica apresenta organizações não dualistas onde se imbrica conceitos amplos atrelado às singularidades entre o corpo e o meio ambiente (Athias, 2004^a, 2004b, 1998; Belaunde, 2005; Crocker, 1985; Gow, 1991; Guzmán, 1997; Overing, 1999; McCallum, 1998; Martins, 2003), tais estudos trazem análises acerca das substâncias corporais, como o sangue e os fluidos, denominado pelos gregos antigos como “substâncias humorais” (Porter & Vigarello, 2008), aludindo para uma retomada da importância da

⁹A investigação de doutorado que vem sendo desenvolvida tem aludido que as palavras ligadas ao prefixo zama refere-se a algo da natureza, principalmente ao tempo ou ao tempo de fazer algo: *zamazukuru* (estação da chuva), *zamahiadakawa* (ontem), *zamakamahuru* (tomar rapé). *Zamzama kanihimeri* (acima da terra). *Zamar* (harmonia).

medicina tradicional nos campos de estudos que atendem a saúde. Em outra experiência etnográfica no ambiente amazônico, vimos, por exemplo, que quando os *Hupd'äh* ficam doente ou se sentem mal, apontam primeiro para o coração, mesmo que a doença esteja localizada em algum outro lugar do corpo (Athias, 1998:68). O livro *El Recurdo de Luna*, de Luisa Elvira Belaunde (2005), reúne Etnografias que abarcam o domínio das emoções no espaço e nas estruturas tradicionais e cosmológicas indígenas na América do Sul. No capítulo *Acostumbrarse a los demás: Candoshi*, a autora traz o pensamento de Surrallés (1999) para tratar da racionalidade do coração como o centro do pensamento e da memória *Candoshi*: “Meu coração pensa” (Belaunde, 2005:97 *apud* Surrallés, 1999:129). A dissertação de mestrado de César Soares Jardins (2009), *Os Zuruahã. Socialidade e Escatologia*, inicia um apontamento sobre o termo *Giyzoboni*, afirmando-o como o centro da perspectiva. Huber observou que, para os *Suruwaha*, o processo do esquecimento é ato do coração (Huber, 2012:77). Aparício escreveu o coração *Suruwaha* como “depositário dos saberes (*gianzubuni*¹⁰ *takuniri*, “o coração sabe”) (Aparício, 2014:132).

O estudo da escatologia *Suruwaha* vem demonstrando que os termos oferecem conceitos que tendem, uma vez mais, alinhar o suicídio com questões de fronteiras. Este é o caso da denominação atribuída ao coletivo- o conjunto das unidades- no pós-morte: *Kunaha Madi* (o povo do veneno). O termo *Madi* é citado como algo que não se originou junto a eles ou algo que é “dos outros”. Não relacionam *Madi* com “populações estranhas”, difíceis de serem compreendidas, como os *Juma* (os que comem as pessoas) ou *Zama iximini Zamaru* (o povo que tem rabo). Huber define o termo da seguinte forma:

Uma consequência gramatical interessante da incorporação do substantivo *Madi* aos etnônimos *Abamadi*, *Zamadi* e *Jakimiadi*, assim como da proibição do seu uso junto aos etnônimos *Juma* e *Zama Iximini Zamaru* é a impossibilidade de estabelecer uma distinção nítida entre ações coletivas e individuais em relatos cujos protagonistas são estrangeiros (Huber, 2012:88)

As impressões da utilização do termo *Madi* em relação às diferenças compreensivas foram dadas a mim quando os *Suruwaha* refletiam sobre meu local de origem, desde que me perguntaram sobre isto e desenhei um mapa na terra para eles do meu mundo. Passaram a

¹⁰ Note a diferença nos escritos da palavra *giyzoboni* entre os autores clássicos e contemporâneos da Etnologia *Suruwaha*.

denominar o nome da minha cidade de origem em conjunto com o termo *Madi*. Por me verem muitas vezes com papel ou caderno, sempre citavam que eu era de um local chamado “Papel *Madi*” (“o povo do papel”)¹¹. O papel é algo que chama muito a atenção dos *Suruwaha*, seria como uma novidade, mas que serve para o mundo do outro, assim deixaram entendido. A relação que tecem entre *Madi* e o que não é deles é um argumento interessante para pensar escatologia e o destino dos mortos pelo espírito do *Kunaha*.

Suicídio e Enfrentamento

As técnicas particulares de enfrentamento ao suicídio, protagonizadas exclusivamente pelos *Suruwaha*, isto é, sem a intromissão dos *jaras*, são desempenhadas nas ações *Jadawa* - os seres dotados de sabedoria e atitudes capazes de vencer a morte, “ressuscitar”, resistir à depredação do Timbó. Essas ações de enfrentamento distanciam a ideia de uma cosmologia indígena da morte para o alcance do *Bem Viver*. As ações de vigilância são acionadas para salvar alguém que poderá consumir o sumo do veneno; as técnicas de salvamento são estratégias coletivas para salvar alguém que tenha ingerido *Kunaha* e, portanto, esteja com veneno na corrente sanguínea.

Relatos cotidianos de ações de salvamento e vigilância ao longo das décadas nos levam a entender que os *Suruwaha* podem reconhecer previamente alguém em risco de suicídio. Quando a impressão é confirmada, muitos se colocam em vigília para evitar a iminência do falecimento e a “epidemia” suicida na Terra Indígena. Uma pessoa atingida por algum “problema” pode entrar num estado de alerta considerado via para o consumo do veneno - aquilo que atrai o espírito do Timbó - *Zawa* é o sentimento que assume, como foi anteriormente sugerido, concepção perigosa e contraditória às condições sustentáveis do *Bem Viver Jadawa*. As tentativas mal sucedidas de suicídio são, de certo, bem superiores aos índices de suicídio, indicando uma maior eficácia indígena em gerir as questões que envolvem suas relações de saúde e existência coletiva.

O sistema de vigilância de saúde indígena funciona de uma maneira estrutural, envolvendo parentesco e relações afetivas, em linha horizontal e vertical. Tais questões de

¹¹ A fonética alcançada pelos *Suruwaha* dos nomes próprios é interessante para pensar a ortografia da língua. A técnica de enfermagem mais antiga era sempre chamada de “Bania”, por mais que ela sugerisse que o nome dela é Vânia. A enfermeira, Sheyla Melo, era chamada de “Shira”. O V assume o som de B e o L assume o som de R.

sobrevivência são arranjadas nos esforços do grupo para manter o equilíbrio terreno e suas capacidades sustentáveis. Durante uma manhã relativamente feliz no *Jokihi*, enquanto os indígenas caminhavam pelas terras como fazem diariamente, parte deles entrando nas águas para a pesca, outras pessoas (maioria de mulheres e crianças) ainda se encontravam nas malocas, no preparo diário dos alimentos e na coleta de algum fruto na horta ao lado, duas mulheres acompanhavam um senhor de maneira insistente, ao ponto deste senhor se exaltar com aquelas companhias. Mais tarde, a notícia da ameaça suicida do senhor em vigilância alcançou o postinho de saúde. Enquanto os membros das equipes ali presentes conspiravam acerca das motivações daquela ameaça suicida, checavam sobre a saúde do senhor nos prontuários, até que concluíram ser uma dor de dente que poderia provocar uma tragédia evitável com o atendimento odontológico. Depois do diagnóstico da equipe de enfermagem, o postinho passou a ser procurado constantemente por vários homens e mulheres *Suruwaha* solicitando um dentista urgente para ver o senhor. Ressaltaram que estavam olhando para o senhor que ameaçava tomar Timbó porque ele já havia tentado tomar Timbó outras vezes. Após uma comparação de dados, pude reconhecer que se tratava do mesmo indígena citado por Kroemer, que veio a sobreviver a uma tentativa de suicídio no passado, quando ainda era muito jovem¹², graças à técnica de salvamento *Suruwaha*.

As justificativas que os *Suruwaha* utilizam para os *jaras* das equipes de saúde do DSEI para pôr alguém no sistema de vigilância da aldeia: “*hawa Kunaha*” (beber timbó) configura uma parte do entendimento deles de que nós não entendemos nada sobre isto, portanto, bastaria, sem muitas explicações, dizer que alguém está ameaçando tomar timbó e que eles não desejam isso. Ao tempo em que montam uma organização de vigilância, provocam certa confusão no mapeamento das equipes de saúde para realizar atendimentos primários nas malocas. Mas, na verdade, o consumo de Timbó entre eles é algo rotineiro. “Beber pouquinho” - dizem muitos no português, explicam que o veneno tomado na dose certa não vai ocasionar a morte. A relação com o Timbó nesse momento é desejada, a

¹² Trata-se de Ikiji. No passado, a namorada veio a tomar Timbó e acabou falecendo, essa morte acarretou outras mortes e várias tentativas de suicídio, numa cadeia de acontecimentos amarradas aos afetos e várias razões. Verifico que Ikiji veio a casar com a irmã dessa antiga namorada falecida, os registros de parentesco apontam todos os filhos como filhos dessa ex-cunhada. A esposa de Ikiji passeia muito pelo *Jokihi*, sempre acompanhada de outras mulheres que, assim como ela, fabricam incríveis cestos e panelas de barro, que costumam oferecer para troca no postinho. Numa das várias conversas que tivemos, ela esteve acompanhada de uma de suas irmãs, que também relatou ser mulher de Ikiji.

substância provocaria uma busca (reversa do que esperam depois da morte?) pelo equilíbrio. Mas, quando alguém adquire *Zawa*, é preciso ficar atento.

Recapitulando a intermedicalidade: resta aos *Suruwaha* expressões aos gritos: “ele quer tomar Timbó!”. A explicação pormenorizada sobre o fato vem por intermédio dos brancos em diagnóstico: “é uma dor de dente”. A partir daí, vários indígenas passam a procurar o postinho para resolver essa questão, é quando os *jaras* “participam” parcialmente do sistema de vigilância indígenas, porém, como fornecedor paliativo: “se mexer no dente dele, ele esquece de ir atrás do Timbó”. Os *Suruwaha* são muito ligados à questão da beleza. Essa comunicação entre *Suruwaha* e *jaras* sobre o que realmente está acontecendo para uma ameaça suicida parece obscura. Interessa saber até onde as equipes influenciam nos diagnósticos que se espalham rapidamente e as lacunas dessa compreensão através dos “desargumentos” indígenas, munidos da sabedoria de que nós não conhecemos nada a respeito das concepções deles.

Certamente observam que não poderíamos dar conta da cura do iminente ataque do *Kunaha*, portanto, os *jaras* não são confiáveis para participar de ações de salvamento e vigilância porque não possuem experiência com isto. Ainda mais, a existência relacional com os espíritos da floresta não é coisa de *jara*. O espírito *Kunaha* interage com o mundo *Jadawa*, e, por mais que os *Suruwaha* façam questão, e tenham reconhecido prazer em nos contar do ambiente cósmico em que vivem (inclusive, são muito prestativo em explicar a língua própria), acabam por compreender uma fina barreira cultural que engrena essas interações ao longo de suas experiências relacionais. Os próprios relatos que escrevem sobre os *Suruwaha* conferem situações de interferências diretas (e missionárias) nas práticas indígenas (Kroemer, 1994; Suzuki, 2017). Em campo, ouvimos sempre os conselhos dos *jaras*: “não tomem Timbó”, saímos do *Jokihi* solicitando vê-los novamente, apelamos em lhes informar que nosso *Giyzoboni* (o próprio coração) ficará triste se eles partirem, uma maneira imprópria, inclusive, de se referir ao sentimento. A afeição que nos une é também motivo para os

Suruwaha desenvolverem estratégias de informações conosco¹³. Indago, atualmente, se algum *jara* chegou a aconselhar que vivam como deve viver um *Jadawa*.

No sentido contrário, casos nos quais as ações de vigilância não foram acionadas são relatados. Ou seja, o enfrentamento não é acionado para todos da aldeia. Kroemer comenta sobre o suicídio da mãe de um *iniyamare*¹⁴: sem sistema de vigilância e nem o canto ritual funeral (Kroemer, 1994:81). É possível que o grupo passou a considerá-la *Jadawasú* por ter infringido uma regra particular. Na época em que estive com eles, ouvimos *Ania* contar uma história um tanto curiosa, quando tentou tomar Timbó para chamar atenção de todos e ninguém deu a mínima. *Ania* afirma que não morreu porque uma criança pequena “conseguiu arrancar” a raiz venenosa de suas mãos. Como se vê, cada caso possui uma maneira peculiar de ser tratado pelo grupo. São normalizados (e normatizados) nas concepções próprias do coletivo.

Tratando dos aspectos de saúde do ponto de vista nativo, entendo que os *Suruwaha* também nos colocam em vigilância, principalmente, nos primeiros momentos de estadia do *jara* no *Jokihi*. Quando algo entre nós é verificado como não apropriado no mundo deles, não haverá argumento que mantenha um *jara* naquelas terras. A palavra de ordem é “*txá*” (saia), um “convite” *Suruwaha* para alguém se retirar e, ao que tudo indica (baseado também nas contações de histórias particulares que ouvimos e presenciamos na rotina), o “convite” vem sempre acompanhado por mira de arco e flecha. Essas ocasiões de expulsão são geralmente atribuídas às questões de doenças, analisadas pelos ameríndios através da experiência de situações verificadas em epidemias que os assolaram anteriormente (como uma tosse), deixando muito nítido o conhecimento nativo sobre “contágio”; Excrementos humanos também são verificados, nada estranho se pensarmos que os médicos cubanos que nos acompanham na expedição fazem o mesmo para diagnosticar patologias. Assim também o faz

¹³ Obtive a honra de ter a companhia do antropólogo Miguel Aparício na minha primeira entrada de campo no *Jokihi*, o que me concedeu a ideia do risco avisado de afeição com os *Suruwaha*. Após guardar os pertences no postinho, poucos minutos após nossa chegada, o antropólogo encostou-se numa árvore próximo as águas e, muito triste, se pôs a chorar de saudade: “Quase todos os meus amigos se foram”. Os trabalhos acadêmicos escritos sobre eles acompanham agradecimentos pós-mortem aos informantes *Suruwaha*.

¹⁴ Classificam assim as ‘crianças indesejadas’. Não adentrarei neste assunto no momento, mas se o infanticídio é entendido como a morte da criança recém-nascida pela própria mãe, posso concluir que não há infanticídio entre os *Suruwaha*.

as casas laboratoriais da sociedade ocidental¹⁵. Tais ocasiões de expulsões também nos oferecem um contraponto para pensar questões de suicídio e *Bem Viver*, pois, presando pelo bem estar do grupo, os *Suruwaha* não aceitam pessoas doentes naquelas terras. Entretanto, quando um *jara* fica doente junto com eles, demonstram grande interesse em participar dos cuidados aos efêmeros. Espécies de epidemias são atribuídas ao contágio da horta por invasão de indígenas de outras etnias, especialmente, os *Deni*, seus vizinhos. Enfermidades podem ser encaradas como um feitiço deixado nas sementes; Caso de grande epidemia, diagnosticada pelos *Suruwaha* como o efeito de um tamanduá, foi presenciado por mim. O caldo de tamanduá, preparado por eles para uma janta coletiva, acabou num grande problema de saúde que veio a durar mais de uma semana. De acordo com o médico¹⁶ do DSEI, as epidemias que causam diarreia entre os *Suruwaha* geralmente são bacterianas, mas não haveria como, naquela ocasião, confirmar o diagnóstico e frequência da doença.

Contudo, exceto com as questões ligadas ao suicídio, as demais doenças/enfermidades (*gaguine*) que afetam os *Suruwaha* são por eles confiadas aos cuidados das equipes médicas do DSEI, assim pude perceber nas expedições as quais acompanhei. Tem-se daí a ideia que permeia quase todos os ameríndios de contato, bem como, os isolados que fogem do convívio com os brancos: o entendimento de que determinadas doenças são dos outros. Em alguns casos, como entre os indígenas *Fulni-ô*, do agreste pernambucano, há compreensão de que o branco (o dono da doença) pode intervir sobre ela, por isso, os médicos são comparados aos curandeiros da aldeia (Braga, 2010). Enquanto os primeiros podem tratar das enfermidades trazidas pelos brancos (como acidente de carro), os curandeiros são especialistas no tratamento da corporalidade e das doenças diretamente ligadas com o desalinhamento das concepções sociais próprias que afetam a natureza humana e ambiental. Para os *Suruwaha*, o

¹⁵ Quando é possível. Trago aqui uma análise de Paul Farmer (2013) que trata, entre outras constatações, das baixas condições do atendimento médico para as mulheres em trabalho de parto nos países pobres e índice trágicos de morte, retratando a realidade do Malawi, de modo a defender a inclusão da tecnologia e a necessidade dela na fala dos direitos humanos para promover mudanças. O autor chama atenção para a realidade profissional dos médicos originários de países pobres, citando uma frase de um médico do Quênia: "Antes de treinar (...) somos apenas atendentes funerários"; e uma declaração médica afirmando "não estar na posse da bala mágica que resolverá os problemas de assistência médica na África rural. Pelo contrário, não acredito em balas, magia ou não". Diante do quadro de extrema pobreza encontrado nos países investigados por Farmer, o ponto de vista do autor se posiciona mais para as questões materiais do atendimento do que na relação que existe entre os atendidos e o serviço de saúde oferecido.

¹⁶ Dois médicos cubanos participavam de expedições de saúde no Médio Purus dividindo o tempo do atendimento para as várias Terras Indígenas ligadas ao Polo Médio Purus do DSEI.

remédio distribuído pelo DSEI é uma fórmula de cura proveniente do mundo produtor de algumas doenças que os assolam. Portanto, para tratar as doenças trazidas pelos *jaras*, preferem manter o contato com a intervenção de saúde do DSEI: “*Suruwaha gaguine (doente) ficar, ligar radio, enfermeira tatizah (vir)*”, disse-me um chefe em perfeito Português-Arawá. A equipe pode adiantar a saída da Base para o *Jokihi* em vista de chamados urgentes dos indígenas pelo rádio. Essa facilidade, junto da confirmação da eficácia produzida pelas substâncias distribuídas, acabou por interferir na produção da medicina tradicional para tratar determinados problemas de saúde.

As ações de salvamento, certamente, são marcadas pelas experiências adquiridas no tratamento do corpo da pessoa suicida, ou seja, no modo de sepultamento, pois os mortos não vão para debaixo da terra, eles são empilhados numa maloca menor, construída no meio dos caminhos das malocas. O corpo do falecido é embrulhado e, no final do ritual fúnebre, é deixado empilhado em cima de outro corpo falecido que ali estava. Certamente, a dissecação do corpo para compor os rituais fúnebres *Suruwaha* traz a experiência sobre o corpo humano, os colocando a par de como “retirar” o veneno do suicida em tempo. Ações de salvamento costumam funcionar em muitos casos. A maioria dos chefes de maloca mais velhos de hoje relatam muitas tentativas de suicídio “fracassadas” devido as ações de salvamento dos outros. As ocasiões de morte *Suruwaha* são sempre seguidas de outras mortes (a cadeia suicida), podendo ocorrer no mesmo dia ou ainda alguns outros dias depois. A ocorrência suicida causa o enfraquecimento do sistema de vigilância, pois, com as ocorrências de mortes sequenciais, o coletivo vai se tornando fragilizado.

O local embaixo da terra está reservado para seres com outras roupagens. Dizem que os habitantes do mundo subterrâneo (*adahabuhuwa*) são parecidos com os humanos, mas não são humanos (*Jadawa*) e nem espíritos. Os *Suruwaha* possuem um conhecimento bastante aprofundado do universo, dividem as expectativas do existir em conjunto com as existências em outros mundos. Assim, além dos seres do mundo *adahabuhuwa*, eles interagem como seres do mundo *adaha* (terrestre) e do mundo *zamzama* (superior/céu) (Kroemer, 1994:141). Os humanos que vivem em *adaha* identificam o ambiente *adahabuhuwa* através das imagens do céu projetadas nas águas dos igarapés e rios, pois, conforme descreveu Kroemer, o céu é a outra metade do mundo subterrâneo. Nas palavras de Miguel Aparício (2014), o mundo

subterrâneo é o reverso do céu. Estão sempre a comentar sobre o local dos espíritos donos e há muitos casos de confusão no entendimento sobre algumas aparições. Não duvidam da capacidade dimensional da mudança de perspectiva: alguém que voltou para falar algo pode ser um disfarce de um espírito dono. Essa questão aproxima impressões a respeito de concepções e imagens, de como a imagem entra nas categorias das concepções *Suruwaha*. São momentos de encontro, troca de experiência e mesmo de espionagem, permitidos pela extensão cognitiva *Iniwa*. Suas experiências xamanistas com o rapé. Essas experiências transformam a existência dos *Suruwaha* complementando a sabedoria indígena sobre o mundo.

Ações de salvamento movimentam o coletivo com técnicas corporais de cura, que envolvem incitação do vômito, escarificação e queimaduras do tórax. São introduzidas talas de abacaxi garganta adentro do envenenado: provocar o vômito com o poder do espírito vegetal do abacaxi. Podemos reconhecer indígenas que foram salvos nessas ações, através das marcas permanentes de queimaduras nas costas. Tais acontecimentos não são mantidos em sigilo, ao contrário, as experiências com o Timbó são comentadas abertamente, paginadas de orgulho. Esse comportamento aponta para pensar a relação entre o espírito do *Kunaha*, depredador humano, com pessoas *Jadawa*, vigilantes e salvadoras, capazes de retirar do corpo de outro as ações do veneno deixado pelo ataque do espírito do *Kunaha*. Vencer a morte; “trazer de volta” a vida de alguém, são questionamentos a respeito do antagonismo suicídio x *Jadawa* no pensamento *Suruwaha*.

Ao mesmo tempo em que o sistema de vigilância e as ações de salvamento são elementos de performance que ecoam contradições com o desejo de conhecer um “mundo feliz depois”, indicando mecanismos sociais de preservação da humanidade *Jadawa*, os índices de suicídio no *Jokihi* permanecem constantes. Por outro lado, a maioria dos indígenas conta experiências com o Timbó e as próprias tentativas de suicídio com certo orgulho e sorriso estampado no rosto como se estivesse “salvando” algo. Contam histórias sobre a morte dos outros por Timbó também com certo orgulho e empatia, dizem na língua: “sabe o pai dela? (apontando para alguém), ele morreu, tomou Timbó”. Ao longo das décadas e dos danos, os grupos criam estratégias cuja análise depende não só das narrativas ouvidas em campo, mas da forma como agem e se posicionam em determinadas situações. Aqui,

pretende-se o aproveitamento das falas e das performances que parecem caracterizar a formação dos sentidos identitários *Suruwaha*. A performance do grupo é uma linguagem de sentido próprio. Prestaremos atenção no que Viveiros chamou de “bifurcação da natureza do outro” (Viveiros de Castro, 2002:199). É possível discutir estratégias para o *Bem Viver* indígena a partir da análise de performances (ações) e narrativas.

As causas do suicídio entre os *Suruwaha*

Ao tratar das motivações do suicídio (ou “morte-autodeterminada”) entre os *Suruwaha*, os registros nos prontuários do DSEI relacionam “motivações” com situações “engatilhantes”: a raiva (*zawa*), a feição (*kahy*), a saudade (*kamonini*), a vergonha (*kahkomy*), a mágoa (*asini*) aparecem nos arquivos. Assim também está registrado na Etnologia *Suruwaha* (Kroemer, 1994; Dal Poz, 2000; Jardins, 2009; Huber, 2012; Aparício, 2014; 2015). Partindo para uma análise qualitativa, João Dal Poz (2000) identifica motivações para os suicídios *Suruwaha* ocorridos nos anos de 1980 a 1995, como resultado, apontou a sexualidade como motivo do suicídio de mulheres solteiras (Dal Poz, 2000:109). Tais ocorrências são verificadas nos prontuários de saúde do DSEI de anos posteriores, sendo sempre registradas como um suicídio acometido pela vergonha (*Kahkomy*) por ter sua vida sexual descoberta pelo pai. A análise do diagnóstico mostra que as mortes das moças por *Kahkomy* são as que mais provocam o maior número de vítimas em cadeia suicida no *Jokihi*. Desde a primeira Etnografia desempenhada com o grupo, por Gunter Kroemer, na década de 1980, se verifica a “repressão sexual” como motivo para o suicídio: “infrações morais também podem ser motivo para a autopunição. Uma moça, por exemplo, cujas relações ilícitas com um rapaz tinham sido descobertas, recorreu ao suicídio (Kroemer, 1994:136).

Contudo, a inter-relação entre vergonha e suicídio não merece comparação lógica com a quantidade de moças solteiras grávidas que circulam na aldeia. Entendemos que os casos se relacionam principalmente com o efeito provocado pela *Zawa* na pessoa (ou no *Giyzoboni* da pessoa) e no coletivo indígena. Essa condição imposta ao indivíduo pelos problemas atrelados as relações justificam as impressões de Huber (2012) a respeito do próprio envenenamento para privar os outros de si mesmo, no sentido de que a própria morte é um castigo para o outro. A situação insuportável, prolongada no efeito *Zawa*, no ambiente físico e

mundano, vai se agravando ao longo do tempo. Em campo é possível concluirmos que um pai que perdeu uma filha torna-se propício ao suicídio diante de qualquer situação de desequilíbrio. Reforçando as contradições dos diagnósticos apresentados com a alienação dos conceitos *Suruwaha*, Kroemer descreve ocasiões de epidemia suicida iniciada no meio de uma festa quando todos estavam felizes (Kroemer, 1994). É pretendido a observação dos termos *Suruwaha* dentro de um conjunto maior de interpretações e representações dos contextos cosmogônicos (Athias, 1998:242). Pensar como as concepções *Suruwaha* versam sobre a questão do suicídio e as transformações ocorridas no contexto da sabedoria étnica-suas versões ontológicas e escatológicas- a partir disso.

Interseções de Saúde e Meio ambiente

Com o passar do tempo de convívio entre os *Suruwaha* e as equipes, os *jaras* absorvem influências indígenas que são capazes de transformar seu próprio modo de vida, passando a colaborar nos afazeres da rotina e a dedicar parte do recurso que ganha no trabalho institucional comprando objetos de *jaras* para trocar por produções indígenas. Poucos são os objetos dos brancos autorizados pela FUNAI para a troca com os *Suruwaha*. Os poucos objetos são autorizados por comprovação na melhoria da vida tradicional, como as lanternas, as pilhas e os anzóis. As lanternas protegem os *Suruwaha* das picadas de cobras durante a *zawada*- tempo de caça prolongado. Os anzóis possibilitam chances de pescar peixes maiores no ambiente do Riozinho, melhorando a qualidade no consumo de proteínas, reverberando na diminuição da prática da pesca com o Timbó nas águas do *Jokihi*, sendo esta resguardada para momentos de pesca ritual. Em troca, os brancos levam os cestos indígenas, as flechinhas, rapé, arco e flecha, zarabatana e outros objetos tradicionais. Os *Suruwaha* ficam extremamente satisfeitos com a valorização das produções artesanais que realizam, uma situação que visivelmente acolhe o sentido de vida *Jadawa* na terra, lhes concedendo liberdade para o *Bem Viver*.

Ao longo da participação em três expedições, pude ouvir toda a imensidão de conhecimento que alguns *jaras* carregam do ambiente *Suruwaha*, principalmente, do ecossistema envolto. Pássaros que não mais existem foram citados, espécies de peixes ditos como escassos. A subsistência dos que fazem proteção descreve o ambiente de subsistência

indígena. Como sabemos, a noção sobre a vida na floresta foi um tema importantíssimo na criação da ‘Aliança dos Povos da Floresta’, em 1980, unindo indígenas e seringueiros na busca da florestania (Krenak, 2022:75) como um campo de nova reivindicação de direitos, que teve como representante principal o ativista Chico Mendes, assassinado em 1988, dentro da conjuntura política que o movimento alcançou. A aliança efetiva entre mundos não iguais (Krenak, 2022:82) é tão logo reconhecida nas interações dos indígenas com os não indígenas em meio à subsistência ambiental adquirida durante a execução das atividades institucionais do DSEI e da FUNAI, cuja o planejamento requer, por uma questão estratégica financeira dos órgãos, expedições com duração de meses. Desde o governo passado, a organização das expedições vem experimentando equipes aleatórias e diferenciadas para atender aos *Suruwaha*. Tal fator pode trazer benefícios para os *Suruwaha* na movimentação das trocas de objetos com os *jaras*, entretanto, não trazem vantagens para a apreensão do dialeto *Suruwaha* e, necessariamente, a aproximação dos conceitos indígenas, visando, quem sabe, uma futura consideração desta inclusão no planejamento de saúde nacional. As questões que interligam o que se almeja na rotina da floresta com os acontecimentos planejados pelo Estado Nacional é sem dúvidas muito desafiadoras.

Observando etnograficamente as causalidades do suicídio entre os *Suruwaha*, podemos compreender a convergência entre certo grau de escassez na biodiversidade da região dos *Suruwaha*, que foi se agravando ao longo dos anos, com as mudanças ecológicas provenientes das grandes construções em rios e matas adjacentes da região. As construções e operações das Usinas de Jirau e Santo Antônio, no Rio Madeira, iniciadas em 2010, adquiririam capacidades de causar impactos a muitos quilômetros das instalações. Em 2012, um grupo de jovens *Suruwaha*, em meio ao ritual da “ordem dos caçadores”, prática cultural de cunho hierárquico, que notabiliza os homens de acordo com a quantidade de antas que cada um já abateu (Dal Poz, 2000:95), veio a ativar uma cadeia suicida que vitimou onze pessoas em vista do fracasso da caça. É provável que a ocorrência de tal epidemia suicida encontre causalidade de origem nos impactos trazidos pelas usinas, o que sugere rever normas legislativas para Estudos de Impacto Ambiental no Brasil. A proteção indígena e das florestas é feita por intermédio do possível diálogo e entendimento dos diversos setores.

Sobre a população do *Jokihi*, a experiência indigenista vem a fortalecer as vozes das necessidades ecossistêmicas a que estão atrelados, uma vez que os ameríndios *Suruwaha* se mantêm isolados em ambiente extremamente influenciado pela conjuntura não considerada dentro das próprias necessidades étnicas e que tem insistido com negacionismo às filosofias indígenas.

Conclusão

Observando as questões ligadas à corporalidade e ao ideal de *Bem Viver* entre os *Suruwaha*, analisamos conceitos que tendem a apreciar analogias e antagonismos entre o mundo destes e o mundo dos outros, ao mesmo tempo que pontuam o sentido das humanidades dentro do conjunto das interações *Jadawa*. É pretendido abarcar conceitos e concepções próprias indígenas como forma de refletir sobre suas ontologias ao longo das existências e como as mudanças geracionais direcionaram o olhar para uma escatologia suicida, ao mesmo tempo em que observamos suas relações, contribuindo para os estudos que versam sobre questões de diversidade e humanidade que estão nos domínios da floresta, onde a prática do suicídio tem demonstrado coletivos impossibilitados de viver sob os próprios domínios culturais.

Para pensar sobre o suicídio *Suruwaha*, assim como para a prática de uma Antropologia das ontologias indígenas contemporâneas, é necessário considerar seus conceitos e como eles dialogam na cosmologia ameríndia: *Giyzoboni* x *Zawa*; Depredação por *Kunaha* x *Jadawa*; *Bem Viver* = *Giyzoboni*, *Iniwa* = xamanismo,

Referências Bibliográficas

APARÍCIO, Miguel & ARÁUZ, Lorena Campo. 2017. “Jesús tomó timbó: equívocos misioneros en torno al suicidio Suruwaha”. In APARÍCIO, Miguel & ARÁUZ, Lorena Campo (org.): *Etnografías del suicidio en América del Sur*, pp. 205-228. Quito: Editorial Universitaria Abya Yala.

_____. 2015. *As metamorfoses dos humanos em presas do timbó. Os Suruwaha e morte por envenenamento*. Revista de Antropologia, vol 58 (2): 314- 344.

_____.2014. *Xamanismo Suruwahá e Transformações Amazônica*. Revista de Antropologia (Online), vol 6 (2): 503- 525.

ATHIAS, Renato. 2004a. “Corpo, Fertilidade e Reprodução entre os Pankararú”. In MONTEIRO, S. & SANSONE, L. (org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*, pp. 189-208. Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____.2004b. “Índios, Antropólogos e Gestores de Saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas”. In LANGDON, E. & GANELO, L. (org.). *Saúde de Povos Indígenas: reflexões sobre Antropologia Participativa*, pp. 217-232. Rio de Janeiro: Contra-Capa; ABA.

_____.1998. *Doença e Cura: sistema médico e representação entre os Hupdê-maku da região do rio negro, Amazonas*. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 4, n. 9: 237-261.

BARTH, Fredrik. [1969] 2000. “Grupos Étnicos e suas Fronteiras”. In BARTH, Fredrik. *O Guru, o Iniciador e outras variações antropológicas*, pp. 25-67, Rio de Janeiro: Contra Capa.

_____.1995. “Grupos Étnicos e suas Fronteiras”. In POUTIGNAT, Philippe & STREIFF-FENART, Jocelyne (org.). *Teoria da Etnicidade. Seguindo de Grupos Étnicos e suas Fronteiras de Fredrik Barth*, editora UNESP: São Paulo.

BELAUNDE, Elvira. 2005. *El Recuerdo de luna: género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos*. Lima: Faculdade de Ciências Sociais.

BRAGA, Palloma C. R. 2010. *Corpo, saúde e reprodução entre os índios Fulni-ô*. Dissertação de mestrado: Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco.

CROCKER, C. 1985. *Bororo Cosmology, Natural Symbolism and shamanism*. The University of California Press.

DAL POZ, João. 2000. *Crônica de uma morte anunciada. Do suicídio entre os Sorowahá*. Revista de Antropologia (online), vol 43(1): 89-144.

FARMER, Paul. 2013. *Ortodoxias desafiadoras: O caminho à frente para a Saúde e os Direitos Humanos*, Health and Human Right Jornal.

(Ortodoxias desafiadoras: O caminho à frente para a saúde e os direitos humanos – Health and Human Rights Journal (hhrjournal.org), acessado 22/12/22).

GEERTZ Clifford. 2008. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.

GOW, Peter. 1991. *Of Mixed Blood: Kinship and History in Peruvian Amazônia*. Oxford: Clarendon Press.

GUZMÁN, M. Antonieta. 1997. *Para que la Yuca beba nuestra sangre: trabajo, gênero y parentesco em uma comunidade Quíchua de la Amazônia ecuatoriana*. Quito: Abya-yala.

HUBER, Adriana. 2012. *Pessoas falantes, espíritos cantores, almas-trovões. História, sociedade, xamanismo e rituais de auto-envenenamento*. Tese de doutorado: Universidade de Berna.

JARDIM, C. S. 2009. *Os Zuruahã: Socialidade e escatologia*. Dissertação de Mestrado: Museu Nacional.

KRENAK, Ailton. 2022. *Futuro Ancestral*. São Paulo: Companhia das Letras.

KROEMER, Gunter. 1994. *Kunahã Made. O Povo do Veneno. Sociedade e Cultura do Povo Zuruahá*. Belém: mensageiro.

_____. 1985. *Cuxiuara. O Purus dos Indígenas*. São Paulo: Edições Loyola.

MARTINS, S. 2003. Aspectos de Gênero Kariri-Xocó Female Embodiment. Trabalho apresentado na V Reunião de Antropologia do Mercosul (RAM), Florianópolis-SC.

MCCALLUM, Cecilia. 1998. “O corpo que sabe- da Epistemologia Kaxinawá para uma Antropologia Médica das Terras Baixas Sul-Americanas”. In ALVES, P & RABELO, M. (Org.). *Antropologia da Saúde traçando identidades e explorando fronteiras*, pp. 215-245, Rio de Janeiro: Relume Dumará.

OVERING, J. 1999. *Elogio do cotidiano: a confiança e a arte da vida social em uma comunidade amazônica*. Mana, vol 5 (1): 81- 107.

PORTER, Roy & VIGARELLO, Georges. 2008. “Corpo, Saúde e Doença”. In CORBIN, A.; COURTINE, J. & VIGARELLO, G. (Org.). *História do corpo: Da Renascença às Luzes*. Petrópolis: Vozes, 2008.

SURRALLÉS, Alexandre. 1999. *Au Coeur du Sens. Objectivation et Subjectivation chez les Candoshi de L'Amazonie Péruvienne*. Tesis de Doctorado: Paris, École des Hautes Études em Sciences Sociales.

SUZUKI, Márcia. 2007. *Quebrando o silêncio. Um debate sobre infanticídio nas comunidades indígenas do Brasil*. Brasília: Atini - Voz pela Vida.

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

Corpo-emoção-saúde: reflexões a partir do fenômeno das *mirações*

Karol Martins¹

Resumo: Pretendo neste trabalho, refletir sobre a conexão corpo-emoção-saúde a partir da experiência de cura religiosa. Exploro o fenômeno das *mirações*, imagens espontâneas que emergem durante uso ritualístico da *ayahuasca*, bebida de caráter psicoativa de origem amazônica a qual adentra aos centros urbanos a partir de uma expansão de religiões que fazem uso ritualístico-religioso desta bebida em meados da década de 1980 (Labate, 2002) tendo como maior expressão o Santo Daime e que, com isso, passa a ser chamada de *daime*. Para isso, tomarei como centro de discussão a análise de um caso para pensar sobre a experiência do sofrimento como uma das vias de compreensão da tríade corpo-emoção-saúde.

Palavras-Chave: Saúde; Emoções; Santo Daime; *Mirações*; Experiência.

Abstract: In this work, I intend to reflect on the body-emotion-health connection based on the experience of religious healing. I explore the phenomenon of *mirações*, spontaneous images that emerge during the ritualistic use of *ayahuasca*, a psychoactive drink of Amazonian origin which entered urban centers from an expansion of religions that made ritualistic-religious use of this drink in the mid-1980s. (LABATE, 2002) having as its greatest expression the Santo Daime and which, with that, is now called *daime*. For this, I will take as the center of discussion the analysis of a case to think about the experience of suffering as one of the ways of understanding the body-emotion-health triad.

Keywords: Health; Emotions; Santo Daime; Visions; Experience.

¹ Doutoranda em Antropologia Social pela Universidade de Brasília (UNB). Mestra em Antropologia e Arqueologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Cientista Social pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Pesquisadora vinculada ao Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde (CNPq/UFPR) com interesse na discussão sobre produção de saúde em contexto de uso de drogas, usos terapêuticos de substâncias psicoativas, políticas de drogas e questões correlatas.

Introdução

O Santo Daime é uma Doutrina religiosa nascida nos anos 1930 no Acre tendo como fundador Irineu Raimundo Serra, mais tarde conhecido como Mestre Irineu. Em sua Doutrina sincrética, a qual agrega elementos diversos, a particularidade deste contexto ritual-religioso está contida na ingestão de uma bebida psicoativa, entendida como detentora de propriedades curativas, denominada *ayahuasca*, mas que é rebatizada por Mestre Irineu com o nome *daime*.

Essa bebida, de origem amazônica, é produzida pelo cozimento de um cipó chamado jagube (*Banisteriopsis caapi*), junto a folhas de uma planta chamada de rainha (*Chachrona viridis*). Considerando os usos milenares da beberagem ayahuasca, a Doutrina do Santo Daime inaugura um novo modelo de uso do chá (Goulart, 2004) onde a consagração da bebida, a qual é interpretada como um sacramento, tem como sustentação o cristianismo, somada a elementos da cultura maranhense, como a festa dos santos que inspira o bailado, um dos tipos de trabalhos, nome dado aos rituais, realizados dentro do calendário oficial da Doutrina, e adaptação de algumas práticas do espiritismo kardecista, como a proibição de bebida alcoólica para os adeptos. Além disso, a cultura dos seringueiros da Amazônia, assim como, o catolicismo rústico e as religiões afro-brasileiras também contribuíram para a caracterização híbrida desta Doutrina (Labate & Pacheco, 2004:305).

Para a Doutrina do Santo Daime, a realidade é constituída por dois tipos de mundo complementares: o mundo visível, ou material, e o mundo invisível, ou espiritual. Nesse sentido, a eficácia da bebida seria devido à ideia de que as enfermidades, tanto as espirituais quanto as materiais, são oriundas do plano espiritual e o sacramento daime teria a possibilidade de acessá-lo, restaurando a saúde dos adeptos. A noção de cura, ainda, estaria manifestada nas mudanças de comportamento, constituindo uma nova percepção de mundo consolidada na identidade daimista (Paleaz, 2004).

Dito isto, pretendo apresentar um caso para pensar sobre a experiência do sofrimento como uma das vias de compreensão da tríade corpo-emoção-saúde. Neste artigo, será apresentada a história de Ana, interlocutora que tem por desejo a compreensão de uma condição de saúde que a fez necessitar de um transplante hepático aos dezesseis anos de idade e sua motivação de ida ao Santo Daime está atrelado a isso. Lá, Ana vivencia uma

experiência que a faz repensar a relação que ela tinha com seu próprio corpo, com suas emoções e seu estilo de vida. Este caso nos convida a estender a concepção sobre saúde e cura para além do desaparecimento de sintomas, incluindo as dinâmicas sentimentais como aporte para se entender o binômio saúde-doença.

O texto em questão foi desenvolvido tendo como base os primeiros dados coletados no contexto de produção de minha dissertação de mestrado. Nela, meu foco se concentra em um serviço religioso onde a bebida daime tem seu uso como recurso terapêutico para o trato de questões do campo de saúde mental, álcool e outras drogas. A pesquisa, contudo, foi elaborada mediante entrevistas semiestruturadas e observação participante. Os dados dispostos neste artigo foram coletados, especificamente, através de entrevista semiestruturada, com perguntas norteadoras, por meio de aplicativo de mensagens, uma vez que a pesquisa foi realizada entre 2020 e 2023 e, como medida de resguardo sanitário, parte desse processo foi feito tendo dispositivos online como recursos metodológicos, em especial, o uso do aplicativo *WhatsApp*. As perguntas norteadoras eram respondidas por áudio, ainda que a decisão de como responder partisse da(o) entrevistada(o). Após as perguntas respondidas, os áudios eram transcritos e tratados em conjunto conforme assuntos em comum. Esse texto, portanto, teve sua primeira análise apresentada como parte da programação da XXI Jornada Discente do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSA/UFRJ) no Grupo de Trabalho “Corpo e Saúde” e as indicações e rearranjos derivados dessa apresentação resultam neste artigo.

Da (re)construção do olhar sobre a doença

Ana² (mulher negra, 34 anos, ensino superior completo) foi uma das primeiras pessoas a me contar sobre o Santo Daime. Nos encontramos por acaso em um restaurante e pela indisponibilidade de mesas, ela se sentou comigo. Havíamos nos conhecido pouco

² Nome Fictício como forma de resguardar a identidade da entrevistada.

tempo antes, em sua casa, em uma roda de conversa sobre o Sagrado Feminino³, que é uma perspectiva não intervencionista de se olhar para as questões associadas à saúde ginecológica feminina. A partir disso, nossas interações passaram a ser feitas pelas redes sociais e vez ou outra conversávamos sobre assuntos relacionados à espiritualidade. Neste dia do restaurante, Ana me relatou que havia tido uma experiência *forte* no Santo Daime, a qual teria sido fundamental para os processos de mudança pelos quais estava passando no momento. Lembro que essa conversa me tocou bastante na época, ainda não conhecia o Santo Daime, muito menos pesquisava sobre. Segundo ela o daime ia na *raiz do problema*. Achei interessante, visto que, quando nos conhecemos compartilhamos alguns relatos de vivência em espaços ritualísticos de consumo de ayahuasca, mas o que havia, de fato, movimentado uma mudança foi o Santo Daime.

Pouco depois, passei a pesquisar a Doutrina do Santo Daime e, especificamente, a Igreja em que Ana frequenta. Esta Igreja, localizada na região metropolitana de Curitiba, se reconhece e é reconhecida por seus(suas) adepto(a)s e frequentadore(a)s como uma *casa de cura*, o que já indica um direcionamento da proposta do espaço. A cura é um aspecto imprescindível da Doutrina do Santo Daime desde sua formação. Paulo Moreira e Edward MacRae (2011) explicam que desde o início problemas relacionados à saúde estavam dentre as principais razões pela procura dos trabalhos de Mestre Irineu, fundador da Doutrina.

No começo, os trabalhos de Mestre Irineu eram voltados à concentração e à cura. Problemas relacionados à saúde eram as principais razões para as pessoas o procurarem, desde o início dos seus trabalhos com o daime em Rio Branco até seus últimos dias de vida. Frequentemente, pessoas que se sentiam agraciadas com cura tornavam-se seus seguidores juntamente com seus familiares. (Moreira & Macrae, 2011:143)

Desse modo, a relação entre cura-filiação é bastante comum ao contexto do Santo Daime. Os autores, Moreira e MacRae (2011), ainda relatam como que os primeiros seguidores de Mestre Irineu seguem esse trajeto relacional. Na ocasião de formação da

³ “No campo antropológico, entre etnografias e netnografias, o sagrado feminino se revela um termo polissêmico, que compartilha significados, ideias, ideais e práticas entre diferentes campos de saber como ginecologia natural, ecofeminismo, ginecologia autônoma, pompoarismo, tantra e ciclicidade” (Vasconcellos, 2022:1)

Doutrina, a doença que levava os primeiros adeptos de encontro ao *daime* era malária ou “paludismo”. Conforme os autores:

Muitos foram os casos de malária que Mestre Irineu ajudou a tratar com daime. (...) O daime muitas vezes era indicado como o remédio de diagnóstico e também como a maneira de encontrar, em miração, o remédio que sanaria a doença. (Moreira & Macrae, 2011:145)

Ou seja, o entendimento do *daime*, seja enquanto referência à bebida, seja em referência à Doutrina em si, a partir de seu aspecto curativo não é algo recente e não é uma especificidade do caso que será exposto mais à frente. Desde sua formação doutrinária, a busca pela cura e a possibilidade de encontrá-la mediante o *daime* tem sido a espinha dorsal, diga-se assim, desse campo religioso e dos relatos dos primeiros seguidores da religião. Foi a partir dos trabalhos de cura que Mestre Irineu passou a ser reconhecido e “(...) foi juntando em torno de si muitos adeptos” (Moreira & Macrae, 2011:146).

Para Mestre Irineu, a cura:

(...) deveria vir acompanhada de uma mudança de vida, norteadas por princípios cristãos como amor, perdão (a si e aos outros), arrependimento, caridade e pagamento de promessas. De maneira análoga à dos xamãs, Mestre Irineu muitas vezes empregava o daime simplesmente para provocar uma alteração de consciência que levasse o cliente a reviver intensamente a situação a partir da qual o distúrbio se originava, e nesse novo enfrentamento, superá-la, livrando-se assim do incômodo que o afligia. (Moreira & Macrae, 2011:147)

A citação acima traz consigo a ideia de que, por mais que pareça uma particularidade de uma trajetória pessoal, as noções de cura estão no cerne da criação da Doutrina do Santo Daime trazida por seu fundador, Mestre Irineu. É preciso contextualizar que o Santo Daime surge no Acre entre imigrantes nordestinos que se instalam lá para trabalhar nos seringais.

Ao descobrir uma doença autoimune aos dezesseis anos, Ana precisou passar por um transplante hepático. A busca por compreensão de seu estado de saúde passou a orientar a experiência de sua vida, constituindo o que ela chamaria de problemas existenciais. Com isso, a meditação resultou em uma prática de autoconhecimento, bem como a leitura sobre assuntos relacionados, quando foi questionada se já havia meditado com ayahuasca por um

amigo. Desta forma, conheceu a bebida, ainda que em um contexto ritualístico outro que não o Santo Daime.

Percebendo as mudanças de comportamento da filha, a mãe de Ana também se interessou pela experiência com a bebida e, devido não morar na mesma cidade que ela, ambas buscaram um espaço que ofertasse a experiência em dias de semana. Isso porque, comumente, os espaços de consumo ritual de ayahuasca dirigem os eventos com a bebida aos finais de semana. Assim, Ana conheceu a Igreja onde é fardada - termo dado aos adeptos da Doutrina que assumem uma responsabilidade com a mesma - , pois o lugar dispõe de um serviço religioso que ocorre no decorrer da semana o qual é chamado de *Pronto Socorro*, serviço este que estou me dedicando a estudar atualmente.

No entanto, a busca por compreensão de Ana nem sempre se deu via meditação ou leitura sobre. Como relatado por ela, “(...) *muitas vezes essa busca pela compreensão ela veio junto de uma raiva, revolta (...)*” (trecho de entrevista). Esse sentimento de revolta, a conduziu a comportamentos interpretados por ela como comportamentos destrutivos. Por ser uma pessoa imunossuprimida e fazer uso de medicamentos para evitar a rejeição do fígado, a ingestão de bebida alcoólica somada ao uso de outras substâncias como a maconha, o cigarro e, eventualmente, LSD eram prejudiciais à sua saúde, mas ainda não eram vistos enquanto um problema. A mudança de percepção se deu na primeira experiência com o daime.

Por se tratar de uma substância psicoativa, a ingestão da bebida sacramental tem como uma das características a produção de imagens e sensações, compreendidas enquanto *mirações*, as quais são encarregadas de transmitir mensagens e compreensões de caráter espirituais. A produção visionária do daime é definida pelo estado mental peculiar proporcionado pela ingestão da bebida sacramental, ainda que esse fenômeno não seja reduzido apenas as *mirações* (Mabit, 2002). Neste caso, Ana obteve uma *miração*, responsável por problematizar o uso de substâncias, até então tidas como normais, por estarem inseridas em seu cotidiano, como fator prejudicial à sua saúde já sensível devido a sua doença autoimune.

Eu me vi assim, despida, de costas, deitada, e de repente eu deitei de frente e vi toda a minha barriga ela tava preta e aquele preto era uma doença. Eu comecei a chorar muito quando olhei praquela cena, por ter me visto daquele jeito né, e compreendi que, em primeiro lugar que eu era um espírito, que foi...que essa

doença era simplesmente um resgate que eu mesma havia criado pra mim numa existência anterior.

Eu não fui injustiçada por Deus por ter que passar pela doença né, pelo contrário, tava simplesmente resgatando algo que fui eu mesma que criei então a cura foi em trazer essa responsabilidade pra mim, compreender que eu não fui injustiçada por Deus, pelo divino e tudo mais.

Então acho que essa foi a coisa mais significativa, sabe, esse entendimento e mais do que isso, quando eu olhei praquela cena eu vi o quanto eu precisava realmente me dar carinho, amor, respeito, saúde, eu vi o quanto eu precisava cuidar de mim, me amar, e isso consequentemente envolvia olhar pro que eu tava fazendo com a minha vida, com a minha saúde, com os meus pensamentos isso inclui também tanto essas substâncias que eu estava ingerindo como se fosse uma coisa normal tavam de fato contribuindo para aumentar aquela doença, aquela coisa que eu tava dentro de mim. (Trecho de entrevista, 2021)

O interessante do caso de Ana é que a motivação de sua ida ao Santo Daime se deu em uma tentativa de compreender determinadas limitações impostas por sua condição de saúde. No caso, as implicações de uma condição de saúde descoberta em sua juventude, ocasionou em sentimento de infelicidade e a busca por amortecimentos, em suas palavras, já não era mais o suficiente. Esses amortecimentos, que Ana fazia via uso de substâncias, passaram a ser vistos, após essa experiência, como uma fuga da realidade. Ainda que compreendesse que esses comportamentos não eram benéficos, a elaboração deles enquanto um problema só veio depois.

Essa experiência corporificada, que se dá pela ingestão da bebida daime, dimensiona o corpo em um outro lugar. Em um primeiro momento, por se tratar de uma experiência que é acessada pelo corpo. Em um segundo momento, no caso de Ana, essa experiência acessada pelo corpo a possibilita enxergar seu próprio corpo sob uma outra perspectiva. E, consequentemente, essa mudança de perspectiva a conduz a alterar a relação com seu próprio corpo. Seja pela interrupção de substâncias que passaram a ser vistas enquanto maléficas. Seja pela mudança de caráter emocional:

Então a partir do momento que o daime me mostrou e me fez me reconhecer como um ser divino, como um ser passível de receber amor, de receber carinho, de ser amado, então eu vi que aquilo que tava fazendo era uma agressão a mim, né. Então não tinha como esperar é (...) ter alegria, contentamento, felicidade, se eu me alimentava com medo, com rejeição, com culpa, com destruição, com raiva, então essa (...) eu acho que por isso até que acontecia o uso de drogas né porque eu queria esquecer o quanto eu me sentia horrível, o quanto eu não via valor em mim, então as drogas nesse sentido ajudavam a amortecer essas sensações, esses sentimentos. (Trecho de Entrevista, 2021)

Aqui, há uma correlação entre corpo-saúde-emoções em um sentido de que, a busca pelo entendimento de uma condição de saúde, altera fatores emocionais na relação que Ana estabelecia com seu corpo. Se antes, essa condição incompreensível de saúde a fazia se sentir mal, “(...) *com medo, com rejeição, com culpa, com destruição, com raiva (...)*”, após a experiência com o daime, uma experiência corporificada, Ana vê-se de outra forma, pois percebe “(...) *o quanto eu precisava realmente me dar carinho, amor, respeito, saúde, eu vi o quanto eu precisava cuidar de mim, me amar, e isso consequentemente envolvia olhar pro que eu tava fazendo com a minha vida, com a minha saúde, com os meus pensamentos isso inclui também tanto essas substâncias que eu estava ingerindo como se fosse uma coisa normal tavam de fato contribuindo para aumentar aquela doença (...)*”.

Segundo o antropólogo David Le Breton (2019), “Sentimento e emoção nascem de uma relação com um objeto, da definição pelo sujeito, da situação em que se encontra (...)” (Le Breton, 2019:141). No caso de Ana, os sentimentos e as emoções são movimentados conforme a relação que ela estabelece com seu próprio corpo, mediada pelo entendimento de sua condição de saúde. Uma vez que compreende que sua saúde era um *resgate* de uma criação anterior, ou seja, o estado de saúde atual é uma consequência de algo criado em uma existência anterior, suas emoções passaram a ser vistas também enquanto catalizadoras desse estado. E consequentemente, são reelaboradas.

Le Breton (2019) indica que as emoções obedecem a lógicas pessoais e sociais, são ritualmente organizadas, se traduzem de acordo a apropriação pessoal da cultura e dos valores circundantes (p. 145). Assim sendo, o uso de drogas, contudo, obedece a uma lógica (social) neoliberal onde o estímulo da produtividade passa a significar o uso de determinadas substâncias. Uma vez que os discursos de uma necessidade de felicidade, criatividade, virilidade, competitividade que precisam ser alcançados em um menor tempo possível e vividos na parte do tempo possível, produz um encaixe onde o uso de drogas passa a ser justificado (Souza, 2013). Nesse sentido, o amortecimento que Ana relata no uso de determinadas substâncias, diz respeito a uma forma de tornar seus sentimentos compatíveis com o que é socialmente aceito, já que sentimentos como rejeição, raiva, medo e culpa não são desejáveis. Assim, compreende-se as emoções como um dado cultural. Ao mesmo tempo:

Existe um trabalho do tempo e da memória sobre emoções, um trabalho de significado, que leva, por vezes, à modificação da forma como um acontecimento é experimentado. (...) A emoção não é fixa, ela é diluída nas malhas do tempo, as quais a acentuam ou amenizam, alterando seu significado de acordo com as vicissitudes da vida pessoal. (Le Breton, 2019:146-147)

Assim, a experiência com o daime altera o significado da experiência da doença, uma vez que significa a doença em um contexto espiritual. É um *resgate*, e sendo algo produzido pelo indivíduo, em existência passada, modifica a dinâmica de sentimentos já que atribui responsabilidade sobre o fato ao sujeito. Ana passa a se responsabilizar pelos sentimentos e sensações experimentadas por ela, já que passa a considerar que determinadas sensações e sentimentos são fatores de contribuição de agravamento ou melhoria de seu estado de saúde e, não desassociado, de seu estado de humor.

As emoções, dessa forma, se inscrevem sobre uma teia de significados (Le Breton, 2019:149) e consonante com a mudança de significado da experiência da doença, as emoções atribuídas a ela também são mexidas. Ao não mais considerar a doença como um castigo divino, que incita sentimentos como raiva e medo, mas como um *resgate* espiritual, essa mudança da perspectiva da doença provoca novos sentimentos, incluindo aqui o cuidado com a própria saúde.

No caso:

A doença faz parte dos processos simbólicos e não é uma entidade percebida e vivenciada universalmente. A doença é um processo experiencial; suas manifestações dependem dos fatores culturais, sociais e psicológicos que operam em conjunto com os processos psico-biológicos. (Good 1994; Alves 1993 *apud* Langdon, 2001:241)

Sendo então a doença pertencente ao universo simbólico, o que ocorre com a experiência de Ana no Santo Daime não é necessariamente a atribuição de sentido a sua condição de saúde. Ao contrário, o que acontece na experiência com o daime é uma mudança na dinâmica sobre tal, ainda que dentro do universo simbólico religioso, pois antes Ana entendia a doença como um castigo divino, após a experiência no Santo Daime, entende a doença como algo produzido por ela em uma existência passada. O que se altera também são os sujeitos, visto que, a produção da doença em um primeiro momento é dada por Deus, e em um segundo momento, a produção da doença é feita por ela mesma.

Dito isto, a manutenção da saúde passa a ser correlacionada com estados emocionais elaborados por Ana. Sentir-se bem, então, é condicionante ao reconhecimento de uma valorização ambígua: é uma valorização de ordem divina ao mesmo tempo em que é uma valorização que precisa ser assumida pelo indivíduo. A interpretação oriunda da experiência com o daime é o que corrobora com a ideia da doença enquanto uma experiência (Langdon, 2001) na medida em que a relação com o fato de se ter uma doença autoimune é lida de outra forma.

A singularidade quanto à experiência da doença e saúde sustenta uma necessidade de se olhar para essa dinâmica saúde-doença para além de prerrogativas biomédicas, uma vez considerando que essa relação é construída com base em contextos socioculturais específicos (Langdon e Wiik, 2010).

De acordo com Langdon e Wiik:

A doença e as preocupações para com a saúde são universais na vida humana, presentes em todas as sociedades. Cada grupo organiza-se coletivamente – através de meios materiais, pensamento e elementos culturais – para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências, ou episódios de doença e infortúnios, sejam eles individuais ou coletivos. Com esse intuito, cada e todas as sociedades desenvolvem conhecimentos, práticas e instituições particulares, que se pode denominar sistema de atenção à saúde(1). 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” (Langdon e Wiik, 2010:178)

Em vista disso, a experiência da doença de Ana, uma doença autoimune, a coloca em uma relação com o próprio corpo bastante complexa. A própria doença exprime essa complexidade pois o sistema imunológico, ao invés de proteger, produz um outro tipo de relação com anticorpos considerados saudáveis. Ou seja, há uma inversão do modo de funcionamento do sistema biológico. Em contrapartida, essa doença também produz uma relação complexa a nível emocional e social. Em um esforço de significar a doença, Ana nutre determinados sentimentos a depender do antes e depois de seu contato com o Santo Daime.

Pode-se dizer, então, que a experiência com a bebida sacramental se aproxima de um sistema de atenção à saúde na medida em que opera um significado para a doença, a doença é resultado de uma experiência anterior, e propõe um modo de tratamento com base na administração emocional da paciente. A manutenção do estado de saúde de Ana se dá com a mudança das respostas emocionais à saúde e na compreensão não só da origem da doença, mas também de padrões de consumo de substâncias que acentuam seu estado de saúde. Em suas palavras, “(...) *essas substâncias que eu estava ingerindo como se fosse uma coisa normal tavam de fato contribuindo para aumentar aquela doença (...)*” (Trecho de Entrevista, 2021).

A *miração* observada por Ana tem papel fundamental na compreensão que ela vai desenvolver sobre a dinâmica corpo-saúde-emoção, pois é a partir dela que Ana consegue elaborar um outro significado para a doença que a aflige desde a juventude. Por se tratar de uma doença autoimune, a possibilidade de cura não é um vislumbre para o caso. No entanto, Ana concebe a cura como o entendimento que ela adquire pós a experiência no Santo Daime pois a mudança de perspectiva sobre a doença interfere na relação que Ana estabelece com a doença, com seu próprio corpo e com as substâncias que usava.

Por sistema de atenção a saúde entende-se:

O sistema de atenção à saúde é um modelo conceitual e analítico, não uma realidade em si para os grupos sociais com os quais se convive ou se estuda. Porém, ele auxilia a sistematização e compreensão de um complexo conjunto de elementos e fatores experimentados no cotidiano, de maneira fragmentada e subjetiva, seja em nossa própria sociedade e cultura ou diante de outras não familiares. (Langdon e Wiik, 2010:178)

Com isso, a compreensão sobre os fatores envolvidos na doença de Ana é sistematizada dentro de uma complexidade quando da experiência que ela tem com o Santo Daime, amparando sua decisão de interrupção do uso de drogas e, especialmente, modificando sua relação com a doença e resposta emocional a ela.

A cura, ao contrário da perspectiva biomédica, não condiz necessariamente com o desaparecimento de sintomas ou cessação do sofrimento em contexto de doença. No caso de Ana, a cura diz respeito a modificação da relação que ela tinha com sua doença a qual ocasionada uma série de sentimentos e comportamentos vistos como danosos.

Ao olhar seu próprio corpo sob uma outra perspectiva e visualizar sua barriga preta como sinônimo de uma doença, Ana mobiliza outras compreensões sobre seu estado de saúde e comportamentos como respostas emocionais como forma de lidar com ele. A investida que faz em buscar a compreensão da causa de sua doença em um contexto religioso, provoca uma série de outras mudanças advindas dessa compreensão. O autocuidado, o cultivo de sentimentos como amor, carinho e autovalorização, configuram em elementos necessários para a manutenção de sua saúde assegurados por uma mudança de comportamento indicando a complexidade do trinômio corpo-emoção-saúde.

Considerações Finais

Propus com esse texto refletir sobre o trinômio corpo-emoção-saúde a partir de uma análise de caso. Considerando a cultura e, consequentemente, a antropologia uma ferramenta de compreensão para a complexidade do fenômeno homem, a antropologia da saúde se configura em uma ferramenta analítica para a compreensão da complexidade saúde-doença. Partindo do pressuposto de que esse duo está envolvido em um contexto sociocultural, alocar a resolução de um problema de saúde em uma via religiosa dá sentido a essa complexidade e heterogeneidade da relação saúde-doença.

Tomando como ponto de partida o caso de Ana, a qual adentra em um contexto de autoconhecimento como possibilidade de entender sua condição de saúde, a resposta dessa problemática se dá na Doutrina do Santo Daime com a ingestão da bebida sacramental daime. Aqui, não somente a problemática de saúde é resolvida, uma vez que Ana vai em busca da compreensão desse problema, mas a experiência com o daime a ajuda a problematizar outros aspectos de sua vida que corroboravam para danificar esse mesmo estado de saúde já delicado.

Ao obter então a compreensão sobre a origem de seu estado de saúde, a qual é resultado de empreendimentos de uma existência passada, Ana não só é tomada por uma resposta à sua busca como também desloca sua relação com o corpo e emoções procedente dessa compreensão a qual só foi possível devido a *miração* que Ana teve.

As *mirações*, portanto, são fenômenos visionários fundamentais nesse contexto religioso, o Santo Daime, uma vez que a experiência com a bebida possibilita colocar os

sujeitos em contato com uma dimensão superior, conforme seus adeptos, onde conseguem obter uma compreensão para suas aflições e, em decorrência disto, organizam um modo de comportamento condizente com o conhecimento acessado através da bebida sendo um fator de reorganização das emoções.

Referências Bibliográficas

- GOULART, Sandra. 2004. O Contexto de Surgimento do Culto do Santo Daime: Formação da Comunidade e do Calendário Ritual. In: Labate, B.C. & Araújo, W.S. (orgs.). O uso ritual da ayahuasca. 2ª ed. Campinas: Mercado de Letras.
- LABATE, Beatriz C. e PACHECO, Gustavo. 2004. Matrizes maranhenses do Santo Daime. In: LABATE, Beatriz C. e ARÚJO, Wladimir. (orgs.). O Uso Ritual da Ayahuasca. Campinas, Mercado de Letras. 2ª ed., pp. 303-344
- LANGDON, Esther. 2001. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnografica*. V(2):241-260.
- LANGDON, Esther e F. Wiik. 2010. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mai-jun 2010.
- LE BRETON, David. 2019. Antropologia das Emoções; tradução de Luís Alberto S. Peretti. Petrópolis. Rio de Janeiro. Vozes.
- MABIT, Jacques. Produção visionária da ayahuasca no contexto dos curandeiros da Alta Amazônia peruana. In: LABATE, Beatriz C. & ARAÚJO, Wladimir S. (orgs.) O uso ritual da ayahuasca. Campinas: Mercado de Letras/FAPESP, 2004.
- MOREIRA, Paulo; MACRAE, Edward. 2011. Eu venho de longe: Mestre Irineu e seus companheiros. Salvador, Bahia: EDUFBA, EDUFMA, ABESUP.
- PELAEZ, Maria Cristina. 2004. Santo Daime, Transcendência e Cura. Interpretações sobre as possibilidades terapêuticas da bebida ritual. In: Labate, B.C. & Araújo, W.S. (orgs.). O uso ritual da ayahuasca. 2ª ed. Campinas: Mercado de Letras.
- SOUZA, T. P. 2013. A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

VASCONCELLOS, Hannah Lima Alcantara de. 2022. Observar o sagrado entre mulheres na cidade. In: 33ª Reunião Brasileira de Antropologia, Curitiba.

Da agência da ayahuasca sobre a saúde humana: diálogos entre antropologia e micro-história

Vinícius Lima e Maria Marinho¹

Resumo: A ayahuasca é uma bebida utilizada por indígenas, religiosos e outros praticantes, que, entre outros motivos, fazem seu uso para buscarem a “cura” e por “transformações pessoais”. Com isso, questionamos se essa bebida também influencia na história. Consideramos a ayahuasca como um ator não-humano (Latour, 2012), dessa maneira, com agência em escala local (Ginzburg, 1998) sobre a saúde de indivíduos e de grupos sociais, também, em escala global (Revel, 1998; 2010), ao assumir um status de “novo tratamento” para “problemas” de saúde pública. Assim, quisemos mapear interações históricas entre a ayahuasca e os humanos no que diz respeito à saúde. Para isso, realizamos uma etnografia em documentos, evidenciando esse como um método que possibilita o diálogo entre antropologia e micro-história, e concluímos pela análise de discursos, narrativas e gramáticas no noticiário que pelas curas individuais, de grupos sociais ou de populações, a ayahuasca demarca sua posição na história.

Palavras-chave: ayahuasca; saúde; antropologia; micro-história; etnografia em documentos.

Abstract: Ayahuasca is a brew used by indigenous and religious people and, other practitioners, who, among other reasons, use it to seek “cure” and “personal transformations”. With this, we question whether this brew also influences the history. We consider ayahuasca as a non-human actor (Latour, 2012), in this way, with agency on a local scale (Ginzburg, 1998) over the health of individuals and social groups, also, on a global scale (Revel, 1998; 2010), by assuming a status of “new treatment” for “problems” of public health. Thus, we wanted to map historical interactions between ayahuasca and humans regarding health. For this, we carried out an ethnography in documents, highlighting this as a method that enables the dialogue between anthropology and micro-history, and we concluded by analyzing the discourses, narratives and grammars in the news that through individual cures, social groups or populations, ayahuasca demarcates its position in history.

Keywords: ayahuasca; health; anthropology; micro-history; ethnography in documents.

¹ Vinícius D. Maurício de Lima é cientista Social e Jornalista, Especialista em Antropologia Cultural, Mestre em Informação e Comunicação em Saúde e Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Federal do ABC (UFABC). Também, é membro do Grupo de Estudos História e Antropologia Indígena, do Centro de Estudos Mesoamericanos e Andinos, da Universidade de São Paulo (CEMA/USP).

Maria Gabriela S. Marinho da Cunha é jornalista, Mestre em Política Científica e Tecnológica e Doutora em História Social. Atualmente, é professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Federal do ABC (UFABC), e pesquisadora associada do Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (MH-FMUSP).

Introdução

Beberagem utilizada milenarmente por indígenas da região Amazônica (atuais países Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela), a ayahuasca é preparada a partir da decocção conjunta de determinadas plantas, em geral, um cipó do gênero *Banisteriopsis* com as folhas de uma ou mais espécies de árvores. Atualmente, centenas de etnias indígenas fazem seu uso ritual. Entre esses povos, a beberagem pode ter nomes como “Yagê” (Siona), “Caapi” (Baniwa), “Kamarampi” (Ashaninka), “Nixi pae” (Kaxinawá) e “Uni” (Yawanawá), entre outros. (Assis; Rodrigues, 2017; Luna, 2002; Luz, 1996; 2002; Tukano, 2019). Devido a seus efeitos psicoativos, os indígenas podem a utilizar para ter visões sobre inimigos, para prever ações de guerras e de caça e como uma medicina tradicional para a “cura” em rituais xamânicos, entre outras práticas (Naranjo, 2015).

Foi com a fundação no Norte do Brasil, a institucionalização e a expansão das religiões ayahuasqueiras para outras regiões e países que a ayahuasca se popularizou. São consideradas as principais religiões ayahuasqueiras o Alto Santo (criado nos anos 1930), do qual advêm a Barquinha (fundada por volta de 1945) e o Santo Daime (registrado em 1974), também há a União do Vegetal (UDV) (fundada em 1961), que tem origem distinta das outras três. Nelas a beberagem é preparada por meio da decocção do cipó *Banisteriopsis caapi* com as folhas da árvore *Psychotria viridis* e recebe nomes como “Daime” (Alto Santo, Barquinha e Santo Daime) e “Hoasca” e “Vegetal” (UDV) (Goulart, 2004; Labate e colaboradores, 2008; MacRae, 1992; Netto, 2017; Santos, 2021).

Além disso, a chegada dessas religiões aos grandes centros urbanos possibilitou a criação de grupos neo-ayahuasqueiros, que podem ter práticas pelas quais buscam se distinguir das religiões ayahuasqueiras. Nesses grupos, a beberagem pode apresentar também outros nomes, como “Medicina” e até mesmo “Ayahuasca”, categoria que é mais conhecida na ciência (Labate, 2000; Maurício de Lima, 2021). Para os praticantes das religiões ayahuasqueiras e grupos neo-ayahuasqueiros, a beberagem pode estar relacionada a “transformações pessoais” e à “cura”, por exemplo, de transtornos mentais, como a depressão, e da adição ao álcool, à *Cannabis ssp.*, à cocaína e ao crack (Bittencourt, 2016; Grob e colaboradores, 1996; Labate e colaboradores, 2014; Maurício de Lima, 2021), o que diversas pesquisas de áreas como a neurociência e a psiquiatria também têm atestado

(Barbosa e colaboradores 2018; Bouso e colaboradores, 2022; Ona e colaboradores, 2019; Perkins e colaboradores, 2022; Sarris e colaboradores, 2021; Viol e colaboradores, 2019).

Nesse sentido, questionamos se a ayahuasca também influencia na história? Nossa hipótese é que a ayahuasca é um ator composto por elementos de natureza (plantas) e de sociedade/cultura (preparadas conjuntamente por humanos) e que ela age na associação com os humanos, com os quais estabelece uma relação de coevolução (Latour, 2012; Haraway, 2021). Dito de outro modo, nessa perspectiva, não são apenas os humanos que têm a capacidade de realizar atos de criação própria e produzir efeitos em outros atores. Afinal, as plantas com as quais a ayahuasca é preparada são consideradas “plantas professoras”, “plantas mestras” ou ainda “plantas de poder”, por também transmitirem conhecimentos por meio dos “efeitos psicoativos” que produzem nos humanos (Albuquerque, 2017; 2018; Labate; Goulart, 2005; Lira, 2014; Mercante, 2017).

Diferente, portanto, do que a epistemologia da ciência moderna tem historicamente colocado, principalmente, a partir de classificações que hierarquizam as espécies e colocam os humanos – ou apenas alguns deles - no topo da escala de evolução (Castro, 2018; Kilomba, 2019). Para aprofundar esses aspectos, tivemos como objetivo mapear interações históricas entre a ayahuasca e os humanos no que diz respeito à saúde humana, propondo um diálogo entre a antropologia e a micro-história por meio do desenvolvimento de uma etnografia em documentos, particularmente, em reportagens dos anos 1960 a 2010.

Em um primeiro momento, realizamos uma discussão sobre a etnografia em documentos como um método com proposições analíticas que unem antropologia e história e, em um segundo momento, desenvolvemos uma etnografia em reportagens de diferentes décadas nas quais identificamos como a ayahuasca pode ser historicamente relacionada à “cura” por indígenas e instituições religiosas e, mais recentemente, é colocada como um “tratamento” para “problemas” de saúde pública, evidenciando diversos significados relacionados à saúde e suas respectivas gramáticas. Mesmo assim, identificamos no noticiário controvérsias, como o fato de a beberagem ser relacionada, ao longo de décadas, ao adoecimento físico e mental, por exemplo, ao ser associada às ditas “drogas”.

Etnografia em documentos: diálogo entre antropologia e micro-história

A fronteira entre a antropologia e a história tem sido objeto de discussão de diversos antropólogos e historiadores (Bloch, 2002; LeGoff, 1990; Lévi-Strauss, 2008; Sahlins, 2008). Nas últimas décadas, pesquisadores de ambas as áreas têm encontrado um ponto de diálogo a partir da pesquisa em documentos. Na micro-história, ao retomarem determinados documentos de “fontes” oficiais, os historiadores têm observado a ação de atores antes não tão notados pela história das grandes narrativas (Ginzburg, 1989; 1998; Revel, 2010). Em seu texto que faz uma leitura sobre documentos da Inquisição, o historiador Carlo Ginzburg (1989) chega a reporta-se ao clássico da antropologia *Bruxaria, oráculo e magia entre os Azande*, publicado por Evans-Pritchard, em 1937, para lembrar que historiadores se quer davam credibilidade a fontes que já eram relevantes aos antropólogos: “As razões eram óbvias. [...] Sempre se considerou que as provas de bruxaria, fornecidas pelos julgamentos [da Inquisição], eram um misto de extravagâncias teológicas e superstições populares.” (ibid.: 204).

Mesmo assim, os historiadores têm privilegiado a micro-história de atores humanos, em detrimento dos atores não-humanos, para os quais antropólogos como Bruno Latour (2012) têm se voltado com mais atenção. Assim, ao estudar a história de Domenico Scandella, ou Menocchio, como ficou conhecido o moleiro que foi perseguido, julgado e condenado pela Igreja Católica devido aos seus pensamentos considerados “heréticos”, Ginzburg (1998) demonstrou como ele se destacava das demais pessoas da mesma classe social por suas características pessoais e posicionamento que possibilitaram entender como “um indivíduo único” interagia com a Igreja Católica, influenciando na história.

Na antropologia, na esteira da “virada histórica”, os antropólogos têm retomado uma crítica basilar da área aos “antropólogos de gabinete”, que até o início do século XX eram conhecidos por acumularem artefatos culturais e notas com informações de povos não-europeus, sem realizar um “trabalho de campo”. De modo pedagógico, o antropólogo Malinowski viajou para Nova Guiné, na Oceania, onde realizou uma observação participante com povos locais, publicando *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*, em 1922, e instituindo a etnografia como o método da disciplina que florescia (Cunha, 2004). Assim, os documentos

passaram a ser somente fontes para uma leitura “preliminar” ao trabalho de campo ou como uma etapa “menos séria” que gera “dados de contextualização”, conforme traz um manual de pesquisa etnográfica (Beaud; Weber, 2007). Por exemplo, sobre as publicações midiáticas, os autores desse manual consideraram que

Ao se tornar pesquisador de campo, aprende-se a olhar com outros olhos essa imprensa e a considerá-la como fonte de documentação que se revela, muitas vezes, muito rica, cômoda para se utilizar especialmente nos primeiros momentos da pesquisa: fotos, tomadas de posição públicas, polêmicas, “casos” locais, vida política e esportiva, oferecem primeiros pontos de apoio aos contatos. Encontra-se na imprensa local, fielmente retranscrito, tudo que compõe a vida social quotidiana das coletividades locais, o que está no centro das discussões e fofocas, o que ajuda a manter o interconhecimento local, desde os avisos fúnebres até às batalhas eleitorais; saiba que os jornalistas das páginas locais são “muitas vezes” nada mais que simples correspondentes, não profissionais e que mesmo os profissionais redigem tais páginas sob controle dos habitantes (ou pelo menos de alguns deles). Esses jornais, escritos com ajuda de uma parte da população e lidos por sua esmagadora maioria, são seu primeiro material de pesquisa. (Beaud; Weber, 2007:61) [grifos nossos].

Recentemente, no entanto, antropólogos têm realizado “trabalho de campo” em publicações midiáticas, em fotografias, em publicações científicas, em documentos estatais, policiais, jurídicos e até mesmo nos próprios cadernos de campo de outros antropólogos (Cunha, 2004; Cunha; Castro, 2012; Ferreira; Lowenkron, 2020; Frehse, 2005; Kohler, 2021; Latour; Woolgar, 1997; Lowenkron; Ferreira, 2020; Onto, 2020). Com isso, os antropólogos não estão menosprezando o trabalho de historiadores, tampouco estão desmerecendo a relevância de métodos e técnicas tradicionais na antropologia e nas ciências sociais de modo geral, mas olhando para “lugares” nem sempre estudados, e têm ficado surpresos ao constatar que esses documentos fornecem informações importantes e são mais que uma atividade periférica e complementar, pois, também são “produtores de conhecimento” (Cunha, 2004).

Mais que isso, diferente do que os antropólogos supunham, esses documentos transcendem o tempo singular, pois as narrativas que contêm incluem atores de diferentes períodos históricos e perpassam acontecimentos distintos, inclusive relacionando-se ao hoje,

tempo no qual os antropólogos regularmente operam. Com isso, os documentos possibilitam não apenas consultar um “contexto” histórico e social, mas o ressignificar, como também pontuam historiadores (Cunha; Castro, 2012; Ginzburg, 1989; 1998).

Nessa reconversão do olhar para os documentos, as publicações midiáticas como documentos que em boa parte das vezes representam as elites, também se tornam relevantes para antropólogos, o que historiadores já sabem há tempos. Uma das influências para a micro-história (Lima, 2004), o historiador Edward Palmer Thompson (1998) mostrou, ao estudar a prática de “troca de esposas” na Inglaterra, entre os séculos XVII a XIX, como documentos produzidos por veículos de imprensa podem ser relevantes para compreender, inclusive, a organização social de populações marginalizadas. Afinal, segundo a antropóloga Olívia Maria Gomes da Cunha (2012: 37), essas publicações midiáticas passam a revelar [...] o publicado, comentando fatos, eventos e pessoas, planificando o cotidiano em uma realidade única. Assim, seu testemunho de uma época não é desprezível, sobretudo pelo caráter público.

Em termos analíticos, em uma primeira leitura, em vez de tomar os “dados” nos documentos publicados pelos veículos de imprensa como “já prontos” (Beaud; Weber, 2007), ao etnografar publicações midiáticas, os antropólogos devem observar quem produziu aquele texto, em que momento histórico e em quais condições sociais (Frehse, 2005). Ora, como reflete a antropóloga e socióloga Fraya Frehse (2005), quando Ginzburg investiga distorções nas fontes oficiais para acessar outra realidade de determinada época, não é isso que consideram os antropólogos sobre os comentários dos “informantes”?

Dialogando com o antropólogo Gilberto Velho (1981), quando as publicações midiáticas são o campo, os veículos de imprensa e os jornalistas são as primeiras fontes sobre quem os antropólogos devem, assim como quando encontram informantes-chave durante a observação participante, ponderar e examinar suas explicações, bem como estranhar o que é familiar como fazem em pesquisas realizadas nas sociedades ocidentais.

Além de serem o cenário no interior do qual o antropólogo se move analiticamente para realizar a sua investigação, os arquivos são o próprio foco da análise. Problematisa-se, então, o contexto histórico e antropológico de sua produção e organização: os sujeitos e instituições que os fizeram e fazem ser como são (Frehse, 2005: 132).

Identificadas as condições de produção dos documentos, podemos mapear nos textos, bem como nas imagens, quais são os atores inscritos e subscritos. E por fim, podemos observar as diferenças sociais entre esses atores as quais configuram a complexidade social da novidade histórica (Frehse, 2005). Essas diferenças sociais entre eles são notáveis, por exemplo, nas abordagens, nas narrativas e nas gramáticas – as ditas “categorias”, do discurso antropológico - das publicações midiáticas. Nesse sentido, Ginzburg (1989: 208) refletiu sobre sua análise de arquivos da Inquisição e entendeu que, embora os inquisidores e os inquiridos tivessem posições hierárquicas distintas, fazendo com que as falas dos inquiridos fossem muitas vezes repetições dos questionamentos dos inquisidores, o que ele comparou aos antropólogos e seus “informantes”, era possível verificar com alguma frequência nos documentos um diálogo e, inclusive, contradições.

Claro que, nesses textos, as personagens em conflito não se encontravam em igualdade de circunstâncias (o mesmo se pode dizer, embora num contexto diferente, a respeito dos antropólogos e seus informantes). Essa desigualdade, em termos de poder (real ou simbólico), explica porque é que a pressão exercida sobre os réus pelos inquisidores para lhes arrancar a verdade que eles procuravam era quase sempre bem-sucedida. Estes julgamentos tornavam-se assim, não só repetitivos, mas também monódicos (para utilizar um termo tão ao gosto de [Mikhail] Bakhtin), na medida em que as respostas dos réus não eram mais do que o eco das perguntas dos inquisidores. Em alguns casos excepcionais temos um verdadeiro diálogo: podemos ouvir vozes distintas, podemos detectar um choque entre verdades diferentes ou mesmo contraditórias.

Definidos os procedimentos analíticos, cabe esclarecer que, inicialmente, fizemos uma busca pelos termos “ayahuasca”, “Santo Daime”, e “alucinógeno”, no arquivo da Hemeroteca Digital Brasileira, da Fundação Biblioteca Nacional (<http://memoria.bn.br/>), e em mais de 50 websites de veículos de imprensa e no website Google. De um total de 702 publicações escritas encontradas até janeiro de 2022, 246 eram de 19 jornais e revistas impressos, e 456 eram de 47 websites, de veículos de imprensa nacionais e regionais. Foi realizada uma catalogação do material (data, título da matéria, autor, veículo, link e local do arquivo) e a leitura de títulos e parte dos textos.

Então, realizamos uma etnografia em 244 publicações midiáticas, sendo a maioria dessas publicações reportagens, publicadas em jornais, revistas e websites nacionais e da região Norte, de 1960 a 2020. Parte do material etnografado foi aprofundada dentro do escopo deste artigo. A escolha de publicações de jornais, revistas e websites foi proposital, pela facilidade no acesso ao material e por abranger materiais de diferentes décadas. O recorte temporal se deve por abranger desde as primeiras publicações midiáticas que se tem conhecimento, dos anos 1960, e que tiveram repercussão nacional, até publicações mais recentes, da década de 2010.

Nessas reportagens, primeiro, identificamos se eram assinadas, por quem e qual a “linha editorial” que determinava os interesses dos veículos de imprensa em que foram publicadas. Depois, demonstramos por meio dos discursos, das abordagens, das narrativas e das gramáticas utilizadas que, além de atores humanos, a ayahuasca era demarcada como um ator, por exemplo, por ter agência sobre a saúde de indivíduos e, mais recentemente, na saúde pública. Também, evidenciamos controvérsias entre os atores relacionados à ayahuasca nas reportagens, particularmente, sobre a associação que alguns jornalistas faziam entre a beberagem e às práticas de “charlatanismo” ou as “drogas”, além de divulgarem posicionamentos de determinados atores contrários à ideia de que ela tenha “potenciais terapêuticos” comprovados.

Além desses procedimentos para a análise dos documentos, os “diálogos alheios ao campo”, como a bibliografia teórica e histórica, auxiliaram na interpretação dos dados, mas não como meros complementos (Frehse, 2005). Aqui, artigos científicos puderam elucidar aspectos da própria cobertura jornalística, particularmente, de reportagens sobre resultados de pesquisas sobre os usos terapêuticos da ayahuasca. Afinal, como afirma Latour (2011), em um estudo da esfera científica, os artigos são os veículos retóricos mais importantes, embora menos estudados.

Religião, “cura” e “transformações pessoais”

Em 1968, José Gabriel da Costa, o Mestre Gabriel, fundador da UDV, foi entrevistado para “Na selva, um místico vende um sonho”, do jornal O Estado de S. Paulo, principal periódico impresso do Brasil na época, tornando-se “personagem” ou “fonte”, como se diz no

discurso jornalístico, daquela que pode ter sido a primeira reportagem sobre o tema da Hoasca/ayahuasca, publicada na derradeira página (uma página nobre) de um veículo de imprensa de projeção nacional. Três anos depois, em 1971, ele também foi entrevistado para a reportagem “Aioasca - O LSD da Amazônia”, de O Cruzeiro, uma das revistas mais importantes daquele período e que mantinha, inclusive, correspondentes internacionais.

Embora O Estado adotasse uma linha editorial mais conservadora e O Cruzeiro mais progressista, os jornalistas Alberto Prado, de O Estado, e Joarez Ferreira, de O Cruzeiro, tiveram abordagens semelhantes e abriram espaço para o líder religioso falar de aspectos de sua história de vida, de acontecimentos relacionados à fundação da UDV, da doutrina religiosa que estabeleceu, do início da organização administrativa da religião e do ritual com o uso religioso do “Chá Hoasca” ou “Vegetal”, como se nomeia a ayahuasca na UDV. Mesmo assim, devido ao período político, de regime militar, no qual foram endurecidas as políticas antidrogas no Brasil, os jornalistas por vezes se reportavam à beberagem como uma “droga” (Ferreira, 1971; Prado, 1968), deturpando os reais significados de seus usos rituais. Contudo, chama a atenção que a Hoasca é citada nas reportagens como um ator e que tem agência sobre a saúde dos praticantes da religião, proporcionando a “cura” e “transformações pessoais” ligadas à saúde em contexto religioso.

Para O Cruzeiro, o Mestre Gabriel explicou que a Hoasca é a planta “Chacrona”, como se nomeia a *Psychotria viridis* na UDV, da qual se faz o Chá Hoasca em conjunto com o “Mariri”, como se nomeia o cipó *Banisteriopsis caapi* nessa religião, e, ainda, “É a fonte da ciência, o princípio do esclarecimento de todos os mistérios da natureza.” (Ferreira, 1971: n.p). Um exemplo de como a Hoasca agia, segundo a reportagem de O Estado, era pela “cura” física, mental e espiritual que realizava. O jornalista perguntou ao Mestre Gabriel: “Mestre, o senhor faz curas também?”, e ele respondeu: “A União só não cura olho arrancado e perna cortada. No mais, todo o resto cura. Tem gente que chega de cadeira de rodas e sai andando. Loucos furiosos chegam amarrados e voltam calmos e sorridentes.” (Prado, 1968: n.p) [grifo nosso]. Na resposta dele, portanto, ele afirmava que não era ele quem curava, mas a União, que aqui podemos entender como a UDV, ou ainda, como o Chá Hoasca, que é a união das duas plantas, a Chacrona com o Mariri.

Em uma das reportagens mais interessantes a respeito da UDV, escrita anos após a morte do Mestre Gabriel e publicada pela Folha de S. Paulo em 1986, o jornalista Luciano Martins Costa viajou ao Norte para conhecer “seitas” como a UDV e o Santo Daime, com a autorização dos editores do jornal, que se tornou um dos principais veículos de imprensa do Brasil e que adota uma linha editorial mais democrática, embora neoliberal. Ao longo de sua estadia na cidade, o jornalista entrevistou praticantes de diversas religiões ayahuasqueiras, membros de outras religiões, pesquisadores e agentes públicos. Entre eles, falou com algumas pessoas da UDV, como Manoel Severino Félix, o Mestre Pernambuco, um dos “Mestres da Origem”, como se diz na UDV os Mestres formados pelo Mestre Gabriel, quem contou ao jornalista que “[...] o vegetal mudou completamente sua vida.” (Costa, 1986: 26). Nas palavras dele:

Saí do Limoeiro Grande do Norte, em Pernambuco, em 1942, para trabalhar em seringal. Fiquei uns anos na Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, convivendo com gente ruim como o diabo, e eu mesmo não era coisa boa. [...] Eu era tão ruim que cheguei a comer este dedo [indicador da mão esquerda] com cachaça. [...] Cortei com uma peixeira de dez polegadas, bebi o sangue e comi o dedo numa cachaçada. Depois que passei a beber o chá com o mestre Gabriel, dentro da doutrina da União do Vegetal, virei um homem de paz. (Félix, 1986 apud Costa, 1986: 26) [grifos nossos].

O “virar um homem de paz” tem a ver com a transformação no comportamento do discípulo da UDV que deixou ser uma pessoa “ruim” e que convivia com “gente ruim como o diabo”, narrativa que é semelhante às de outros praticantes de instituições ayahuasqueiras, o que também é identificado em diferentes pesquisas. Como observou o psicólogo Cícero Guella Fernandes (2011) em pesquisa na UDV, para os discípulos do Mestre Gabriel, o Chá Hoasca também possibilita uma “transformação pessoal” o que, em nossa análise, é um tipo de “cura” que acontece por meio da aquisição do conhecimento pelo contato com Hoasca durante os rituais. Sobre essa transformação, Brissac (1999) também notou em um Núcleo da UDV que na grande maioria dos entrevistados havia:

(...) um esforço em afirmar a repercussão de sua pertença à UDV em sua vida diária, tecendo-se muitas vezes um relato de conversão que compara aspectos contrastantes do agir da pessoa, antes e depois de entrar para a União do Vegetal. Se no relato de alguns, tais mudanças são mais explícitas, como a superação de vícios,

para outros, são pequenas mudanças de atitude detectadas na vida cotidiana. (Brissac, 1999:119).

A cura na UDV tem, nesse sentido, relação com dois aspectos. O primeiro aspecto é que o Mestre Gabriel disse, de modo visionário, nos anos 1960, que o Chá Hoasca é “[...] comprovadamente inofensivo à saúde.”, como sublinhou o sociólogo Patrick Walsh Netto (2017), o que tem ligação com o segundo aspecto, de que os resultados de pesquisas realizadas com a Hoasca/ayahuasca vêm atestando seus “potenciais terapêuticos”, conforme o discurso científico, no tratamento a diversos “problemas” de saúde pública, como veremos.

Não apenas na UDV a beberagem é um ator. Uma reportagem de 1984 na qual os jornalistas Marcelo França e Marco Gracie Imperial registraram diversos aspectos da vida em comunidade na vila daimista do Céu do Mapiá, sede do Santo Daime, eles também disseram que “[...] a bebida que [os daimistas] consideram ‘um ser divino’, que permite conceber Deus e, em última análise, seria o caminho da compreensão e da salvação.” (França; Imperial, 1984: 71). A reportagem era da Manchete, uma revista importante publicada da década de 1950 ao ano 2000 e que se tornou conhecida por realizar reportagens que tornaram a beberagem mais popular no Brasil, inclusive, noticiando sobre a profissão de fé de celebridades que nos anos 1980 e 1990 passaram a frequentar o Santo Daime. De fato, como explica a pedagoga e daimista Maria Betânia Albuquerque (2017; 2018), o “Daime”, como se nomeia a ayahuasca no Santo Daime, é feito com “plantas professoras” que possuem uma “pedagogia” própria. Além disso, como esclarece o antropólogo Henrique Fernandes Antunes (2012), os usos religiosos da beberagem são uma instância terapêutica popular não apenas na UDV, também no Alto Santo, na Barquinha e no Santo Daime.

Porém, algumas controvérsias eram relatadas nas reportagens. O jornalista de O Estado contou, por exemplo, que o Mestre Gabriel teve de responder a uma liderança da Igreja Católica que o acusava de “charlatanismo” (Prado, 1968), o que era comum contra os líderes religiosos das religiões ayahuasqueiras desde que foram fundadas, como explica a antropóloga Sandra Goulart (2008). Além disso, com a implantação das políticas antidrogas, a essas acusações foram somadas outras, como dissemos, que relacionavam a ayahuasca às “drogas”, de acordo com o também antropólogo Edward MacRae (2008). Desse modo, principalmente, a partir dos anos 1980, quando os usos religiosos da ayahuasca chegaram a

ser suspensos pelo governo federal durante um período, surgiram novas acusações dos veículos de imprensa contra as religiões ayahuasqueiras, por exemplo, associando a ayahuasca ao adoecimento físico e mental (Antunes, 2012; Gallina, 2006; Goulart, 2008; Gouveia; Martino, 2008; Labate, 2005). Dito de outro modo, se por um lado algumas reportagens procuravam relacionar a ayahuasca à saúde, por outro lado, outras reportagens deturpavam seus reais significados para quem fazia seu uso em contexto religioso, como também notaram outros pesquisadores, conforme mencionado. No entanto, recentemente, essa abordagem vem se modificando, com a proposição de novas narrativas e gramáticas no noticiário e que indicam transformações nos significados sociais da ayahuasca, conforme aprofundamos nos próximos tópicos.

Usos indígenas na imprensa

Até os anos 2000, em reportagens sobre a ayahuasca os indígenas eram mencionados para “contextualizar” a origem da bebida até que ela chegasse aos fundadores das religiões ayahuasqueiras. Os antropólogos Beatriz Caiuby Labate e Tiago Coutinho (2014) sugerem que, devido a uma imagem generalizante do indígena ou mesmo por sua invisibilização, as religiões ayahuasqueiras ocuparam o espaço que relacionava a ayahuasca à “tradição”, sendo consideradas expressões “autênticas” da cultura ayahuasqueira. No entanto, recentemente, indígenas como os Yawanawá, do Estado do Acre, têm ganhado mais espaço no noticiário por realizarem “festivais” em que celebram seu “renascimento” étnico. Nesses festivais, abertos a não-indígenas, os indígenas ministram o uso ritual do “Uni”, como eles nomeiam a ayahuasca e motivo de interesse dos participantes de diversas regiões do Brasil e do exterior.

Intitulada “Da escravidão à autonomia em 50 anos: a história de renascimento dos índios yawanawá”, de 2019, é uma das reportagens mais completas sobre os Yawanawá e foi traduzida da BBC News Brasil e publicada no website G1 Amazônia, este pertencente ao Grupo Globo, um conglomerado de Comunicação cuja linha editorial é democrática, ainda que neoliberal. O jornalista João Fellet contou que, há cerca de meio século, durante o Ciclo da Borracha, os seringueiros ocuparam o território yawanawá, um trecho de floresta Amazônica cortado pelo rio Gregório, próximo à fronteira com o Peru, e passaram a impor

aos indígenas que extraíssem seringa para produção do látex. Também, eram coagidos pelos missionários do New Tribes Mission (a Missão Novas Tribos, da tradução literal), missão evangélica estadunidense que pressionava para que os indígenas deixassem de lado as “tradições” e a língua materna (Fellet, 2019).

A partir dos anos 1980, os indígenas iniciaram uma retomada de suas tradições. À reportagem, Biraci Yawanawá Júnior, contou que os Yawanawá estavam habituados aos missionários, que haviam construído escolas e distribuíam medicamentos, e tiveram que ser “convencidos” pelas lideranças que eram assessoradas pelo movimento indígena emergente no Acre na época e por antropólogos e outros profissionais ligados à então Fundação Nacional do Índio (Funai) de que iriam sobreviver sem eles, porque tinham suas próprias “medicinas” a base de plantas que utilizavam milenarmente. “[...] A partir daí – relatou ele – começou o trabalho de perguntar aos mais velhos, aos pajés, que estavam há tanto tempo adormecidos, para fazê-los puxar da lembrança o conhecimento, as rezas de cura, os cantos cerimoniais e reavivar toda a espiritualidade.” (Júnior, 2019 apud Fellet, 2019, n.p). Como demonstra esse trecho da entrevista com o indígena yawanawá, para os indígenas, de maneira semelhante que para os praticantes de instituições ayahuasqueiras, a ayahuasca também é relacionada à saúde no que diz respeito à espiritualidade, sendo utilizada também em contexto ritual como uma “medicina” cujos conhecimentos vêm dos ancestrais e são utilizados com o propósito de “cura”.

Os festivais também foram uma maneira de resgatar aspectos culturais desses indígenas (Labate; Coutinho, 2014; Losonczy; Mesturini, 2011) e motivo pelo qual passaram a ter visibilidade no noticiário. Os dois principais festivais noticiados pelos veículos de imprensa da região Norte e nacionais são o “Mariri”, realizado na aldeia Mutum, localizada na Terra Indígena do Rio Gregório, e o “Yawa”, realizado na aldeia Nova Esperança, próxima ao município de Cruzeiro do Sul, ambos abertos a não-indígenas, sendo frequentados por brasileiros de diversas regiões e por pessoas de outros países.

Esses festivais evidenciam um outro momento desses povos indígenas no circuito ayahuasqueiro nacional e internacional. No início dos anos 2000, Labate (2000) explicou que o turismo xamânico era mais relacionado às atividades no Peru para estrangeiros nas quais estes vivenciam “la purga” ou “*el remedio*”, categorias com as quais a ayahuasca é conhecida

localmente, e engloba centros turísticos, curandeiros autônomos, guias e *tours* organizados por agências de viagens, estando os turistas particularmente interessados na busca da cultura do outro, no desenvolvimento da própria consciência e de uma ligação com a natureza, da mesma maneira que observamos nas reportagens sobre os festivais yawanawá e que notou a antropóloga Aline Ferreira Oliveira (2012; 2018) em sua etnografia dos festivais.

Em algumas reportagens também identificamos como os “turistas” procuravam os festivais pelo uso ritual do Uni, para o qual os Yawanawá atribuem propriedades de “cura” e o poder de ligar o mundo material ao mundo espiritual e dos quais seriam os “usuários tradicionais de maior visibilidade mundial” (Fellet, 2019; Serva, 2017). Uma reportagem da Folha, de 2017, inclusive, trazia o discurso científico para endossar as práticas de “cura” com a beberagem, acompanhando uma tendência relacionada às reportagens sobre a ayahuasca nos anos 2010, como veremos. Para a reportagem “Festa e Ayahuasca atraem turistas de todo o mundo”, o jornalista Leão Serva narrou a realização do festival “Yawa” e chegou a entrevistar o psiquiatra Dartiu Xavier da Silveira, quem afirmou que o “alucinógeno” não causaria “dependência” e, pelo contrário, ajudaria a “tratar dependência química”. No entanto, segundo ele, os pesquisadores ainda não tinham concluído se esse “tratamento” era possível devido somente ao “efeito químico” ou por ser usado em contexto ritual em uma “comunidade acolhedora” (Serva, 2017).

Algumas reportagens associavam, ainda, os usos do Uni a Alok Achkar Peres Petrillo, o DJ Alok, um dos mais prestigiados DJs do mundo, que desde 2014 frequenta anualmente os festivais Yawanawá, a partir de quando passou a buscar a “cura” para uma depressão. Conforme contou aos jornalistas, ainda na adolescência, ele teve os primeiros sintomas de depressão, que ia e retornava em diferentes períodos da vida. Até que, aos 23 anos, quando ele enfrentava uma fase “grave” da doença, procurou por “respostas” sobre temas como o “sentido da vida”, a carreira profissional, a “popularidade”, os “ganhos materiais”, a miséria, a morte e Deus, tendo decidido buscá-las visitando lugares como a aldeia Mutum, dos Yawanawá (Candido, 2021; Filho, 2022).

Inicialmente, ele quis conhecer os Yawanawá para “se inspirar” na “sonoridade” deles, quem ele considera os “guardiões da floresta”. Porém, foi a partir da vivência na aldeia yawanawá que “ressignificou” a concepção que tinha dos indígenas, disse ter entendido a

relação deles com a floresta e com a música e, em especial, vivenciou uma “transformação pessoal” depois que bebeu o Uni. À luz da beberagem, Alok teve uma “visão” - de que o “futuro é ancestral” - e, inspirado naquela vivência, ao retornar à cidade grande fez alguns de seus maiores “hits”, termo da língua inglesa para se referir às músicas que fazem sucesso (Candido, 2021; Filho, 2022).

Assim, tanto as reportagens sobre as religiões ayahuasqueiras quanto sobre os indígenas mostram a ayahuasca agenciando a saúde de indivíduos e até mesmo de determinados grupos sociais. Dessa maneira, como as reportagens analisadas permitem verificar, para indígenas e para ocidentais que participam desses festivais, os significados sobre a saúde se assemelham, perpassando a agência da ayahuasca, que possibilita, ainda, uma ligação com a natureza, dado ser preparada a partir de plantas, e de ser utilizada em contexto ritual nas aldeias próximas à floresta. No entanto, recentemente, a beberagem também é colocada como um “potencial” “novo tratamento” para “problemas” de saúde pública, ampliando seu escopo de atuação e os significados sobre a saúde, o que discutiremos no próximo tópico.

Usos terapêuticos em pesquisas e o “tratamento” da população

Os usos terapêuticos da ayahuasca e de outras substâncias, bem como a realização de determinadas práticas “terapêuticas” e “alternativas” em saúde não são recentes no Brasil e estão na esteira de um fenômeno que acontece ao menos desde os anos 1980, de acordo com a antropóloga Fátima Tavares (2012). No entanto, com o avanço em pesquisas sobre a beberagem em áreas como a neurociência e a psiquiatria, na década de 2010, diversas reportagens passaram a divulgar resultados relacionados aos “potenciais terapêuticos” da ayahuasca para “problemas” de saúde pública, evidenciando a abrangência de sua agência sobre a saúde humana e as transformações sociais nos significados da ayahuasca no noticiário e, de modo geral, na sociedade. Afinal, de uma prática de charlatanismo e de uma “droga” a beberagem passa a ser colocada como um “novo tratamento”, um “fármaco”, um “medicamento” e até mesmo uma “droga”, mas no sentido farmacêutico, incorporando a gramática das esferas médica e científica à beberagem de tradição milenar. Mais que isso, ampliando o significado da ayahuasca ligada à saúde, de um ator com agência apenas sobre a

saúde individual e de pequenos grupos para um ator com agência sobre a saúde de grupos maiores e de populações, conforme informam as amostragens de diversas pesquisas reproduzidas no noticiário.

Nessas publicações midiáticas, observamos essa agência da ayahuasca nas gramáticas que os jornalistas vêm utilizando para se reportar à beberagem, por exemplo, por meio de determinados verbos, como “faz”, “age”, “possibilita”, “promove”, “estimula”, “aumenta”, “confere”, “facilita”, entre outros, que indicam sua atuação na saúde de indivíduos e grupos, bem como de populações. Ao divulgarem as pesquisas, os jornalistas muitas vezes reproduzem trechos dos artigos científicos, como na reportagem do jornalista Marcelo Leite, um dos expoentes do jornalismo científico no Brasil e editor do Blog Virada Psicodélica, da Folha, em que ele fez menções a trechos de um estudo científico sobre os usos terapêuticos da ayahuasca, no qual a neurocientista Fernanda Palhano-Fontes e colaboradores (2018) trouxeram dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 2017, de que mais de 300 milhões de pessoas sofriam de depressão e de outra pesquisa, que indicava que em torno de um terço dessas pessoas não apresentavam respostas apropriadas a pelo menos três antidepressivos diferentes. Fazendo uso do discurso sanitário, para a Folha, ele dizia: “Boa notícia, certo? Para cerca de 100 milhões de deprimidos que não respondem ao tratamento, num total de 300 milhões no mundo, sim.” (Leite, 2018: n.p).

Em uma segunda reportagem, também da Folha, o jornalista Gabriel Alves divulgou os resultados da pesquisa da neurocientista Flávia de Lima Osório e colaboradores (2015). O texto fazia referência à possibilidade de que a ayahuasca se tornasse um “novo tratamento” para a depressão, conforme concluíram os pesquisadores no próprio artigo científico. Unindo os discursos religioso, científico e sanitário, ele trazia: “Tome 150 ml desse Chá de folhas de Chacrona com cipó-Mariri uma vez por mês e volte a este dia seis meses para avaliação’, dirá um médico para seu paciente depressivo no futuro.” (Alves, 2015: n.p).

De fato, pesquisadores têm se mostrado confiantes com o resultado dessas e outras pesquisas sobre os usos terapêuticos da ayahuasca para depressão e outros transtornos mentais e as próprias pesquisas endossam a atuação da beberagem entre públicos cada vez maiores da população mundial. Dados do “Global Ayahuasca Project”, por exemplo, realizado entre 2017 e 2020, mostraram que de 11.912 pessoas, de 50 países, que

participaram do questionário online e que inclusive tinham participado de rituais religiosos e com indígenas, no momento do uso da ayahuasca, 1.571 delas tinham depressão e 1.125 ansiedade, sendo que 78% relataram que a depressão melhorou – para 46% melhorou muito e para 32% ela foi completamente resolvida -, enquanto que 70% informaram que os sintomas de ansiedade melhoraram - para 54% melhorou muito e para 16% eles foram completamente resolvidos -. Para os pesquisadores, isso se deve a fatores como a experiência mística subjetiva, ao número de sessões e ao número de “*insights*” psicológicos pessoais experimentados (Sarris e colaboradores, 2021). A confiança nos resultados cada vez mais promissores dessas pesquisas, com grandes amostragens, têm refletido no noticiário, que passa a abordar a agência da ayahuasca sobre a saúde de um outro patamar, agora projetando-a, inclusive, como um possível “tratamento” para males que assolam a saúde pública mundial.

Além da ação da ayahuasca na depressão, algumas reportagens associaram a ayahuasca como “tratamento” e até mesmo “cura” para pessoas que tinham adição ao álcool, à “maconha”, à cocaína e ao crack. Nas reportagens, além de entrevistas com pesquisadores, eram comuns relatos de histórias de vidas dos “ex-dependentes”/“ex-usuários de drogas”/“pacientes” de que a ayahuasca lhes “ajudou”, por exemplo, a “se limpar”, a “se livrar”, a “refletir”, a “entender os próprios problemas” e a “encontrar formas de lidar” com o “abuso”/“vício”. Nelas, também podiam confluir os discursos religioso, científico e sanitário, mostrando que, conforme Latour (2012), as associações entre atores de diferentes esferas passam a ocupar o espaço das controvérsias que eram bem mais frequentes em outras décadas, como vimos anteriormente.

Em uma reportagem do G1 AC em que a jornalista Janine Brasil conheceu uma “comunidade terapêutica” em Rio Branco (AC), observamos que os discursos científico e religioso foram articulados para explicar a “purificação”, como disse um “dependente químico” frequentador da comunidade na qual o dirigente da instituição informou terem feito o “tratamento” mais de 2,5 mil pessoas. Para o dirigente, o “Chá” possibilitaria “reflexões espirituais”. Sobre o tratamento, ele disse: “Quando eles chegam aqui vêm muito ansiosos, com muita revolta, e o vegetal consegue acalmá-los. Uma semana após o início do tratamento é possível ver a melhora.” (Brasil, 2015: n.p).

O psiquiatra Luís Fernando Tófoli, também entrevistado como autoridade científica, o que, inclusive, é bastante comum em reportagens da década de 2010, diferente das décadas anteriores, disse haver “fortes indícios” de que o “tratamento” era eficaz: “Analisamos relatos de pessoas, temos estudos antropológicos que mostram que quem participa das religiões da ayahuasca têm efeito positivo em várias áreas da saúde mental”. Ao mencionar o fenômeno religioso da “cura”, Tófoli comentou que os pesquisadores a entendem como um “efeito colateral” da ayahuasca: “Para quem bebe o chá não é considerado efeito colateral, isso faz parte de todo o processo religioso de cura, segundo identificamos em estudos. Mas, cientificamente, chamamos de efeitos colaterais.” (Tófoli 2015 apud Brasil, 2015: n.p).

Esses relatos encontram consonância com outros dados do “Global Ayahuasca Project”, os quais evidenciaram que entre 8.629 participantes que responderam ao questionário online, os quais informaram terem feito uso da ayahuasca em contextos religiosos, tradicionais ou não-tradicionais, o número de vezes que ayahuasca foi utilizada estava fortemente relacionado ao aumento de chances de a pessoa nunca ou raramente beber álcool, nunca ou raramente se envolver em “consumo de risco” relacionado ao álcool e não ter consumido uma variedade de “drogas” no último mês, com esses “efeitos” maiores para aqueles com um “transtorno” associado ao uso de substâncias anterior em comparação com aqueles sem transtornos. Segundo os pesquisadores, a força da experiência espiritual subjetiva dos praticantes, o número de “insights” relacionados às práticas e o uso da ayahuasca em uma igreja ayahuasqueira também foram relacionados ao menor uso de substâncias (Perkins e colaboradores, 2022).

Com isso, as publicações midiáticas analisadas se distanciam de outras análises sobre a ayahuasca, especialmente, de reportagens anteriores a 2010, nas quais pesquisadores evidenciaram que os jornalistas antes relacionavam a ayahuasca ao adoecimento físico e mental (Antunes, 2012; Gallina, 2006; Goulart, 2008; Gouveia, Martino, 2008; Labate, 2005), como também demonstramos em reportagens que relacionam a ayahuasca às “drogas”. Mais recente, a comunicóloga Jussara Aparecida Santos de Assis (2021) também notou um aumento significativo de reportagens sobre pesquisas relacionadas à ayahuasca, nas quais os jornalistas reforçavam a ideia de que a ayahuasca é uma “alternativa” para o tratamento, por

exemplo, para a depressão, o que na visão dela contribui “[...] para a formação do imaginário social em que como remédio a ayahuasca é válida.” (ibid.: 103-104).

De todo modo, mesmo com o avanço dessas pesquisas, as controvérsias não deixaram de existir e, em partes, elas são importantes para o andamento da própria ciência. Em uma reportagem do New York Times, traduzida e publicada pela Folha, o jornalista Bob Morris entrevistou o psiquiatra Charles Grob, dos Estados Unidos, um dos pesquisadores mais influentes nos estudos científicos sobre a ayahuasca, quem comentou sobre “perigos” ainda relacionados ao “chá”, dissociando-a da noção de “tratamento” ao compará-la aos “antidepressivos” comumente prescritos: “Quando é usada com antidepressivos, gera um excesso de serotonina no sistema nervoso central, podendo provocar confusão e tremores”. E complementou que haveria “riscos” de “efeitos adversos” entre pessoas com “problemas psicológicos” como esquizofrenia e transtorno bipolar (Grob, 2014 *apud* Morris, 2014: n.p) [grifo nosso]. Além de evidenciar o *modus operandi* da própria ciência, a existência de controvérsias denota que a ayahuasca ainda não é uma “caixa preta”, nos termos de Latour (2011), posto que seus “potenciais terapêuticos” ainda não se tornaram um fato científico consolidado. De todo modo, a publicação cada dia mais frequente de resultados favoráveis a esses usos terapêuticos têm demonstrado, como identificamos nas reportagens, que a beberagem já está mais legitimada em sua relação com a saúde, expandindo sua agência de indivíduos e grupos para a saúde de parte da população de diversos países em que seus usos acontecem.

Algumas considerações finais

Como procuramos demonstrar nas reportagens analisadas, a ayahuasca é um ator e, portanto, têm agência sobre a saúde humana, desde indivíduos como religiosos, indígenas e praticantes de grupos sociais que fazem seu uso ritual para fins de “cura” e de “transformações pessoais”, até parcelas significativas da população, quando adquire o status de um “novo tratamento” a “problemas” de saúde pública, sendo essas as maneiras como ela age na história, ainda que existam controvérsias relacionadas à sua atuação. Com isso, por meio da análise de sua atuação destacada não apenas em reportagens, também em artigos científicos e em outros documentos, podemos também refletir antropológicamente sobre a

saúde como um aspecto relevante nas interações entre humanos e não-humanos, pelas quais é possível distinguir os significados que assume, por exemplo, entre povos indígenas, entre instituições ayahuasqueiras e em populações que fazem seu uso em contexto ritual, considerando suas diferentes gramáticas, e, assim, podemos pensar em uma micro-história de um ator não-humano na agência sobre a saúde humana.

Ao analisar a obra de Ginzburg, o também historiador Jacques Revel (2010) propõe que determinados atores são marcadores das transformações sociais. Ainda que esteja se reportando a atores humanos, sua reflexão nos permite avançar para uma epistemologia na qual humanos e não-humanos estejam em posições distintas, mas simetricamente complementares, conforme propõe pensar Latour (2012). Nessa perspectiva, sendo um ator, a ayahuasca possui, nos termos de Ginzburg (1998), singularidades como sua capacidade de se comunicar com os humanos. Dessa maneira, também atua na história, seja influenciando na saúde de indivíduos que participam de rituais com a beberagem, seja agindo na saúde pública, considerando que, recentemente, ela vem sendo mencionada como um “potencial” “novo tratamento” para “problemas” sanitários. A partir de sua ação em uma escala local, agindo sobre determinados grupos sociais e populações, a ayahuasca tem agência também em uma escala global (Revel, 1998; 2010). Assim, a discussão antropológica sobre a agência de atores não-humanos, neste caso, de determinadas plantas, oferece insumos para pensar a micro-história desses atores, ampliando o debate histórico e historiográfico.

Em termos metodológicos e analíticos, talvez, os antropólogos continuem a demarcar a etnografia tradicional como método antropológico em que os documentos são apenas complementos analíticos ou quem sabe se abram para discutir os próprios limites da prática etnográfica. Talvez os historiadores digam que a etnografia em documentos é o próprio método histórico ou que os documentos estão sendo acionados apenas para mostrar limites da prática etnográfica tradicional. De todo modo, ao etnografar em reportagens sobre a ayahuasca, quisemos evidenciar justamente que existe a possibilidade de um diálogo que pode ser profícuo para ambas as áreas.

Em tempo, ao analisar outros documentos pode ser que futuras pesquisas encontrem novas informações, tal qual acontece em etnografias mais tradicionais. Assim, por exemplo, seriam interessantes análises de reportagens de TV e até mesmo de mais publicações

mediáticas de veículos de imprensa internacionais. Além disso, outros documentos podem contribuir com essas novas interpretações, como documentos jurídico-sanitários relacionados à ayahuasca publicados por órgãos governamentais e internacionais. Afinal, se como já evidenciaram diversos expoentes dessas áreas, antropologia e história podem se interfertilizar, esses documentos podem, nesse sentido, nos ajudar a aprofundar aspectos da etnografia em documentos como um ponto de diálogo.

Agradecimento

Pesquisa realizada com recursos financeiros da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Referências bibliográficas

- ALBUQUERQUE, Maria Betânia Barbosa. 2017. *Plantas Professoras: Dimensões Psíquicas, Históricas e Educativas*. Amazônica: Revista de Antropologia, vol 9 (1): 258-292.
- _____. 2018. *Pedagogia da Ayahuasca: Por uma decolonização epistêmica do saber*. Archivos Analíticos de Políticas Educativas, vol 26 (85): 85-28.
- ALVES, Gabriel. 2015. Ayahuasca melhora depressão em estudos brasileiros. Folha de S. Paulo. (<https://m.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/06/1641679-ayahuasca-melhora-depressao-em-estudos-brasileiros.shtml>; acesso em 10/01/2022).
- ANTUNES, Henrique Fernandes. 2012. *Droga, religião e cultura: Um mapeamento da controvérsia pública sobre o uso da ayahuasca no Brasil*. Mestrado. Dissertação. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- ASSIS, Glauber Loures de; RODRIGUES, Jacqueline Alves. 2017. *De quem é a ayahuasca? Notas sobre a patrimonialização de uma "bebida sagrada" amazônica*. Religião e Sociedade, vol 37 (3): 46-70.
- ASSIS, Jussara Aparecida Santos de. 2021. *Representações jornalísticas da ayahuasca: Análise de matérias do jornal Folha de S. Paulo e portal de notícias G1*. Mestrado. Dissertação. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- BARBOSA, Paulo César Ribeiro e colaboradores. 2018. *Assessment of alcohol and tobacco use disorders among religious users of ayahuasca*. Frontiers Psychiatry, vol 9: 1-12.

BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. 2007. *Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos*. Tradução de Sérgio Joaquim de Almeida. Petrópolis: Vozes.

BITTENCOURT, Miguel Colaço. 2016. *A divinização e a enteógenia das plantas: uma introdução para o campo drogas/cultura*. REIA – Revista de Estudos e Investigações Antropológicas, ano 3, vol 3 (2): 162-197.

BLOCH, Marc. 2002. *Apologia da História ou O Ofício de Historiador*. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

BOUSO, José Carlos e colaboradores. 2022. *Adverse effects of ayahuasca: Results from the Global Ayahuasca Survey*. PLOS Global Public Health, vol 2 (11): 3-25.

BRASIL, Janine. 2015. No AC usuários de droga tomam chá de ayahuasca e dizem se livrar de vício. G1 AC.

(<http://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2015/09/no-ac-usuarios-de-droga-tomam-cha-de-ayahuasca-para-se-livrar-do-vicio.html>; acesso em 08/03/2021).

BRISSAC, Sérgio. 1999. *A Estrela do Norte iluminando até o Sul*. Uma etnografia da União do Vegetal em um contexto urbano. Mestrado. Dissertação. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CANDIDO, Marcos. O futuro é ancestral. 2021. ECOA UOL.

(<https://www.uol.com.br/ecoa/reportagens-especiais/alok-lutou-contra-a-depressao-criou-instituto-social-e-achou-respostas-entre-os-mais-vulneraveis/>; acesso em 28/12/2022).

CASTRO, Susana. 2018. *Condescendência: estratégia pater-colonial de poder*. Revista Fundamentos, vol 1 (1): 51-59.

COSTA, Luciano Martins. 1986. Mestre Pequenina lidera a União do Vegetal. Folha de S. Paulo.

CUNHA, Olívia Maria Gomes da. 2004. *Tempo imperfeito: uma etnografia do arquivo*. Mana, vol 10 (2): 287-322.

_____; CASTRO, Celso. 2005. *Quando o campo é o arquivo*. Estudos Históricos, vol 36: 3-6.

FELLET, João. 2019. Da escravidão à autonomia em 50 anos: a história de renascimento dos índios yawanawá. G1 Amazônia.

(<https://g1.globo.com/natureza/amazonia/noticia/2019/11/18/da-escravidao-a-autonomia-em-50-anos-a-historia-de-renascimento-dos-indios-yawanawa.ghtml>; acesso em 25/11/2022).

FERNANDES, Cícero Guella. 2011. *Transformações pessoais na União do Vegetal*. Doutorado. Tese. São Paulo: Universidade de São Paulo.

FERREIRA, Joarez. 1971. Aioasca – O LSD da Amazônia. O Cruzeiro.

FERREIRA, Letícia; LOWENKRON, Laura. 2020. “Encontros etnográficos com papéis e outros registros burocráticos. Possibilidades analíticas e desafios metodológicos”. In.: _____ (orgs.). *Etnografia de documentos: Pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias*. 1ª ed. Rio de Janeiro: E-papers: 5-16.

FILHO, Eduardo F. 2022. DJ Alok, o líder da tribo eletrônica. IstoÉ Gente.

(<https://istoe.com.br/o-lider-da-tribo-eletronica>; acesso em: 28/12/2022).

FRANÇA, Marcelo; IMPERIAL; Marco Gracie. 1984. Santo Daime - A droga sagrada da Amazônia. Manchete.

FREHSE, Fraya. 2005. *Os informantes que jornais e fotografias revelam: para uma etnografia da civilidade nas ruas do passado*. Estudos Históricos, vol 36: 131-156.

GALLINA, José Ricardo. 2006. *Discursos e efeitos evanescentes: Uma Leitura da Imprensa Sobre o Consumo de Substâncias Psicoativas na Sociedade Brasileira*. Mestrado. Dissertação. São Paulo: Universidade de São Paulo.

GINZBURG, Carlo. 1989. “O inquisidor como antropólogo: Uma analogia e suas implicações”. In.: _____. *A micro-História e outros ensaios*. Tradução de António Narino. Lisboa: DIFEL: 203-214.

_____. 1998. *O Queijo e os Vermes*. O cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição. Tradução de Maria Betânia Amoroso. 10ª reimp. São Paulo: Companhia das Letras.

GOULART, Sandra Lúcia. 2004. *Contraste e Continuidades em uma Tradição Amazônica: as religiões da ayahuasca*. Doutorado. Tese. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

_____. 2008. “Estigmas de grupos ayahuasqueiros”. In: LABATE, Beatriz Caiuby e colaboradores. (orgs.). *Drogas e cultura: Novas perspectivas*. Salvador: Edufba: 251-287.

GOUVEIA, Eliane Hojaij. MARTINO, Luis Mauro Sá. 2008. *Pluralismo Religioso nas Mídias Eletrônicas*. Revista Nures, (8): 1-17.

GROB, S. Charles e colaboradores. 1996. *Human psychopharmacology of Hoasca, a plant hallucinogen used in ritual context in Brazil*. The Journal of Nervous and Mental Disease, vol 184 (2): 86-94.

HARAWAY, Donna. 2021. *Manifesto das espécies companheiras: Cachorros, pessoas e alteridade significativa*. Tradução de Pê Moreira. 1ª ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.

KILOMBA, Grada. 2019. *Memórias de Plantação*. Rio de Janeiro: Cobogó.

KOHLER, Rafaela Felipe. 2021. “‘*Intra muros et orbis*’: histórias da cidade sobre a cidade em Brusque/SC”. In: KRÜGER, Cauê (org.). *Em campo: Olhares antropológicos*. Curitiba: PUCPRESS: 31-58.

LABATE, Beatriz Caiuby. 2000. *A reinvenção do uso da ayahuasca nos centros urbanos*. Mestrado. Dissertação. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2000.]

_____. 2005. “Dimensões legais, éticas e políticas da expansão do consumo da ayahuasca”. In: _____; GOULART, Sandra Lúcia (orgs.). *O uso ritual das plantas de poder*. Campinas: Mercado de Letras: 397-457.

_____; COUTINHO, Tiago. 2014. “O meu avô deu a ayahuasca para o Mestre Irineu”: reflexões sobre a entrada dos índios no circuito urbano de consumo de ayahuasca no Brasil. *Revista de Antropologia*, vol 57 (2): 215-250.

_____. GOULART, Sandra Lúcia (orgs.). 2005. *Uso Ritual das Plantas de Poder*. Campinas: Mercado das Letras.

LABATE, Beatriz Caiuby; ROSE, Isabel Santana de; SANTOS, Rafael Guimarães dos. 2008. *Religiões ayahuasqueiras: Um balanço bibliográfico*. Campinas: Mercado de Letras.

LABATE, Beatriz Caiuby e colaboradores. 2014. “Effect of Santo Daime Membership on Substance Dependence”. In: LABATE, Beatriz Caiuby; CAVNAR, Clancy. *The Therapeutic Use of Ayahuasca* (eds.). Berlim: Springer: 153-160.

LATOUR, Bruno. 2011. *Ciência em ação: Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. Tradução de Ivone C. Benedetti. 2ª ed. São Paulo: Editora Unesp.

_____. *Reagregando o Social*. 2012. Uma introdução à teoria do Ator-Rede. Tradução de Gilson César Cardoso de Sousa. Salvador: Edufba; Bauru, SP: Edusc.

_____; WOOLGAR, Steve. 1997. *A vida de laboratório: A produção de fatos científicos*. Tradução de Angela Ramalho Vianna. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

LIMA, Henrique Espada. 2004. *E. P. Thompson e a micro-história: trocas historiográficas na seara da história social*. Esboços, vol 12: 53-74.

LE GOFF, Jacques. 1990. *História e memória*. Tradução de Bernardo Leitão et al. Campinas: Editora da Unicamp.

LEITE, Marcelo. 2018. Ayahuasca diminui sintomas de depressão em pesquisa brasileira. Folha de S. Paulo.

(<https://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2018/06/ayahuasca-diminui-sintomas-de-depressao-em-pesquisa-brasileira.shtml>; acesso em 29/04/2021).

LÉVI-STRAUSS, Claude. 2008. “História e etnologia”. In: _____. *Antropologia estrutural*. Tradução de Beatriz Perrone-Moisés. São Paulo: Cosac Naify: 13-40.

LIRA, Wagner Lins. 2014. *Lições do Aluno Hoasqueiro no “Sítio dos Encantos”*. REIA – Revista de Estudos e Investigações Antropológicas, ano 1, vol 1 (1): 30-53.

LOSONCZY, Anne-Marie; MESTURINI, Silvia. 2011. *Por que a ayahuasca?* Da internacionalização de uma prática ritual ameríndia. *Anuário Antropológico*, vol 36 (1): 9-30.

LOWENKRON, Laura; FERREIRA, Letícia. 2020. “Perspectivas antropológicas sobre documentos. Diálogos etnográficos na trilha dos papéis policiais”. In: FERREIRA, Letícia; LOWENKRON, Laura (orgs.). *Etnografia de documentos: Pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias*. 1ª ed. Rio de Janeiro: E-papers: 17-52.

LUNA, Luiz Eduardo. 2002. “Xamanismo amazônico, ayahuasca, antropomorfismo e mundo natural”. 2002. In: LABATE, Beatriz Caiuby; ARAÚJO, Wladimir Sena (orgs.). *O uso ritual da ayahuasca*. Campinas: Mercado de Letras; São Paulo: Fapesp: 179-198.

LUZ, Pedro. 1996. *Estudo comparativo dos complexos ritual e simbólico associados ao uso da Banisteriopsis caapi e espécies congêneres em tribos de língua pano, arawak, tukano e maku do noroeste amazônico*. Mestrado. Dissertação. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

_____. 2002. “O uso ameríndio do *caapi*”. In: LABATE, Beatriz Caiuby; ARAÚJO, Wladimir Sena (orgs.). *O uso ritual da ayahuasca*. Campinas: Mercado de Letras; São Paulo: Fapesp: 35-66.

MACRAE, Edward. 2008. “A elaboração das políticas públicas brasileiras em relação ao uso da ayahuasca”. 2008. In: LABATE, Beatriz Caiuby e colaboradores. (orgs.). *Drogas e cultura: Novas perspectivas*. Salvador: Edufba: 289–313.

_____. 1992. *Guiado pela Lua: Xamanismo e uso ritual da ayahuasca no culto do Santo Daime*. São Paulo: Editora Brasiliense.

MAURÍCIO DE LIMA, Vinícius. 2021. Ayahuasca durante a pandemia da Covid-19: usos religiosos, científicos e terapêuticos. Trabalho apresentado na IV Reunião de Antropologia da Saúde, Recife-PE.

MERCANTE, Marcelo S. 2017. *Imaginação, linguagem, espíritos e agência: ayahuasca e o tratamento da dependência química*. Revista de Antropologia, vol 60 (2): 562-587.

MORRIS, Bob. 2014. Cresce o uso místico de ayahuasca em cidades dos Estados Unidos. Folha de S. Paulo. (<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/06/1474565-cresce-o-uso-mistico-de-ayahuasca-em-cidades-dos-estados-unidos.shtml>; acesso em 23/11/2022).

NARANJO, Claudio. 2015. *Ayahuasca: A enredadeira do rio celestial*. Tradução de Felipe Grimaldi. 1ª ed. Simões Filho: Kalango.

NETTO, Patrick Walsh. 2017. *O exemplo na vida de quem prega: uma análise do CEBUDV a partir dos seus sócios*. Doutorado. Tese. Brasília: Universidade de Brasília.

OLIVEIRA, Aline Ferreira. 2012. *Yawa-nawa: alianças e pajés nas cidades*. Mestrado. Dissertação. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. 2018. *Os outros da festa: um sobrevoo por festivais yawanawa e huni kuin*. Horizontes Antropológicos, ano 24 (51): 167-201.

ONA, Genís e colaboradores. 2019. *Ayahuasca and Public Health: Health Status, Psychosocial Well-Being, Lifestyle, and Coping Strategies in a Large Sample of Ritual Ayahuasca Users*. Journal of Psychoactive Drugs, vol 51: 1-11.

ONTO, Gustavo. 2020. “Documentando relações e relacionando documentos. Sobre a materialidade das práticas de conhecimento na regulação econômica”. In.: FERREIRA, Letícia; LOWENKRON, Laura (orgs.). *Etnografia de documentos: Pesquisas antropológicas entre papeis, carimbos e burocracias*. 1ª ed. Rio de Janeiro: E-papers: 53-76.

OSÓRIO, Flávia de L. e colaboradores. 2015. *Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminar report*. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol 37 (1): 13-20.

PALHANO-FONTES, Fernanda e colaboradores. 2018. *Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: a randomized placebo-controlled trial*. Psychological Medicine, vol 49 (4): 1-9.

PERKINS, Daniel e colaboradores. 2022. *Associations between ayahuasca consumption in naturalistic settings and current alcohol and drug use: Results of a large international cross-sectional survey*. Drug and Alcohol Review, vol 41 (1): 265-274.

PRADO, Alberto. 1968. Na selva, um místico vende um sonho. O Estado de S. Paulo.

REVEL, Jacques. 1998. “Microanálise e construção do social”. In. _____ (org.). *Jogos de escalas: A experiência da microanálise*. Tradução de Dora Rocha. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas: 15-38.

_____. 2010. *Micro-história, macro-história: o que as variações de escala ajudam a pensar em um mundo globalizado*. Tradução de Anne-Marie Milon de Oliveira. Revista Brasileira de Educação, vol 15 (45): 434-590.

SAHLINS, Marshall. 2008. *Metáforas históricas e realidades míticas*. Tradução e apresentação de Fraya Frehse. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

SANTOS, Ricardo de A. dos. 2021. *A Híbrida Barquinha: Histórias, influências e rituais*. São Paulo: Editora Dialética.

SARRIS, Jerome e colaboradores. 2021. *Ayahuasca use and reported effects on depression and anxiety symptoms: An international cross-sectional study of 11,912 consumers*. Journal of Affective Disorders Reports, vol 4: 1-8.

SERVA, Leão. 2017. Sebastião Salgado na Amazônia - Festa e Ayahuasca atraem turistas de todo o mundo. Folha de S. Paulo.

(arte.folha.uol.com.br/ilustrada/2017/sebastiao-salgado/yawanawa/primeiras-pajes-mulheres-resgatam-banhos-curativos/; acesso em 23/11/2022).

TAVARES, Fátima. 2012. *Alquimistas da cura: A rede terapêutica alternativa em contextos urbanos*. Salvador: Edufba.

THOMPSON, Edward Palmer. 1998. “A venda de esposas”. In: _____. *Costumes em comum*. Estudos sobre cultura popular tradicional. Revisão técnica de Antonio Negro, Cristina Meneguello, Paulo Fontes. São Paulo: Companhia das Letras: 305-352.

TUKANO, Daiara. 2019. The First Indigenous Ayahuasca Conference (Yubaka Hayrá) in Acre Demonstrates Political, Cultural and Spiritual Resistance. Chacruna.

(<https://chacruna.net/the-first-indigenous-ayahuasca-conference-yubaka-hayra-in-acre-demonstrates-political-cultural-and-spiritual-resistance/>; acesso em 21/02/2019).

VELHO, Gilberto. 1981. “Observando o familiar”. In: _____. *Individualismo e Cultura: Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. São Paulo: Companhia das Letras: 123-132.

VIOL, Aline e colaboradores. 2019. *Characterizing Complex Networks Using Entropy-Degree Diagrams: Unveiling Changes in Functional Brain Connectivity Induced by Ayahuasca*. Entropy, vol 21: 128.

A sensorialidade do cuidado em enfermagem: um saber-fazer corporificado

Bruna Motta¹

Resumo: O presente trabalho é parte de uma pesquisa de mestrado, que teve como objetivo compreender a corporalidade presente nas práticas características da enfermagem, traçando como foco de análise o entendimento de como a formação destes profissionais estaria atravessada por uma modulação corporal particular. No texto que se segue, apresentarei especificamente a prática do exame físico, buscando apontar como a formação em enfermagem envolve a construção de uma sensorialidade específica, expressa pela habilidade de leitura do corpo do outro a partir do uso do próprio corpo, através da mobilização dos sentidos. Desse modo, conduzimos nossa investigação através de uma etnografia realizada com estudantes e professores da faculdade de enfermagem de uma universidade pública mineira, perpassando os cotidianos de treinamento nos laboratórios e os contatos iniciais com os pacientes.

Palavras-chave: Corpo; Enfermagem; Cuidado; Sensorialidade.

Abstract: The present work is part of a master's research, which aimed to understand the corporality present in the characteristic practices of nursing, tracing as the focus of analysis the understanding of how the formation of these professionals would be crossed by a particular corporal modulation. In the text that follows, I will specifically present the practice of physical examination, seeking to point out how nursing training involved the construction of a specific sensoriality, expressed by the ability to read the other's body from the use of one's own body, through the mobilization of the senses. In this way, we conducted our investigation through an ethnography carried out with students and professors of the faculty of nursing of a public university in Minas Gerais, going through the daily training in the laboratories and the initial contacts with the patients.

Keywords: Body; Nursing; Careful; Sensoriality.

¹ Bruna Motta é doutoranda em Antropologia Cultural pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSA/UFRJ). É mestra em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora (PPGCSO/UFJF) e graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Possui experiência na área de Antropologia da Saúde, com interesse mais específico em temáticas ligadas ao corpo, emoções, profissionais da saúde, saber biomédico e cuidado.

Introdução

Tratar de questões relativas ao corpo – como os usos que lhe dão forma, seus significados ou as práticas, normas e padrões sociais que nele se inserem – pode nos dizer muito a respeito da vida social de determinada coletividade, ao se constituir em um domínio intimamente vinculado ao conjunto de símbolos que orienta a vida cotidiana dos sujeitos. Como explicou o antropólogo francês David Le Breton (2012), a vivência humana, em termos físicos, é constituída por um conjunto de sistemas simbólicos e a partir dos nossos corpos se originam e se difundem sentidos diversos que servem de base à existência coletiva. Nas palavras do autor, “o corpo é o vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída.” (2012:7).

Nesse sentido, enquanto uma dimensão fundamental de nossa existência, a corporeidade está na forma como nos movimentamos por todos os cantos, em como gesticulamos e nos portamos nas mais variadas situações do cotidiano, em como enxergamos, descobrimos e avaliamos sabores, texturas e cheiros. Com os nossos corpos experimentamos emoções e nele inserimos toda a espécie de marcações, seja para distinguirmo-nos ou para nos assemelharmos aos padrões sociais vigentes. Estes aspectos, variáveis no tempo e no espaço, nos mostram como, antes de um dado prévio da natureza e para além de uma superfície onde a cultura se inscreve por meio dos seus símbolos e categorias, o corpo se constitui em uma matriz de sentidos, em um produtor de significados, a partir do qual os sujeitos vivenciam e dão sentido ao mundo a sua volta.

Inaugurando a abordagem sobre o tema no campo das Ciências Sociais, Marcel Mauss lançou luz sobre a questão em uma palestra proferida à Sociedade de Psicologia, no ano de 1934, uma conferência cujo pioneirismo e genialidade fizeram deste um de seus ensaios mais conhecidos e respeitados na literatura das Ciências Sociais e Humanas. Nesta exposição, posteriormente publicada no *Journal de Psychologie*, em 1936, Mauss (2017) definiu o conceito clássico de *técnica do corpo*, noção ainda hoje fundamental para as discussões sobre o tema. Tal como descreveu o autor, o corpo consistiria no primeiro e mais

natural² instrumento do homem, sendo as *técnicas do corpo* formas através das quais, de tempos em tempos e de sociedade a sociedade, os sujeitos dele se serviam. Para tecer suas considerações, Mauss partiu da noção de como as mais diversas atitudes corporais, posturas, posições e modos de agir se constituíam como produtos de um aprendizado que tinha como origem a cultura. Através da educação e da socialização, as técnicas possibilitariam uma ação ao mesmo tempo cognitiva, emocional, técnica e social, ou nos termos do autor, bio-psico-social, de modo que cada sociedade possuiria hábitos específicos que, ao contrário de dados naturais

Variam não simplesmente com os indivíduos e suas imitações, variam sobretudo com as sociedades, as educações, as conveniências e as modas, os prestígios. É preciso ver as técnicas e a obra da razão prática coletiva e individual, lá onde geralmente se vê apenas a alma e suas faculdades de repetição. (Mauss, 2017:404).

É nesse sentido que Mauss (2017) classificou as diversas formas do que entendia como técnicas do corpo, abordando aquelas que diziam respeito ao sexo e à idade, as que se referiam às etapas da vida ou, até mesmo aquelas relacionadas aos cuidados corporais. Mostrou-nos, ainda, a particularidade das técnicas de caça realizadas pelos aborígenes australianos, a forma de andar das mulheres Maori e a marcha característica da infantaria britânica, aspectos importantes para evidenciar aquilo que Mauss buscou ressaltar, ou seja, que toda técnica é dotada de especificidade e de uma forma histórico-cultural particular, de uma maneira própria e singular de existir que decorre de um lento aprendizado. Estes modos de agir, compreendidos através da noção de técnica consistiriam, assim, em *atos tradicionais eficazes*, tradicionalmente transmitidos e socialmente reconhecidos em sua eficácia, diferindo dos atos de ordem mecânica ou física. Em síntese, o corpo constituiria e manifestaria práticas específicas, apreendidas e incorporadas através de um *habitus*.

Inspirando-nos nas noções mausseanas acerca do corpo, nos interessa de modo mais geral pensar a corporalidade a partir de um ofício particular: a Enfermagem. Enquanto uma profissão que compõe a área da saúde, a Enfermagem se constituiu ao longo do seu processo

² Certamente hoje em dia esta passagem de considerar o corpo como instrumento natural mereceria uma ponderação. Afinal, o corpo, em si mesmo, não tem uma natureza primeva, sua instrumentalidade só existe mediante a passagem ao simbólico. Esta atualização já muitos autores, leitores dedicados de Mauss, o fizeram. Ver, por exemplo, Maluf (2001), Maués (2003), entre outros.

de desenvolvimento como um fazer definido pelo cuidado. Frequentemente apontada como a *arte* ou a *ciência* do cuidar, seus profissionais não somente mobilizam tal categoria para definirem seu ofício, mas a situam como a especificidade e essência da profissão, compreendendo um conjunto de conhecimentos, procedimentos e condutas próprias da atuação das enfermeiras e enfermeiros, visando promover o bem-estar do paciente em suas diversas dimensões.

Os banhos de leito, as passagens de sonda, os cateterismos, as punções venosas e os cuidados com feridas, entre muitos outros, constituem atividades do dia-a-dia desses profissionais, compondo parte importante dos currículos das disciplinas dos cursos de graduação. Tais práticas, denominadas como técnicas de enfermagem ou tecnologias do cuidar, são empreendidas de modo sistematizado, sendo executadas de acordo com uma lógica e métodos específicos para cada procedimento, através de preceitos que as regulam e ordenam, sendo fundamentados em um conhecimento particular e sujeitos à construção de uma habilidade. Segundo Almeida e Rocha (1986), as *técnicas* se constituem na primeira expressão do saber em enfermagem, consistindo na descrição das maneiras pelas quais os procedimentos devem ser empreendidos, de modo a especificar a sequência das atividades realizadas, etapa por etapa, e do quadro dos materiais necessários ao empreendimento.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo refletir sobre a relação entre a formação profissional em enfermagem e o corpo, atentando para o modo como as práticas das enfermeiras e enfermeiros integram um processo de aprendizado no qual o corpo é o elemento central. Para tal empreendimento, busco aqui lançar um olhar sobre um procedimento específico, o exame físico, buscando apontar como o modo de empreendê-lo envolve construção de uma habilidade particular, marcada pela mobilização dos órgãos sensoriais.

Baseado nos métodos e fundamentos próprios da semiologia – área dedicada ao estudo dos sinais e sintomas do corpo – e no aprendizado das semiotécnicas ou técnicas propedêuticas, o exame físico é uma prática que torna possível o acesso aos dados corporais do paciente, segundo a concepção local, sendo uma forma de tornar perceptíveis indícios e manifestações dos corpos adoecidos (Carvalho da Silva, et al; 2009; Azevedo, et al; 2013). Durante este procedimento, a enfermeira mobiliza os órgãos sensoriais do seu próprio corpo

para compreender os corpos adoecidos através da aplicação das técnicas propedêuticas, compostas pela inspeção, palpação, percussão e ausculta. Tais técnicas poderiam ser executadas com o auxílio de determinados instrumentos (como o uso estetoscópio ou o termômetro) ou somente a partir do uso do corpo do profissional, mais especificamente dos seus órgãos sensoriais, como o tato, o olfato, a audição e a visão.

Assim, parto da etnografia realizada durante um semestre letivo com estudantes e professores da faculdade de enfermagem de uma universidade pública mineira, através da inserção nos cenários das disciplinas de Fundamentos e Tecnologias do Cuidar em Enfermagem I e II. Tais disciplinas eram ministradas no segundo ano de formação, mais especificamente nos terceiros e quartos períodos da referida graduação, respectivamente.³ Durante o primeiro ano de curso, os estudantes tinham um contato mais próximo com disciplinas das ciências biológicas, como os conteúdos de Anatomia, Fisiologia e Imunologia, cujas disciplinas compõem o ciclo básico de vários cursos de graduação da área da saúde. Desse modo, era somente a partir do segundo ano de formação que se iniciava o aprendizado do conteúdo específico da Enfermagem, sendo este contato inaugurado pelas disciplinas aqui observadas.

As referidas disciplinas ficavam, assim, sob a responsabilidade do Departamento de Enfermagem Básica e tinham como objetivo o ensino teórico-prático dos procedimentos considerados mais gerais da assistência em Enfermagem⁴. Como afirmaram Silva e Ferreira (2014:114), a Enfermagem Fundamental compõe uma totalidade complexa que, enquanto um elemento primordial da profissão, não possui um campo de atuação vinculado a uma especialidade. Nesse sentido, ela está presente na integralidade do trabalho de enfermeiras e enfermeiros. Nas palavras das autoras, a Enfermagem Fundamental permeia a “inteireza [do trabalho], já que a prestação de cuidados básicos se faz a qualquer clientela, cenário, em

³ O presente artigo é parte da pesquisa de mestrado da autora (Motta, 2020). O trabalho de campo foi iniciado efetivamente no mês de agosto de 2019 e finalizado no mês de dezembro do mesmo ano.

⁴ A Faculdade de Enfermagem observada possui, ainda, outros dois Departamentos, o Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública e o Departamento de Enfermagem Aplicada. A partir do quinto período de graduação, as estudantes iniciam o contato com um conteúdo mais especializado, vinculado a áreas como Enfermagem em Saúde Coletiva, em Saúde do Idoso e do Adulto, Saúde Mental, Saúde da Mulher, entre outros, cuja responsabilidade pelo ensino teórico-prático divide-se entre os demais departamentos.

situações de menor a maior complexidade, nas quais se acrescentam conhecimentos específicos de uma área especial da enfermagem”.

Nesse sentido, compartilhei das experiências de duas extensas turmas da graduação, formada em sua maioria por mulheres⁵ jovens, que possuíam entre 19 e 24 anos. Convivi, também, com quatro docentes do Departamento de Enfermagem Básica: Aline, Luciana, Mônica e Esther⁶, que possuíam idade entre 35 e 50 anos⁷.

O percurso do trabalho de campo consistiu, assim, no acompanhamento do cotidiano e as atividades de professores e estudantes do curso de Enfermagem, abarcando os cenários de ensino-aprendizado teórico e prático no interior da faculdade e, também, as atividades realizadas no Hospital Universitário e nas Unidades Básicas de Saúde. Além da observação participante, foram realizadas entrevistas com roteiro semi-estruturado tanto com as discentes quanto com as docentes⁸. A escolha pela disciplina se deu em razão de seu contexto formativo teórico e, sobretudo, prático. Tal opção se justificou, pois, considero que tais cenários se constituem como fundamentais para o processo de socialização e construção do sujeito enquanto profissional da saúde. Como afirmou Bonet (2004), estes cenários formativos são importantes ao propiciarem o contato dos sujeitos com a prática, permitindo a reflexão acerca do processo de produção e aquisição desse *habitus* específico. Para o autor,

⁵ A enfermagem é uma profissão predominantemente feminina. No Brasil, segundo pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no ano de 2015, por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), as equipes de enfermagem se constituiriam como grupos compostos por cerca de 84,6% de trabalhadoras mulheres (COFEN, 2015). Nesse sentido, ainda que nosso objetivo neste trabalho não compreenda uma discussão da dimensão de gênero presente na profissão, cumpre destacar como as práticas de cuidado têm sido entendidas nos contextos ocidentais como ações femininas e fruto de “qualidades naturais” das mulheres. (Guimarães, Hirata & Sugita, 2011; Fisher & Tronto, 1990). De acordo com Lopes e Leal (2005: 114), tal perspectiva teria fornecido elementos considerados consonantes e apropriados à realização do trabalho de mulheres no âmbito da saúde, de modo que os valores simbólicos e vocacionais da enfermagem se conformariam em um “exemplo de concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades, ditas naturais, que persistem a influenciar o recrutamento majoritariamente feminino da área”, fazendo com que a divisão sexual do trabalho de cuidado se estenda, também, ao cuidar realizado no âmbito profissionalizado.

⁶ Todos os nomes utilizados nesse trabalho são fictícios.

⁷ Enquanto Aline já estava vinculada à universidade há quase 20 anos, as demais professoras haviam ingressado como docentes entre os anos de 2012 e 2014. As áreas de interesse das professoras estavam voltadas a diferentes temáticas. Aline tinha interesse por terapias integrativas, práticas alternativas e feridas crônicas, Luciana tinha as doenças infecciosas como foco de pesquisa, Mônica se detinha à saúde do trabalhador, enquanto Esther se voltava para o tema da terapia intensiva e transplante renal.

⁸ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, com parecer número 3.574.010.

essa compreensão só pode se concretizar através do compartilhamento das experiências dos sujeitos da pesquisa, tal como me propus no presente artigo.

Nesse sentido, no texto que se segue, apresento uma breve contextualização acerca do ambiente físico e da dinâmica de aprendizado das práticas, em seguida descrevo aspectos do aprendizado da prática do exame físico e, por fim, empreendo uma análise das questões apresentadas.

A dinâmica e o contexto do aprendizado

O processo de formação das estudantes⁹ durante as disciplinas de Fundamentos e Tecnologias do Cuidar I e II passava por duas temporalidades distintas. A primeira era a do laboratório-enfermaria, ambiente simulado que buscava reproduzir as características dos ambientes de prática efetivos, direcionada ao aprendizado e treinamento das técnicas características da enfermagem. A segunda, por sua vez, consistia no contato com os pacientes reais nos ambientes do serviço de saúde, onde realizavam as práticas em corpos humanos e no qual estabeleciam relações efetivas com o cotidiano do fazer em enfermagem. Tratarei aqui, mais especificamente, dos cenários dos laboratórios, local em que eram ensinados os procedimentos básicos da profissão, cujo objetivo era desenvolver conhecimentos e habilidades, munindo as estudantes de capacidades para a prestação de assistência aos seus pacientes.

Nestes cenários, as dinâmicas de ensino-aprendizado eram voltadas, inicialmente, à demonstração detalhada dos procedimentos por parte das professoras e do posterior treinamento pelas estudantes, que sempre os executavam repetidamente. O cronograma destas disciplinas era formado majoritariamente pelas aulas práticas, precedidas sempre de uma aula teórica que trazia os aspectos que fundamentavam as atividades e procedimentos que realizariam ulteriormente. Contudo, ainda durante as aulas teóricas, as docentes destacavam continuamente como o aprendizado efetivo se daria somente na prática, quando seus corpos poderiam se movimentar do modo como era orientado e ter as sensações que,

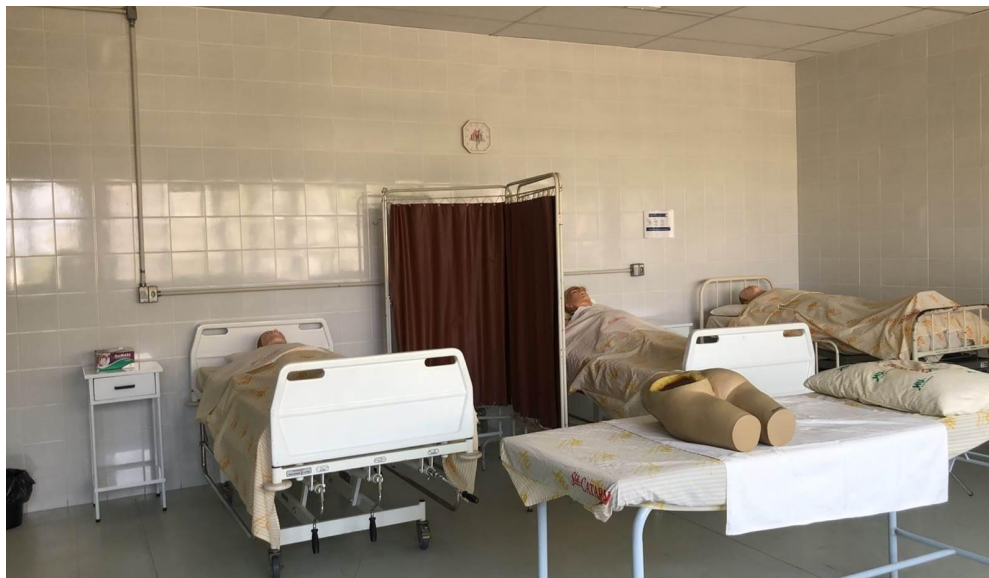
⁹ Ao longo do texto, optei pela utilização da palavra estudantes no feminino, dada a prevalência das mulheres no universo estudado.

naquele momento, lhes eram descritas, mostrando a centralidade da dimensão prática para o aprendizado do ofício de enfermagem.

Desse modo, os laboratórios destinados a estes treinamentos eram muito semelhantes à estrutura hospitalar de uma enfermaria, que de fato eles buscavam reproduzir. As duas salas bastante amplas possuíam leitos com seus respectivos pacientes-bonecos e roupas de cama perfeitamente estendidas, além de mesinhas de cabeceira, um posto de Enfermagem e um banheiro utilizado nas simulações. Já os pacientes-bonecos buscavam retratar, com considerável exatidão, corpos humanos masculinos e femininos, sendo detentores de aspectos como órgãos internos, movimentos articulares, vasos, artérias, feridas e órgãos genitais. Também era possível encontrar simuladores que correspondiam a partes isoladas do corpo, como braços, utilizados para o treinamento de punção venosa, e um simulador para treino de injeção intramuscular no glúteo, uma peça que equivalia à parte de uma perna humana, representando a região pélvica, nádegas e coxas, se estendendo até a região acima do joelho. Os pacientes-bonecos possuíam, nesse sentido, grande semelhança com pessoas humanas e no contexto dos laboratórios eram responsáveis por trazer o que nos termos nativos era denominado como *simulação realística*¹⁰.

¹⁰ Somente após esta inserção inicial, que acontecia ao longo de algumas semanas nos laboratórios, as estudantes eram encaminhadas para a prática no serviço de saúde, realizadas especificamente nas Unidades Básicas de Saúde e no Hospital Universitário, um contexto marcado pelos primeiros contatos com os pacientes reais.

Imagem 1: laboratório-enfermaria



Fonte: acervo pessoal da autora

Para cada uma das aulas, nas quais eram apresentados os procedimentos, os laboratórios eram configurados de modo específico, com os materiais organizados e dispostos tal como seriam empreendidos nos pacientes reais. Se a aprendizagem se direcionasse à coleta de sangue, por exemplo, a sala se organizava com uma maca na sua região central, sobre ela um braço e ao seu lado uma pequena mesa que portava diversos materiais que seriam utilizados naquela ocasião. As professoras se colocavam atrás das macas, enquanto as estudantes se localizavam à frente, onde sempre eram chamadas a se atentarem aos mínimos detalhes de cada movimento.

O procedimento em questão era apresentado no braço fabricado em material plástico, cuja forma se aproximava da estrutura anatômica de corpos humanos, possuindo vasos nos quais era possível inserir a agulha. A aula seguia com o procedimento sendo empreendido pelas docentes e, durante a simulação, havia uma sequência padronizada de procedimentos que deveriam ser seguidos rigorosamente um após o outro, abarcando atividades técnicas e ações direcionadas à comunicação com o paciente. Ao se encerrarem as demonstrações, prosseguiam para o segundo momento da aula, voltado ao treinamento incessante por parte das estudantes, que os realizavam nos pacientes-bonecos ou umas nas outras, dependendo da técnica ensinada.

As sequências das práticas de cuidado possuíam, em algumas ocasiões, dez etapas, em outras quase quarenta, compondo processos longos que deveriam ser memorizados para serem reproduzidas sequencialmente. Diante da extensão e complexidade das sequências, um roteiro impresso era disponibilizado aos alunos, denominado procedimento operacional padrão (POP). Tais roteiros consistiam, grosso modo, em sistematizações ou sínteses das descrições acerca de cada um dos procedimentos, um conteúdo geralmente trazido nos volumosos manuais de práticas em enfermagem que serviam de referência a estes impressos. O POP funcionava como o primeiro guia, um reforço à memória que, diante de tantas etapas, tendia a ludibriá-los. Neste estágio de contato inicial com as técnicas, as estudantes circulavam para todos os cantos munidas com estes roteiros, cujas marcas de uso demonstravam sua grande serventia. Conforme realizavam o procedimento, conferiam as etapas expostas no papel e numa maneira de fixar ao pensamento, corrigiam-se uns aos outros acerca da sequência correta de cada etapa. Com efeito, mais cedo ou mais tarde teriam que desprender-se deles e realizar as tarefas de forma independente, já que diante dos pacientes a leitura do roteiro não era permitida.

A dinâmica se repetia para todo o conjunto de procedimentos ensinados e aprendidos no interior desses espaços, sendo a constituição do laboratório-enfermaria central para o manejo do corpo que se esperava que as estudantes adquirissem. As formas específicas de se portar ou se movimentar eram direcionadas tanto às técnicas mobilizadas na realização dos procedimentos, quanto em relação à prevenção da contaminação que, sob o risco de estar presente em todos os lugares e ser disseminada pelos próprios sujeitos, era um perigo a que todos estavam expostos. Assim, além de ser submetido a processos de desinfecção, descontaminação e proteção, o corpo deveria se movimentar de modo a evitá-la. Por esta razão, as professoras ressaltavam a importância de que as estudantes atentassem para os movimentos do próprio corpo, adotando uma postura rigorosa em relação à proibição de que tocassem superfícies ou objetos – como pias, bancadas ou maçanetas – com seus corpos, solicitando que as alunas dispusessem de controle acerca desses pequenos detalhes: *“a pia é um local de proliferação de microrganismos. Vocês não podem tocar em outros locais e nem encostar a barriga na pia. Aqui a consciência corporal é necessária”*, disse Aline, professora, durante uma das aulas.

Desse modo, as professoras ressaltavam a importância de *saber estar no ambiente*, ou seja, de que os alunos compreendessem quais locais estariam contaminados e onde deveriam ou não tocar, sendo esta uma categoria importante e constantemente reforçada nos contextos do laboratório. Nos contextos de cuidado havia uma distinção rigorosa entre as superfícies estéreis e não-estéreis, entre as regiões passíveis ou não de contaminação, uma oposição que deveria ser estritamente respeitada no andamento das atividades. Por isso, era fundamental que deixassem de se movimentar de forma descuidada e que refletissem acerca de cada um de seus movimentos. “Onde encostou? Nesse momento, é só você e sua consciência. Mas é uma questão ética”, dizia a professora. Assim, enfatizavam a *consciência do movimento* como um aspecto indispensável ao enfermeiro, sendo necessário que mesmo costumes simples, outrora comuns, fossem modificados: “*Um exemplo é levantar a tampa do lixo com as mãos, que é uma coisa que vocês nunca podem fazer em um hospital. Vocês têm que adaptar os hábitos*”.

A ênfase das professoras durante as aulas revelava uma dimensão fundamental para o ofício de enfermagem, a consciência corporal, uma vez que nos contextos do cuidado, o corpo e suas condutas não poderiam mais processar-se de modo desatento, exigindo que as ações a partir dali fossem racionalizadas e controladas. Nesse sentido, a estrutura física dos laboratórios, edificados para replicar a configuração de uma enfermaria hospitalar era essencial para aproximá-los da vivência cotidiana da profissão. O manuseio dos objetos e materiais necessários ao procedimento, o contato com o corpo do outro (ainda que não-humano) e com as estruturas dos leitos e macas, envolviam a adoção de uma conduta e de um manejo corporal que só poderiam ser apreendidos *in loco*, a partir da interação com o espaço em sua especificidade.

É nessa perspectiva que busco sustentar como a prática em enfermagem envolve a construção de uma corporalidade própria, perpassada pela exigência de posturas, gestos e movimentos específicos durante a realização dos procedimentos e atividades (Motta, 2020). Mas não só isso. Como buscarei demonstrar no tópico que se segue, a dimensão corporal do cuidado está atravessada, também, pela utilização dos sentidos, que se tornam componentes essenciais para o cotidiano de enfermeiras e enfermeiros. Assim, a mobilização dos órgãos sensoriais se dava, sobretudo, durante os exames físicos, cujo ensino era iniciado em meados

do semestre letivo, ocupando grande parte do conteúdo transmitido durante as disciplinas, de modo que longos dias se desenrolavam para que seus processos fossem ensinados, apreendidos e treinados pelos estudantes.

Na primeira aula sobre a prática, Aline se aprontava para a demonstração no laboratório-enfermaria, que àquela altura já estava pontualmente organizado. Mas, antes de iniciar, era importante explicar que aquele procedimento era parte das etapas que compunham o levantamento de dados dos pacientes, central para a construção do diagnóstico e a intervenção em enfermagem. Por esta razão, Aline esclareceu que o levantamento de dados era composto, primeiramente, pela obtenção dos *dados subjetivos*, angariados através de questionamentos feitos aos pacientes em relação às suas condições física, emocional e psicossocial. Em um segundo momento, haveria uma etapa direcionada à obtenção de *dados objetivos* e mensuráveis, através da realização do exame físico, momento em que eram empregadas as técnicas propedêuticas que possibilitariam a coleta das informações nos corpos dos pacientes. Assim, havia uma separação entre aquilo que o paciente afirmava sentir – os sintomas – e o que poderia ser obtido por meio de observações e práticas realizadas diretamente nos corpos dos pacientes – os sinais. Aline, em aula, explicou aos estudantes:

Quando eu sinto com as minhas mãos e ouço com os meus ouvidos, eu tenho dados objetivos, que são os dados que eu obtenho por meio dos meus sentidos. Como a gente sabe que tem um cisto? A gente vai usar o nosso tato para isso. Com o nosso olfato a gente pode encontrar um odor característico. Essa parte do olfato é muito importante para a gente. A nossa audição nós vamos usar para ouvir os sons que indicam alteração e a visão, é muito importante para o nosso olhar clínico. No exame físico, a gente só não usa o paladar. (Aline, docente)

Para a realização do exame físico era inicialmente necessária uma segmentação da superfície corporal, de acordo com sistemas e partes que compõem o corpo humano. Desse modo, o procedimento era ensinado e executado de forma compartimentalizada, tendo em vista os sistemas digestório, genitourinário, neurológico, respiratório, cabeça e pescoço, cardiovascular, pele e anexos e, por fim, o exame físico de membros e locomotor. Seguindo um recurso didático, no intuito de facilitar a apresentação dos aspectos vivenciados no trabalho de campo e, conseqüentemente, para a melhor compreensão do leitor, não nos ocuparemos de tais divisões como guia de nossa exposição, que se centrará nas técnicas

propedêuticas em sua singularidade. Assim, os sistemas e partes do corpo serão progressivamente mobilizados de acordo com o desenvolvimento de nossa discussão, que se voltará a cada uma das semiotécnicas utilizadas durante o exame físico.

A sensorialidade do cuidado: técnicas propedêuticas e o uso dos sentidos

A inspeção

A visão era um sentido prontamente mobilizado nas práticas de cuidado, sendo a partir dos olhos que se estabelecia um primeiro contato com o paciente e com o seu corpo, superfície pela qual a doença se manifestaria. Nesse sentido, os exames físicos se iniciavam quase sempre pela inspeção, uma técnica que consistia em um processo de observação detalhada de toda a extensão do corpo do outro. O estudante de enfermagem deveria direcionar seu olhar para a identificação e a compreensão do amplo arsenal de dados corporais com quais se defrontaria no cotidiano profissional, decifrando-os tanto em termos das formas, contornos, simetrias e deformidades, percebidas no paciente em posição de repouso, quanto em termos da mobilidade do corpo, atentando para os movimentos característicos de cada uma das regiões examinadas. Assim, os mais variados fenômenos corporais deveriam ser identificados, discernidos e interpretados por meio de códigos específicos, que os traduziriam em termos de saúde e doença.

Alguns exemplos podem ser ilustrativos. Durante a inspeção do sistema respiratório, os estudantes aprendiam a avaliar a movimentação da caixa torácica durante a respiração e, também, sua estrutura física. No primeiro caso, deveriam identificar os tipos e as frequências da respiração dos pacientes, de acordo com características como rapidez, profundidade, superficialidade e lentidão, utilizando termos como *eupneia* (respiração normal), *taquipneia* (respiração acelerada) ou *bradipneia* (respiração lenta). Ao longo da aula, a professora Aline¹¹ fazia algumas advertências, chamando os alunos a atentarem para as diferenças existentes entre cada uma das variações: “*Vocês precisam aprender a diferenciar uma respiração profunda de uma respiração rápida, para observar os sinais objetivos*”, dizia a professora.

¹¹ Todos os nomes utilizados nesse trabalho são fictícios.

Posteriormente, dedicariam a atenção às formas e contornos do tórax do paciente, seguindo determinadas classificações. Se a condição fosse de simetria, o tórax era classificado como *elíptico normal*, a partir da observação dos diâmetros de suas regiões lateral, anterior e posterior. Já as alterações seriam percebidas a partir da presença de assimetrias, abaulamentos ou retrações (aumento e contração do volume, respectivamente). Nestas condições, formatos específicos do tórax poderiam ser característicos de determinadas doenças respiratórias, sendo suas formas e contornos definidos a partir do uso de metáforas, como era o caso do *tórax de tonel* (termo utilizado para designar elevações nas regiões anterior e posterior do corpo), *tórax de funil* (forma caracterizada por uma depressão na região frontal do corpo), ou o *tórax peito de pombo* (caracterizado pelo aumento do volume na região). Tais características deveriam ser observadas com o paciente imóvel, geralmente sentado ou deitado sobre o leito, enquanto o estudante se posicionaria à sua frente.

Para além das formas e contornos, as colorações das diferentes partes ou excreções corporais se constituíam como outro aspecto relevante durante as inspeções. Ao observar a pele e seus anexos, Aline explicou como os estudantes deveriam observar dados como a pigmentação de toda a extensão corporal, voltando sua atenção, sobretudo, para a existência de alterações, como a presença de *cianose* (cor acinzentada na pele, unhas ou lábios), *icterícia* (pele com coloração amarelada), *equimoses* (hematomas comuns com coloração entre o vermelho e roxo), palidez, manchas ou *eritemas* (vermelhidão). Ao observar a superfície corporal de sujeitos adoecidos, os estudantes lidavam com um amplo arcabouço de terminologias que compunham o vocabulário das cores que poderiam se manifestar nesses corpos, constituindo um universo de múltiplas denominações que visavam dar conta das distinções das cores e suas diferentes nuances, uma vez que tais diferenças poderiam ser decisivas das suas relações com o estado físico do paciente.

Assim, algumas estratégias eram utilizadas para enriquecer a gama cromática dos estudantes, como o uso de tabelas. Para inspecionar excreções corporais, por exemplo, como era o caso da urina durante o exame físico do sistema genitourinário, Aline dispunha da utilização de um esquema que apresentava as gradações da coloração que a urina poderia apresentar, exposta em cerca de oito diferentes tonalidades. Em condição de normalidade, a urina deveria ser “limpa”, em cor amarela quase transparente e isenta de qualquer odor. Já a

urina *turva* (com coloração esbranquiçada), a *hematúria* (a urina em tom avermelhado) ou a *colúria* (urina na coloração marrom) eram manifestações visíveis de alguma alteração corporal. Munidos destes dados angariados através da visão, o estudante deveria aprender a discernir, nomear e interpretar os diferentes tons apresentados pelo corpo.

As formas, movimentos e colorações, perceptíveis através da visão, tornavam os sinais corporais inteligíveis por meio de códigos que os associavam a existência de certas patologias. Na tentativa de enfatizar a importância da construção deste olhar diferenciado, Aline chamava a atenção dos alunos para a manutenção de “*um olhar clínico*”, direcionado à inspeção vigilante de toda a superfície corporal, um olhar constantemente canalizado para a observação de alterações e sinais de anormalidades. Nessa perspectiva, os estudantes não deveriam apenas olhar, mas “*saber enxergar*” os sinais que pudessem estar associados a quadros patológicos, importantes na formulação dos cuidados em enfermagem. Para alcançar este “*olhar clínico*”, era importante saber diferir e identificar aspectos diversos como texturas, colorações, formas, espessuras, assim como suas incontáveis variações. Por isso, Aline advertia: “*Vocês vão precisar de muita memória. Precisam aprender, estudar, memorizar para conseguir detectar*”. Alcançar e partilhar da linguagem e dos códigos do grupo tornava-se fundamental, já que através do processo de formação o estudante deveria filtrar os fenômenos corporais, selecionando-os e traduzindo aspectos significativos nos temas da saúde e doença, do normal e do patológico.

Durante a realização das técnicas, os sentidos não eram mobilizados de maneira isolada, conjugando-se a outros à medida que os procedimentos eram empreendidos. No caso da inspeção, ainda que o uso da visão fosse predominante, o olfato se apresentava como um importante aliado para a compreensão das manifestações corporais. As professoras Tatiana e Mônica me explicaram que a identificação dos cheiros e odores era significativa na avaliação de elementos como as fezes, urina, região genital, hálito ou escarro dos pacientes e, juntamente com a observação de seu aspecto físico, como a forma e a coloração, possibilitava que sinais de alterações ou patologias fossem desvelados. É elucidativo um exemplo proferido por Mônica para me explicar a associação dos odores com determinadas doenças, descrevendo uma metáfora comumente utilizada para caracterizá-la durante a disciplina Enfermagem em Saúde da Mulher, ministrada no sétimo período:

Na disciplina de Saúde da Mulher, quando a gente tá aprendendo a fazer preventivo, tem uma doença que a característica dela é que, a hora que a mulher abre as pernas pra gente fazer a introdução do espêculo [instrumento utilizado durante o exame], já vem um cheiro de peixe podre. Eu nunca peguei nenhuma paciente com essa característica, mas houve colegas que pegaram e elas falaram que, realmente, parece um peixe podre. (Mônica, docente).

Os cheiros e odores passam, assim, a compor o registro dos sinais e manifestações corporais que mais tarde ajudarão o profissional a construir o diagnóstico em enfermagem. No contexto específico das disciplinas de Fundamentos, durante a inspeção da boca no exame físico da cabeça e pescoço, as professoras explicavam aos alunos como o profissional da enfermagem poderia detectar tipos específicos de hálito, como o *hálito cetônico* (odor que remeteria a acetona), o *hálito urêmico* (com odor de urina), *hálito de maçã estragada* (ligado a complicações hepáticas) ou a *halitose* (mau hálito) causada por questões relacionadas à higiene ou infecções. Nestas avaliações, era preciso atentar-se, sobretudo, ao chamado o *odor fétido* (mau odor ou odor incomum) que, diferente do *odor característico* (comum e indicativo de normalidade), sinalizavam a existência de alterações no interior dos corpos dos pacientes.

Ao lidar com sujeitos doentes, os odores tornavam-se, assim, aspectos inerentes aos contextos de cuidado, locais reservados à experiência da doença e às suas emanções. O contato com o corpo adoecido de outro sujeito, juntamente com seus fluidos, secreções e excreções passavam a compor o cotidiano dos estudantes de enfermagem, a partir da inserção em um universo específico de cheiros e odores que necessitam de decodificação. A aquisição da sensibilidade para empreender tais discriminações passava pela formação e, sobretudo, pela prática, através da qual estes sujeitos aprendiam a servir-se do seu olfato para empreender o cuidado.

A palpação

Em meio aos mais variados procedimentos, dos exames físicos aos banhos de leito, o tato se constituía como outro sentido bastante mobilizado nos contextos de cuidado, sendo também parte importante do aprendizado dos estudantes de enfermagem. Ao entrarem em contato com os pacientes e seus corpos adoecidos, os estudantes deveriam empregar uma

pluralidade de ações táteis direcionadas a examinar, compreender, cuidar e aliviar as dores e desconfortos de outrem. Assim, durante o aprendizado das práticas no interior dos laboratórios, a percepção tátil era evocada principalmente através da utilização das mãos, que se tornavam instrumentos centrais por meio dos quais o cuidado era dispensado.

Este era o caso da técnica propedêutica denominada *palpação*, uma prática que derivava da aplicação de posturas e movimentos específicos direcionados às mãos que, posicionadas em locais específicos ao longo da extensão corporal do paciente, possibilitavam o acesso tátil a regiões superficiais ou profundas do corpo humano, variando conforme a intensidade da pressão aplicada durante a ação. A palpação poderia, assim, ser realizada com a mão espalmada, sobrepondo uma das mãos a outra, a partir da utilização das polpas digitais, com o uso do polegar e indicador em formato de pinça, com dorso dos dedos e, por último, com os dedos curvados em formato garra. Tais variações eram mobilizadas de acordo com a exigência e anatomia das regiões corporais avaliadas, permitindo, cada uma ao seu modo, tornar tangível o que estava oculto pela cobertura da pele. Desse modo, por meio da técnica era possível avaliar aspectos como mobilidade, resistência, integridade, sensibilidade e temperatura de órgãos externos, como a pele, mas também de estruturas internas, como as artérias, rins ou fígado. A palpação se constituía em uma das formas de leitura corporal operada por meio da sensibilidade tátil ou, como definiu a professora Luciana em uma das aulas: *“Ela possibilita a obtenção de dados a partir do tato. Não é fácil olhar e ver, por isso tem a palpação”*.

No exame físico do sistema digestório, a palpação era realizada na região abdominal, podendo ser superficial ou profunda. Durante a palpação superficial, o estudante era ensinado a apoiar a mão com os dedos estendidos sobre a região e pressioná-la em 1cm de profundidade, utilizando-se de movimentos leves empreendidos no sentido horário, por meio dos quais era possível acessar dados como a sensibilidade e integridade dos órgãos internos e a identificação de massas produzidas pelo sistema digestório. Na palpação profunda, por sua vez, era possível acessar dados mais furtivos, como a determinação da localização dos órgãos abdominais e das massas menos perceptíveis, viabilizando a verificação do tamanho, da forma, consistência, localização e pulsação dos órgãos. Para empreendê-la, o estudante deveria solicitar que o paciente respirasse pela boca e com ela permanecesse entreaberta.

Assim, deveria pressionar a região mais profundamente, em 5cm, conforme o paciente expirasse. A duas mãos poderiam estar ambas apoiadas sobre o corpo do paciente ou uma apoiada uma sobre a outra, segundo a técnica bimanual.

Imagem 1: palpação utilizando técnica bimanual



Fonte: Barros (2016)

A figura acima demonstra a técnica de palpação bimanual realizada no fígado. Nesta circunstância, era necessário que os estudantes atentassem para as características do órgão que, além de indolor ao toque, deveria ser normalmente provido de bordas firmes, macias e lisas. Para a realizar técnica, o estudante era orientado a se posicionar à direita, colocando sua mão esquerda sob as costas do paciente, na região abaixo do tórax direito. Já a mão direita do estudante deveria ser posta na região superior do abdome do paciente, para com ela realizar a compressão em movimentos direcionados para dentro e para frente. Enquanto a mão direita realizaria esta ação, a mão esquerda permaneceria pressionando o tórax para cima. A partir desse encadeamento de movimentos, juntamente com inspiração profunda do paciente, o fígado seria deslocado para baixo, momento no qual o estudante deveria tentar sentir as características de sua borda, identificando as alterações. *“Tentar sentir o fígado não é fácil. Qual é a sensação?”*, dizia Aline. Por esta razão era importante ter em mente suas especificidades, pois a percepção tátil deveria ser construída a partir de um conhecimento das características corporais palpáveis.

O que a gente consegue sentir? Onde? Se a gente não tiver a percepção do que estamos sentindo, fazemos uma palpação muito superficial. Temos que lembrar sempre do porque eu estou fazendo aquilo. Não é só executar a técnica. (Aline, docente).

Com efeito, as dificuldades na realização dos movimentos, aliada à percepção tátil ainda incipiente ao apreender os locais do corpo e seus sinais, tornavam-se evidentes entre os estudantes, que constantemente eram impulsionados ao treinamento das técnicas, já que para as professoras a habilidade era uma questão de prática: “*Quanto mais você faz, mais você tem habilidade*”, diziam durante as aulas. Enquanto me examinava em uma destas ocasiões¹², Amália, estudante, comentava que havia adquirido o hábito de treinar as práticas em seus familiares e me disse: “*Acho que o negócio é treinar mesmo*”, julgando a palpação como a técnica que mais lhe era complexa. Segundo a estudante, a prática envolvia “*um aperfeiçoamento*”, algo a ser aprendido e desenvolvido, evidenciando como a técnica da palpação não se tratava puramente de empreender um manuseio dos corpos, mas de realizar uma ação exploratória, no sentido de buscar dados sensíveis através do tato. Tal capacidade não poderia, então, ser natural ou inerente ao estudante; deveria ser ensinada, adquirida e elaborada.

A ausculta

Nos contextos de cuidado, o corpo se constituía, ainda, em um universo ressonante, decifrado a partir da audição, sendo seus sons e ruídos internos transmutados em dados acerca da condição física do paciente. Esta ação era realizada por meio da técnica da ausculta, procedimento no qual o estudante deveria ouvir os sons produzidos pelo corpo, fazendo-o com o auxílio do estetoscópio¹³, que consistia em um instrumento utilizado para conduzir as sonoridades dos corpos dos pacientes até os ouvidos do profissional. Posicionando o estetoscópio em diferentes regiões do corpo, o estudante de enfermagem era ensinado a localizar as áreas específicas nas quais era possível que as sonoridades corporais fossem ouvidas, assim como identificar suas características, tornando manifestos, assim, elementos não apreensíveis pelo olfato, visão ou pelo toque.

¹² Nessa ocasião, na qual as estudantes treinavam a verificação do pulso apical (procedimento em que escutavam os sons cardíacos na região do ápice do coração), um grupo de estudantes pediu que eu as auxiliasse ocupando a posição de paciente.

¹³ O estetoscópio era composto por duas hastes de metal com extremidades fabricadas em silicone que deveriam ser inseridas nos ouvidos. Conectado às hastes, havia um tubo de condução flexível, que continha em seu ápice o diafragma, um dispositivo circular que seria colocado em contato direto com o corpo do paciente.

A ausculta, que consistia no ato de escutar os sons internos do corpo, integrava o exame físico de algumas regiões e sistemas corporais, como era o caso do sistema respiratório, cardiovascular e digestório. Ao ensinar como os estudantes deveriam auscultar os sons, as professoras os inseriam em um novo domínio sonoro, sistematizado através de um vocabulário que buscava dar conta da diversidade de sons e ruídos produzidos por cada região. No sistema respiratório, por exemplo, os sons normais eram denominados como *som traqueal*, caracterizado por seu aspecto agudo e intenso originados na região da traqueia; o *som brônquico*, produzido na região dos brônquios e caracterizado pelo timbre agudo, intenso e oco; o *murmúrio vesicular*, que possuía timbre grave e mais suave, podendo ser ouvido em toda a área do tórax e o *som broncovesicular*, que se constituía pela conjugação dos aspectos característicos da respiração brônquica e do murmúrio vesicular, sendo auscultado em regiões específicas do tórax.

Já os sons indicativos de anormalidades, eram denominados *ruídos adventícios* e, aos ouvi-los, era preciso atentar-se à sua localização, bem como seu timbre e tempo de duração. Os ruídos adventícios eram definidos como *sibilos*, compreendidos como ruídos sussurrantes e agudos, com duração mais prolongada; o *atrito pleural*, associado ao barulho de estalos e rangidos, comumente exemplificado pelas professoras como uma fricção entre dois pedaços de couro; as *crepitações grossas (bolhosos)*, caracterizadas como sons mais graves, se aproximando do ruído ouvido durante o rompimento de bolhas; os *estertores finos*, compreendidos como sons agudos e de pouca duração, associados ao som produzido pela fricção de feixes de cabelo entre os dedos e, por fim, os *roncos*, sons graves e de curta duração. Nesse sentido, era comum que no decorrer das aulas as docentes aproximassem as percepções dos sons através de analogias ou, ainda, os reproduzissem através de sonoridades que se aproximassem de suas características, com a finalidade de facilitar a percepção dos estudantes. Este saber acerca das características sonoras se originava dos longos anos de prática profissional ou eram extraídas dos manuais que lhes serviam de referência, mostrando-nos como esta estratégia era bastante disseminada dentro do campo.

A atividade exploratória dos sinais corporais por meio dos sons não era apreendida sem dificuldades aos ouvidos novatos dos estudantes, que conseguiam discernir as sonoridades e suas características apenas depois de recorrer diversas vezes ao artifício da

repetição. Aline reconhecia as complexidades: “*Temos que doutrinar o nosso ouvido, vocês vão ver que não é fácil. Tem que identificar o que tá errado*”. E ressaltava a importância da prática para a aquisição da habilidade de diferenciar os sons: “*Como vou saber qual é qual? Só com a experiência mesmo. São muitos sons*”. Desse modo, o ouvido deveria passar pela prática para que alcançasse percepção direcionada a detectar a sonoridade corporal. As descrições, analogias e onomatopeias eram úteis na ampliação do campo de conhecimento sonoro dos estudantes, mas a prática se fazia necessária para que a audição, ainda insipiente, se tornasse capaz de dar sentido aos sons outrora incompreensíveis. Associado aos conhecimentos próprios da enfermagem, o corpo se tornava uma superfície passível de ser compreendida também em termos de suas sonoridades, mostrando-nos como a formação em enfermagem implicava embrenhar-se em um domínio sonoro específico, sendo uso dos ouvidos e da audição mais um dos meios de decifrá-lo.

A percussão

Como apontei anteriormente, embora o uso de determinados sentidos prevalecesse em alguns procedimentos, sua aplicação não se dava de maneira isolada, havendo uma convergência das sensorialidades na busca pelos significados das manifestações corporais. Este era o caso da percussão, a quarta e última técnica propedêutica empreendida durante os exames físicos, que consistia no ato de empregar pequenos golpes em áreas específicas do corpo do paciente, com o intuito de provocar sons e vibrações em sua superfície corporal. Ao contrário da ausculta, os sons produzidos durante a percussão eram ouvidos sem a utilização de instrumentos adicionais e, através da percepção das características ouvidas e sentidas durante a ação, era possível tecer relações com possíveis alterações no estado físico dos pacientes. Desse modo, a percussão era uma ação que envolvia, ao mesmo tempo, tatilidade e audição, sentidos distintos que se uniam em ações e movimentos na busca pelos sinais do corpo.

Os modos de se empreender a técnica também obedeciam a determinadas variações, podendo ser uma *percussão direta*, realizando a ação diretamente sobre o corpo do paciente; a *punho-percussão*, executada com o punho fechado; *percussão com as bordas das mãos*, realizada com os dedos unidos uns aos outros e estendidos; a *percussão por piparote*,

empreendida através de petelecos suaves aplicados com uma das mãos e a *percussão digito-digital*, que se constituía na prática mais disseminada e, portanto, mais treinada nos contextos do laboratório-enfermaria. Na percussão digito-digital, o estudante era ensinado a apoiar sua mão não-dominante¹⁴ sobre o corpo do paciente, enquanto os dedos indicador e médio de sua mão oposta (dominante) eram utilizados para dar leves golpes em sua mão apoiada. A partir desses movimentos, cujos gestos eram analogicamente associados às batidas de um martelo, tornava-se possível ouvir um som bastante alto que deveria ser classificado de acordo com algumas características específicas, a depender da região e condições físicas do paciente.

Imagem 2: percussão digito-digital



Imagem 3: percussão piparote



Fonte: BARROS (2016)

O exame físico do sistema respiratório era um dos momentos no qual a percussão era mobilizada, sendo empreendida a partir da técnica digito-digital aplicada na parede torácica, mais especificamente nos espaços intercostais (entre os ossos das costelas). Naquela aula, um dos estudantes seria o paciente e estava sentado sobre o leito. Com a mão apoiada sobre o seu corpo, Aline explicou como os dedos – indicador e médio – deveriam fazer os movimentos da maneira correta, para que os sons fossem ouvidos com nitidez. Os dedos mantinham-se levemente flexionados e firmes durante as batidas, que se repetiam por três vezes em cada ponto de percussão. Durante a ação, as mãos eram mobilizadas através de movimentos conjugados do punho e dos dedos, como se realmente “martelassem” a superfície corporal do paciente, tal como na analogia utilizada. Embora este movimento fosse marcado pela firmeza e precisão, conservavam em si uma impressionante delicadeza.

¹⁴ Os termos mão dominante e mão não dominante eram denominações usadas para ordenar os movimentos, devendo ser atribuídas às mãos direita e esquerda de acordo com as particularidades de cada sujeito, fosse ele destro ou canhoto, considerando a mão detentora de maior ou menor habilidade ou destreza.

“É importante vocês reconhecerem o som uma víscera oca ou cheia”, dizia a professora durante as demonstrações. Eram muitos os sons que poderiam se manifestar durante a percussão do sistema respiratório. Em situações normais, nas quais havia presença de ar nos pulmões, o som deveria ser *claro pulmonar*, que possuía um timbre claro e oco. Já os sons indicativos de alterações eram o *som hipersonoro*, caracterizado como um som mais intenso e grave; os *sons maciços*, compreendidos como sons surdos e secos; os *sons submaciços*, que eram sons mais suaves e com frequência mais alta e, por último, o *som timpânico*, caracterizado pela percepção oca e associado ao som produzido pelas batidas de um tambor.

Conforme demonstrava a técnica aos alunos, Aline os empregava em diferentes regiões do tórax, de cima para baixo, como se empreendesse movimentos em zigue-zague ou em z, como eram denominados nos termos locais. Mantendo sempre a simetria, os movimentos eram iniciados pelo lado direito, avançavam para o lado esquerdo (seguindo o mesmo nível) e retornavam para o lado direito e inicial, agora na região abaixo da área anteriormente percutida. Aline percorria esta ordem até que alcançasse toda a extensão do tórax. No momento aberto aos treinamentos, uma das alunas se preocupou: “*Parece que tá tudo a mesma coisa!*”, enquanto sua colega questionava a complexidade da técnica: “*Será que eu vou sentir isso, professora?* Aline buscava tranquilizá-los: “*Não é fácil sentir. Só treinando mesmo. Com a prática vocês vão aprendendo*”.

Contudo, as atribuições de sons normais ou anormais variavam de acordo com as regiões e sistemas corporais percutidos. Se na percussão do sistema respiratório, os sons timpânicos, maciços e sub maciços eram característicos de alteração, eles se constituíam como normais ao serem ouvidos no estômago e intestino (onde se ouvia o som timpânico) ou no fígado e baço (locais onde normalmente se percebiam os sons maciços e submaciços). Por esta razão, era importante que os estudantes atentassem não somente para os sons e suas características, mas para os sentidos e significados que lhes eram atribuídos ao serem ouvidos em diferentes regiões do corpo, para assim classificá-los nos termos do normal e do patológico.

Temos que treinar bastante o nosso ouvido, nosso tato, para o que é fisiológico para saber o que é normal e o que é patológico. Temos que ter a

destreza para identificar as irregularidades. A caracterização e a identificação das alterações é difícil. Nós temos dificuldades? Então temos que treinar, educar o ouvido. (Aline, docente).

Para empreender a percussão com eficiência, era necessária a aquisição de uma destreza que envolvia não só uma habilidade tátil para que as ações produzissem sons nítidos, mas para que esses sons fossem decodificados de acordo com os códigos locais, identificando-os e associando-os a quadros patológicos. Nesse sentido, a percussão era um procedimento que conjugava a construção de uma dimensão duplamente perceptiva, aliando tato e audição, sentidos que se misturavam em meio aos movimentos e ações direcionadas a manipulação dos corpos dos pacientes.

O corpo como superfície inteligível

Os estudos antropológicos sobre os sentidos tem buscado apontar como as questões relacionadas às percepções sensoriais não estão vinculados a uma capacidade exclusivamente biológica para enxergar, tocar, cheirar, degustar ou ouvir. Ao contrário, nosso universo sensorial se constitui como uma dimensão atravessada pela cultura e seu simbolismo. Segundo Constance Classen (1997), o pressuposto fundamental para uma antropologia dos sentidos deve ser o entendimento de que a percepção sensorial se constitui como uma questão ao mesmo tempo física e social. Assim, quando tratamos da sensorialidade, não estamos apenas referindo-nos a um meio de assimilar fenômenos físicos que permeiam os ambientes que cruzamos, mas estamos lidando com mecanismos por meio dos quais valores culturais são transmitidos. Para Classen (1997), cada sociedade ou grupo social estabelece e se utiliza de domínios sensoriais específicos, instituindo ou restringindo as formas de olhar, ver, tocar, cheirar ou degustar de acordo com certos códigos sociais. Nas palavras da autora, “a visão pode estar ligada à razão ou à bruxaria, o gosto pode ser usado como uma metáfora para a discriminação estética ou para a experiência sexual, um odor pode significar santidade ou pecado, poder político ou exclusão social”. (Classen, 1997:402, tradução nossa).

Nesta perspectiva, Classen (1997) afirma que a elaboração cultural da sensorialidade seria responsável por moldar tanto a nossa experiência quanto o nosso entendimento acerca de nossos corpos e do mundo onde vivemos, sendo os sentidos uma configuração por meio da

qual as normas sociais se inscrevem na nossa percepção sensorial. Assim, a abordagem dos sentidos coloca-nos em contato com uma profusão de simbolismos que nos explicam as razões pelas quais sensações particulares possuem uso e valores simbólicos específicos, de acordo com os mais diversos contextos. Para a autora, estes múltiplos conjuntos de valores e significados atribuídos aos sentidos formam os “modelos sensoriais”, que se constituiriam em paradigmas perceptivos que as sociedades ou grupos sociais empregam, cada um ao seu modo, para que os sujeitos tornem-se capazes de simbolizar o mundo ao seu redor, tornando suas apreensões perceptivas inteligíveis a partir de uma visão de mundo específica.

Partindo de uma ótica semelhante, o antropólogo David Howes (1990) também aponta o caráter fundamental dos sentidos na existência dos sujeitos, afirmando como os ambientes que nos circundam tornam-se compreensíveis somente através de uma experiência fundada na sensorialidade. Nesse sentido, Howes (1990) enfatiza, em consonância com Classen (1997), como os modos pelos quais nos utilizamos dos nossos sentidos e as formas como forjamos e compreendemos nosso universo sensorial são mediadas e circunscritas ao contexto cultural ao qual pertencemos. Ao considerar a percepção sensorial como culturalmente modelada e mutável, o autor mostra-nos como são também múltiplas e variáveis as experiências de realidade produzidas pelos diferentes domínios sensoriais, pertencendo à ordem da cultura, ultrapassando uma capacidade fisiológica dos sujeitos. Howes (1990b) aproxima, assim, a sua concepção de *techniques des sens* da noção mausseana de *técnicas do corpo*, apontando como a educação dos sentidos seria parte constituinte do que Mauss (2003) chamou de transmissão das técnicas do corpo, através da qual as capacidades sensoriais seriam desenvolvidas mediante um processo de aprendizagem cuja origem é a cultura.

Ao lançarmos o olhar sobre as técnicas propedêuticas utilizadas durante a realização dos exames físicos, percebemos como a prática da enfermagem está munida de diferentes modalidades sensoriais e como o cuidar passa também pela construção de habilidades perceptivas intimamente associadas a um universo de cheiros, toques, sons e imagens específicas. A partir do contato com estas técnicas, os estudantes deveriam aprender a mobilizar os órgãos sensoriais do seu próprio corpo, no intuito de identificar sinais corporais que se manifestariam em corpos outros, decifrando-os em termos do que era normal ou

patológico, segundo as categorias da biomedicina que compõem o universo aqui investigado. Em outras palavras, os mais diversos fenômenos corporais deveriam ser colocados sob o crivo de uma percepção particular para, assim, serem apreendidos, discernidos e traduzidos nos termos de códigos específicos.

Logo, quando ingressavam na graduação, os estudantes de enfermagem adentravam, também, em um universo sensorial novo e desconhecido, através do qual sua percepção sensorial deveria ser reconstruída de acordo com um “modelo sensorial” particular, para usar os termos de Classen (1997). O modelo sensorial do cuidado pressupunha o conhecimento sobre uma variedade de características corporais visíveis, palpáveis, audíveis e emanáveis em cheiros e odores, uma vez que a sensorialidade só poderia ser construída levando em conta as qualidades próprias de cada região do corpo. Era necessário conhecer texturas e tamanhos característicos de cada órgão, a coloração e odores normais emitidos pelas excreções corporais e os sons regulares produzidos em regiões determinadas, para que estes dados em condição de normalidade pudessem ser diferenciados das alterações que indicassem quadros patológicos.

A construção da percepção se iniciava, dessa maneira, pela assimilação do normal, para que com base nele os estudantes reconhecessem os aspectos indicativos de anormalidade. Tal enfoque implicava que os sujeitos se direcionassem sensações particulares, que exigiam um aprendizado que os conduzissem para a seleção de determinados dados em meio a uma infinidade de outros elementos disponíveis e passíveis de decodificação. Nesta perspectiva, os sentidos se tornavam constituintes de uma sensorialidade própria de enfermeiras e enfermeiros, não se tratando somente de ver, ouvir, palpar e cheirar, mas de aprender a usar tais sensorialidades de modo específico, através de um modelamento dos sentidos destinado a um objetivo particular, o cuidado da enfermagem.

No que concerne a este ponto, Le Breton (2016) explica como a sociedade, ao estabelecer uma orientação específica sobre os sentidos, promove uma triagem, ou melhor, um filtro que apreende apenas aquilo que os sujeitos foram ensinados a assimilar ou o que foram levados a reconhecer ao mobilizá-los. Segundo o autor, a percepção consiste em uma atividade, através da qual o mundo é decodificado, transformado em familiar e compreendido. Ao contrário de uma impressão passiva, a percepção é, nas palavras do autor,

“uma atividade de conhecimento diluída na evidência ou fruto de uma reflexão. Não é o real que os homens percebem, mas imediatamente um mundo de significações”. (2016, p. 26). Para decifrar os elementos ao seu redor, os sujeitos desfrutam de uma escala sensorial onde se assentam as percepções e por meio do qual a cultura institui as possibilidades do que percebem, articulando um domínio sensorial específico. Segundo o autor, a percepção se constitui, em suma, como uma interpretação que, vinculada a uma condição social e cultural dos sujeitos, altera as maneiras pelas quais as coisas são percebidas de sociedade a sociedade ou dentro de uma mesma sociedade, onde existem variações culturalmente tangíveis, como é o caso do grupo de enfermagem estudado.

Assim, o corpo enfermeiro se constitui como um corpo particular, ao tornar-se decifrável através de uma sensorialidade específica. Esta sensorialidade, orientada pela detecção de dados relevantes para este grupo social, se utiliza de códigos próprios para que os elementos do mundo sejam traduzidos em temos inteligíveis. Como afirmou Le Breton (2016), a percepção é um acesso ao conhecimento, de modo que o saber sensível se torna um saber corporalmente registrado, apreendido e interiorizado por meio da educação e do hábito, operando uma expansão no universo sensorial dos sujeitos. Nesse sentido, vemos como o processo de compreensão do corpo pela enfermagem passava pela decodificação de seus aspectos sensíveis, buscando associá-los a uma significação traduzida em termos de saúde e doença, cuja interpretação estava condicionada a uma visão de mundo particular ou, nos termos nativos, ao “olhar clínico” do cuidado em enfermagem.

Aprender no/com o corpo

Para Bruno Latour (2008), “aprender a ser afetado”, consiste em um processo de aquisição corporal que acontece a partir da afetação em relação aos elementos que compõem o mundo sensível. O exemplo do kit de odores da indústria de perfumes é expressivo desse processo, pois ao adquirirem a capacidade de diferenciar tipos diversos de aromas, os sujeitos que passam pelo treinamento aprendem a ter um nariz diferenciado, ou seja, um nariz capaz de distinguir cheiros diversos que não poderiam ser assim percebidos antes do treinamento. O kit, nesse sentido, representa como que uma extensão do corpo, ou nas palavras de Latour, ele é “coextensivo ao corpo”, entendido como um treinamento para ser afetado.

A partir de um nariz mudo, que pouco mais consegue do que identificar odores doces ou fétidos, rapidamente se obtém um nariz, ou seja, alguém capaz de discriminar um número crescente de diferenças sutis, e de as distinguir entre si, mesmo quando estão disfarçadas ou misturadas com outras. [...] Tudo se passa como se pela *prática* ela tivesse adquirido um órgão que define a sua capacidade de detectar diferenças químicas ou outras: pelo *treino*, aprendeu a ter um nariz que lhe permite habitar num mundo odorífero amplamente diferenciado. As partes do corpo, portanto, são adquiridas progressivamente ao mesmo tempo que as “contrapartidas” do mundo vão sendo registradas de nova forma. (Latour, 2008:40)

Fugindo de uma abordagem essencialista ou substancialista, Latour nos mostra como o corpo se define e se descreve a partir da afetação. O corpo, para o autor, não se constitui em um receptáculo da alma, do pensamento ou daquilo que é universal. Ele é, sobretudo, “aquilo que deixa uma trajetória dinâmica através da qual aprendemos a registrar e a ser sensíveis àquilo de que é feito o mundo.” (Latour, 2008:39). O processo de aquisição do corpo é um esforço que se dá de forma progressiva e que resulta na produção de um meio sensorial e de um mundo sensível. Dito de outro modo, o ato de aprender a ser afetado produz um corpo que aprende a ter uma nova percepção em termos sensíveis, além de ampliar o repertório pelo qual percebe o mundo. Quando este corpo *aprende* a ser afetado pelos elementos presentes nesse mundo, ele se torna mais definido, ou nas palavras no autor, “uma interface que vai se tornando mais descritível”. (Latour, 2008:39).

Já para o sociólogo Pierre Bourdieu (Bourdieu, 2001), a relação entre os sujeitos e o mundo é intermediada pelo *habitus*, por meio do qual o conhecimento seria apreendido pelo corpo. Nos termos que o autor o define, o conceito consiste em disposições duráveis que atuam como formadores e orientadores de práticas, gostos e perspectivas, ou seja, em um princípio de geração e estruturação das práticas dos agentes e da percepção que eles possuem acerca dessas mesmas práticas. Nesse sentido, o autor explica que os agentes sociais são possuidores de um *habitus* que se inscreve em seus corpos, por meio de experiências já vividas. Ou seja, tais esquemas de ação, percepção e apreciação se constituem como mediadores e são adquiridos através *das práticas que são incorporadas*, em um processo de interiorização e exteriorização. O *habitus* engendraria, assim, uma intencionalidade prática que se assentaria naquilo que ele denominou como *hexis*, que consiste nos modos de preservar e conduzir o corpo. Para Bourdieu, a relação que estabelecemos com o mundo é uma relação de pertença, de estar no mundo e de possuí-lo, sendo o *habitus* a forma pela qual

tornamos esse mundo inteligível e o modo como o construímos, através da maneira como nos conduzimos sobre ele. Essa relação entre corpo e ambiente, mediada pelo *habitus*, acontece duplamente, de forma estruturada e estruturante, vinculando prática e estrutura.

Não obstante, o *corpo enfermeiro* parecia não somente ser a expressão de um *habitus* específico, *incorporado* através da formação em Enfermagem. Mas, era através dele também que o *habitus* se transmitia, por meio de um ensinar e de um conhecer que passava e que se processava pelo corpo ao dar inteligibilidade ao corpo do outro. Reflito, então, a respeito deste afetar-se e, conseqüentemente, no sensibilizar-se do estudante de enfermagem ao se deparar com a prática de lidar com o corpo do outro em seu próprio corpo, ou acerca de como esse corpo, voltado a uma capacidade ou habilidade específica, pode se constituir como parte de um aprendizado que acontece de maneira progressiva, através de um treinamento. A noção de treinamento, enfatizada e retomada em vários momentos a cada aula, centrava-se na concepção de que as habilidades táteis, visuais, de olfato e audição só se tornariam aptas por meio de repetições contínuas, aliando-se a um conhecimento próprio da Enfermagem. Nesse processo parecia haver não somente uma maneira particular de uso do corpo. Mais que isso: a formação em enfermagem parecia compor e proporcionar a construção de uma habilidade, uma capacidade que envolvia observar, ouvir, sentir e tocar o corpo do outro, ou seja, inculcando no sujeito uma habilidade de leitura do corpo do outro a partir do uso do seu próprio corpo, sendo a (re)utilização dos sentidos central neste processo.

Nesse sentido, os estudantes, que ao ingressarem na graduação possuíam percepções, movimentos e posturas leigas, adquiriam uma nova corporeidade ao final do processo de formação, pautada em um conjunto de habilidades e percepções específicas. Tim Ingold (2010), ao propor uma discussão sobre os processos de aprendizagem, aponta como os conhecimentos consistiriam, sobretudo, em habilidades, entendidas como vinculadas ao conjunto de interações estabelecidas entre seres humanos com o ambiente ao seu entorno ou, em outras palavras, como uma propriedade “do campo total de relações constituído pela presença do organismo-pessoa, indissoluvelmente corpo e mente, em um ambiente ricamente estruturado”. (Ingold, 2000:353, tradução nossa). Ingold (2000) apoia-se, assim, na concepção de que a prática se constitui em um modo de usar as ferramentas e o corpo e que a habilidade, por conseguinte, estaria amparada na exigência de inserção do praticante em dado

ambiente. Desse modo, tal prática não consistiria em uma ação mecânica, mas resultaria de um envolvimento atento e perceptivo do sujeito ao longo da ação, incluindo as propriedades de cuidado, julgamento e destreza: “o movimento corporal do praticante é, ao mesmo tempo, um movimento de atenção; porque ele olha, ouve e sente, mesmo quando trabalha”. (2010, p. 18).

Nesse sentido, Ingold (2010) se apropria do termo “educação da atenção”, originalmente trabalhado por Gibson (1979), para mostrar-nos como se daria o processo de aquisição e transmissão das habilidades. Para o autor, o aprendizado não pode acontecer através da incorporação de regras e representações, mas mediante uma conformidade gradual entre ação e percepção, que só se torna possível através do envolvimento prático do novato, guiado pela observação de praticantes mais experientes. Neste processo, denominado *redescobrimento dirigido*, os novatos aprendem a partir do acompanhamento de pessoas experientes, olhando, sentindo ou ouvindo seus movimentos. Assim, por meio de tentativas repetidas, empenham-se para que seus movimentos corporais se assemelhem aos deles, buscando sintonizar ação e percepção. O redescobrimento dirigido não está baseado, dessa maneira, na transmissão de informações, mas envolve a combinação de imitação e improvisação, uma vez que se concretiza sob uma orientação específica e produz um conhecimento que os novatos descobrem em si mesmos.

Já a noção de *mostrar*, segundo Ingold (2010), conduziria mais apropriadamente o sentido do processo de aprendizado por redescobrimento dirigido. Como explica o autor, mostrar consiste em tornar algo manifesto, para que o sujeito possa assimilar tal coisa de modo direto, sentindo, ouvindo ou olhando. Neste caso, a atribuição do praticante experiente é construir condições por meio das quais o novato será conduzido a engajar-se de modo ativo e perceptivo no ambiente que o contorna, ou nos termos ditos pelo autor, criando “situações nas quais o iniciante é instruído a cuidar especialmente deste ou daquele aspecto do que pode ser visto, tocado ou ouvido, para poder assim ‘pegar o jeito’ da coisa”. (2010:21). Desse modo, ao tratarmos da noção de habilidade na perspectiva do autor, estamos nos referindo a um processo de aprendizado que só pode dar-se por meio da experiência e do treinamento, sendo todo ser humano um “centro de percepções e agência em um campo de prática” (2010:7), através da qual o ato de conhecer se torna possível.

Procurei demonstrar através de um olhar voltado às práticas da enfermagem, como o seu aprendizado estava alicerçado em uma ênfase na dimensão prática, entendida como o meio privilegiado de acessar e aperfeiçoar um conhecimento que se processa no e pelo corpo. As professoras, enquanto condutoras do desenvolvimento de uma habilidade, eram as responsáveis pela estruturação de um ambiente físico que possibilitasse que suas experiências fossem expandidas, pelo fornecimento dos conceitos que fundamentariam a prática e, sobretudo, pela orientação durante a construção de um conhecimento particular, que só poderia ser adquirido através do acumulo de experiência, sendo para isso fundamental o estabelecimento da relação entre professores e alunos. Após a demonstração das professoras, os estudantes deveriam treinar, incessantemente, para que pudessem desenvolver suas próprias habilidades de percepção e ação. Através da inserção neste ambiente e seu conjunto de relações, os estudantes estavam dando um passo importante e decisivo no processo de se tornarem enfermeiras e enfermeiros.

Considerações finais

Através da discussão da prática do exame físico, busquei demonstrar como o corpo se tornava uma superfície passível de ser compreendida a partir da tradução de visões, tatilidades, cheiros e sons em uma perspectiva particular, colocadas diante de uma sensorialidade e significações específicas. Assim, procurei demonstrar como os corpos que cuidam eram forjados em termos sensoriais, sendo os sentidos mobilizados com o intuito de dar inteligibilidade ao corpo do outro, decodificando-o e traduzindo em códigos próprios àqueles contextos. Por meio da aplicação das técnicas propedêuticas – inspeção, percussão, palpação, e ausculta –, os estudantes aprendiam a identificar os dados presentes na superfície corporal de seus pacientes e interpretá-los em suas formas, tamanhos, cores, texturas, sons e cheiros, empreendendo uma ação exploratória que só poderia se efetivar a partir de sentidos treinados, dotados de habilidade para sentir, ver, cheirar e ouvir de modo específico.

Este modo de dar significado ao mundo ou o modo particular de investigar e tornar o corpo compreensível, como nos termos aqui analisados, se configurava por uma tecnologia que não era da máquina, mas que se materializava e se concretizava nos corpos das enfermeiras, enfermeiros e estudantes de enfermagem, passando pelo uso da sensorialidade.

Conforme busquei enfatizar, esta atividade implicava a inserção dos estudantes em um universo sensorial característico, que constituía o paradigma perceptivo específico do cuidado em enfermagem. Aprender a empregá-lo era parte do processo de compreensão do corpo do outro, que se tornava tangível, mensurado e decifrado por meio de uma sensorialidade particular, um processo que se dava a partir da mobilização dos corpos daqueles que estavam aprendendo a cuidar.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, M. C. P. de, & ROCHA, J. S. Y. (1986). *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez.
- AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. et al. (2013). Da academia à realidade: uma reflexão acerca da prática do exame físico nos serviços de saúde. *Saúde & Transformação Social*. Florianópolis, n. 4, v. 4, p. 106-110.
- BONET, O. (2004). *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- BOURDIEU, Pierre. (2001). O Conhecimento pelo corpo. In: *Meditações Pascalianas*. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil.
- CARVALHO DA SILVA, Carlos Magno; SABÓIA, Vera Maria; TEIXEIRA, Enéas Rangel. (2009). O Ensino do exame físico em suas dimensões técnicas e subjetivas. *Texto & Contexto Enfermagem*. Santa Catarina, n. 3, v. 18, p. 458-465, jul-set.
- CLASSEN, Constance. (1997). Foundations for an Anthropology of the Senses. *International Social Science Journal*, vol. 49, n. 153, p. 401-412.
- HOWES, David; CLASSEN, Constance. (2014). *Ways of sensing: Understanding the senses in society*. London: Routledge.
- HOWES, David. Les techniques des sens. *Anthropologie et Sociétés*, 14 (2), 99–115
- HOWES, D. & MARCOUX, J. (2006). Introduction à la culture sensible. *Anthropologie et Sociétés*, 30(3), 7–17
- INGOLD, Tim. (2000) .*The perception of the environment: essays on livelihood, dwelling and skill*. London: Routledge.

INGOLD, T. (2010). Da transmissão de representações à educação da atenção. Educação, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 6-25.

JARVIS, Carolyn. (2012). Exame físico e avaliação de saúde para enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier.

LATOUR, Bruno (2007). Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. Porto: Afrontamento.

LE BRETON, David. (2016). Antropologia do Corpo e Modernidade. Petrópolis, RJ: Vozes.

LE BRETON, David. (2013). Antropologia dos sentidos. Petrópolis, RJ: Vozes.

LE BRETON, David. (2012). A sociologia do corpo. Petrópolis, RJ: Vozes.

LOPES, M. J., & LEAL, S. M. (2005). A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, 24, 105-125.

MAUSS, Marcel. (2017). As técnicas do corpo. In *Sociologia e Antropologia* (pp. 421-443). São Paulo: Ubu Editora.

Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. 6 mai. 2015. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html#:~:text=Mais%20da%20metade%20dos%20enfermeiros,2%25%20das%20equipes%20de%20enfermagem. > Acesso em: março. 2020.

SILVA, R. C. & FERREIRA, M. A. (2014). Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 111-118.

Vestindo a pele da integralidade no SUS: empatia, cuidado e humanização

Katarina Brito¹

Resumo: Cuidado e humanização são dimensões centrais em minha pesquisa de mestrado, neste artigo compartilho um trecho da dissertação² defendida. Durante o estudo uma outra categoria foi acionada de maneira expressiva, a empatia. Por este motivo, esse artigo se ocupará com discussões sobre tais, bem como sua relacionalidade. Isto posto, depreende-se que as categorias anteriormente mencionadas são partes constituintes do princípio de integralidade do SUS. Parafraseando meus interlocutores, no momento em que se montam de palhaços eles vestem as suas peles, são as tintas, as roupas e o nariz vermelho que externalizam os seus personagens. Entendo que de forma semelhante que a empatia, o cuidado e a humanização compõem e externalizam a integralidade, o que será discutido neste trabalho.

Palavras-chave: Cuidado; humanização; integralidade; empatia.

Abstract: Care and humanization are central dimensions in my master's research, in this article I share an excerpt from the presented dissertation. During the study, another category was activated in an expressive way, empathy. For this reason, this article will be concerned with discussions about them, as well as their relationality. That said, it appears that the categories mentioned above are constituent parts of the principle of integrality of the SUS. Paraphrasing my interlocutors, when they dress up as clowns they wear their skins, it's the paint, the clothes and the red nose that externalize their characters. I understand that in a similar way that empathy, care and humanization compose and externalize integrality, which will be discussed in this work.

Keywords: humanization; care; empathy; integrality.

¹ Pesquisadora envolvida com desenvolvimento comunitário, empoderamento social, racismo ambiental, e resistência em culturas locais na Bahia. Atualmente pesquisa Pesca artesanal feminina no Sul da Bahia, pela Universidade de San Diego, e desenvolve pesquisa sobre as mudanças socioambientais da construção e operação do Porto Sul na região do Sul da Bahia, pela Universidade de Ottawa.

² BRITO, Ana Katarina de. Cuidado e humanização: a palhaçoterapia na formação dos estudantes de saúde da UFPE. 2022. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

Introdução

O presente artigo é derivado da dissertação de mestrado que trata sobre a formação de enfermeiros(as) e médicos(as) pela Universidade Federal de Pernambuco, no que tange ao cuidado e a humanização das práticas de saúde e os impactos da palhaçoterapia nesse processo, a partir das narrativas de estudantes e egressos desses dois cursos e que integraram o projeto de extensão universitária sobre palhaçoterapia, o PERTO (Projeto de Encontro e Riso Terapêuticos). Para isso, foi analisada a lógica que norteia o campo da saúde, bem como a elaboração e implantação, avanços e desafios, do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo valorizada as interpretações dos alunos e recém-profissionais a respeito de categorias como humanização e cuidado, assim como referente as suas formações sobre esses aspectos. Os dados coletados nesta pesquisa demonstraram uma série de dificuldades para se atingir a produção de saúde integral, sejam enfrentadas nos serviços de saúde ou nos ambientes de educação. Isso se apresenta por diversos fatores, como a fragmentação do corpo e valorização da doença, imperativos do *paradigma biomédico*; posições desiguais entre os profissionais e desses com os usuários; desvalorização das ciências humanas e sociais nas elaborações sobre saúde, dentre outras questões.

Participaram desta pesquisa estudantes de medicina (Cajuíno e Chico Bento) e de enfermagem (Tulipa e Carla), médicos recém-formados (Lindovaldo e Jason) e enfermeiras, também, recém-formadas (Célia, Francisca e Margarida) que integram ou integraram o projeto de extensão PERTO/UFPE. Os profissionais e estudantes de medicina e enfermagem que participaram dessa pesquisa são apresentados por nomes fictícios, escolhidos por eles próprios. A coleta dos dados se deu durante a pandemia da COVID-19, portanto, foram realizadas entrevistas através de videochamadas e utilizada a técnica de bola de neve³, a partir de contatos de pesquisas anteriores.

Neste trabalho analisaremos, a partir dos meus interlocutores de pesquisa, os elementos que compõem o princípio da integralidade no campo da saúde. Iniciaremos a discussão da categoria que entendo ser a mais externa, a empatia, até por fim chegarmos à integralidade.

³ Que consistiu na indicação dos meus interlocutores de pesquisa anterior à novos participantes para a pesquisa atual. E cada participante indicava novos possíveis participantes.

Empatia

Nesta seção, nos dedicaremos a analisar uma categoria que surgiu através das narrativas dos meus interlocutores: a empatia. Tendo sido acionada com frequência na discussão sobre humanização. A partir disso, pude compreender que a empatia se mostra como o caráter mais externo da humanização. Fazendo uma analogia à vestimenta do palhaço, diria que a empatia corresponderia ao nariz de palhaço. O nariz vermelho sozinho não faz de uma pessoa um palhaço, como a empatia sozinha não torna um atendimento no campo da saúde em integral e/ou humanizado.

Empatia, de acordo com o dicionário Michaelis *on-line*⁴, significa: “habilidade de imaginar-se no lugar de outra pessoa; compreensão dos sentimentos, desejos, ideias e ações de outrem; qualquer ato de envolvimento emocional em relação a uma pessoa, a um grupo e a uma cultura”. Tais definições em muito se assemelham às que meus interlocutores utilizaram ao se referir a esta categoria.

Eu vejo que o principal ponto da humanização no cuidado e assistência em saúde, em qualquer coisa, é empatia. A palavra-chave é empatia. (...) eu acho que a gente não precisa sentir na própria pele para poder pensar e se colocar no lugar do paciente, em relação as suas fragilidades, em relação a não saber mesmo sobre o desfecho da doença, o que pode acontecer com ele, então, acho que a assistência ela deve ser empática. (Jason)

A empatia apareceu quase sempre atrelada ao conceito de humanização. Quando questionados sobre esse último, geralmente recorriam ao primeiro em suas definições.

E aí, pra mim humanizar é isso. É você fazer pelo outro o que gostaria que fizesse por você ou alguém próximo. É ter empatia. (Célia)
O que é que eu entendo por humanização? Eu acho que tem muito a ver com ser, tipo assim, vejo muito como uma coisa de empatia. Você entender a situação da pessoa, tipo, sair um pouco da questão da doença e entender o contexto social que ela vive... (Lindovaldo)
Humanização é uma bandeira de um movimento que pretende levar uma forma mais empática e que se importe mais, né, com o outro humano. (Chico Bento)

Há uma série de estudos sobre a empatia na formação dos estudantes de saúde, principalmente de medicina, no campo da saúde. Segundo os quais a empatia é um dos aspectos mais importantes na relação entre profissional de saúde e paciente, refletindo em

⁴ <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=empatia>

ganho de segurança e confiança; o que permite uma maior abertura para relatos de problemas, sintomas e dúvidas, contribuindo para o entendimento maior do profissional do caso, além de favorecer a adesão ao tratamento oferecido pelos profissionais (Costa & Azevedo, 2010).

Nos referidos trabalhos, que se dedicam a analisar a empatia de acadêmicos de medicina durante a graduação e/ou médicos (as), são utilizadas escalas⁵ para medir o grau de empatia dos pesquisados (Costa & Azevedo, 2010); (Araújo & Toledo Júnior, 2020) (Claudino *et al.*, 2020). As pesquisas apontaram escores de empatia elevados, sendo significativamente maiores entre as mulheres, reforçando a posição das mulheres no cuidado⁶.

Tais estudos mostram a importância da discussão sobre a empatia na formação acadêmica dos futuros profissionais. Mesmo sendo entendida com forte relação com questões de personalidade dos pesquisados, bem como suas experiências pessoais, percebeu-se que a empatia pode sofrer alterações. Desse modo, compreende-se que há a necessidade de valorizar a discussão e promover incentivos precoces dessa habilidade nos cursos de saúde em momentos diversos de sua duração, no sentido de um maior desenvolvimento da empatia nos estudantes.

O cuidado em saúde

O cuidado precisa de um olhar múltiplo. Sendo assim, esse trabalho irá discuti-lo privilegiando a multidisciplinariedade; visto que há ricos debates, principalmente no campo da saúde coletiva e da sociologia, para além, claro, da antropologia.

O conceito de cuidado, para Octavio Bonet (2014), é entendido como uma categoria situacional e metafórica. Enquanto categoria situacional tem mais fluidez e plasticidade, e

⁵ *Jefferson Scale Empathy – Students version (JSE-S)* e *Interpersonal Reactivity Index (IRI)*, são escalas desenvolvidas para medir a empatia em médicos e outros profissionais de saúde.

⁶ A discussão entre gênero e cuidado está presente em minha dissertação (BRITO, 2022). E de maneira mais detalhada em diversos trabalhos, como:

KERGOAT, Danièle. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, Marta; MEYER, Dagmar; WALDOW, Vera. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado. SUR, 53-64, 2016.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Cadernos de Revista, 2007.

SOARES, Ângelo. Assédio moral: o estresse das vítimas e das testemunhas. In: C. LIMA, C; OLIVEIRA, J. A.; MAEANO, M. Compreendendo o assédio moral no ambiente de trabalho. São Paulo: Fundacentro, 2013.

como metaforizada se remete às diferentes “percepções-ações” entre profissionais de saúde, pacientes e seus acompanhantes.

Bonet (2014) reforça que o cuidado requer uma leitura ampliada. No seu caso, está não apenas se referindo à dimensão terapêutica, associada à saúde, mas também a ações que são realizadas pelos pacientes que não são consideradas ações de saúde, mas de cuidado. Nessas ações de cuidado são acionados os serviços de saúde, mas também de vizinhança. Ou seja, para ele, o cuidado compreende, também, a dimensão política de ações cotidianas do cuidar, seja dos profissionais ou dos usuários. Assim, para este autor, o “cuidado remete à proximidade, a um compromisso, a uma relação, a uma individualidade e, portanto, a uma escolha pessoal” (Bonet, 2018:29).

O cuidado, por seu caráter plural, é, por vezes, difícil de conceituar, quando nas conversas discutimos sobre o entendimento desta categoria foi comum haver a tentativa de explicá-lo por meio de exemplos práticos, de cuidado ou de “não-cuidado” (ou um cuidado inadequado). Como aconteceu no diálogo com Jason:

(...) é você ter gentileza no toque; não é porque o paciente não tá acordado, que não tem ninguém da família olhando... Então, as pessoas [profissionais de saúde] sobem assim no paciente, botam peso, fazem pressão e hoje são práticas que à luz das coisas mais modernas não são mais justificadas. (...), mas a realidade é que essas práticas já estão ficando um pouquinho pra trás, mas as pessoas continuam fazendo. A pessoa tá lá na UTI e só tem ele e a equipe, aquilo ali é normal, é do dia a dia da UTI, o médico vai lá e faz. (...) Eu trabalhei na UTI de um hospital de referência, era uma UTI muito boa. A gente tinha as técnicas que cuidavam do paciente como se fosse, como se fosse um pai mesmo assim, dava banho, conversava com muito carinho, sabe assim... (Jason)

Um dos grandes expoentes da literatura, na saúde coletiva, dessa temática é o José Ricardo Ayres (2005a) que, por exemplo, o analisou através de quatro categorias: a *ontológica*, a *genealógica*, a *crítica* e a *reconstrutiva*. Todas elas são importantes, mas para compreender a palhaçoterapia, é necessário perceber o cuidado através da categoria *reconstrutiva*.

Como categoria ontológica, o cuidado é tratado como uma construção que se caracteriza ao mesmo tempo pela compreensão filosófica e por uma ação prática direcionada da área de saúde que se adquirem na relação terapêutica, no contato entre profissionais de saúde e pacientes, no intuito de extinguir ou ao menos minimizar o sofrimento. Para esta

noção de cuidado, Ayres (2005a) utilizou-se da hermenêutica, percebida através de Martin Heidegger em seu livro *Ser e Tempo* (1927), onde a partir da *Fábula de Higino*⁷, tece a elaboração sobre o cuidado, propondo-o como a categoria que mais consegue colocar os indivíduos em harmonia com um plano de imanência, sem começo ou fim. Assim, para Ayres (2005b: 95): “cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar ‘porque’ se responsabiliza”.

O cuidado, como categoria genealógica, trata-o como expressão de formas de vida da civilização ocidental; diz respeito à noção de Foucault do cuidado de si. Para Ayres, Foucault relacionou o desenvolvimento do cuidado de si como uma forma de vida dos cristãos ocidentais.

O cuidado como categoria crítica refere-se à maneira de interação das práticas de saúde contemporâneas, delimitando-as às tecnologias formatadas como o campo institucional na área da saúde. Nos últimos três séculos, a racionalidade vem orientando o horizonte normativo da saúde pública. Racionalidade essa, cada vez mais científica e tecnológica, que apresenta consequências positivas e negativas. Por um lado, é importante destacar a aceleração e ampliação dos poderes dos diagnósticos, a melhoria no prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes. Do outro lado, a ditadura dos exames complementares, o grande fracionamento do paciente e da medicina em especialidades, custo elevado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

O cuidado como categoria *reconstrutiva* refere-se à possibilidade de um diálogo entre a tecnociência médica e o cuidado, construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz. A interação terapêutica deve utilizar-se da tecnologia, mas não se limitar a ela. Percebe-se então a importância do cuidado nas práticas de saúde; desenvolver atitudes e espaços de

⁷ Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (*tellus*) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘*homo*’, pois foi feito de húmus (terra)’ normal. (Heidegger apud Ayres, 2005:92)

genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde (Ayres, 2005a).

Como sugeriu Paulo Henrique Martins (2015), a emergência do cuidado como elemento de mediação na relação entre profissional de saúde e paciente não se limitaria apenas ao exercício prescritivo, mas também envolveria a participação solidária e a responsabilização do paciente no funcionamento do sistema de saúde.

Martins (2015) no esforço de entender o cuidado recorreu ao conceito de *dádiva* de Marcel Mauss. Analisando assim que o profissional e o paciente não são categorias que se excluem. Na mediação pela *dádiva* os elementos afetivos, técnicos e funcionais presentes naquele momento são reprogramados pela experiência de troca de bens simbólicos.

Ainda para Paulo Henrique Martins (2015), a relação entre a *dádiva* e o *reconhecimento* é determinante para o avanço na perspectiva do cuidado como mediador simbólico na saúde. O valor simbólico do *reconhecimento* na geração de um bem-estar que alarga as significações da saúde emerge através de signos de *reconhecimento* (como a capacidade de reconhecer o outro como igual a ele próprio) que circulam como *dádivas*. Com isso, a leitura do reconhecimento como simbolismo da ação leva necessariamente a uma aproximação entre *dádiva* e *reconhecimento*, já que *reconhecer* é uma *dádiva* estruturante primordial. Isto porque gera um bem-estar ligado a visibilidade política, a solidariedade e a dignidade moral do indivíduo.

Cuidado e reconhecimento

As práticas em saúde podem ser compreendidas pela execução de procedimentos técnicos com um determinado objetivo, a partir do conhecimento científico. Todavia, partindo do entendimento do cuidado enquanto categoria reconstrutiva, destaca-se que a utilização das técnicas e saberes na atenção à saúde implica em uma dimensão relacional, tais interações necessitam dedicar-se ativamente ao demandante do cuidado, para a efetivação e legitimação dessa categoria (Wernet *et al.*, 2017).

As interações intersubjetivas são fundamentais para o cuidado integral:

(...) bem como o acolhimento, responsabilização e expansão de horizontes, capazes de fazer de ambos – cuidador e demandante do cuidado - sujeitos autônomos e criativos na construção de padrões normativos de saúde, compatíveis com os valores e necessidades pessoais e socialmente satisfatórios (Wernet *et al.*, 2017:4).

Dessa forma, a Teoria do Reconhecimento proposta por Axel Honneth (2003) comunica-se com o “horizonte normativo” (Wernet e Ayres, 2017: 4) do cuidado ao discutir sobre abertura ao outro por meio do respeito aos direitos, valores e interesses. O cuidado apresenta-se intimamente relacionado às experiências singulares e intersubjetivas, valorizando a qualidade do encontro e da interação, bem como os modos de relacionamento com as pessoas. Assim sendo, a partir da intersubjetividade compreende-se o impulsionamento da emergência das particularidades culturais, sentidos, experiências e entendimentos de afeto, justiça e respeito.

O indivíduo se configura no encontro e na interação com o outro. Sendo um processo contínuo e relacional, mediado pelo coletivo e afetando-o, direta ou indiretamente. Para Axel Honneth (2003), cada forma de reconhecimento – Amor, Direito e Solidariedade – têm uma autorrelação prática do sujeito (respectivamente, autoconfiança, autorrespeito e autoestima). Quando acontece a quebra de alguma dessas autorrelações pelo desrespeito, então surgem as lutas sociais. Não há, portanto, diferença entre as relações estabelecidas na esfera da saúde. As discussões sobre cuidado, humanização e integralidade remetem precisamente às dificuldades de superação de tais quebras, que geram o não-reconhecimento dos sujeitos.

Para o reconhecimento do outro se pressupõe o estabelecimento de uma relação simétrica e horizontal, onde os sujeitos partilham do mesmo horizonte normativo respeitando-se. Nas práticas de saúde que visam o cuidado integral e humanizado, atenta-se para essa questão. Visando a construção da relação entre profissionais de saúde e os usuários que permita o reconhecimento de ambos.

A preocupação com este tema foi levantada na conversa com o médico Jason.

Conversar com o paciente sem ser somente por parte da consulta, é fazer dele também uma pessoa ativa dentro da doença dele. Então, não é que ele chegou pra mim e ele quer que eu passe um remédio e o remédio vai melhorar, não, vai depender do que ele vai fazer. Do que ele vai achar melhor de acordo com as opções que eu tenho pra dar, vai depender do que ele pode arcar, com o que SUS pode dar. Tudo isso eu divido a responsabilidade com o paciente e eu acho que a consulta sai mais forte assim e a relação sai mais forte também.

Jason exemplificou, desse modo, o reconhecimento do paciente pelo profissional. De maneira a permitir uma maior autonomia dele em frente ao seu problema de saúde, o doente não é tratado apenas como passivo nesse processo, mas assumindo seu papel de protagonista.

Pode, também, ser compreendida na relação entre os profissionais no ambiente de trabalho. Há na sociedade uma divisão hierárquica entre as profissões, onde os médicos ocupam um lugar de amplos privilégios. Na área da saúde, os profissionais de medicina estão no posto mais alto, seguidos pelos de enfermagem (de nível superior), havendo, cabe destacar, grande distância hierárquica. A busca pela criação de relações horizontais entre trabalhadores também foi discutida com os meus interlocutores.

O médico, de maneira errada, é muito visto como se ele fosse o chefe das pessoas muitas vezes nas equipes de saúde, né. Então, no posto de saúde é como se você mandasse, por isso o pessoal vai lhe tratar dessa maneira; mas você não necessariamente tem que assumir esse papel. (...) dentro da equipe eu tento sempre manter as coisas em um nível parecido, acho que isso facilita a convivência e cria laços mais sinceros, inclusive, sem ser aquela coisa paternalista e tal. (Jason)

Em posição diferente ao médico, a enfermeira Francisca também comentou a relação entre profissionais. Nesse caso, entre enfermagem e medicina:

Eu vejo muito do seu posicionamento quanto profissional, né, no momento que eu entendo qual é o meu papel ali e que ele [médicos] respeita o meu papel e que eu o respeito, a gente tem cada um o seu espaço e isso enriquece muito. Porque a gente consegue ter uma troca, né, o que é que eu enquanto profissional que estou o dia todo com o paciente posso acrescentar, né. (...)Então isso a gente constrói, né, constrói; vai muito também, é uma via de mão dupla, né, de como ele [médicos] vai aceitar aquilo, é muito da relação, né. Eu também não vou dizer se a pessoa não quer ouvir; mas a gente faz e eu faço pelo paciente. Porque aquele paciente poderia ser eu, poderia ser alguém da minha família, então eu faço às vezes independente, às vezes, do que ele vai achar ou não.

Também sobre a profissão e o trabalho Francisca aborda aspectos do não-reconhecimento:

E aí é assim, chateia um pouco, né, assim, nessas questões da diferença, da valorização, mas cada um no seu espaço, né.

Ressaltando, assim, não apenas o não-reconhecimento nas relações cotidianas entre profissionais como também as noções de respeito que atinge o indivíduo, membro da sociedade. Historicamente a enfermagem tem seu conhecimento pautado no cuidado humano.

Desse modo, esse campo se ocupa e define em torno dessa categoria (Santos, 2020). Na literatura da área, o cuidado é entendido como essência da profissão (Vale & Pagliuca, 2011), que coaduna com a fala da enfermeira Francisca:

O cuidado ele é meio que a definição da minha profissão, né, a enfermagem sem o cuidado ela não é nada, né. Ela é uma ciência, mas ela é uma ciência que perpetua na forma da gente cuidar daquele paciente e eu acho que o cuidado, ele pode ser demonstrado por diversas formas (...) Eu acho que o cuidado é (...) a gente entender que ali não é simplesmente um corpo, né, que tem uma doença; aquilo dali é uma vida que tem sua história e que ela é muito mais que um diagnóstico, né, ela é um ser humano que está sofrendo por tudo aquilo e que precisa ser abraçada por diversas formas, então cuidado é tudo.

Como apontado por Bruna Santos (2020), a enfermagem é entendida como uma ciência que cuida das pessoas. Diferindo-se do cuidado comum, este é baseado em princípios científicos. Justificando-o como profissional e técnico. Destaca-se, também, que essa categoria de trabalhadores ocupa o posto mais alto no trabalho de cuidado (devido a obrigatoriedade da formação em nível superior).

A humanização no campo da saúde

O conceito de humanização se caracteriza pela sua polissemia. Esta temática vem sendo discutida há várias décadas, como mostram Juliana Casete e Adriana Corrêa (2005) ao fazerem uma revisão da literatura sobre humanização em saúde, com o objetivo de compreender as concepções que são utilizadas sobre a referida categoria. As autoras identificaram que nos textos publicados entre as décadas de 1950 e 1980 a humanização se estabelecia numa perspectiva marcada pela caridade: o paciente é considerado frágil, dependente e vulnerável; despertaria a piedade dos profissionais de saúde, estes seriam valorizados por sua doçura e caridade. No entanto, a partir da 1990, há a valorização do usuário do serviço de saúde como sujeito de direitos. Reivindicando o estabelecimento de relações saudáveis e responsáveis entre os sujeitos que compartilham saberes, experiências e o compromisso ético e político.

A Política Nacional de Humanização, criada em 2003, adota o entendimento – repara-se na utilização do termo “entendimento” e não definição, destacando que a PNH não adota uma definição exata da humanização – de humanização descrito nos trabalhos a partir da década de 1990. Com a valorização dos diversos atores no processo de produção de saúde,

corresponsabilidade na atenção e gestão em saúde; construção de vínculos solidários; identificação das necessidades sociais etc. (Trad, 2006).

O entendimento da humanização no campo da saúde, de maneira geral, pode ser compreendido mais facilmente em sua contraposição a desumanização das práticas médicas. Desse modo, podemos pontuar alguns aspectos que caracterizam a desumanização no campo médico como, por exemplo, a ordem social desigual, racista e exploratória, reflexos do sistema no qual está inserido, onde suas lógicas e critérios segregacionistas influenciam o sistema de saúde; a racionalidade científica e a tecnologia ocidental, cujas tendências à fragmentação e especialização dificultam uma visão holística do ser humano, além de impedir o acesso à compreensão e a participação dos pacientes nas tomadas de decisões médicas; a subcultura médica e sua organização profissional: suas formas de auto-regulação e proteção contra a crítica e supervisão externa, as barreiras de comunicação existentes na relação médico-paciente e a formação médica e, por fim, a forma de tratar as pessoas como coisas. Vê-las como problemas e tratá-las de forma objetiva e distanciada são consequências evidentes da racionalidade biomédica, manifestada no modo como a medicina vem construindo seu objeto e sua identidade como prática social (Geiger, 1975 *Apud* Deslandes, 2006).

Assim como o cuidado, a humanização também se mostra como de difícil conceitualização. Vários autores, em especial no campo da saúde coletiva, se dedicaram a estudar tal definição (Deslandes, 2004; Ayres, 2005a).

A humanização, nesse contexto, pode ser definida a partir do que José Ricardo Ayres (2005b) escreveu sobre esse termo. Para este autor, a humanização pode ser vista como um ideal de construção de uma livre e inclusiva relação composta por diversos sujeitos no cenário da organização das práticas de atenção à saúde. Esta relação seria propiciada por interações simétricas, que suscitem um entendimento mútuo entre os envolvidos e elaboração consensual de suas verdades e valores.

Através das conversas com médicos e enfermeiros, que participaram desta pesquisa, foi possível perceber como o entendimento de Ayres (2005b) coaduna com o levantado em algumas respostas a respeito da humanização. Como visto anteriormente, os meus interlocutores ao falarem sobre esta categoria relacionavam, frequentemente, com a empatia.

Na conversa com o médico Jason perguntei o que ele entendia por humanização e sua resposta segue na direção de uma construção de relação menos hierárquica e que valoriza a qualidade da comunicação entre médico e paciente.

Quando eu trabalhei em UTI por um ano, e eu ia ver os pacientes da UTI tratava como se fosse familiar meu mesmo, assim, com respeito, toda questão do cuidado. As pessoas às vezes, o paciente tá ali "dormindo", né, enfim, as pessoas esquecem, falam coisas terríveis em relação aos prognósticos "esse aí já morreu" tudo isso, sabe? E eu tentava puxar muito isso pra mim no contexto da UTI e no posto de saúde o que eu acho das coisas que mais impacta no cuidado na maneira geral é saber das coisas, né, então eu tento explicar ao máximo pro meu paciente tudo o que eu puder sobre a doença dele; (...) Então, o médico ele tem que ter cuidado com a linguagem do que ele tá tentando passar e tentar simplificar também o assunto (...). No posto de saúde o jeito que a gente mais humaniza o tratamento é tratando a pessoa bem, claro, como a gente deve tratar todo mundo, até os inimigos como diria Jesus e informá-los do que ele tem, eu me julgo uma fonte de conhecimento sobre a doença do paciente, longe de vieses (...); se o paciente ele for colocar o que tem no Google ele vai saber que tem câncer e aí vai assustar, vai ter todos os problemas, né. Então se esse paciente tem que ser informado eu acho que tem que ser por mim, e aí eu acho que a melhor forma de levar as consultas de maneira humanizada, eu acho que o principal ponto é esse. (Jason)

O estudante de medicina, Cajuíno, quando conversávamos sobre o que era aprendido no que diz respeito a humanização na graduação, fez considerações sobre o entendimento de humanização:

Eu entendo que seja humanização também quando o professor diz que a gente tem que escutar o paciente porque muitos deles são do interior, então sai muito cedo de casa, então a gente precisa chegar no horário, a gente precisa atender eles bem, a gente não deve tá numa consulta dividindo a nossa atenção com o celular ou conversas paralelas, entende, tá ali prestando atenção ao paciente, tentar entender, respeitar a questão do horário. (Cajuíno)

A estudante de enfermagem Tulipa também ressaltou a importância da comunicação e como essa questão é ensinada na universidade.

A enfermagem atua no cuidado do paciente. A gente sempre foi orientado no curso pra quando for fazer a anamnese, que é a entrevista com o paciente, ter uma forma de falar adequada, sabe? A linguagem que você vai utilizar se é uma linguagem também adequada que o paciente possa entender. E não fazer algo mecânico(...) E eu acredito que o cuidado vá além disso.

As falas de Jason, Cajuíno e Tulipa nos levam a uma outra relação a partir da humanização, que é com a comunicação. Assim, é possível analisarmos como a humanização

se mostra importante no processo comunicacional e consequentemente na relação profissional de saúde e paciente. Maria Julia Paes da Silva (2002) também destaca a importância da comunicação no atendimento, “devemos então, como profissionais de saúde, nos preocupar em desenvolver uma comunicação efetiva que nos permita ser empáticos, pois só assim teremos a capacidade de perceber o outro, ou seja, o seu ponto de vista” (Silva, 2002: 82).

Gilvânia Moraes *et al* (2009) aponta a comunicação como um valioso instrumento de humanização, os autores referem-se aos profissionais de enfermagem (mas entendo que podemos expandir para os demais trabalhadores da saúde) e desse modo “dialogando com o paciente visando esclarecer dúvidas quanto ao seu tratamento, exames diagnósticos ou procedimentos clínicos, minimizando sua ansiedade causada pela sua condição de passividade imposta pela doença e hospitalização” (Moraes *et al*, 2009: 324).

Considerando esses aspectos é inegável a importância da comunicação para um atendimento humanizado, visto que é através dela que se dá relação entre profissionais e usuários. Neste sentido a “comunicação humanizada” muito se assemelha à concepção de polidez do filósofo André Comte-Sponville (2009). Para o filósofo a polidez não é em si uma virtude, porém é essencial para tal. Para o nosso caso, um profissional de saúde polido/gentil é importante para estabelecer uma relação harmoniosa com o usuário, entretanto o atendimento humanizado não se restringe a isto.

O médico Lindovaldo, ao ser questionado sobre o que entendia por humanização, também teve uma resposta direcionada a um atendimento mais inclusivo e que fosse para além da doença.

(...) Você entender a situação da pessoa, tipo, sair um pouco da questão da doença e entender o contexto social que ela vive, como são as relações dela e tentar de alguma forma oferecer um tratamento que consiga incluir bastante ela, sabe, tipo assim, que ela possa tá nessa mais do que, do que normalmente a gente vê de entrar e se implicar com o tratamento ou cuidado....

Cajuíno, estudante de medicina, tem um entendimento de humanização muito próximo ao de Lindovaldo:

Humanização, pra mim, em saúde eu acredito que é você não vê alguém como uma doença (...). Você precisa buscar respeitar todas as esferas dele, então existe a esfera psíquica, existe a esfera física, a esfera espiritual, a esfera mental; então não adianta a gente também entender a psiquiatria, a psicologia e explicar o sofrimento psíquico dele, explicar o sofrimento físico dele, mas se ele tem uma escolha e às vezes existe essa escolha, por exemplo, dentro da religião (...). [Você pode achar] certa a escolha de tratamento terapêutico e ele não aceitar por conta da religiosidade dele, você também tem que entender, então a gente não pode hierarquizar o que seria algo mais importante ou menos importante [para o paciente]. (...) Pra mim humanização seria isso, seria ressensibilizar a gente para entender uma pessoa como uma pessoa.

Tulipa também compreende a humanização como uma forma de perceber o paciente para além de sua doença:

Na prática eu acredito que a humanização é assim essa questão de você ver além do quadro clínico, sabe? Você saber que quem tá ali vai além da doença, sabe? Tem uma história, tem uma família, sabe? Tem muitas coisas além disso, e você tem que ter essa visão guiada pra ter esse atendimento mais humano mesmo, sabe?

Carla, estudante de enfermagem, também percebe a humanização como uma forma de enxergar o usuário:

Então, pra mim, eu acho que humanização é você conseguir olhar o outro, enxergar e não simplesmente ver, sabe. É você conseguir encontrar aquela pessoa, assim, além do que você foi ali fazer.

O entendimento que as enfermeiras apresentaram sobre humanização estão mais relacionados com uma dimensão mais pessoal do convívio entre profissional e paciente. Acredito que isso se deve pela própria especificidade da profissão, que é caracterizada muito mais pelo contato com a pessoa que está doente. Cuidado e humanização estão muito mais imbricados para estes trabalhadores, sendo até mesmo difícil separar as falas que tratam de cuidado e humanização.

Humanização? Ai meu Deus, humanização é o ápice! Assim, não existe cuidado sem humanização, né... (Francisca)

No que eu vejo de humanização é deixar ela (se refere a mulher gestante) tomar, na minha área assim, é deixar ela tomar decisões baseadas no conhecimento que a gente passou pra ela; no caso seria você se colocar também no lugar do outro, saber quais são as melhores opções pra ela, pra aquela pessoa, não só porque o livro e a literatura diz, mas o que ela tá precisando no momento.. (Margarida)

(...) Quando eu penso assim em humanizar, inclusive, lá agora nesse hospital de campanha (hospital de campanha para o enfrentamento da COVID-19) eu briguei com enfermeira do dia porque eu fui saber informação de uma paciente e ela disse que isso era falta de ética dá informação, só que nesses tempos de pandemia eu acho que nem só, nem ética tem que tá acima de tantas coisas assim. É... onde a família não tem acesso ao paciente, o paciente não tem acesso a família, você não tá faltando com a ética porque você tá dando uma informação a quem tá há 14 dias sem saber de um familiar... E aí pra mim humanizar é isso. É você fazer pelo outro o que gostaria que fizesse por você e alguém próximo. É ter empatia. (Célia)

Assim como a literatura sobre o tema, os meus interlocutores não apresentaram uma definição e sim entendimentos amplos que embora sigam a mesma direção os abordam por diferentes aspectos.

Integralidade

Como vimos, os conceitos de cuidado e humanização em saúde estão fortemente associados à categoria da integralidade. Sendo este um princípio do Sistema Único de Saúde, instituído a partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990). Em seu Art. 7º, que versa sobre os princípios, seguindo as diretrizes propostas no Art. 198 da Constituição Federal, dispõe “II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”

Rubens Mattos (2006) estabeleceu três conjuntos de sentidos da integralidade dentro do SUS: integralidade como um traço da boa medicina; a integralidade como modo de organizar as práticas; e a integralidade como relacionada às políticas desenhadas para dar respostas a determinados problemas de saúde.

A integralidade como traço da boa medicina se relaciona à crítica de atitudes médicas fragmentárias. A medicina integral entende a integralidade como ações dos profissionais de saúde que se caracterizariam pela recusa em reduzir o paciente ao aspecto biológico. Portanto, este conjunto de sentido corresponderia às práticas dos trabalhadores, que deveriam abranger necessidades que vão além da doença.

O segundo conjunto de sentido corresponde ao modo de organizar as práticas, se refere mais diretamente com as organizações dos serviços e das ações de saúde. Na direção de programas horizontais que permitam aos usuários serem tratados como um todo.

O último conjunto de sentido para a integralidade é relativo às configurações de certas políticas especiais. São políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um dado

problema de saúde ou aos problemas de saúde que afetam um grupo. De maneira geral, pode ser entendido como respostas governamentais. Para elucidar este ponto, Rubens Mattos traz um exemplo de política que ajuda bastante no entendimento: a resposta governamental brasileira à AIDS, que se norteia pelo princípio da integralidade, onde o governo se responsabiliza pela distribuição gratuita dos antirretrovirais aos pacientes com a doença, sem descuidar das práticas preventivas.

Desse modo, pode-se perceber que o SUS, embora inserido dentro do horizonte da racionalidade biomédica, também se contrapõe a ela, através de uma série de programas e políticas que colocam em pauta questões de integralidade e humanização em saúde.

Assim, a integralidade entendida como um traço da boa medicina se relaciona com a dimensão, já discutida, de cuidado humanizado; visto que há uma estreita relação com a medicina integral, que se antagoniza à lógica reducionista e fragmentária dominante no campo da saúde.

A partir da literatura e em consonância com os discursos dos meus interlocutores foi possível perceber que o cuidado e a humanização nos atendimentos em saúde visam abranger o usuário em todas as suas dimensões, valorizando sua comunicação, entre outras características que correspondem também a definição, como vimos, de integralidade. Em vista disso, me parece factível a leitura de que cuidado e humanização são passos para que se atinja a integralidade no campo da saúde.

Considerações finais

Ao longo deste artigo discutimos as categorias centrais da minha pesquisa de mestrado, a partir das narrativas dos estudantes e egressos dos cursos de medicina e enfermagem, tensionando com a literatura que se dedica a esses temas. Dessa maneira, podemos compreender como esses assuntos se organizam dentro das práticas de saúde. Assim, entendendo a empatia como o elemento mais externo e que dialoga diretamente com o usuário; e aqui faço a analogia da empatia com o nariz vermelho. O cuidado e a humanização também têm o caráter externalizador, porém com reflexões mais profundas e que vão além do atendimento ao paciente; podendo ser análogos às roupas e a maquiagem do palhaço. E, por fim, a integralidade, que abarca todas essas categorias, como se fossem etapas para atingi-la.

Abrangendo desde o atendimento à pessoa sob cuidado até os desenhos de políticas públicas. Assim, a integralidade pode ser vista como o palhaço, que depende, em certa medida, dos itens mencionados – nariz, roupas e maquiagem – mas é maior que todos esses elementos.

Foi possível perceber que os interlocutores possuem compreensões diversas sobre humanização e cuidado. Isso, em parte, pode se justificar pela polissemia dessas categorias. Como também, ao associarem frequentemente a questões pessoais, pode revelar a ausência de um debate profundo durante suas graduações. Visto que a produção acadêmica, seja da área da saúde coletiva ou das ciências humanas e sociais, analisa essas dimensões enxergando-as muito mais como uma proposição política do que relacionado a questões individuais.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, Naiara S. & TOLEDO JÚNIOR, Antônio. 2020. *A empatia em acadêmicos de medicina em relação ao paciente pediátrico: estudo transversal unicêntrico*, 2019. Revista Brasileira de Educação Médica.

AYRES, José R. 2005a. *Hermenêutica e humanização das práticas de saúde*. Revista Ciência & Saúde Coletiva.

_____. 2005b. *Cuidado e reconstrução das práticas de saúde*. In: MINAYO, M.C.S. e COIMBRA JR, C.E.A., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

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

_____. 2014. *Itinerações e malhas para pensar os itinerários de cuidado*. A propósito de Tim Ingold. Sociologia & Antropologia.

_____. 2018. *De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde*. In: E. M. NEVES, M. R. LONGHI, & M. FRANCH, *Antropologia da Saúde: Ensaio em Políticas da Vida e Cidadania*. João Pessoa: ABA Publicações.

CAMARGO JR, Kenneth R. 2005. *A biomedicina*. Rev. Saúde Coletiva.

CASETE, Juliana C. & CORREA, Adriana K. 2005. *Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado*. Rev Latino-Am Enfermagem.

CLAUDINO, Filipe. C.; LUCENA, Marcelle M.; SILVA, Erin B.; BAROFFIO, Anne; GERBASEL, Margaret W. 2020. *Associação entre Empatia e Personalidade em Estudantes de Medicina*. Revista Brasileira de Educação Médica.

COMTE-SPONVILLE, André. 2009. *Pequeno tratado das grandes virtudes*. São Paulo: Martins Fontes.

COSTA, Fabio D.; AZEVEDO, Renata C. 2010. Empatia, *Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo*. Revista Brasileira de Educação Médica.

DESLANDES, Suely. 2004. *Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar*. Ciência & Saúde Coletiva.

_____. 2006. *Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica*. In: DESLANDES, Suely. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

HONNETH, Axel. 2003. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. Petrópolis: Vozes.

MARTINS, Paulo H. 2015. *Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação*. Debates. Cescontexto.

MATTOS, Rubens A. 2006. *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubens Araújo de (orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.

MORAIS, Gilvânia S.; COSTA, Solange F.; FONTES, Wilma D.; CARNEIRO, Alan D. 2009. *Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado*. Acta Paul Enferm.

SANTOS, Bruna M. 2020. *Uma ciência do cuidado: racionalidades e afetos no campo da enfermagem*. Áltera, v.3, n.11, p. 165-199.

SIGAUD, Cecília; SOUZA, Nayara; NOBREGA, Angélica; TORIYAMA, Aurea; COSTA, Priscila. 2016. *Motivos de estudantes de enfermagem para a escolha da carreira*. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.

SILVA, Maria J. 2002. *O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde*. Rev. Bioética.

TRAD, Leny A. 2002. *Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia*. Ciência & Saúde Coletiva.

_____. 2006. *Humanização do Encontro com o Usuário no Contexto da Atenção Básica*. In: DESLANDES, Suely. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

VALE, Eucléia G.; PAGLIUCA, Lorita M. 2011. *Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação*. Revista Brasileira de Enfermagem.

WERNET, Monika W.; MELLO, Débora F.; AYRES, José R. 2017 *Reconhecimento em Axel Honneth: contribuições à pesquisa em saúde*. Texto Contexto Enferm.

Entre a medicalização e a algofobia: A dor e o sofrimento enquanto uma questão sígnica e ideológica

Arthur Cardoso e Lucas Rocha¹

Resumo: Este artigo investiga como as narrativas médicas influenciadas por diretrizes econômicas estruturam as perspectivas contemporâneas sobre dor e sofrimento. Os autores Ivan Illich e Byung-Chul Han são usados para enriquecer a discussão. Com Illich, a discussão segue em torno de como os significados da dor e do sofrimento são corrompidos e medicalizados. Com Han, as consequências da medicalização da dor e do sofrimento são discutidas, mostrando o comportamento intolerante e avesso a tudo aquilo que é doloroso e sofrido através do conceito byunguiano de algofobia. A conclusão é que há uma tensão entre o sujeito contemporâneo e os fenômenos da dor e do sofrimento; e que a medicalização da dor e o surgimento da experiência algofóbica são produtos diretos da apropriação discursiva do sofrer humano comandada pela medicina moderna.

Palavras-chave: Medicalização; Algofobia; Dor; Sofrimento; Signo.

Abstract: This article investigates how medical narratives influenced by economic guidelines structure contemporary perspectives on pain and suffering. Authors Ivan Illich and Byung-Chul Han are used to enrich the discussion. With Illich, the discussion revolves around how the meanings of pain and suffering are corrupted and medicalized. With Han, the consequences of the medicalization of pain and suffering are discussed, showing intolerant and averse behavior to everything that is painful and suffered through Byung-Chul Han's concept of algophobia. The conclusion is that there is tension between the contemporary subject and the phenomena of pain and suffering; and that the medicalization of pain and the emergence of algophobic experience are direct products of the discursive appropriation of human suffering commanded by modern medicine.

Keywords: Medicalization; Algophobia; Pain; Suffering; Sign.

¹ Arthur Cardoso é doutorando em Sociologia (CCHLA/UFPB), Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ), Psicólogo (UNESA) e Editor da Revista Abordagens (PPGS/UFPB). Recentemente, lancei em coautoria o livro "O Neoliberalês: um ensaio filosófico sobre o idioma da sociedade do desempenho".

Lucas Rocha é Psicólogo. Mestre em Educação (Universidade Federal Fluminense). Pesquisador do Grupo de Pesquisas e Estudos em Geografia da Infância (UFJF/UFF). Colaborador do Eixo de Políticas sobre álcool e outras drogas - Comissão de direitos humanos (CRP/RJ). Coordenador docente do curso de graduação em Psicologia da Universidade Estácio de Sá (Petrópolis).

Introdução

A dor e o sofrimento são experiências que estão para além de suas manifestações físicas. São marcas culturais, uma rubrica assinada por todos e todas nós que vivemos e existimos no mundo. O filósofo sul-coreano Byung-Chul Han (2021) e a filósofa brasileira Viviane Mosé (2018b) entendem que tanto as experiências dolorosas e sofridas, quanto a forma como lidamos com elas definem as diretrizes sobre as quais uma cultura se constrói e se estabelece, por isso, é muito importante que uma análise social leve em consideração “uma hermenêutica da dor” (Han, 2021:9).

Dizer que a dor e o sofrimento carregam traços que também são culturais implica em uma compreensão de que estamos falando de experiências cujos sentidos se atrelam à cultura, seja dando formas ou sendo formadas por ela. Partindo dessa perspectiva e tendo em vista a forma como os discursos hegemônicos da medicina e do mercado pouco ou não consideram as vozes e experiências do sujeito sofredor e o culpabilizam por toda a dor e sofrimento, como definiríamos a cultura na qual estamos inseridos e inseridas? Essa é uma provocação muito pertinente e é ela que orienta a discussão que levantamos neste artigo.

Em uma tentativa, não de oferecer respostas à essa provocação, mas sim, de fomentar o debate em torno dela, nos orientamos aqui nas reflexões empreendidas por dois intelectuais que também buscam pensar as estruturas sociais levando em conta uma hermenêutica do dor; são eles: o pensador austríaco Ivan Illich e o, já mencionado, filósofo sul-coreano Byung-Chul Han.

Ambos os autores partem do pressuposto de que a dor e o sofrimento foram tomados como *dispositivos*² de controle social, e a forma como lidamos e vivemos com essas experiências fornecem um arsenal analítico importante para entendermos não apenas o lugar que as experiências dolorosas e sofridas ocupam nas relações de poder contemporâneas, mas também quem são os protagonistas desse enredo e de que forma as estruturas sociais e culturais vão se desenvolvendo e se estabelecendo a partir desse movimento.

² Dispositivo é um conceito que surge aqui com contornos semelhantes àqueles dados pelo filósofo francês Michel Foucault (1984): ele é usado para se referir a saberes de caráter estruturais e estratégicos, que podem atuar em níveis institucionais, burocráticos e/ou administrativos, com objetivos de consolidação e propagação de um determinado exercício de poder em uma determinada sociedade.

As perspectivas dos dois autores são apresentadas de maneira separadas, mas de uma forma que permita que elas se comuniquem entre si. No tópico sobre Illich, a discussão se concentra em como a medicina moderna se estabeleceu como poder hegemônico através da *medicalização*³ da dor e o do sofrimento, esvaziando essas experiências de toda subjetividade para poder preenchê-las com significados médicos. A ressignificação médica dessas experiências serviu para transformá-las em acontecimentos desagradáveis que exigem eliminação.

Portanto, para além do desenvolvimento e estabelecimento de uma hegemonia médica, a medicalização da dor e do sofrimento inaugurou uma cultura de intolerância ao desagradável, ao doloroso e ao sofrido, condição nomeada por Han (2021) como *algofobia*. Essa inflexibilidade diante daquilo que dói e que causa sofrimento termina por movimentar uma economia que gira em torno da eliminação dessas experiências tidas como intoleráveis. Logo, a dor e o sofrimento se tornam fenômenos importantes não apenas à medicina moderna, mas também ao mercado.

Juntos, a medicina moderna e o mercado, organizam uma *cruzada* contra toda e qualquer experiência dolorosa e sofrida, ao mesmo tempo em que lucram com elas. Apesar dessa perspectiva ser insinuada por Illich (1975), é no tópico sobre Han que essa análise é aprofundada.

Mas para fim de evitar qualquer equívoco, é importante destacar que este artigo tem como questão mobilizadora investigar de que forma as narrativas médicas sobre a dor e o sofrimento são influenciadas pelas lógicas de mercado e do neoliberalismo, e quais são as implicações éticas e sociais dessa influência. Logo, o objetivo deste texto é problematizar as *narrativas* hegemônicas – sejam elas médicas ou econômicas – que se estabeleceram sobre a dor e sobre o sofrimento, e não, diminuir ou invalidar as experiências reais. Vale esclarecer que esse artigo se debruça sobre o campo da linguagem e de como ela nos atravessa, nos molda e nos organiza.

³ No livro *Medicalização em Psiquiatria* (2017) dos acadêmicos Paulo Amarante e Fernando Freitas – referências nacionais no assunto –, a *medicalização* é definida como o “processo de transformar experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins” (ibid:14).

Essa é uma direção tomada, inclusive, por Illich (1975) e Han (2021): ambos os autores entendem a medicalização da dor e do sofrimento, o surgimento da algofobia e o interesse econômico que ela desperta, como consequências de um movimento que se inicia na forma de uma apropriação discursiva comandada pela medicina moderna, ou seja, na criação e na consolidação de uma linguagem médica sobre a dor e sobre o sofrimento.

Essa apropriação discursiva fornece uma função *sígnica* e *ideológica* à dor e ao sofrimento, e é justamente na qualidade de signos ideológicos que essas experiências são problematizadas aqui. Por isso que, antes de apresentar as perspectivas de Illich (1975) e de Han (2021), é fundamental que haja uma compreensão de como um movimento de apropriação discursiva pode causar impactos profundos sobre uma cultura e sobre uma sociedade.

Dessa forma, separamos o primeiro tópico desse artigo para expor, com base na filosofia da linguagem do russo Valentin Volóchinov (2018), o quanto a linguagem é atravessada por signos e ideologias e o quanto nossa consciência, seja em termos individuais ou coletivos, se estrutura e se dissemina a partir desse fato.

O universo sígnico e ideológico das palavras

Se levarmos em consideração a perspectiva de Volóchinov (2018) acerca da linguagem, sobretudo a verbal, nosso caminho se envereda por uma *trilha* de signos e ideologias. O primeiro desses dois conceitos – o *signo* – se refere à uma realidade materializada, que existe para representar uma ideologia ou um conjunto de ideologias; O segundo desses dois conceitos – a *ideologia* – se refere a um sistema de representação valorativa que desenvolvemos a partir das nossas vivências e que dão sentido a elas.

Todo signo é ideológico, na medida em que não é possível que ele exista sem significar nada, ou seja, sem que ele represente ou dê sentido à uma ideologia ou a um conjunto de ideias. Assim como uma ideologia ou um conjunto de ideias não passam de abstrações sem sentido se não houver um signo ou um composto de signos que possam fornecer possibilidades de compreensão.

A título de ilustração, pensemos em uma cruz, por exemplo. Tida pelo extinto Império Romano com um instrumento de tortura e morte, a cruz era um signo ideológico que

provocava, naquele período histórico, uma determinada série de representações, conscientes ou não, em quem pensava nela ou a via: ao ver algum soldado romano manuseando ou preparando uma cruz, sabia-se quase que de imediato, que alguém seria punido através dela; assim se sucedeu até um dia que um certo nazareno, conhecido popularmente como Jesus de Nazaré, é condenado à crucificação.

Por toda a lenda acerca da santidade de Jesus e de sua possível ressurreição no terceiro dia, a cruz ganha uma nova série de representações e sua existência enquanto um signo ideológico se transforma: a cruz passa a representar libertação e salvação, vira um símbolo de resistência e fé; ao ver uma cruz pendurada na parede da casa de alguém, sabe-se, quase que de imediato, que a pessoa que mora naquele lugar é religiosa ou que pelo menos é adepta de uma determinada fé cristã.

Entretanto, uma categoria específica de pessoas – aquelas que se consideram *satanistas* – invertem a cruz e, também, a utilizam como signo ideológico, mas não como símbolo de sujeição e fé para com Jesus Cristo, mas sim, como representação de uma atitude subversiva aos ideais cristãos.

Enfim, a cruz é apenas o resultado de dois objetos, geralmente retos, que se cruzam em uma determinada forma; mas ao assumir uma função de signo ideológico, ela pode representar realidades completamente diferentes, muitas vezes opostas, por que é isso que um signo ideológico faz: reflete e refrata⁴ realidades, ou seja, ao mesmo tempo em que o signo é visto com um objeto propriamente material e com uma finalidade específica, ele também é visto e entendido com uma função simbólica que transcende sua realidade objetiva (Volóchinov, 2018).

Entretanto, signos ideológicos que pertencem à uma realidade material, podem facilmente ser distorcidos, banalizados ou até mesmo ignorados. A cruz, por exemplo, enquanto um símbolo de libertação e salvação, é uma distorção da cruz enquanto um instrumento de tortura e de morte. Assim como a cruz invertida também pode ser considerada

⁴ Reflexão e refração são dois conceitos da física que buscam descrever as diferentes maneiras que uma determinada onda – seja ela mecânica ou eletromagnética – se propaga. Na reflexão, a onda refletida mantém os mesmos padrões de frequência, velocidade e comprimento da onda inicial. Na refração, algumas propriedades da onda se alteram, gerando mudanças na forma como a onda se propaga. Explicando esses elementos em termos visuais, na reflexão, uma imagem surgirá a partir de outra imagem que já existe, porém, a segunda será, predominantemente, igual à primeira. Na refração, a segunda imagem apresenta sempre alguma espécie de distorção com relação a primeira.

como uma distorção, ou até mesmo uma banalização, da cruz cristã. E isso ocorre porque o objeto, mesmo ganhando uma função sónica e ideológica, continua existindo na realidade material, podendo ser utilizado para os mais variados fins; fins esses que podem ser, inclusive, opostos ao fim que o objeto enquanto signo ideológico busca alcançar.

Para evitar essas distorções e banalizações, ou pelo menos dificultá-las, um signo ideológico precisa existir fora da realidade material e objetiva, pois assim ele consegue cumprir efetivamente sua missão que é formar, estruturar e estabelecer consciências, em níveis individuais e em níveis coletivos. Esse é o motivo de *ser* do signo ideológico.

Então, o que poderia ser esse signo ideológico que existe fora da realidade material e objetiva? Volóchinov (2018) encontra a resposta dessa questão no campo da linguagem, mais especificamente na palavra. Para o filósofo russo, “*A palavra é o fenômeno ideológico par excellence*” (Volóchinov, 2018:98, grifo do autor) por três razões: 1) ela não existe na realidade material, mas, mesmo assim, a representa; 2) ela só pode existir para significar algo, já que não há palavra que não signifique nada; 3) ela participa ativamente e efetivamente na formação, estruturação e estabelecimento da consciência – individual ou coletiva:

A consciência se forma e se realiza no material sónico criado no processo da comunicação social de uma coletividade organizada. A consciência individual se nutre dos signos, cresce a partir deles, reflete em si a sua lógica e as suas leis. A lógica da consciência é a lógica da comunicação ideológica, da interação sónica de uma coletividade. Se privarmos a consciência do seu conteúdo sónico ideológico, não sobrar absolutamente nada dela. [...] Fora desse material resta um ato fisiológico puro, não iluminado pela consciência, isto é, não iluminado nem interpretado pelos signos (Volóchinov, 2018:97-98).

Uma outra coisa importante de se levar em consideração é que a palavra é o signo ideológico por excelência não apenas porque não existe na realidade material, mas também porque é um signo neutro, ou seja, ela pode ser emprenhada de qualquer significado, e isso depende exclusivamente de quem nomeia, de quem conceitua e de quem atribui sentido a ela.

Atribuir sentido, conceituar ou nomear algo é, pelo menos de acordo com Mosé (2018a), um meio de se tornar *senhor de um acontecimento*; de ter jurisdição sobre aquele fenômeno ao qual se pretende nomear e atribuir sentido. Assim, ter jurisdição sobre

determinado signo significa ter autonomia também sobre os seus significados, sobre as representações ideológicas que serão refletidas e refratadas por ele.

Partir dessa perspectiva de Vólochinov (2018) e de Mosé (2018) nos leva à uma única direção: aquela que entende a consciência, não de maneira *ontológica*, mas como um fato *sócio-ideológico*, que só pode ser formado através de grupos e pessoas que interagem através desses signos ideológicos por excelência, ou seja, palavras. Em termos simples, o que o autor e a autora estão dizendo é que a consciência humana, individual e/ou coletiva, é formada, estruturada e estabelecida, única e exclusivamente, através da linguagem.

Essa conclusão nos coloca diante da seguinte problemática: se a linguagem, com seus signos ideológicos, forma, estrutura e estabelece as consciências individuais e coletivas, quem tiver controle sobre ela, acaba também, tendo controle sobre as subjetividades humanas, sejam elas individuais ou coletivas.

Não é à toa que por detrás de cada signo ideológico, existe uma tensão, uma disputa de poder com vozes contraditórias que se chocam, onde cada uma tenta puxar para si a possibilidade de dar significado e dar sentido àquele pedaço de mundo, àquele fenômeno. Quem consegue estabelecer as representações ideológicas e os signos que nomearão determinada realidade, se torna senhor dela e, em última instância, se torna senhor das consciências individuais e coletivas que vão se estruturar a partir do contato com essa cadeia de signos ideológicos (Miotello, 2018).

Essa discussão é essencial para que possamos compreender a relação que a medicina moderna estabelece com os fenômenos da dor e do sofrimento, já que é isso que ela fez: se *assenhorou* das narrativas sobre essas experiências, criou e estabeleceu representações ideológicas sobre esses acontecimentos e os transformou em signos de ordem médica. Quem repara e descreve com detalhes esse processo de assenhoramento da dor e do sofrimento por parte da medicina moderna é Illich (1975).

A medicalização da dor e do sofrimento

Illich (1975), ao estudar de que maneira o ocidente lida com as sensações desagradáveis, chegou à conclusão de que não só o progresso científico, mas o progresso da

humanidade - pelo menos na parte ocidental do mundo - se estrutura sobre um ideal de eliminação da dor e do sofrimento.

Para Illich (1975), dor e sofrimento são acontecimentos atravessados por uma carga cultural, histórica e subjetiva. Para que a eliminação desses acontecimentos seja algo factível, é preciso que esses atravessamentos sejam arrancados da experiência dolorosa, assim, dor e sofrimento se tornam questões meramente operacionais e técnicas; e é justamente isso o que a medicina moderna faz.

O austríaco resume a história da medicina moderna em um processo de apropriação discursiva sobre a dor e o sofrimento, isso porque essa instituição se apodera desses fenômenos desenvolvendo uma linguagem própria acerca deles. Uma linguagem que vai ignorar completamente as vozes e as experiências do sujeito sofredor.

A partir do que vimos com Volóchinov (2018) e com Mosé (2018a), podemos entender essa apropriação discursiva como um conjunto de novos significados ideológicos que são atribuídos a essas experiências; esses novos significados geram novas representações que influenciarão as consciências individuais e coletivas das pessoas que fizerem uso de tais signos, ao mesmo tempo que torna a medicina moderna, a senhora absoluta da verdade acerca dessas experiências tidas como dolorosas e sofridas.

Em suma, quem sente a dor e quem sofre continua sentindo a dor e sofrendo da mesma forma, o que muda são os olhares e as percepções sobre essas experiências que se alteram profundamente a partir dessa apropriação discursiva sobre a dor e o sofrimento. Sem esse movimento, a instituição médica moderna provavelmente teria outros contornos.

A dor e o sofrimento são tão importantes para a medicina moderna porque são a porta de entrada para que o saber médico se sobreponha na sociedade e se consolide como poder vigente. Não podemos perder de vista que quando Illich (1975) fala em medicina moderna, ele está falando em uma instituição de controle social, que com o passar dos anos desenvolveu uma série de dispositivos políticos, biológicos, culturais e, mais recentemente, econômicos, para se estabelecer como uma força capaz de disciplinar e ordenar o tecido social da maneira que lhe for mais útil.

De acordo com o pensador austríaco, um controle social só ocorre através da retirada de toda possibilidade de *autonomia* sobre as próprias experiências e as próprias vidas das

pessoas, e é justamente autonomia que a dor e o sofrimento fornecem. A visão que Illich (1975) apresenta é a de que dor e sofrimento são acontecimentos que, embora ruins, enchem a vida de significado e fornecem ferramentas para que as próprias pessoas lidem com suas próprias existências.

Quando a medicina moderna retira a subjetividade da dor e do sofrimento e os transformam em questões técnicas, em acontecimentos que não precisam ser experienciados, mas sim analisados e eliminados de todas as formas, ela acaba impedindo que as pessoas desenvolvam autonomia e repertório diante dos acontecimentos da vida.

A maior consequência disso, para Illich (1975), é a formação e consolidação de uma sociedade composta por pessoas completamente intolerantes a dor e incapazes de sofrer. É importante ressaltar que embora falte autonomia e independência por parte das pessoas diante dessas experiências, isso não ocorre por culpa delas. A crítica do autor se concentra justamente ao que a medicina moderna fez e continua fazendo da sociedade.

O vocabulário médico se apropria da linguagem da dor e do sofrimento para poder converter esses acontecimentos em fenômenos não só desagradáveis, mas também intoleráveis, que necessitam de eliminação e não de trato.

A partir da medicina moderna, dor e sofrimento são apenas aqueles acontecimentos previstos pela própria medicina moderna. Portanto, qualquer expressão para ser considerada como uma forma genuína de sofrimento, precisa ser autenticada pelo saber médico: “A profissão médica decide quais são as dores autênticas, quais as que são imaginadas ou simuladas” (Illich, 1975:130). Vide a apropriação discursiva perpetrada oficialmente pela psiquiatria desde a década de 1950, onde questões de ordem emocional e psicológica e formas diferentes de ser, existir e sofrer começam a ser entendidas como categorias diagnósticas psiquiátricas (Freitas & Amarante, 2017).

Assim, a medicina moderna cria o que Illich (1975) vai chamar de *sociedade analgésica*, formada por consumidores compulsórios de anestésias, ou seja, tudo aquilo que promete de certa forma, abolir a angústia, o desagradável, o incompreendido, o instável, tudo aquilo que não é *um estado de completo bem-estar físico, mental e social*. Para além das substâncias farmacêuticas, a própria psicoterapia pode assumir essa função anestésica (Han, 2021), assim como o consumismo, o turismo, o agir compulsório, o aperfeiçoamento corporal

e cognitivo, melhorar a aparência etc. Percebe-se com isso, que essa atitude médica em face da dor e do sofrimento está para além de uma relação de domínio, mas fomenta toda uma economia que gira em torno desses fenômenos:

Atualmente a dor foi transformada em problema de economia política, o que faz nascer um processo em bola de neve: o indivíduo aprende a conceber-se como *consumidor de anestésias* e se lança à procura de tratamentos que o fazem obter insensibilidade, inconsciência, abulia e apatia provocadas artificialmente (Illich, 1975:128, grifo do autor).

E o autor prossegue:

Toda dor se apresenta desde logo como resultado de tecnologia faltosa, de legislação injusta ou de ausência de medicina analgésica. A heteronomia na dor, típica para o consumidor de anestesia, transforma-a em demanda aguda de medicamentos, hospitais, serviços de saúde mental e outros cuidados impessoais e profissionalizados, como também em suporte político para o crescimento de uma instituição médica, qualquer que seja seu custo humano, social ou econômico (Illich, 1975:129).

Em um contexto social atravessado pela medicalização, o indivíduo sofredor não encontra alternativas que não sejam aquelas dadas pela própria medicina: “A civilização médica engaja-se na redução do sofrimento aumentando a dependência” (Illich, 1975:127). O que a apropriação discursiva da dor e do sofrimento faz, ao medicalizar esses fenômenos e nos deixar dependentes do saber médico para tudo, é, em última instância, alinhar medicina e mercado em busca de interesses em comum. A demanda por produtos farmacêuticos, estéticos, profissionais e serviços de saúde, clínicas, academias, *estilos de vida saudáveis* etc., só aumenta com o passar dos anos.

Em suma, Illich (1975) chega à conclusão de que as coisas se organizaram de tal forma que hoje precisamos da medicina para entendermos nossas dores, depois precisamos da saber médico para saber como eliminarmos essas dores, e quando percebemos, a medicina já está dizendo o que temos que comer e em quais horários, por quantas horas devemos dormir, o que é um comportamento social adequado, o que é apropriado vestir etc.

O vocabulário médico acerca da dor e do sofrimento termina por criar e estimular um ideal de *completo bem-estar físico, mental e social* – interpretado por Han (2021) como um *estado anestésico permanente* – e transforma toda pessoa que não esteja dentro desse ideal

em um problema da medicina. Tendo em vista que ninguém, em momento algum, alcança esse *estado de completo bem-estar físico, mental e social*, somos todos e todas, potencialmente, medicalizáveis. Com isso, a medicalização da dor e do sofrimento colocou a medicina no controle da nossa vida por completo, acessando não apenas nossas sensações, mas também nossas identidades.

Acessar nossa identidade é uma das formas de dizer que a nossa consciência acerca da dor e do sofrimento, enquanto acontecimentos, foi estruturada pelas representações ideológicas atribuídas a esses fenômenos pela medicina moderna.

Todo esse processo percebido, analisado e narrado por Illich (1975) é uma descrição bastante eficaz de como um determinado poder ou instituição – a medicina moderna – se assenhora das consciências individuais e coletivas ao tomar determinados fenômenos – dor e sofrimento – como signos ideológicos; e de como a criação e propagação de um vocabulário – com gramáticas, sentidos, verdades e significados próprios em torno desses signos – pode consolidar instituições e saberes como figuras de poder e fornecer acesso às identidades e consciências individuais e coletivas.

Isso mostra como alguns signos ideológicos afetam profundamente o tecido social, e no caso de nossa discussão, de maneira específica, uma consequência direta desse universo sógnico e ideológico criado em torno da dor e do sofrimento foi o surgimento da, já mencionada, sociedade analgésica e a criação do consumidor de anestésias: de um lado se estabelece uma cultura composta por indivíduos completamente intolerantes às sensações desagradáveis e desconfortáveis, e do outro, cria-se formas de tornar essa intolerância bastante lucrativa.

Han (2021) também tem interesse analítico nesse universo sógnico e ideológico que circula os fenômenos da dor e do sofrimento. Assim como Illich (1975), Han (2021) também enxerga uma intolerância coletiva e cultural a tudo aquilo que é doloroso e angustiante, e compartilha da ideia de que essa rigidez favorece não apenas ao saber médico enquanto instituição, mas está a serviço, também, das diretrizes do mercado.

A algofobia e a felicidade neoliberal: a dor e o sofrimento enquanto acontecimentos repulsivos e lucrativos

O interesse de Han (2021) sobre as narrativas que colocaram a dor e o sofrimento sob jurisdição médica e os transformaram em acontecimentos intoleráveis, se dá pela sua percepção de que o lugar que esses fenômenos ocupam em nossa sociedade fornecem os elementos necessários para se compreender estruturas sociais e culturais específicas. De maneira muito semelhante a Illich (1975), Han (2021) parte da perspectiva de que os significados dados a dor, por estarem associados à cultura, podem ser usados – e o são de fato – como ferramentas de dominação.

De acordo com a perspectiva do filósofo sul-coreano, hoje impera na sociedade – pelo menos em sua versão ocidental – uma certa angústia generalizada diante da dor. Toda experiência desagradável, seja física ou emocional/psicológica, precisa ser silenciada a todo custo. As análises de Han (2021) e as de Illich (1975) se alinham na compreensão de que nos tornamos completamente intolerantes ao doloroso, o que nos coloca em uma busca permanente por anestésias, ou seja, tudo aquilo que pode nos livrar da angústia. Essa intolerância será chamada por Han (2021) de algofobia.

Embora o conceito de algofobia não tenha sido elaborado pelo filósofo sul-coreano, é usado por ele de maneira bastante perspicaz. O comportamento algofóbico é uma marca cultural de uma sociedade desprovida de abertura para a dor. Novamente as narrativas psiquiátricas podem ser usadas como ilustração desse processo, já que elas também insistem em associar a tristeza, o luto, a ansiedade, a expectativa – e muitas outras expressões comuns da existência humana – a transtornos/problemas/síndromes mentais.

A racionalidade algofóbica é constantemente reforçada por especialistas, por periódicos científicos, pelos programas midiáticos e até pelos chamados memes da *internet*, que insistem na divulgação de imagens e discursos que tratam a dor e o sofrimento como indicativos de que estamos doentes e que precisamos nos tratar – e tratamento aqui é o mesmo que a eliminação compulsória daquilo que é sofrido, doloroso e desagradável. Isso porque, a algofobia se esforça para que um *estado anestésico permanente* seja visto como um indicativo de bem-estar, saúde e felicidade. Ser feliz, não adoecer e não sofrer são os

objetivos mais estimulados e almejados de nossa sociedade – vide o estado mencionado no tópico anterior de *completo bem-estar físico, mental e social*.

Esses estados tão estimulados e almejados de bem-estar, felicidade e saúde, são definidos justamente por quem se apropriou da linguagem da dor e do sofrimento, ou seja, a medicina moderna. Como vimos com Illich (1975), a medicina moderna, em um processo histórico, criou de maneira discursiva todo um universo sógnico e ideológico em torno dessas experiências dolorosas e sofridas, transformando-os em acontecimentos objetivos, desprovidos de significado e fala, e que precisam ser abolidos.

O comportamento algofóbico, tal como é apontado por Han (2021), é um produto da racionalidade inaugurada pela medicina moderna no momento de apropriação discursiva da dor e do sofrimento. O ato de nomear e conceituar esses fenômenos permitiu que o saber médico assumisse o controle não apenas dos significados deles, mas da forma como as consciências individuais e coletivas se estabeleceriam a partir dessas representações ideológicas. Em suma, transformar a dor e o sofrimento em signos médicos, permitiu que a medicina moderna participasse na construção de uma cultura completamente intolerante a experiências que, “por coincidência”, a própria medicina moderna diz avaliar, validar e extinguir.

Han (2021), entretanto, não se atém à medicina moderna apenas; sua crítica alcança o campo da psicologia também. Para o sul-coreano, a oferta constante de bem-estar a qualquer custo é também uma inclinação para o capital e o desempenho. Com isso, o foco não é em uma perspectiva de cuidado, mas sim no lucro. As consequências sociais geradas por essa crise da dor provocam uma mudança de paradigma em uma parte da psicologia. Essa mudança não se concentra mais na angústia e no sofrimento, mas se apropria excessivamente da oferta de bem-estar, otimismo e um ideal de felicidade: surge uma psicologia positiva que se baseia em aparatos neomedicinalizantes, repletos de inverdades que simplesmente objetificam o humano (Han, 2021).

Essa psicologia positiva estimula cada vez mais a algofobia e transforma a ideia de felicidade e de saúde, sobretudo mental, em um dispositivo de controle social, e assim, sua atuação se expande de maneira descontrolada. Ser feliz e estar bem a todo custo são ideias das quais a psiquiatria e essa psicologia apontada por Han (2021) se apropriam para poder

vender um estado de felicidade e saúde que deve ser alcançado *farmacologicamente e terapeuticamente* – mercadorias ideais para o consumidor de anestésias apontado por Illich (1975).

Han (2021) não está menosprezando os cuidados com a saúde psicológica e nem a importância da terapia. A problematização do filósofo sul-coreano se concentra na percepção de que essas narrativas psicológicas, psiquiátricas e médicas *despolitizam* o sofrimento e o desagradável. Algumas maneiras dolorosas e sofredoras de existir perdem completamente sua conexão com o social para serem interpretadas apenas através do corpo e da cabeça do indivíduo, desresponsabilizando assim as estruturas sociais que causam toda espécie de mal-estar.

As condições concretas de desconforto e desagrado, tal como são apresentadas pelos sujeitos dentro da sociedade, são olhadas e pensadas apenas em termos biológicos, o que retira toda a carga subjetiva, intersubjetiva e social daquilo que é doloroso e sofrido. Dessa forma, resta ao corpo e à cabeça dos indivíduos, toda a responsabilidade pelo sofrer e pelo *sentir-dor*. As estruturas sociais são meros detalhes nessa perspectiva médica, psiquiátrica e, cada vez mais, psicológica.

Para Han (2021) está claro quais os saberes que sustentam toda essa lógica, mas quem sustenta esses saberes? Na perspectiva do autor, essas instituições estão a serviço de um poder e de uma lógica muito maior do que elas: o *neoliberalismo*.

O neoliberalismo, na visão de Han (2021), é o maior interessado nessas cruzadas contra a dor e contra o sofrimento, pois sofrer é um obstáculo ao *desempenho* e a *produtividade* – características tão valorizadas pelas diretrizes neoliberais.

Os ideais de felicidade, saúde e bem-estar, tão estimulados e almejados em nossa sociedade algofóbica são sintetizados por Han (2021) no conceito de *felicidade neoliberal*: um ideal utópico preso em um horizonte que, muito embora seja inalcançável, precisa parecer acessível a todos e todas nós. Para alcançá-lo, de acordo com as perspectivas neoliberais, basta apenas que haja bastante esforço, que tudo aquilo que é desagradável seja eliminado do seu corpo, da sua mente e do seu caminho e se aperfeiçoar e se otimizar em regime integral.

Mas não há com que se preocupar: o neoliberalismo, enquanto uma política de mercado, oferece toda sorte de mercadorias para a eliminação do desagradável e para o

autoaperfeiçoamento. Sobram “academias de *fitness*, prédios de escritórios, bancos, aeroportos, *shopping centers* e laboratórios de genética” (Han, 2017:23), além dos:

Inúmeros workshops de gestão pessoal, fins de semana motivacionais, seminários de desenvolvimento pessoal e treinamentos de inteligência emocional [que] prometem a otimização pessoal e o aumento da eficiência sem limites. As pessoas são controladas pela técnica de dominação neoliberal que visa explorar não apenas a jornada de trabalho, mas a pessoa por completo, a atenção total, e até a própria vida. O *ser humano* é descoberto e tornado objeto de exploração (Han, 2018:45, grifo do autor).

E por que não colocarmos as farmácias e muitos de seus produtos farmacêuticos como uma peça fundamental de todo esse mecanismo de mercado que sustenta a racionalidade algofóbica, ao mesmo tempo em que lucra com ela? Isso foi insinuado pelo sociólogo polonês Zygmunt Bauman em uma entrevista concedida em 2010 ao site ISTOÉ. Na ocasião, Bauman foi provocado a explicar o aumento desenfreado do uso de medicamentos antidepressivos pelo mundo. A resposta que o sociólogo deu foi a seguinte:

Você colocou o dedo em um dos muitos sintomas da nossa crescente intolerância ao sofrimento – na verdade, uma intolerância a cada desconforto ou mesmo ligeira inconveniência. Em uma vida regulada por mercados consumidores, as pessoas passaram a acreditar que, para cada problema, há uma solução. E que esta solução pode ser comprada na loja. Que a tarefa do doente não é tanto usar sua habilidade para superar a dificuldade, mas para encontrar a loja certa que venda o produto certo que irá superar a dificuldade em seu lugar. Não foi provado que essa nova atitude diminui nossas dores. Mas foi provado, além de qualquer dúvida razoável, que a nossa induzida intolerância à dor é uma fonte inesgotável de lucros comerciais. Por essa razão, podemos esperar que essa nossa intolerância se agrave ainda mais, em vez de ser atenuada⁵.

Infelizmente, Bauman não viveu o suficiente para poder conhecer os conceitos de algofobia e de felicidade neoliberal, da forma como foram construídos por Han (2021), entretanto, o sociólogo polonês e o filósofo sul-coreano apresentam um alinhamento teórico em diversos pontos. *Modernidade Líquida* (2001) e *Amor Líquido* (2004) são livros em que Bauman discute bastante a pouca abertura que as pessoas de nossa sociedade têm a tudo aquilo que é desagradável e desconfortável, e do quanto o neoliberalismo explora a ideia de felicidade em benefício próprio.

⁵ PRADO, Adriana. 2010. “Vivemos Tempos líquidos. Nada é Para Durar”. (https://istoe.com.br/102755_VIVEMOS+TEMPOS+LIQUIDOS+NADA+E+PARA+DURAR+/; Acesso em: 16/01/23).

A sociologia de Bauman (2004; 2001) e a filosofia de Han (2021) se encontram na conclusão de que a felicidade, a saúde e o bem-estar não são apenas despolitizados pelo neoliberalismo, mas também, individualizados; a missão de ser feliz, estar bem e saudável é do tipo *faça você mesmo*; não é algo que possa ser adquirido ou conquistado por esforço comunitário. Sendo assim, o fracasso em não conseguir também é individual.

Onde a dor e o sofrimento são signos ideológicos médicos, a felicidade, o bem-estar e a saúde não são acontecimentos episódicos, mas sim, *estados, formas definitivas de ser e existir*. Portanto, naquele pedaço de tempo, um instante que seja, onde o indivíduo sofre e se sente mal, ele já fracassou e fez isso sozinho. Nesse momento, o indivíduo se consolida como um problema da medicina e como um consumidor das anestésias que lhe serão oferecidas para eliminar – sempre de maneira provisória – seu sofrimento e reverter – também de maneira provisória – seu fracasso.

A armadilha desse sistema consiste em que, apesar do neoliberalismo vender uma ideia de felicidade, bem-estar e saúde como estados permanentes e os saberes médicos, psiquiátricos e psicológicos empreenderem verdadeiras cruzadas contra a dor e o sofrimento, não dá para negar nossa natureza: somos seres que por essência, nos alegramos e por vezes – muitas, inclusive – sofremos, sentimos dor, estamos em contato com o desagrado e o desconforto; além do fato que vivemos em uma sociedade que não proporciona, propositalmente, motivo nenhum para ficarmos bem.

Nessa sociedade algofóbica e nesse modelo de felicidade neoliberal – apática e anestesiada –, nós nascemos, vivemos e morremos como fracassados e fracassadas. Muito embora a expiação seja prometida através das mercadorias oferecidas, nós estamos condenados a carregar uma culpa impossível de ser expiada, e é sobre esse fato que tanto o neoliberalismo quanto a medicina moderna constroem e estabelecem seus domínios.

Enquanto Illich (1975) insinua que o universo sógnico e ideológico em torno da dor e do sofrimento, que foi desenvolvido pela medicina moderna, alimenta um mercado específico, Han (2021) vai mais além e mostra que na verdade, é o mercado que alimenta a medicina moderna e que orienta muitas de suas práticas e epistemologias.

É por isso que, para que uma determinada relação de poder se estabeleça enquanto força e enquanto autoridade sobre algum assunto, ela precisa desenvolver um vocabulário

próprio, impregnado de sua própria ideologia e representado pelos próprios signos. Foi o que fez a medicina moderna (Illich, 1975) com os fenômenos da dor e do sofrimento. A algofobia é uma marca cultural profunda do quanto o universo sógnico e ideológico que ronda as experiências sofredoras e dolorosas alterou nossas consciências, e por conseguinte, as nossas percepções sobre tudo aquilo que é desagradável e desconfortável.

A conclusão que Han (2021) chega é paradoxal: a mesma sociedade algofóbica que é tão intolerante a dor e ao sofrimento, é a mesma sociedade que sofre e que sente dor de formas e quantidades jamais vistas antes. A incidência enorme de pessoas em condição de sofrimento físico e mental que carregam marcas de cansaço, tristeza, ansiedade, dificuldade para dormir e/ou para ficar acordado, assustadas, com manias, traumatizadas etc., em nossa sociedade, mostra que convencer as pessoas de que as experiências do sofrimento e da dor precisam ser eliminadas foi mais fácil do que eliminá-las de fato.

Considerações finais

“Dize tua relação com a dor, e te direi quem és!” (Junger apud Han, 2021:9). Se a relação que estabelecemos com a dor mostra em que sociedade vivemos, talvez possamos dizer que coabitamos em uma cultura dominada pela *histeria da sobrevivência*. Admitimos que, embora não desejássemos conceber respostas a provocação que orientou o nosso artigo, e sim, apenas fomentar o debate em torno dela, o *obsuro* que nos assola não nos deixou alternativa: precisamos de algum ponto de partida para pensar a sociedade em que estamos.

O *sulear* de nossa escrita se deu pelos pensamentos de Ivan Illich e Byung-Chul Han. Ambos nos dão a direção de uma *questão central* da *crise* que vivemos com a dor e com o sofrimento: a *medicalização da dor* e o surgimento da *experiência algofóbica* são produtos diretos da apropriação discursiva do sofrer humano comandada pela medicina moderna, que inventou e consolidou uma linguagem médica sobre a dor.

Somos uma sociedade da sobrevivência. A tendência dessa sociedade, fruto do próprio processo civilizatório, da positivação neoliberal e da medicalização da vida, é nos afastar das frustrações. Não podemos mais perder, sofrer e/ou ter angústias. Porém, é essa condição,

paradoxalmente, que nos coloca bem diante de nossa fragilidade, escondida nas crenças e mundos de ilusões que acabamos fabricando.

Há algo mais doloroso que a vida? Não há como concebê-la sem a dor. Contudo, para não sofrer, temos nos especializado em técnicas de não-enxergar, não-sentir e, sobretudo, não-viver. A sociedade da sobrevivência é a nossa cultura. Negar o sofrimento poder ter nos custado a própria vida (Mosé, 2018b).

Este artigo mostra, a partir das perspectivas apresentadas, que nossa sociedade é algofóbica; reina aqui uma angústia generalizada diante da dor, que resulta em uma espécie de anestesia permanente, desenvolvendo assim, portanto, uma intolerância ao doloroso. Toda condição que pode nos levar ao sofrer deve ser evitada, até mesmo as dores do amor.

As sequelas sociais geradas com toda essa *crise da dor*, provoca uma mudança de paradigma também em uma parte da Psicologia. Essa que passa a não mais se debruçar sobre a angústia e o sofrer, mas se apropria demasiadamente da oferta por bem-estar, do otimismo e de um ideal de felicidade: irrompe então uma “Psicologia Positiva” (Han, 2021:11) que se apoiar em aparatos neomedicalizantes, recheados de inverdades que simplesmente objetificam o humano. A inclinação a oferta constante de um bem-estar à custa de qualquer coisa também é uma inclinação ao capital e ao desempenho. Com isso, não se atua sobre uma perspectiva de cuidado, mas sim, do lucro.

A Psicologia Positiva não se situa na relação real de alteridade. Ela não comporta o cuidado concreto diante do outro que sofre. Não é mais interessante situar-se no campo da angústia com o outro e ali ficar para compreendê-lo. A preocupação sistemática é com aquilo que possivelmente possa interferir em sua produtividade e otimizá-la. A Psicologia Positiva é *despolitizada*, não incorpora em seu olhar a história do sujeito que é atravessada por inúmeras questões sociais, políticas e relacionais. Tem seu olhar cravado na patologia e na técnica. É nessa arapuca que estamos metidos; a Psicologia está afundando cada vez mais, até o pescoço, nessa lama neoliberal.

Segundo Han (2021), como consequência desse cenário algofóbico, dois eventos são emparelhados: em primeiro, a missão da Psicologia pela felicidade, e, acrescentamos, pela otimização; e em segundo, a promessa de um oásis de bem-estar medicamentoso produzível.

As “pílulas mágicas” fazem sentido na necessidade do não-sofrer, em suas promessas mitológicas de curar a dor de maneira rápida e efetiva.

A sociedade da sobrevivência, que é paliativa, assemelha-se e, de alguma maneira, incorpora-se, a sociedade do desempenho, já que a dor é vista como um sinal de fraqueza. Os sofrimentos e as angústias devem ser eliminados e até mesmo ocultados por meio da otimização. Dor e desempenho são incompatíveis. Sofrer é, de algum modo, passividade. Portanto, não tem lugar em uma sociedade que carrega em si a exigência e/ou a necessidade ativa/produtiva dominada pelo poder (ter). Diante disso, eis a condenação da dor: o calar-se – ou ser calada. Não é à toa que o luto é entendido como patologia – novidade trazida pelo novo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5-TR) (APA, 2022).

A dor e o sofrimento, signos capturados pela narrativa médica, como deixamos claro no artigo, são privatizados, medicalizados, medicamentalizados e psicologizados. Todos os dilemas histórico-culturais que envolvem a complexidade da vida, todo afetamento e o sofrimento gerado pelo neoliberalismo, somados aos seus contextos relacionais, são desresponsabilizados e o sujeito assume o lugar da *expição*. A individualização da dor provoca uma intervenção no próprio sujeito e não há questionamento do social. A dor é despolitizada através da medicalização: o sentido da dor é transformado, ou melhor, reduzido, ao substrato biológico.

Por último, queremos deixar claro que nosso escrito não é uma glorificação da dor. Contudo, a vida é, inegavelmente, o lugar do sofrer, e sem ele ela seria incompleta. Eliminar o sofrimento, diria Mosé (2018b), é o mesmo que eliminar a vida. Concordamos com ela. Afirmar a dor é afirmar a vida.

Referências bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). 2022. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: 5ª edição texto revisado – DSM-5-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- BAUMAN, Zygmunt. 2004. *Amor Líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- _____. 2001. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.
- FOUCAULT, Michel. 1984. *Microfísica do Poder*. 4 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. 2017. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- HAN, Byung-Chul. 2018. *Psicopolítica: o neoliberalismo e as novas técnicas de poder*. Belo Horizonte: Âyné.
- _____. 2017. *Sociedade do Cansaço*. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes.
- _____. 2021. *Sociedade Paliativa: a dor hoje*. Petrópolis: Editora Vozes.
- ILLICH, Ivan. 1975. *A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- MIOTELLO, Valdemir. 2018. *Bakhtin e o Lugar da Linguagem na Psicologia*. São Carlos: Pedro & João Editores.
- MOSÉ, Viviane. 2018a. *Nietzsche e a Grande Política da Linguagem*. Petrópolis: Vozes.
- _____. 2018b. *Nietzsche Hoje: sobre os desafios da vida contemporânea*. Petrópolis: Vozes.
- VOLÓCHINOV, Valentin. 2018. *Marxismo e Filosofia da Linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*. 2. ed. São Paulo: Editora 34.

"Primeiro as primeiras coisas": práticas e estratégias de cuidado entre membros de Alcoólicos Anônimos

Mariana da Fonte¹

Resumo: O presente artigo analisa diferentes práticas e estratégias de cuidado empreendidas por membros de Alcoólicos Anônimos do Rio de Janeiro. O material de análise utilizado é fruto de observação participante realizada em três grupos, localizados na Zona Sul da cidade, e da realização de entrevistas com seus membros. A partir da apresentação detalhada de tais práticas e suas variações, busca-se demonstrar como o cuidado entre os alcoólicos em recuperação extrapola concepções biomédicas já consolidadas, funcionando como ferramentas que auxiliam na construção de uma nova maneira de viver em sobriedade. O texto apresenta duas facetas principais do cuidado entre membros de AA, o cuidado de si e o cuidado compartilhado. Em ambos os casos, o cuidado se insere justamente como práticas e estratégias experimentais ao longo da recuperação, que só é possível de ser trilhada porque há a contenção e a privação do prazer envolvido na experiência com a bebida alcoólica.

Palavras-chave: Alcoólicos anônimos; cuidado de si; cuidado compartilhado; corpo; anonimato.

Abstract: This article analyzes different care practices and strategies undertaken by members of Alcoholics Anonymous in Rio de Janeiro. The analysis material used is the result of participant observation carried out in three groups, located in the South Zone of the city, and interviews with its members. From the detailed presentation of such practices and their variations, the aim is to demonstrate how care among alcoholics in recovery goes beyond already consolidated biomedical concepts, functioning as tools that help in the construction of a new way of living in sobriety. The text presents two main facets of care among AA members, self-care and shared care. In both cases, care is inserted precisely as experimental practices and strategies along throughout the recovery, which is only possible to be followed because there is containment and deprivation of the pleasure involved in the experience with alcoholic beverages.

Keywords: alcoholics anonymous - self care - shared care - body - anonymity

¹ Pesquisadora doutoranda em Antropologia Social vinculada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Possui experiência de pesquisa na área de Antropologia, com ênfase em Antropologia da Saúde e das Emoções, atuando principalmente nos seguintes temas: corpo, emoções, pessoa, cuidado e moralidade. Atualmente é membro do Laboratório de Etnografia e Interfaces de Conhecimentos (LEIC) com sede no Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução

Em 1935, na cidade de Nova Iorque, um corretor de imóveis e um médico, ambos alcoólicos, criaram um grupo de conversação que reunia alcoólicos solidários às dores e dificuldades de companheiros que apresentavam problemas em comum com o álcool (Alcoólicos Anônimos, 2016). Neste contexto surgiu o grupo Alcoólicos Anônimos, objeto de estudo desta pesquisa.

No Brasil, o primeiro grupo surgiu em 1947², cerca de doze anos após sua formação original, através do encontro entre um membro de AA norte americano, de passagem pelo Rio de Janeiro, e um americano alcoólico residente na cidade. Ainda que existam algumas lacunas temporais e de informações sobre este fato, o que se sabe é que a fundação de AA no Brasil, ocorreu por meio de cartas do membro viajante norte americano endereçadas ao contato residente no Rio de Janeiro. Atualmente, segundo dados disponíveis no site oficial de AA, existem cerca de 5.005 grupos espalhados por todos os estados brasileiros.

Alcoólicos Anônimos se apresenta aos seus visitantes como um grupo de autoajuda estruturado por meio dos Doze Passos e das Doze Tradições³, o que possibilita um campo bem delimitado no que tange seu funcionamento. As Doze Tradições abordam orientações para as relações de convivência interna nos próprios grupos de AA e procuram fornecer um guia prático para uma melhor atuação dos mesmos. E os Doze Passos apresentam uma pauta dedicada à vida particular dos alcoólicos, ou seja, são sugestões que devem nortear as ações individuais de cada membro.

As reuniões diárias de AA acontecem em torno da prática das *partilhas*, atos de fala imbuídos pela tentativa de rememorar um tempo passado marcado pelo uso de álcool, construído *a posteriori*, segundo a memória de quem o viveu. Assim, trata-se de uma prática, performativa e informativa, que além de transmitir narrativas de histórias de vida, desencadeia efeitos na recuperação e no desejo por parar de beber tanto no membro que fala sobre si, quanto naqueles que a testemunham como ouvintes. Neste caso, ao se posicionarem diante de outros membros do grupo que compartilham da doença do alcoolismo, os alcoólicos

² Ver <https://www.aaonline.com.br/ver.php?id=200&secao=2> para mais informações sobre a criação de Alcoólicos Anônimos no Brasil. Acesso em agosto de 2023.

³ Ver em <https://www.aa.org.br/12x12>. Acesso em março de 2023.

utilizam o recurso da fala para resgatar memórias do *tempo de ativa* - tempo passado marcado pelo uso de álcool – a fim de acessar comportamentos e atitudes que os afastariam da construção de um novo estilo de vida marcado pela sobriedade.

Conforme a explicação que recebi de interlocutores, ainda sobre o grupo de AA, é importante esclarecer que o termo “alcoólico”, utilizado nas principais literaturas de Alcoólicos Anônimos (AA) e entre seus próprios membros, faz referência à condição patológica do alcoolismo. Seu uso é em detrimento à associação entre adoração e o álcool, enfatizada pelo sufixo *latra* (do termo “alcoólatra”), de origem grega, que remete à ideia de adorador, distorcendo o quadro de dependência da doença. Entre os membros de AA, o uso do termo recuperação faz referência ao processo de reabilitação de si e de suas relações sociais por meio de um movimento constante de vigia em relação à vontade de beber.

Por fim, AA percebe o alcoolismo como uma doença *crônica, progressiva e incurável, de base física, moral e espiritual*. Desta forma, a recuperação proposta combina certa concepção fisicalista do paradigma biomédico (explicitada em termos como “compulsão”, “dependência”, “doença crônica”) com uma concepção “moral-espiritual”, que posiciona o membro no centro de seu processo de recuperação. A oscilação entre uma concepção e outra indica que a noção êmica da doença supera a concepção do saber biomédico como hegemônico e admite outros saberes (“moral” e “espiritual”) durante o processo de saúde-doença dos alcoólicos em recuperação. A constituição do modelo biomédico, compreendido como um saber que incide sobre o processo de saúde-doença, está associada à configuração individualista na cultura ocidental moderna (Dumont, 1985; Duarte, 2003). De acordo com Bonet, desta configuração individualista “surge uma nova concepção de pessoa, colocando o indivíduo como valor supremo – transformação fundamental para que a biomedicina se cristalice como um modelo sobre o corpo e a doença” (Bonet, 1999).

Pensar a produção de vida entre membros de Alcoólicos Anônimos me fez atentar para as complexas práticas de cuidado elaboradas ao longo do processo de recuperação. Aqui, o cuidado é considerado uma disposição que denota práticas de ações contínuas e improvisadas de homens e mulheres a fim de atenuar o *problema do alcoolismo* em suas vidas. Trata-se de um investimento que extrapola o campo da saúde e dos serviços médicos em geral, compreendendo ações cotidianas de *respeitar o tempo das coisas*, de aceitar seus

limites e suas incapacidades pessoais. Ao longo do texto, será possível perceber como o cuidado opera por meio de práticas e estratégias que à primeira vista são consideradas triviais (no sentido de ordinário), mas que quando analisadas mais de perto se apresentam como detalhes que permitem aos sujeitos “reivindicar sua existência mais uma vez”⁴ (Das, 2018:545).

A definição de cuidado defendida por Annemarie Mol (2018) é a que melhor se aproxima da análise que proponho a seguir. Assim como a autora, percebo o cuidado como uma *ação* interessada e investida em primeira pessoa, a fim de organizar a vida e suas práticas (Mol apud Martin; Spink; Pereira, 2018:303). Deste modo, entendo que os movimentos traçados pelos membros de perceber a si mesmos e de organizar a própria vida de maneira cuidadosa são resultados de uma *feitura* diária entre sujeitos agentes e responsáveis por colocá-los em prática ao longo da recuperação em AA. Não se trata de práticas de cuidado em si, que vagam por aí à procura de alguém para inseri-las no mundo, mas de práticas que somente ganham sentido à medida que são incorporadas por homens e mulheres *ativos* em sua *feitura*, dispostos a criá-las e recriá-las. Portanto, quando falo sobre cuidado, esbarro necessariamente na noção de agência; um posicionamento nitidamente contrário à ideia de passividade/dependência. Mol, durante uma entrevista, comenta esta tensão entre autonomia/dependência que atravessa a noção de cuidado a partir do conceito de *patientism* e *doctoring* presente no modelo biomédico:

A associação entre paciente e passividade é um fato etimológico. No meu livro, *The Logic of Care*, menciono isso e me contraponho a isso. Escrevo sobre “pacientes ativos” – só porque pacientes modernos com doenças crônicas têm que “fazer” tanto. Um médico pode “prescrever” pílulas, mas o paciente é a pessoa que tem que “tomá-las”, lembrá-las, encontrá-las e engoli-las. Isso já mostra porque o termo “usuário” não é adequado. Porque isso sugere que há algo oferecido que uma pessoa pode usar. Tipo, “aqui temos cuidados em saúde! Venham, por favor! Entrem, paguem e usem nossos serviços!”. Mas normalmente essa não é a situação. Alguém pode usar os serviços de um laboratório que oferece exames de sangue de vez em quando. Mas o resto do tempo, em casa, pessoas com doenças crônicas têm que se cuidar, incluindo muitas mensurações. Elas não “usam” cuidados em

⁴ Neste trecho, Veena Das faz referência à autobiografia filosófica de Cavell (2010), na qual o autor descreve pequenos atos dedicados ao seu filho, como preparar o desjejum, que o permitiram “curar as artérias feridas de sua infância” e que a autora entende como feitos diários que possibilitam aos sujeitos “reivindicar sua existência mais uma vez” após eventos traumáticos e violentos (Das, 2018, p. 545).

saúde, elas “fazem” cuidados em saúde. Elas estão participando ativamente (Martin; Spink; Pereira, 2018:302).

No contexto de AA, é através do cuidado de si⁵ (Foucault, 1985) que os membros apreendem uma atitude prática frente à recuperação e à construção de um novo estilo de vida. Conforme agem e interagem com determinadas práticas de cuidado, os sujeitos se reconciliam consigo e com a própria vida. É a partir da *ação* atribuída às práticas e estratégias de cuidado no cotidiano que se torna possível perceber a recuperação em funcionamento e orientando a vida dos membros.

Em *Being Alive (Estar Vivo)*, Ingold comenta que “a vida continua sempre ultrapassando os fins que possam ser realizados dentro dela” (Ingold, 2011, p. 39). Para membros de AA, o alcoolismo já representou um fator delimitador de suas vidas, um fim em si mesmo. Entretanto, o movimento de recuperação os impulsiona a conviver com esta condição apesar dela, e a construir estratégias e práticas de cuidado que possibilitem que suas vidas aconteçam ainda que com a presença da doença.

Como demonstrarei a seguir, o cuidado, no interior do grupo de AA, assume uma dupla vertente: individual e compartilhada. Em ambos os casos há uma ampliação do horizonte normativo do que normalmente se entende por cuidado, privilegiando a dimensão existencial da categoria. A aposta em uma vida com sobriedade desloca e ressignifica tudo à volta do alcoólico, inclusive o que ele entende por cuidado de si. É como se o alcoólico passasse a enxergar o mundo e a si mesmo com uma nova lente, a partir da qual ações e comportamentos considerados banais se tornam extremamente importantes para a concepção e construção de um novo estilo de vida sóbrio. Esta lente com a qual o alcoólico passa a enxergar o mundo, não transforma e modifica as matérias que o compõem, mas atribui outro valor e significado às coisas da vida, permitindo ao sujeito resgatar e recriar hábitos que tornam o viver uma aposta contínua. O cuidado se insere justamente como práticas e

⁵ Segundo Foucault (1985:50), a ideia de uma ocupação consigo mesmo esteve presente na cultura grega como uma prerrogativa ou mesmo um privilégio. É somente com Sócrates que o cuidado de si se desenvolve em dimensões de uma “arte de viver” e de uma ocupação consigo mesmo. Sob a marca do platonismo, esta forma de viver ocupando-se de si é o que possibilita o sujeito transformar-se e corrigir-se suportando a privação dos prazeres e limitando seu uso.

estratégias experimentais ao longo desta construção de um novo estilo de vida, que só é possível de ser trilhada porque há a contenção e a privação do uso de bebida alcoólica⁶.

O cuidado de si

Entre os membros de AA, a atenção aos pequenos detalhes e às práticas do cotidiano é fundamental para que o alcoólico se perceba como agente principal nessa feitura de si e da vida sem o álcool. O cuidado, em suas mais diversas demonstrações, toca em práticas rotineiras que para alguns podem parecer óbvias, mas que para um alcoólico só se tornam possíveis de serem realizadas porque se está em recuperação.

Perdi as contas de quantas vezes não tomei banho e não escovei meus dentes, mas agora eu cuido de mim desde o princípio. É na hora do banho que eu começo a me cuidar. Antes eu ensaboava rapidamente meu corpo e pronto. Agora, em recuperação, tenho todo o cuidado de passar o sabonete lentamente por todas as partes do corpo. Lavo e enxáguo o cabelo com paciência. E, por fim, passo um óleo hidratante dos pés aos ombros. Depois eu começo o meu dia (NOTAS DE CAMPO, abril de 2018).

A primeira coisa que faço por mim é arrumar a minha cama. Depois faço o meu café da manhã, escovo meus dentes, me arrumo (...). Tudo no passo da tartaruguinha. Só aí começo o meu dia (NOTAS DE CAMPO, abril de 2018).

Como é possível perceber, o regime de cuidado (Mol *et al.*, 2010) entre membros de AA denota práticas meticulosas, como arrumar a própria cama, organizar as finanças, preparar uma alimentação saudável, perceber e higienizar seu próprio corpo. Trata-se de um regime de cuidado atrelado à organização e ao planejamento do próprio tempo, o que permite ao membro ter maior autonomia sobre o desenrolar de seu cotidiano. Assim, cuidando do entorno, do ambiente externo que os afeta, estão concomitantemente “arrumando” seu interior e empreendendo uma maior atenção a si mesmos. É neste ponto que as práticas de cuidado colocam em comunicação o corpo, o que está ao seu redor e a sua alma (Foucault, 1985:62).

⁶ É importante esclarecer que pesquisas em campos paralelos (Rui, 2014) analisam as práticas de cuidado a partir da perspectiva da “redução de danos” (RD). A partir desta, o cuidado é direcionado à prevenção e à minimização dos agravos ocasionados pela droga, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do usuário sem que ele tenha que se abster do uso/consumo. Neste caso, diferente da perspectiva adotada em AA, a política de RD não entende a necessidade de interrupção (abstinência) do uso/consumo de drogas.

A prática de exame de consciência realizada em *cabeceira de mesa*⁷ permite que os alcoólicos narrem suas trajetórias de vida num movimento constante de construção e (re)construção de si, elucidado pela ideia de cuidado. Embora a noção de cuidado varie entre os membros⁸, é de entendimento geral que todo cuidado é antecedido por um posicionamento responsável diante da recuperação. Esta tomada de responsabilidade pode ser lida a partir do que Foucault denomina por ética do domínio imbricada na “cultura de si” (Foucault, 1985, p.70). No contexto do grupo de AA, a experiência deste domínio não se refere somente à postura de parar de beber, mas saber que cabe somente a si mesmo responder moralmente diante da construção de uma vida com sobriedade. O exemplo de Caio (ator, 29 anos e membro de AA há 2) é elucidativo: certa vez, durante uma *partilha*, ele parece ter constatado que no *tempo de ativa* sempre *terceirizou sua vida*, isto é, delegou aos amigos, aos pais e à sua namorada a tomada de decisão sobre assuntos particulares e de seu interesse. Aqui, a “terceirização” da própria vida se coloca justamente como ato oposto à tomada de responsabilidade em direção a si mesmo. Sendo assim, Caio, ao delegar a outros a direção de sua vida, se isenta da responsabilidade de responder por si.

Há nesta lógica da responsabilidade um duplo movimento que deve ser explorado. O cuidado em AA opera de modo relacional (aspecto que será desenvolvido mais adiante), construído e amparado em redes transindividuais de ajuda. No entanto, ao mesmo tempo, é possível perceber a promoção de certa individualização da responsabilidade e da constituição do sujeito em recuperação. Esta tensão entre práticas de cuidado orientadas para ou pelo coletivo e a individualização da responsabilidade mostra que elas são, ao fim e ao cabo, complementares e não se excluem. Desta discussão é importante salientar que a tomada de responsabilidade, de forma individual e/ou coletiva, é para os membros uma resposta que se deve também àqueles(as) afetados(as) indiretamente pelo alcoolismo (familiares, colegas de trabalho, empregadores, amigos, entre outros). Neste caso, o autoconhecimento e o cuidado desenvolvidos durante a recuperação não são aspectos que independem do reconhecimento de

⁷ Espaço físico que demarca o local de fala e de expressão dos alcoólicos durante as reuniões. Normalmente, localiza-se em cima de um púlpito.

⁸ Uma importante variação da noção de cuidado está relacionada ao gênero, no entanto, não será possível desenvolver neste texto. Em minha dissertação intitulada “Quando o viver é uma aposta: uma etnografia sobre os potenciais de vida entre membros de Alcoólicos Anônimos do Rio de Janeiro.” (PPGSA-UFRJ, Rio de Janeiro, 2019) analiso esta variação sob a ótica do gênero.

terceiros. Pelo contrário, parte fundamental da recuperação é o reconhecimento alheio e neste processo de reconhecimento a responsabilidade é considerada a postura que o alcoólico deve assumir para tornar conhecidos os efeitos de sua recuperação.

Ainda sobre o tema da responsabilidade, José Ricardo Ayres (2004a; 2004b) o desenvolve em seus trabalhos sobre a integralidade e a humanização no cuidado com a construção alternativa de práticas de saúde. Embora as considerações de Ayres se detenham ao cenário médico, seu entendimento de como opera a responsabilidade na lógica do cuidado pode nos ser bastante útil. Segundo o autor,

A responsabilidade tem [...] o duplo sentido [...] de *responder por si* e *responder para si* [Grondin, 1999]. Cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar *porque* se responsabiliza. E não é por outra razão que Saturno concede ao cuidado a posse da sua criatura *porquanto e enquanto se responsabilizar* por sua existência (Ayres, 2004a:78).

Por esta perspectiva, o imperativo do domínio de si coloca ao membro de AA a prerrogativa de saber discernir o que depende de sua tomada de responsabilidade para ser transformado e o que independe de sua ação. De certa forma, este discernimento é um ato de cuidado que posiciona o alcoólico de maneira consciente diante de conflitos e dilemas que possam gerar desgastes emocionais e comprometer a recuperação – trata-se de um movimento de autopreservação. Este tipo de cuidado, enquanto uma posição responsável, comedida e ponderada diante do outro, é denominado pelos membros de *desligamento*:

Desligamento não significa deixar de amar; significa que não posso fazer pelo outro aquilo que ele precisa fazer. Desligamento não é cortar a comunicação, é a admissão de que não posso controlar uma outra pessoa. Desligamento não é facilitação, mas deixar que haja aprendizado através das consequências naturais. Desligamento é admitir impotência, o que significa que a solução não está nas minhas mãos (...). Desligamento não é ficar no meio, controlando os resultados, mas deixar que os outros influam nos seus próprios destinos (Revista VIVÊNCIA, 1997:28).

Nos termos de AA, cuidar de si é se responsabilizar por mudar somente o que está ao seu alcance, tendo a capacidade de aceitar a impossibilidade de remediar o que não lhe diz respeito. É como sugere a Oração da Serenidade, manifestada no início e no final de todas as reuniões de AA: “Concedei-nos, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que

não podemos modificar, coragem para modificar aquelas que podemos, e sabedoria para distinguir umas das outras”. Neste caso, ser sábio é ter a capacidade de se colocar em primeira pessoa diante das situações da vida. É saber aferir o que depende de si e o que não está sob seu domínio, a fim de evitar situações indesejáveis que possam conduzir ao *primeiro gole*. A liberdade de discernir entre o que merece dedicação e o que é dispensável, ou seja, um certo domínio de situações a partir de um posicionamento racional – muito similar ao que os gregos entendiam por *sophrosune* – é uma prática que, apesar de sugerida pelo programa de AA, não está organizada em técnicas específicas. Pelo contrário, é exercitada de maneira particular, criativa e improvisada. A ideia é que a prática desta habilidade se desencadeie em um hábito a partir do qual o alcoólico saiba lidar, sem o auxílio do álcool, com situações da vida que são irremediáveis.

O cuidado com o corpo

O desenvolvimento de certo domínio de si também esbarra em práticas e estratégias de cuidado com o próprio corpo. Ao longo da recuperação, o corpo que já sinalizou as marcas de degradação impressas pelo álcool passa a ser motivo de cuidado. Certas marcas – falta de equilíbrio, rosto inchado, arranhões, hematomas, entre outras – são consideradas pelos próprios alcoólicos como os indicadores visíveis do *uso abusivo do álcool*. Nos termos de Epele (2012), tratam-se de “topologias corporais”⁹ que no contexto de AA indicam não só a condição do alcoolismo, mas também as manifestações particulares da doença em cada sujeito, bem como as estratégias disponíveis a cada um deles para reverter ou disfarçar tais marcas.

Epele, em sua pesquisa sobre o consumo generalizado de PB/Paco (pasta base de cocaína) nos setores populares e marginalizados de Buenos Aires, descreve como as topologias corporais derivadas do consumo de PB extrapolam a simples indicação de mudanças no corpo dos jovens, produzindo diferentes formas de subjetivação e percepção de si mesmos. Ela comenta que, entre os jovens.

⁹ Em sua pesquisa nos setores populares de Buenos Aires, Epele (2012) identifica nas “topologias corporais” dos jovens consumidores de PB/Paco (pasta base de cocaína) a relação entre pobreza, rápido emagrecimento e desnutrição.

[...] o sentimento de estranheza, não só a respeito de si mesmo, mas especificamente das próprias experiências, imagens e dos sentidos corporais, introduziu além de mal-estares e doenças, distâncias, separações e rupturas nos processos de reconhecimento e sociabilidade (Epele, 2012:254).

Do mesmo modo, entre os membros de AA, as marcas do alcoolismo (que agora são cuidadas) já comprometeram relações e motivaram rupturas familiares. Ademais, tais marcas sustentaram durante o *tempo de ativa* o rótulo de “desacreditado”, “fraco” e “sem vergonha”, comumente atribuído ao alcoólico pelo senso comum. Seu José, em entrevista, recorda da sua relação com os filhos e com a esposa durante o *tempo de ativa*:

Eu fui apenas um reprodutor para colocar aquelas crianças no mundo para sofrer. Eu não vi o crescimento dos meus filhos. (...) Eu praticamente perdi a minha família. Não foi a minha família que me perdeu, mas eu que abandonei a minha família vivendo debaixo do mesmo teto (...).

Com todo respeito, filhinha, mas dizem por aí que o álcool tira a potência da pessoa. A minha não tirou, porque eu deixava a minha mulher limpa em casa para levantar mulher mendiga na rua para fazer sexo (Entrevista, maio de 2014)¹⁰.

Em função dos *desajustes comportamentais* que o álcool proporciona, a exemplo da fala de Seu José citada acima, parte daqueles que não apresentam o *problema do alcoolismo* atribui aspectos depreciativos aos alcoólicos. Estes são estigmatizados porque seu comportamento quando do *tempo de ativa* viola fronteiras e regras sociais, desestabilizando noções consolidadas de identidade e ordem. Desta forma, quando o alcoólico passa a ser estigmatizado:

[...] deixamos de considerá-lo criatura comum e total reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem [...] (Goffman, 2012:12).

O estigma em torno do alcoólico que o associa à imagem de um sujeito “fraco”, “desacreditado” e “sem vergonha”, é sustentado, sobretudo, pela visibilidade da doença no corpo e na fala do sujeito. Neste sentido, o empreendimento de práticas de cuidado com o próprio corpo é uma maneira do alcoólico agenciar a forma como gostaria de ser visto e

¹⁰ Aqui faço uso do material etnográfico coletado em 2014 para o trabalho de conclusão de curso “A artimanha do anonimato em trajetórias de vida atravessadas pelo alcoolismo: uma etnografia do AA da Ilha do Governador”.

percebido pelos demais. Tais práticas de cuidado são fontes, portanto, de individualidade, que colocam à disposição do alcoólico a possibilidade de manipular uma imagem até então estigmatizada socialmente.

As experiências do *tempo de ativa* produzem corporalidades específicas, de modo que cada alcoólico produz seu corpo em contextos distintos e em relações singulares. Traçar práticas de cuidado com o próprio corpo é um investimento que procura comunicar a si e ao *outro* que aquele corpo não é mais o mesmo. Na fala dos meus interlocutores, a necessidade desta comunicação fica evidente na demarcação constante entre *nós* (alcoólicos) e *eles* (não alcoólicos). Trata-se, sobretudo, de responder ao estigma, atribuído por *eles*, que os rotulavam e rotulavam seus corpos como “fracos” e “abjetos”¹¹.

A ideia de abjeto associada aos alcoólicos está amparada nas percepções controversas e principalmente morais atribuídas a eles. Como salienta Judith Butler em entrevista, “o abjeto para mim [...] relaciona-se a todo tipo de corpo cujas vidas não são consideradas ‘vidas’ e cuja materialidade é entendida como ‘não importante’” (Prins & Meijer, 2002:161).

Neste caso, sendo o corpo do sujeito alcoólico o registro físico de suas experiências com o álcool, a produção da própria existência desse sujeito pode ser compreendida a partir da relação de cuidado que ele estabelece com sua propriedade corpórea. A partir da relação com o próprio corpo, o sujeito alcoólico elabora práticas de cuidado que transformam não só o aspecto físico, mas seu modo de se perceber e ser percebido. O corpo, portanto, é a demonstração de que ali há um sujeito que se cuida, que habita e transforma cada canto de si.

A cena que se segue é esclarecedora de como o corpo pode ser manipulado através de técnicas e práticas de cuidado a fim de torná-lo a comprovação aparente da recuperação.

Naquela manhã de sábado, logo que a porta do elevador abriu, avistei Miranda. Sentada no meio do corredor com as pernas cruzadas, ela vestia uma calça preta de ginástica e uma regata com a frase “Remo Flamengo”. Aproximei-me e puxei assunto. A conversa rapidamente enveredou para sua rotina de exercícios e atividades físicas. Miranda comentou que perdeu 40 kg desde que parou de beber e retornou suas atividades no remo. Ela me mostrou em seu celular os aparelhos utilizados neste esporte e as principais áreas do corpo que são trabalhadas quando

¹¹ Podemos encontrar demarcação semelhante na obra *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*, de Taniele Rui (2014), quando a autora defende que a noção de “corpos abjetos” associada aos usuários de crack ampara-se na constatação de que esses sujeitos apresentam comportamentos que transgridem fronteiras e regras sociais, desestabilizando noções consolidadas de identidades e ordem.

se pratica o mesmo. Para enfatizar ainda mais o que me dizia, ficou de pé, virou de costas, levantou a blusa e me mostrou seus músculos definidos. Aos poucos os membros foram chegando e ficamos todos sentados no corredor à espera do coordenador com a posse das chaves da sala de reuniões (NOTAS DO CAMPO, março de 2018).

O investimento de Miranda na prática de remo e o seu interesse em me mostrar os efeitos que essa prática despertou em seu físico evidenciam como o cuidado com o corpo é mais um instrumento de aperfeiçoamento da recuperação. Segundo ela, a repetição diária de tal prática estimula a busca por um rendimento cada vez melhor, “*ocupando seu tempo com outras coisas que não seja beber*”¹². É como um jogo de recompensas, no qual todo o movimento em prol de tornar a prática do remo uma habilidade bem executada compensa o afastamento do hábito de beber. Entre os membros de AA, este deslocamento de uma prática (beber) a outra (no caso de Miranda, o remo) é chamado de *transferência*. Isto é, o alcoólico, quando em recuperação, tende a transferir e substituir o hábito de beber por práticas que lhe deem prazer, e que, de certa forma, ocupem o espaço vazio deixado pela bebida.

Há neste empreendimento de si e para si, elucidado pela prática de remo, uma fonte de individualidade que se alimenta conforme Miranda percebe as transformações e mudanças no próprio corpo. Em sua fala, a associação entre as transformações corporais (perda de peso e fortalecimento dos músculos) e a recuperação em curso (abstinência e frequência nas reuniões) é uma demonstração de sua preocupação em evidenciar as possibilidades de mudanças e aperfeiçoamento que o ato de não beber pode engendrar.

À luz do exemplo de Miranda, é possível inferir que o corpo é mais do que um guardião de órgãos segundo as leis da anatomia e da fisiologia¹³, mas uma realidade localizada socialmente, cujo sentido é preenchido conforme é encarnado e performatizado pelos sujeitos no mundo. Assim, a realidade corpórea de Miranda é integralmente preenchida

¹² Marcel Mauss (2017) é uma referência clássica para o estudo das técnicas do corpo. Segundo o autor, há uma importante causa sociológica nos empreendimentos corporais transmitidos, apreendidos e assimilados pelos indivíduos. Em sua discussão sobre os princípios de classificação das técnicas do corpo, Mauss salienta as técnicas de adestramento do corpo em função de seu rendimento. Neste tipo de técnica, predomina a noção inglesa de “*craft*” e de “*clever*” (destreza, presença de espírito e hábito) como uma forma de domínio técnico do próprio corpo.

¹³ No texto mencionado anteriormente, Marcel Mauss (2017) pontua que os corpos, além de serem biologicamente constituídos, estão imersos em processos de modelação cultural e social, assumindo significados variados a depender do contexto no qual estão inseridos. Segundo o autor, o corpo é o instrumento a partir do qual os sujeitos moldam seus mundos, e a ferramenta originária a partir da qual o mundo humano é moldado.

por suas experiências e vivências no remo, o que faz do seu próprio corpo o retrato do eu que deseja ser visto e reconhecido socialmente. Acerca da relação do sujeito com o próprio corpo, Le Breton (2010) comenta:

Recria-se a sociabilidade ausente abrindo em si mesmo uma espécie de espaço de diálogo que assimila o corpo à possessão de um objeto familiar. Ao alcance das mãos, de certa forma, o indivíduo descobre através do corpo uma forma possível de transcendência pessoal e de contato. O corpo não é mais uma máquina inerte, mas um *alter ego* de onde emanam sensação e sedução. Ele se transforma no lugar geométrico da reconquista de si, um território a ser explorado na procura de sensações inéditas a serem capturadas [...] (Le Breton, 2010:87).

O corpo entre os membros de AA se impõe como o lugar de predileção de uma satisfação pessoal (algo como um movimento narcísico), mas dirigida a outros, com o objetivo de comunicar as mudanças e as transformações conquistadas em tempo de recuperação. Assim, o corpo, em muitos casos, assume o lugar da fala (quando essa não tem mais crédito entre familiares e amigos) e comunica a aposta em uma vida de sobriedade que o alcoólico reitera a cada 24h. Trata-se de um movimento de ocupação de seus próprios corpos, cujo objetivo é fazer de si um cenário de experimentação de práticas e estratégias de cuidado.

A lógica do cuidado até aqui exposta reúne um conjunto de práticas que permite ao alcoólico tecer sua linha de vida à medida que ela se desenrola e se reitera a cada 24h de recuperação. A relação cuidadosa com o próprio corpo, a partir do exemplo de Miranda, é uma demonstração de como o cuidado de si opera possibilitando que o sujeito crie e (re)crie caminhos de diálogos consigo mesmo e novas formas de sociabilidade. Assim, a seguir, apresento o princípio do anonimato como mais uma faceta do cuidado entre membros de AA que, tal como o corpo, possibilita que o alcoólico manipule (no sentido de dar forma) a sua representação pessoal durante o processo de recuperação.

A artimanha do anonimato como estratégia de cuidado

Pina-Cabral, em *O limiar dos afectos: algumas considerações sobre nomeação e a constituição social de pessoas* (2005), chama atenção para o fato de que:

Os nomes funcionam como marcas de relações *afectivas* e, por conseguinte, como sinalizadores emocionais. [...] nomear é, assim, um passo central na constituição

social da pessoa – um dos principais meios de integração entre a reprodução social e a reprodução humana. Por reprodução social, refiro-me ao processo pelo qual novas pessoas (agentes e sujeitos – *egos* e *selves*) são constituídas ou removidas; por reprodução humana refiro-me ao processo pelo qual as pessoas físicas nascem ou morrem (Pina-Cabral, 2005:1).

A recusa em usar o nome não exclui, entretanto, a constituição de *Pessoa social* – alguém implicado e reconhecido socialmente, responsável por agir e decidir no todo social. O fato é que ser uma pessoa não implica necessariamente em ter um nome. Dito isto, um esclarecimento deve ser feito em relação a comum associação entre anonimato e a não revelação do nome próprio. O anonimato enquanto prática de cuidado adotada fora da sala de AA opera no ocultamento da doença, e não do nome do alcoólico. Assim, não se trata de não nomear a si mesmo, ocultando o nome próprio, mas não nomear a doença. Isto porque é a marca da doença que se busca “esconder” a fim de inviabilizar a associação entre a pessoa e o alcoolismo.

No tocante à construção de uma vida de sobriedade, desenhada e (re)desenhada ao longo do processo de recuperação, o anonimato opera como uma ferramenta pessoal, assentada na ideologia moderna do individualismo, que permite ao membro de AA o controle de impressões, das representações do Eu, a construção de justificativas e até o ocultamento da condição de alcoólico. Por isto, considero importante refutar a ideia de que o anonimato é um ato de reconhecimento da impotência do alcoólico em lidar com o problema do alcoolismo, defendida pelo antropólogo Edemilson de Campos, em “Por que os alcoólicos são anônimos? Anonimato e identidade no tratamento do alcoolismo” (2009). O autor sugere que:

O anonimato é um signo da incapacidade de o alcoólico enfrentar o problema do alcoolismo, seguindo apenas a própria vontade, tal como traduzido no primeiro e segundo passos do programa de recuperação da irmandade: 1) Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas; 2) Vimos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia nos devolver à sanidade (Campos, 2009b:24).

A importância do anonimato não está somente em sua faceta de “esconderijo”, como se ocultar/esconder a doença determinasse por si só a fragilidade ou a falta de domínio de si. Pelo contrário, o caráter de escolha implicado no anonimato ressalta a sua importante função nas representações do eu em situações e contextos diversos. O anonimato é uma escolha individual e autorreferente, a partir da qual o sujeito determina como gostaria de ser

percebido (ou não) por aqueles que não são acometidos pela doença do alcoolismo. Trata-se, portanto, de uma ferramenta angariada na ideia de autonomia, através da qual o sujeito opta por gerir ou não informação sobre si.

De acordo com Catarina Fróis (2010), “o anonimato veicula (...) duas ideias fundamentais subjacentes: a) o que (não) se diz; b) a quem se (não) diz, ou seja, a possibilidade de escolha daquilo que dizemos aos outros sem comprometer a relação em si mesma” (Fróis, 2010:74). O fato é que a possibilidade de se tornar indistinguível não é trivial para o indivíduo que carrega a marca do alcoolismo e todo o estigma atribuído a essa condição. Em entrevista, Dona Graça, membro de AA há 31 anos, explica a necessidade do anonimato:

A gente preza pelo anonimato porque, por exemplo, se nós arranjarmos um emprego e falarmos que somos alcoólatras, não empregam porque não confiam. Não confiam na recuperação. Então é aconselhável que não se fale, mantenha o anonimato. A programação pode cair, a gente pode voltar a beber a qualquer momento, a qualquer hora (...). Então, o que eles vão dizer? Os que desconhecem? Que é safadeza! Que é mau caráter, pouca vergonha, que é safado sem vergonha! É isso que falam! Então, a melhor coisa para nós é mantermos o nosso anonimato porque ninguém sabe o dia de amanhã (Entrevista, maio de 2014).

A fala de Dona Graça aponta para a ideia fundamental do anonimato: a possibilidade do alcoólico não ser associado diretamente à doença, afastando a desconfiança relacionada ao alcoolismo e impedindo que o sujeito se envolva em situações que possam produzir constrangimento a si. Assim, o anonimato permite ao alcoólico o estabelecimento de novas relações nas quais o alcoolismo não atua como uma marca definidora de quem se é. Acerca dos impedimentos que certas marcas podem provocar às pessoas estigmatizadas, Goffman comenta:

Uma possibilidade fundamental na vida da pessoa estigmatizada é a colaboração que presta aos normais no sentido de atuar como se a sua qualidade diferencial manifesta não tivesse importância nem merecesse atenção especial. Entretanto, quando a diferença não está imediatamente aparente e não se tem dela um conhecimento prévio (ou, pelo menos, ela não sabe que os outros a conhecem), quando, na verdade, ela é uma pessoa desacreditável, e não desacreditada, nesse momento é que aparece a segunda possibilidade fundamental em sua vida. A questão que se coloca não é a da manipulação de tensão gerada durante os contatos sociais e, sim, da manipulação de informação sobre o seu defeito (Goffman, 2012:51).

Sendo assim, é possível supor que o anonimato opera como uma fachada [*face*] (Goffman, 2012), a partir da qual o alcoólico interage e age reivindicando para si certas qualidades que o permitam construir um retrato do eu com atributos positivos e aprovados socialmente (por exemplo, a confiança). O que está em jogo é a possibilidade de manipular as impressões sobre si, de modo que o alcoolismo não configure um empecilho ou um fator restritivo diante de interações sociais. No caso da entrevista de emprego, o alcoólico pode utilizar-se do anonimato e a partir de atos verbais e não verbais estabelecer uma interação na qual sua doença não induza a reação e a impressão que o empregador possa ter dele.

É importante salientar que o anonimato é uma ferramenta que opera de forma multifacetada e sua manutenção é uma variável condicionada ao tipo de interação, ao ambiente no qual se interage e com quem se interage. Neste caso, a seguir elenco alguns cenários de interação nos quais prevalece o ocultamento da doença, e, portanto, a manutenção da fachada (ambos os cenários ilustram situações de interação fora da sala de AA):

I. *Entre membros de AA*

É muito comum que o membro, com o passar do tempo de recuperação, crie vínculos de amizade com outros alcoólicos de seu grupo e forme novos circuitos de lazer (por exemplo, ir à pizzaria, passar uma tarde na praia, ir ao cinema etc.). Neste tipo de interação entre membros, cria-se uma rede de apoio e de suporte da fachada que é assumida por todos e de conhecimento de ambos os envolvidos. Assim, estes novos vínculos de amizade auxiliam o alcoólico a evitar ambientes e amigos de *ativa* que possam comprometer sua recuperação. Isto porque a relação com pessoas que compartilhavam do hábito de beber e a própria geografia espacial que circunscrevia esse hábito remetem a um passado que ainda está sendo inventariado, de modo que pode levar o alcoólico a uma possível *recaída* e, conseqüentemente, ameaçar sua fachada. Sobre situações como esta, que comprometem a manutenção da fachada, Goffman comenta:

A saída mais garantida para uma pessoa evitar ameaças à sua fachada é evitar contatos em que seria provável que essas ameaças ocorressem. Em todas as sociedades podemos observar isto na relação de evitação e na tendência de conduzir certas transações delicadas através de intermediários. Da mesma forma, em muitas sociedades, os membros conhecem o valor de voluntariamente realizar uma retirada

graciosa antes que uma ameaça à fachada prevista possa ter chance de ocorrer (Goffman, 2012:23).

II. Entre o alcoólico e as pessoas de sua confiança

Se por um lado há membros que optam por não arriscar sua sobriedade, evitando lugares/pessoas de *ativa*, por outro, há aqueles que se sentem preparados para retornar aos ambientes nos quais há o consumo de bebidas alcoólicas. Neste cenário, o alcoólico estabelece um acordo de proteção com quem o acompanha (normalmente uma pessoa que não é alcoólica), firmado na ideia de que independentemente das circunstâncias, se alguém ou algo o desestabilizar a ponto da vontade de beber surgir, sair daquela situação é uma urgência. Este acordo de proteção da fachada coloca em destaque que ela pode ser compartilhada e de conhecimento de pessoas específicas (não alcoólicas), com as quais o membro sinta que a relação não seja afetada pela condição do alcoolismo. Neste tipo de situação, a ameaça à fachada surge quando uma terceira pessoa oferece uma bebida alcoólica ao membro e/ou questiona porque ele não está bebendo naquela ocasião. Para tal situação, é muito comum que o alcoólico, a fim de manter sua fachada, utilize um mecanismo de defesa muito conhecido entre os membros: mencionar que está fazendo uso de antibiótico e que o consumo da bebida comprometeria a eficácia do remédio. Nestas situações nas quais a pessoa arrisca a preservação de sua fachada:

[...] como medida defensiva, ela se mantém longe de tópicos e atividades que levariam à expressão de informações que seriam inconsistentes com a linha que ela está mantendo. Em momentos oportunos, ela mudará o assunto da conversa ou a direção da atividade (Goffman, 2012:23).

III. Entre o alcoólico e os seus familiares

A *abertura* do anonimato para os familiares é uma variante entre os membros. Alguns entendem a necessidade de falar sobre a doença e o ingresso no grupo de AA para os familiares mais próximos (pais, cônjuges e filhos). Outros mantêm o completo anonimato no seio familiar. Os que optam pela primeira alternativa costumam abrir o anonimato porque entendem que falar com os familiares sobre a doença e a recuperação em AA é de alguma forma retribuir o apoio que receberam durante a *ativa*. Já aqueles que escolhem pelo

anonimato costumam não ter uma rotina com os familiares e por isso conseguem preservar a fachada em situações esporádicas (celebrações em geral) nas quais o encontro com a família é inevitável. Nestas situações, a justificativa do *uso de antibiótico*, mencionada acima, para não aceitar a oferta de bebidas é utilizada a fim de preservar a fachada.

Em cenários nos quais se encontram o membro, familiares (que têm conhecimento do alcoolismo) e terceiros (que, por sua vez, desconhecem tal condição), algumas manobras são realizadas para preservar a fachada. Em situações como esta, o membro pressupõe que seu familiar demonstre respeito e confiança, assegurando-se de evitar situações que possam comprometer a fachada. Como sugerido por Goffman, quando a pessoa tem conhecimento da fachada, “ela emprega a discrição; ela não menciona fatos que possam, implícita ou explicitamente, contradizer e constranger as afirmações positivas feitas pelas outras” (2012, p. 24).

Sobre a relação com familiares que têm conhecimento do alcoolismo e da recuperação do membro em AA, vale mais um apontamento. Nesta relação a fachada opera como um elo que reconstrói ou atenta reconstruir a confiança entre o alcoólico e a pessoa de sua família. Ao *abrir o anonimato*, o alcoólico busca não somente demonstrar que está engajado em se recuperar, mas que confia no familiar a ponto de *confessar* sua condição de membro de um grupo anônimo. Esta confissão implica em compromissos tanto para quem confessa quanto para quem testemunha. Do familiar é esperado ações de respeito e resguardo da fachada do membro, enquanto desse último é ensejado o compromisso com a recuperação e a manutenção da sobriedade. De modo geral, a *recaída* por parte do membro ou o vazamento de informações sobre o alcoolismo por parte do familiar representa para esta relação, que busca se reconstruir a partir da preservação da fachada, uma quebra de confiança.

Como é possível perceber, entre os membros de AA o anonimato é uma ferramenta complexa que admite variações em seu uso. No entanto, há algo que *vaza* e perpassa este jogo de revelação e ocultamento: trata-se da ideia de que o anonimato convoca o alcoólico a agir e atuar no mundo social. Se por um lado, como admite Pina-Cabral (2005), o processo de

nomeação implica na constituição social da pessoa, por outro, o alcoólico membro de AA se constitui enquanto pessoa ao passo que sua doença torna-se anônima. Em outras palavras, é a partir do que não se revela (a doença) que o processo de formação do eu ocorre, possibilitando ao alcoólico estabelecer novas relações no âmbito social, e, dessa forma, dar continuidade à sua aposta na vida.

O cuidado compartilhado

“Quer beber, o problema é seu; quer parar, o problema é nosso!”. Esta é uma proposição compartilhada em AA e que coloca em destaque uma das ideias fundamentais do grupo: o cuidado de si também implica em um engajamento com a recuperação do outro. Neste caso, entre os membros, o cuidado não se restringe a uma prática particular, mas engloba dedicação e atenção à recuperação dos demais *companheiros* e *companheiras*. Em alinhio a este ponto de vista, Tronto (1993) chama atenção para o fato de que o cuidado não se traduz em atos de primeira pessoa, isolados e engajados somente a quem os pratica, mas engloba certo caráter de interdependência. Em suas palavras, *“care implies a reaching out to something other than self: it is neither self-referring nor self-absorbing”* (1993:102).

Desta forma, entre os membros de AA, o cuidado é uma prática compartilhada que se faz por meio da interação e da identificação com os demais membros, favorecendo a construção coletiva de uma forma de viver com sobriedade. A seguir descrevo uma cena ocorrida durante o trabalho de campo que destaca como opera este cuidado compartilhado entre os membros de AA.

Era quinta feira e o mês era maio. Faltavam poucos minutos para o início da reunião quando uma mulher chegou e se sentou ao fundo da sala. Chamada pelo coordenador para dar seu depoimento, se apresentou como Juliana, uma mulher de 41 anos e de origem nordestina, que começou a ter problemas com o álcool aos 35 anos, quando sua mãe, também alcoólica, faleceu por decorrência do alcoolismo. Juliana ficou responsável por cuidar do pai, que na época estava prestes a completar 90 anos, e por medo de decepcioná-lo começou a beber escondida no quarto e no banheiro. Seu temor era de que ele enxergasse na filha o mesmo futuro de sua esposa. Após algumas internações e tentativas não bem sucedidas de parar de beber, Juliana resolveu procurar por ajuda em AA.

Ao fim do depoimento, o coordenador perguntou se ela gostaria de entrar para o grupo e se tornar membro. Juliana acenou positivamente com a cabeça e o coordenador indicou Celina como sua madrinha. Celina levantou-se, abraçou Juliana, disse que estava grata e lhe entregou uma ficha de cor branca (símbolo do ingresso no grupo). Juliana ficou de pé no centro da sala, diante dela se formou

uma fila, e todos os membros, um por um, a abraçaram, dizendo: “Você é a pessoa mais importante aqui hoje! Fica com a gente e volta amanhã!”. Com os olhos marejados de lágrimas, Juliana agradeceu a todos: “Não existe palavra para descrever o que estou sentindo! Parece que todas as estrelas descenderam do céu e estão a minha volta nesse momento!” (NOTAS DO CAMPO, 2018).

O ritual de apadrinhamento descrito acima pode ser considerado o princípio da prática do cuidado compartilhado entre os membros do grupo. O padrinho ou a madrinha é o membro responsável por apresentar a programação de AA ao recém-chegado e praticar junto a ele os *Doze passos*. Trata-se de alguém que irá acompanhar todo o processo de recuperação do alcoólico e que deve estar disponível sempre que ele necessitar conversar e tirar suas dúvidas sobre a programação. Apesar desta função inicialmente ser fruto de uma indicação, com o passar da recuperação torna-se uma escolha. Geralmente, o alcoólico escolhe o membro com o(a) qual ele se identifique e se sinta bem para compartilhar suas experiências do *tempo de ativa* e suas dificuldades ao longo da recuperação. Segundo Dona Graça,

A função do padrinho é orientar, levar o programa ao afilhado, ajudar ele principalmente no início da caminhada. Nos primeiros dias é necessário que o padrinho ajude o afilhado. Depois ele solta pra ele vir com as próprias pernas. Aí ele aprende o caminho e vem sozinho. O padrinho também não pode ir muito fundo, tudo tem seu limite (Entrevista, maio de 2014).

O potencial da relação entre o padrinho e seu afilhado está no compartilhamento das dificuldades em torno da recuperação. O cuidado, quando compartilhado, fomenta o próprio entendimento que o alcoólico tem de si e da necessidade de parar de beber. Assim, ao cuidar da recuperação do outro, cuida-se de si próprio. Segundo Foucault, é este exercício de si quando compartilhado que permite caracterizar as atividades destinadas ao cuidado como uma “prática social”. O autor comenta:

Existem também as conversas com um confidente, com amigos, com um guia ou diretor; às quais se acrescenta a correspondência onde se expõe o estado da própria alma, solicita-se conselhos, ou eles são fornecidos a quem deles necessita – o que, aliás, constitui um exercício benéfico até para aquele chamado preceptor, pois assim ele os reatualiza para si próprio (...). Tem-se aí um dos pontos mais importantes dessa atividade consagrada a si mesmo: ela não constitui um exercício da solidão, mas sim uma verdadeira prática social (Foucault, 1985:57).

A relação que se estabelece entre um padrinho e o membro novato é de complementaridade e reciprocidade. Se, por um lado, o membro que apadrinha é orientado a

permanecer no grupo e manter sua sobriedade porque é um espelho para seu afilhado, por outro, este último, a partir de 3 meses de recuperação, torna-se hábil a ocupar esta função e retribuir aos recém-chegados o que recebeu no dia em que ingressou no grupo – apoio e orientação. Ademais, na prática do cuidado compartilhado, os papéis – de alguém que orienta e de alguém que é orientado – são desempenhados alternadamente. Isto porque independentemente do tempo de recuperação de um alcoólico, a figura de alguém que acompanhe sua dedicação ao programa e a sua busca pela sobriedade se fazem necessárias.

Em entrevista, Seu Joaquim (aposentado, 75 anos e membro de AA há 21) explica como opera esta relação complementar e alternada em um grupo de AA:

Aqui tem um caminho a ser seguido. E esse caminho está tanto na literatura da irmandade quanto nas pessoas mais antigas, que têm mais experiência. O exemplo não é a melhor forma de convencer; é a única! Então, meu comportamento, a minha dedicação, o acolhimento e a atenção que eu dou aos companheiros são absorvidos pelas pessoas. As pessoas absorvem isso e colocam em suas próprias vidas como um dia eu coloquei quando fui recebido pelos mais antigos. É um passar de bastão. É uma maratona, a gente vai correndo e vai passando o bastão para o outro. E é assim que funciona o AA (Entrevista, outubro de 2017).

Outro aspecto não menos importante da relação entre o padrinho e o seu afilhado é a vigilância. Parte do papel atribuído ao padrinho ou à madrinha é vigiar o comportamento do afilhado, sobretudo durante as reuniões e, quando necessário, orientar possíveis mudanças de comportamento a fim de evitar atitudes que possam comprometer a recuperação. Por exemplo, é comum que o padrinho ou a madrinha chame a atenção do afilhado que esteja afastado das reuniões e que quando presente usa o celular, sai constantemente da sala durante a *partilha* de outros membros para ir ao banheiro, beber água, entre outras atitudes. Estas são práticas que comprometem não só a recuperação do membro que as executa, mas a recuperação de quem procura e necessita de escuta durante a *partilha*.

De acordo com Foucault:

[...] a disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme a regra. É preciso vigiá-los durante o tempo das atividades e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares (Foucault, 1984b:106).

No caso da relação entre padrinho e afilhado, trata-se de uma vigilância desejada e vista pelo coletivo de AA como uma demonstração de cuidado. Neste caso, quando um recém-ingressado no grupo escolhe seu padrinho ou sua madrinha, o que ele procura por meio dessa ação é justamente um olhar atento e de vigia ao seu comportamento. Assim, procura-se e deseja-se a vigilância do outro que é julgado apto para tal, tendo em vista o tempo de recuperação e a experiência com o estado de abstinência do membro veterano. E quando esta vigilância falha, isto é, em casos de um padrinho omissivo e negligente (por exemplo, um padrinho que não atende as ligações do afilhado, que não estabelece uma relação mínima de troca e diálogo fora da sala de AA), não demora para que o afilhado substitua a figura da qual ele espera vigia e orientação.

Como é possível perceber, o engajamento do alcoólico em (re)fazer a si mesmo passa pela radicalidade do cuidado, mas não há cuidado de si que opere sozinho em AA. Esta atenção compartilhada e engajada no *outro* já foi tema de importantes pesquisas nas Ciências Sociais (Godbout, 1999; Mota, 2004; Ferreira, 2012; Brunello, 2009) dedicadas a entender a dinâmica dos grupos anônimos de autoajuda (AA, DASA, MADA, NA). Godbout (1999), por exemplo, dedicou-se a estudar tais grupos a partir da noção de dádiva, pois, segundo o autor, a ideia de dar e receber fundamenta o vínculo entre os membros que se agrupam a fim de solucionar um problema em comum (no caso de AA, *o uso abusivo de bebidas alcoólicas*). Assim, para o autor tanto a programação quanto a dinâmica dos grupos anônimos giram em torno da tríade dar-receber-retribuir, pois partem da noção de que a ajuda compartilhada possibilita a cada membro individualmente encontrar a solução para seus próprios problemas.

Desta maneira, o ritual de apadrinhamento descrito acima pode ser lido a partir da noção clássica de dádiva, cunhada por Marcel Mauss (2017), pois apresenta como princípio estruturante a ideia de dar/receber/retribuir (orientação, conselhos, apoio, entre outros). Além disso, porque na programação de AA esta ideia aparece como uma ação voluntária, mas na prática opera como uma obrigação que, quando não atendida, é mal vista pelos demais membros do grupo. Sendo assim, o ato de apadrinhar em AA apresenta “o caráter voluntário, por assim dizer, aparentemente livre e gratuito, e no entanto obrigatório e interessado” (Mauss, 2017:194).

Nos grupos de AA, retribuir o cuidado recebido de um padrinho ou de uma madrinha, tornando-se uma figura de apoio e orientação aos novatos, é *sugerido* àqueles que já estão em programação há mais de 3 meses. A recusa em retribuir é vista pelos demais como falta de compromisso com a própria recuperação, quando não como ingratidão. Desta maneira, há entre os membros o cultivo da obrigatoriedade em retribuir a dádiva da sobriedade (fruto em muitos casos de uma ligação telefônica do padrinho, de um conselho, de um abraço ou de uma orientação), sob pena de perder esse estado que fundamenta a própria recuperação. Por esta perspectiva, o apadrinhamento funciona em AA como “prestações totais” nos termos de Mauss (2017:197), pois opera como um sistema voluntário, embora na prática apresente um fundo obrigatório que molda a própria presença e aceitação do membro no grupo, podendo fomentar piadas e olhares de reprovação quando não seguido.

Ainda sobre o apadrinhamento, é importante esclarecer como ocorre a celebração que envolve a troca de fichas – artefatos em formato de moedas que simbolizam o ingresso em AA e dos seguintes meses de recuperação. Na maioria dos grupos, há uma lousa na parede da sala de reuniões que indica o nome dos membros, o mês e o dia de seu ingresso em AA. A partir desta indicação, os membros podem decidir com seus respectivos padrinhos ou madrinhas o melhor turno e horário para celebrar o recebimento de uma nova ficha. Isto feito, o afilhado convida os membros, familiares e amigos para a celebração que geralmente ocorre ao final de uma reunião aberta¹⁴ do grupo. Na ocasião, após uma breve *partilha* do padrinho, a ficha é entregue ao afilhado, seguido de um discurso de agradecimento e gratidão. Ao final de sua fala, é de costume que a ficha passe pelas mãos de todos os membros presentes, em um sinal de adoração. Em seguida, forma-se uma fila em direção ao membro que se encontra no púlpito, no centro da sala, e, um por um, o abraça e estima mais 24h de recuperação.

As fichas podem ser compradas no próprio site de AA¹⁵, tanto pelo padrinho quanto pelo afilhado, ou até mesmo encomendada de forma particular pelo membro que irá celebrar seu tempo de recuperação. Independentemente da origem de fabricação, a ficha representa

¹⁴ As reuniões abertas são destinadas a qualquer pessoa interessada no programa de AA, tenha ela *problemas com o álcool* ou não. Nestas, pode-se convidar os presentes não membros para a *partilha*, conforme determinar a *consciência* do grupo em questão. Já as reuniões fechadas são unicamente para os membros de AA.

¹⁵ Disponível em: <https://www.aa.org.br/loja/index.php?_route_=fichas> (ver anexo 2). Acesso em março de 2023.

uma extensão, um bem móvel, da dádiva da sobriedade alcançada em muitos casos através da ajuda e da orientação de um padrinho, e por isso é tão representativo que ele mesmo faça a entrega. O ato de dar/receber a ficha é apenas uma demonstração entre muitas outras de uma relação que se alimenta e se consolida através do compartilhamento do cuidado.

A dádiva, na lógica do cuidado com o *outro*, *identificada* nos grupos de AA, pode ser lida como um sistema que facilita a identificação entre os membros e a formação de relação de troca e reciprocidade. Todavia, não se pode perder de vista que esta, no contexto dos grupos, não prioriza nem o membro, nem o coletivo de AA:

(...) mas o valor do vínculo, isto é, manifesta-se como ciclo aberto e/ou uma aposta na aliança que age entre as dicotomias prazer/interesse e obrigatoriedade /liberdade. No caso específico dos membros dos grupos de ajuda mútua, constitui-se como uma aposta na autorrecuperação imbricada com a recuperação do outro (Brunello, 2017:581).

Considerações finais

As estratégias de cuidado analisadas até aqui são uma tentativa de demonstrar ao leitor a variedade de situações e contextos nos quais a construção de uma vida em sobriedade é colocada em prática. Como a própria palavra “prática” sugere, esta construção é uma projeção que se dá no cotidiano singular de cada alcoólico, cujo objetivo último é manter a sobriedade aliada a determinadas estratégias de cuidado.

Longe de estabelecer definições sobre o que é o cuidado entre membros de Alcoólicos Anônimos, este artigo busca abrir um diálogo acerca das brechas que homens mulheres encontram diante da condição invariável do alcoolismo. Brechas, neste caso, são estreitas feridas na doença, por vezes acidentais, por vezes intencionais, que possibilitam enxergar novas perspectivas de vida.

Este texto, portanto, é um esforço de refletir sobre a *vida e o cuidado na doença*. Todo o esforço analítico empreendido foi orientado pela tentativa de abordar o tema do alcoolismo de acordo com uma “ótica epistemologicamente positiva” (Vargas, 1998, p. 131), segundo a qual é possível falar da doença não como um fator limitador, mas como uma realidade que admite reações criativas para manutenção e preservação da vida.

Referências Bibliográficas

- ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. São Paulo: JUNAAB, 2016.
- AYRES, José Ricardo. 2004a. *Cuidado e reconstrução das práticas*. Revista Interface. v.8, n. 14. pp.73-92.
- AYRES, José Ricardo. 2004b. *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*. Saúde e Sociedade. V.13, n.3, pp.16-29.
- BONET, Octavio. 1999. Saber e sentir. Uma etnografia de aprendizagem da Biomedicina. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 9 (1): pp. 123-150.
- BRUNELLO, Eduardo Tadeu. 2009. *Ajuda Mútua, Doença e estigma entre um grupo de Alcoólicos Anônimos*. Trabalho de conclusão de curso em Ciências Sociais. CCH/ Universidade Estadual de Londrina.
- CAMPOS, Edemilson Antunes de. 2009. Porque os alcoólicos são anônimos? Botucatu: Interface, vol. 13, n. 28.
- DAS, Veena. 2018. “*Ethics, self-knowledge, and life taken as a whole*”. In: Hau: Journal of Ethnographic Theory 8 (3): 537-549.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. 2003. *Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença*. Ciência & Saúde Coletiva 8 (1).
- DUMONT, Louis 1985 [1983]. In: O Individualismo. Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro, Rocco.
- EPELE, Maria. 2012. *Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização*. MANA 18(2): 247-268.
- FERREIRA, Carolina Branco de Castro. 2012. “Desejos regulados: grupos de ajuda mútua, éticas afetivo-sexuais e produção de saberes”. Tese defendida no Programa de Doutorado em Ciências Sociais da UNICAMP.
- FOUCAULT, Michel. 1985. *História da sexualidade*. v. III (O cuidado de si). Rio de Janeiro: Graal.
- FOUCAULT, Michel. 2010. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984b (4ª edição).
- FRÓIS, Catarina. *A reinvenção do eu através do discurso: narrativa, estigma e anonimato nas famílias anônimas*. MANA: 13(1): 63-84.

GODBOUT, Jacques. 1999. *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

GOFFMAN, Erving. 2012. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Ltc.

_____. *Ritual de interação*. 2012. *Ensaio sobre o comportamento face a face*. Petrópolis: Editora Vozes,

INGOLD, Tim. 2011. *Being alive: essays on movement, knowledge and description*. Londres: Routledge.

LE BRETON, David. 2010. *A sociologia do corpo*. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes.

MARTIN, Denise, SPINK, Mary e PEREIRA, Pedro Paulo. 2018. *Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol*. Revista Interface. 22(64). pp. 295-305.

MAUSS, Marcel. 2017 [1938]. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo. Ubu Editora.

MOTA, Leonardo de Araújo. 2004. *A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de Alcoólicos Anônimos*. São Paulo. Paulus.

MOL, Annemarie, MOSER, Ingunn e POLS, Jeannette (Eds.). 2010. *Care: putting practice into theory*. In *Care in practice: on tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld, Alemanha: Transcript. pp. 7-26.

PINA-CABRAL, João de. 2005. *O limiar dos afectos: algumas considerações sobre nomeação e a constituição social de pessoas*. Lisboa. (Manuscrito)

PRINS, BAUKJE e MEIJER, IRENE COSTERA. 2002. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Rev. Estud. Fem.*, v.10, n.1, pp. 155-167.

RUI, Taniele. 2014. *Nas tramas do crack. Etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome.

TRONTO, Joan. 1993. *Moral boundaries: a political argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.

VARGAS, Eduardo Viana. 1998. *Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais*. In: *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*.

Luiz Fernando Dias Duarte e Ondina Fachel Leal (orgs.) Perspectivas etnográficas. Fiocruz, Rio de Janeiro. Depoimento anônimo, In: Revista *Vivência*. Julho-Agosto 1997, n^a 48, p. 28.

Curiando Dona Flor

Clara Nabuco da Fonseca¹

Resenha: Florentina Pereira Santos. *O partejar e a farmacopeia de Dona Flor: histórias e ensinamentos de uma mestra quilombola*. Organizadora Juliana Floriano Toledo Watson; coordenadora Natália Cristina Aniceto Ramos; ilustração Ani Ganzala; fotografia Melissa Maurer. Brasília, DF: Avá Editora, 2022. 272 p. ISBN: 978-85-54295-48-6 R\$ 130.

A autora, Florentina Pereira Santos, é uma Mestra quilombola, parteira, raizeira, professora, agente de saúde, liderança da sua comunidade e mais tantos outros ofícios. Ela é mais conhecida na sua comunidade como Dona Flor, tendo completado 85 anos no último dia 2 de fevereiro, a parteira que já realizou mais de 330 partos e é dona da farmacinha do Moinho (quilombo que fica na região da chapada dos veadeiros), onde vende os mais variados produtos feitos a partir de seus conhecimentos das plantas.

Existem teses e artigos publicados sobre ela, das mais diversas áreas, por exemplo as dissertações de mestrado de Eliana Feitosa e Iara Attuch, intituladas, respectivamente identidade e cultura: estudo etnogeográfico da comunidade tradicional do Moinho em Alto Paraíso de Goiás (2017) e Conhecimentos tradicionais do Cerrado: Sobre a memória de Dona Flor, raizeira e parteira (2006); ou o filme documentário intitulado “Flor do Cerrado” (2016), de Érika Bauer.

Mesmo com todo esse reconhecimento e com a constante procura dos seus cuidados (pelos mais variados tipos de pessoas), Dona Flor não aprendeu a ler ou a escrever, o que torna curiosa e importante a publicação desse livro. Por esse motivo, dentre tantas pessoas que se aliam à Dona Flor em busca de trocas de cuidado e aprendizado, é preciso mencionar Juliana Watson, a organizadora da obra. Watson é aprendiz de Dona Flor. Acompanha a

¹ Mestranda em Antropologia Social pela Universidade de Brasília (UnB), Bacharel em Antropologia e Ciências Sociais pela UnB, Licenciada em Ciências Sociais pela (UnB), Licenciada em Pedagogia pelo Centro Universitário IESB. Pesquisadora do MATULA, Laboratório Sociabilidades Diferenças e Desigualdades, vinculado ao CNPQ, com interesse em povos tradicionais, povos do cerrado, etnobotânica, percepções sobre o corpo e saúde e primeira infância.

mestra desde 2016, tempo durante o qual concluiu sua tese de mestrado WATSON, Juliana Floriano Toledo. Bem viver do Cerrado: partear amor, parir uma bioética local. 2016.

Um dos filhos desse encontro é o livro que apresentado aqui. Ele contém um pouco da história de Dona Flor e uma breve explicação sobre a relação de Juliana com a mestra. Além disso, moram no livro ensinamentos da mestra sobre parto, saúde da mulher e de uma parte das plantas com as quais ela cuida de pessoas, de animais, do cerrado e de outras plantas. Merece destaque o belo trabalho gráfico de diagramação, de ilustração e de design realizado na produção do livro. As escolhas das cores das páginas e das letras não foram casuais. O cuidado e a beleza das ilustrações compõem um todo essencial, acolhedor e convidativo.

Essa obra feita de muitas mãos é um exemplo de como é possível se unir e se ajudar a criação de algo que é mais do que a soma das partes (Haraway, 2016: 58-99). É também um exemplo do cuidado e respeito que um pesquisador pode ter quanto aos saberes tradicionais e originários, como ensina Manuela Carneiro da Cunha (2009: 301-309) e como observamos com o livro de Davi Kopenawa e Bruce Albert (2015).

No que diz respeito à concepção e materialização da obra, cabe elogiar o cuidado para que ela transmita sentimentos de acolhimento e cura de Dona Flor e seu quintal. O livro faz possível tangenciar as cores, os cheiros, os sentimentos e os sonhos que a Mestra Dona Flor compartilha através dele.

Passemos ao conteúdo do livro. A apresentação, escrita por Watson, é de grande relevância, pois ela oferece a história, as intenções, as expectativas e as pessoas enredadas no livro. Além disso, está destacado no livro a importância das questões legais implicadas no uso indevido dos conhecimentos tradicionais, com base na lei nº 13.123/2015.

A primeira parte do livro conta um pouco da história de Dona Flor, onde ela nasceu, como passou a morar na comunidade quilombola do Moinho e como adquiriu os seus conhecimentos ao longo do tempo. Essa parte conta com histórias emblemáticas da vida da mestra, que a marcaram profundamente e simbolizam transformações fundamentais a partir das quais Dona Flor vai entendendo seu ofício. Como a história de uma das primeiras vezes em que preparou um chá para a avó:

*“(...) Eu panhava as foia e cheirava... Essa aqui serve pra remédio, botava dentro da sacolinha. Levava pra casa e botava lá secano. E ela brigava, porque secava, sujava o terreiro e tal, e eu falava:
- Mas ah, vovó, isso aqui uma hora vai servir.*

- Pra que, minha filha? Suja o terreiro demais.

- Mas quando sujá o terreiro eu vou varrê.

E quando foi um dia ela começou com uma espirradeira, tossindo, ela fumava sempre o cachimbo, que ela mesma fazia, o cachimbinho de barro. Aí falou:

- Eu tô com a cabeça doendo, com meu nariz doendo, e não sei o que que eu faço.

Eu fui lá e botei a panelinha de barro no fogo, peguei a negramina, peguei a folha da cagaita, peguei um trem chamado de imbu, é um que toma pra emagrecer,

Peguei um da folhona grande, que dá um cacho vermelho, tem uns que chama bate caixa, tem uns que chama chapéu de couro. Aí eu fiz o chá e ofereci pra ela. Ela:

- Eu não vou beber não.

Que nunca tinha bebido aquilo, que podia dá a ela uma diarreia. Eu falei:

- Não, vovó, não vou dá a senhora remédio amargo não, bebe ao menos um pouquinho (...)”

Santos P. F. Pág. 21

A segunda parte traz ensinamentos da Mestra sobre a saúde da mulher, cuidados de pré-natal, de parto, de pós-parto e das crianças. Os ensinamentos vêm por meio de histórias contadas pela Mestra Dona Flor (e transcritas de maneira organizada para caber em um livro) sobre ocasiões em que um determinado remédio pode ser usado, seguidas pela explicação de como preparar esse remédio e dos outros usos que a mesma planta pode ter. Similares ao relato acima.

Esses campos do cuidado elencados acima são bastante amplos. Tendo isso em vista, alguns exemplos podem ser trazidos para dar mais vida à essa espiadinha que ofereço do livro. São banhos de assento para diversas infecções sexualmente transmissíveis, cuidados e ensinamentos sobre o ciclo menstrual, uma parte sobre o enema - um cuidado de lavagem intestinal muito utilizado pela mestra.

A última parte do livro, que corresponde à metade dele no que diz respeito à quantidade de páginas, trata da farmacopeia de Dona Flor. Traz fotos das plantas conhecidas pela mestra, seguidas dos nomes populares usados por ela, mas também acompanhadas do nome científico, na maioria das vezes. Cada foto acompanha o registro de pelo menos alguns usos de cada planta. Por vezes os usos aparecem juntos de alguma história envolvendo as plantas. Algumas vezes aprendemos como a mestra aprendeu a utilizar uma planta. Em outros momentos nos deparamos com histórias de momentos em que a planta foi utilizada, podendo

conhecer um pouco do que pensa a Mestra sobre a vida e sobre como se pode conhecer as plantas.

Mesmo sendo um livro muito rico, ao seu final ficamos querendo mais dele, mais histórias, mais plantas, mais Dona Flor. Entretanto, fomos avisados por Juliana na abertura do livro que esse livro não consegue e nem pretende substituir a riqueza e fertilidade que é o encontro com Dona Flor.

Por muito tempo os saberes tradicionais vêm sendo negligenciados e, paradoxalmente, apropriados. São diversas as estratégias de salvaguarda desses saberes e esse livro é uma delas. É uma obra cuidadosa nos mais diversos sentidos que essa palavra puder tomar.

Assim, convido você a abrir esse livro e a porta do jardim de Dona Flor, sentar-se em sua varanda e se deixar afetar pelos ensinamentos de uma mestra quilombola.

Miscelânea

Um rio e suas histórias: por uma epistemologia das memórias e identidades esquecidas e branqueadas

António Domingos Braço e Denise Machado Cardoso¹

Resumo: No presente artigo problematizamos os processos de construção do conhecimento sobre lugares a partir das histórias que os mesmos comportam. Partimos da análise de testemunhos orais e escritos do povo *Sena* que habitam no distrito de Marromeu, província de Sofala, em Moçambique para, então, provocarmos uma reflexão sobre a influência da colonização nas suas memórias individuais e coletivas. Pudemos constatar que existem distanciamentos em relação às informações de cada uma das fontes que narram a respeito da origem e nomeação dos lugares e, ainda, diferenças de pesos na validade e na oficialidade que se atribuem a cada uma dessas narrativas. Do estudo, identificamos dois processos presentes na construção de uma realidade social em ambientes colonizados, o de esquecimento e o de 'branqueamento', que fazem com que os modos de pensamento local sejam substituídos pelos ocidentalizados. Assim, propomos a valorização das epistemologias locais para superar essas discrepâncias.

Palavras-Chave: Antropologia; Epistemologia; Colonização; Branqueamento; Memórias.

Abstract: In this article, we problematize the processes of building knowledge about places based on the stories they contain. We started from the analysis of testimonies, oral and written by the *Sena* people who live in the district of Marromeu, province of Sofala, in Mozambique, to then, arouse a reflection on the influence of colonization on their individual and collective memories. We were able to verify that there are distances in relation to the information from each of the sources that they narrate about the origin and naming of the places and, also, differences of weights in the validity and in the officiality that are attributed to each one of these narratives. From the study, we were able to identify two processes present in the construction of a social reality in colonized environments, that of forgetfulness and that of 'whitening', which contribute to local ways of thinking being replaced by westernized ones. Thus, we propose the valorization of local epistemologies to overcome these discrepancies.

Keys-Word: Anthropology; Epistemology; Colonization; Bleaching; Memoirs.

¹ Denise Machado Cardoso é Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Antropologia Visual e da Imagem - VISAGEM, Coordenadora do Grupo de Estudos sobre Populações Indígenas - GEPI, Coordenadora do Comitê Antropologia Visual - CAV/ABA, Assessora da Diversidade e Inclusão Social - ADIS/UFPA. Antonio Domingos Braço é professor pela Universidade Licungo, Director da Faculdade de Letras e Humanidades e Pesquisador no Centro de Estudos de Desenvolvimento Comunitário e Ambiente

Introdução

Toda a discussão sobre a construção da história dos povos remete (ou então, deveria remeter) à mente humana uma reflexão sobre o que Castro-Henriques (2011:13) se referiu: dos modos como essas foram aceitas, integradas, recusadas, refeitas, mestiçadas “em função do nosso quadro social e cultural, aquilo que os Outros nos deixaram, directa ou indirectamente, como vestígios materiais, culturais, espirituais, ou na imaterialidade dos nossos quotidianos”. Essas premissas fundamentam o que apresentamos neste artigo e sua atualização aconteceu pelo que pudemos vivenciar quando da realização de um estudo sobre o impacto das narrativas orais, tais como provérbios, contos, cantos e danças no contexto da construção das diferenças e identidades num determinado contexto social e cultural.

O quadro social e cultural da nossa análise está relacionado com o trabalho etnográfico realizado no contexto de Moçambique (2013-2015), na província de Sofala, particularmente em Marromeu, um distrito cuja metade de sua superfície geofísica situa-se na vasta planície do Delta do rio Zambeze, um gigante de águas correntes que nasce nos Montes Coamba na República do Congo, a 1600 metros de altitude. O fato é que depois de entrar em Moçambique, em seu percurso de 850 km até a foz no oceano Índico, pelo que pudemos constatar, esse rio estabelece não apenas os limites geográficos, mas sobretudo orienta e organiza a vida social e cultural das populações nos territórios por onde passa. Nesse distrito, habitado majoritariamente pelo povo Sena, um grupo etno-linguístico que agrupa populações falantes da língua *Cisena* ou *Xisena*, as memórias históricas de sua origem estão associadas a esse rio.

Para traçar o trajeto que retrata os Sena nessa localidade, coletamos retalhos de fontes orais de sujeitos locais e escritos de documentos produzidos pelas autoridades governamentais e historiadores. Só que, mesmo que todos esses testemunhos, orais e escritos, para emprestarmos a ideia de Hambaté Bá (2010), sejam baseados em pensamentos humanos, dos que narram os fatos a partir de próprias experiências, constatamos ao longo do processo da construção do conhecimento sobre esse território e sua história, a existência de distanciamentos entre as informações e, particularmente, diferenças nos pesos, na validade e na oficialidade que se atribuem às mesmas em relação a cada fonte quando narra sobre à

origem e nomeação desses lugares. Queremos trazer neste texto evidências de que o que alguns dizem vale mais do que outros.

Essas discrepâncias, relacionadas à hierarquização do valor que se dá à informação, dependendo de quem o diz, levam ao debate que propomos no presente artigo: a problematização dos processos de construção do conhecimento em geral e sobre lugares em particular, a partir das histórias e memórias que os mesmos comportam. E ainda, a reflexão sobre os modos como a colonização tem afetado as memórias individuais e coletivas das populações colonizadas, dos povos africanos em geral, favorecendo não apenas os processos de esquecimento, amplamente discutidos por Pollak (1989) e Ricoeur (2007), mas também o de “branqueamento”, na substituição de modos de pensar baseados por *ethos* locais – dos não brancos –, por um pensamento ocidentalizado e colonizador – dos brancos –, que faz com que os povos (não brancos) se separem de suas histórias, resultando em processos de inviabilização de suas narrativas.

Em termos teóricos, este debate situa-se dentro da perspectiva dos estudos pós coloniais, por pretendermos questionar as formas de controle e o poder hegemônico colonial na manipulação do saber e das teorias de conhecimento (Said, 1990; Spivak, 2010; Bhabha, 1998; Costa, 2006; Mignolo, 2000; Quijano, 2005; Mbembe *et al.*, 2006; Samin, 2010). Mais profundamente, isso nos coloca no conceito de *epistemicídio*, o que foi traduzido por Coelho (2011:283) como a “destruição da capacidade de representar o mundo, o Outro e a si própria de forma autônoma”. Em suma, a África tem sido continuamente denegada, silenciada e negada em muitas perspectivas teóricas e epistemológicas ocidentais (Furtado, 2016).

Para desenvolvermos nossa narrativa acerca desta temática, abordamos primeiro alguns aspectos sobre os sujeitos envolvidos, de modo singular, o povo Sena e as particularidades de sua origem, tendo em conta a diversidade das fontes e, em seguida, tratamos das estórias que se referem à nomeação do lugar que ocupam e suas discrepâncias, tendo em conta o valor epistêmico que se nos oferece, consoante as fontes usadas e os processos da valoração do que foi herdado da colonização portuguesa para mostrar as discrepâncias, os esquecimentos e o branqueamento da história nesses contextos.

O contexto: dos (in)sujeitos e suas identificações

É pertinente falar do povo Sena, os sujeitos que são referência nesse texto, cuja história insere-se numa historiografia mais ampla, que coincide com a da África no geral. Ao falarmos da origem dos Sena e os processos de ocupação do território no qual se estabeleceram até hoje, queremos de um modo singelo desmitificar o mito “das descobertas”, que funda toda a teoria da colonização e que coloca os povos europeus no centro da história da humanidade. Primeiro, tal como se pode compreender a partir dos fatos referenciados por Serra (2000) e Newitt (1997) há indicações de que os falantes *Bantu* foram os primeiros a migraram, no primeiro milênio d.C., da África Ocidental para essas regiões do continente. Apesar dos motivos dessa expansão não serem muito claros, esses historiadores apontam que o surgimento de tecnologias de ferro, entre 500 a.C. e 0, o conhecimento da agricultura na zona dos Grandes Lagos, nomeadamente, Lago Victória, Tanganyika e Niassa, e na África Austral, criaram necessidade para a busca de novas terras nas planícies costeiras, junto aos rios e mares, territórios que também abrangeriam praticamente o contexto geográfico a que nos referimos neste artigo.

Um segundo aspecto que dá indicação da origem dos primeiros grupos populacionais que ocupam o lugar de nosso estudo é mencionado na classificação linguística de Malcom Guthrie (1948) compartilhada pela Kiso (2012) sugere-se que o subgrupo Sena está incluído na Zona N² e pertence ao grupo linguístico *Senga-Sena*, composto pelas línguas *Nsenga*, falada em Zâmbia e, todas outras faladas em Moçambique, respectivamente: *Kunda*, *Nyungwe*, *Rue*, *Podzo* e *Sena*. Nesse sentido, em termos genealógicos, o subgrupo linguístico Sena é descendente do grupo de indígenas conhecidos por *Senga-Sena*, também denominados *Ba-Senga*, oriundos dos *Mucaranjas* que vindos do Norte da África, teriam descido até as margens do rio Zambeze e acima do rio Chire, onde se fixaram e vivem. Isso elucida a relação entre os Sena e os povos Bantu, dos quais são originários.

Terceiro, nos documentos oficiais do Ministério da Administração Estatal (MAE, 2005a; 2005b) e do governo do distrito de Marromeu (Marromeu, 2006:2012), o mito da origem desse povo é atribuído a “Pedra do Sena” e é comungado pelos nativos – falando a

² Para além do grupo linguístico *Senga-Sena*, também fazem parte da Zona N, os grupos linguísticos: *Manda*, composto pelas línguas *Ngoni*, *Matendo*, *Mpoto* (faladas em Tanzânia) e *Tonga* (Malaui); *Tumbuka* que compõe as línguas *Tumbuka*, *Poka*, *Kamanga*, *Senga*, *Yombe*, *Fungue*, *Wenga*, *Lambia* e *Wanda*, o grupo *Nyanja*, com as línguas *Nyanja*, *Cewa* (Malaui) e *Mananja* (Guthrie, 1948; Kiso, 2012).

partir dos habitantes de Caia e Marromeu onde mantivemos contatos prolongados em função das pesquisas realizadas nesses distritos, desde de 2013 a 2015. Assim, são referenciados os *Sena Próprios*, os que residem na parte central do território Sena, onde se encontram as raízes desse grupo, como é o caso dos distritos de Chemba e Caia, e a localidade de Sena, em Moçambique. Os *Sena Chueza* são os que se encontram do lado “donde vem a água” e que povoam os territórios de Tambara em Tete. E os *Sena Phodzo* aos que se situam para “onde corre a água” que, neste caso, seriam os das terras dos distritos de Marromeu (Província de Sofala) e dos distritos de Mopeia, Luabo, Namacura, Nicoadala e cidade de Quelimane (Província de Zambézia). Essa água que vem e corre é a do rio Zambeze, que é considerado como uma grande referência para o povo Sena, tanto nas suas designações como nas suas atividades no âmbito social, econômica e cultural. E os habitantes de Marromeu local onde decorreu o estudo, dizem que lá se fala o *Sena Phodzo*, compreensível pelas duas classificações acima apresentadas, pois se situam para onde corre a água do Zambeze, que serve também como limite com os distritos de Chinde e Mopeia, ambos da província de Zambézia, antes de desaguar no Oceano Indico.

Outros estudos, mais relacionados à linguística, mencionam que a língua Sena engloba algumas variantes de referência que, mesmo mantendo a estrutura, distingue os falantes a partir de uma localização geográfica dentro do contexto da realidade moçambicana, cuja classificação sistematizada pelos linguistas Ngunga e Faquir (2012) é a seguinte: (i) *Sena Tonga*, norte e no centro de Sofala e nas fronteiras de Tete e Zambézia, (ii) *Sena Caia*, também denominado de *Sena do Norte*, predominante nas províncias de Tete e Zambézia, (iii) *Sena Bangwé*, chamado de *Sena do Sul*, falado na cidade da Beira, (iv) *Sena Phodzo*, falado em Marromeu, província de Sofala e nos distritos de Chinde e Mopeia na província de Zambézia, (v) *Sena Gombe*, que significa do Litoral, presente nos distritos de Cheringoma, Sofala e no litoral da província de Zambézia e, (vi) *Sena Gorongosi*, que incide sobre os falantes da Serra de Gorongosa, localizado no distrito do mesmo nome, em Sofala. Essa classificação também é partilhada na obra de Nyazeze, Mateus e Rocha (2008).

A localização geográfica e a relação com o rio Zambeze são aspectos fundamentais para a compreensão dos modos de identificação do povo Sena, entre eles próprios ou mesmo quanto pretendem se afirmar diante de outros grupos sociais. Isso pode ser compreendido a

partir de duas narrativas de tipos diferentes. A primeira, que corresponde a um trecho letra do canto da dança *utse*, típica desse grupo social, “*wabaliwa cumarromeu! Peno kala pyako Maputo, bwera. Kala wataika, bwera. Kala wachoneka, bwera. Uabailiwa cumarromeu*”, que traduzido ao português significa, “tu nasceste em Marromeu! Mesmo que você esteja em Maputo venha. Mesmo que esteja perdido, venha. Mesmo que você tenha ido de vez, volte. Tu nasceste em Marromeu”. A segunda, que está contida no provérbio Sena “*madzi nkhaba kudwala nyandza*”, que significa que “a água não esquece o seu rio”.

Assim, no caso da narrativa do canto, “voltar” à Marromeu não pode ser assumido apenas no sentido literal, como um movimento que supõe um deslocamento físico, mas também um retorno simbólico pelo qual se expressaria o ser Sena, na especificidade do seu “rio”, do seu “caminho”, que difere dos de qualquer outra realidade, o que faz com que em qualquer parte onde estejam, esses se distingam de outros povos. Já na analogia da “água” e do “rio”, no provérbio acima, subte-se a importância do Zambeze na construção da identidade e seu respectivo texto. E isso mostra em parte, que na construção da identidade étnica – para emprestar as palavras da Carneiro da Cunha (1987:101) – as pessoas extraem da chamada tradição, os mesmos “elementos culturais [que os colocam] sob a aparência de serem idênticos a si mesmos, ocultam o fato essencial de que, fora do todo em que foram criados, seu sentido se alterou”.

De um modo mais amplo, ao falarmos dos deslocamentos do povo Sena, dentro de um contexto da construção de sua própria história a partir da origem, pretendemos convidar a uma reflexão sobre o sentido da História, diria das Histórias, a partir das singularidades e questionar à infantilidade atribuída aos africanos. Portanto, ao longo dessa nossa narrativa temos usado o termo *Sena*, para falar desse grupo etno-linguístico ou desse povo, sujeito histórico, que se reconhece e se diferencia a partir de uma cultura que se coletiviza, que se interpreta e se traduz através das águas do rio Zambeze, que marcam não apenas um território, mas um modo de identificação que os torna peculiares diante de outros povos. E nesse contexto que situamos a ressignificação pelas suas histórias, tradições, pelos contextos geográficos e sociais em que esses sujeitos se localizam.

Todavia, o protagonismo aqui referenciado sobre os *Sena*, seus movimentos migratórios, feitos, descobertas, culturas, histórias, identidades, representações e memórias,

foi diluído pela presença portuguesa. Esse povo passa a ser, em todos os aspetos, no sentido epistemológico, *não-sujeito*. A colonização reinventou a história, criou novos sujeitos e uma nova forma de representação da realidade. Isso pode ser verificado nas histórias que apresentamos sobre a origem e nomeação dos territórios e no valor dado às coisas materiais e imateriais herdados pelos colonizados.

Das heranças históricas às memórias esquecidas e branqueadas

A história de Marromeu e do seu povo é feita de várias estórias. Destacamos duas delas, a primeira, nessa ordem didática da escrita, conta-se que as primeiras populações que habitavam nesse território eram nômades e viviam de atividades pastorícias e da caça. Esses povos eram divididos em tribos que, por sua vez, eram formadas e chefiadas por guerreiros, sendo destacados *Bauaze* e *Maguegue*, que se fixaram nessa região a partir do qual alargavam suas conquistas a outros grupos populacionais. Nessa narrativa a principal referência era o rio Cuama, que atualmente é conhecido pelo nome de rio Zambeze, que contribuía para o seu estabelecimento e suas estratégias de defesa. Esses chefes tribais, que mais tarde dentro da denominação colonizadora passaram a ser designados de *régulos*, defendiam as populações de ataques inimigos e de animais ferozes e dirigiam cerimônias tradicionais. Após a morte, os *régulos Bauaze, Maguegue, Gora, Cocorico, Cine, Kundúe e Nensa* transformaram-se em leões brancos, que existiriam ainda na atualidade, protegendo em momentos de guerra, seus territórios – designados de regulados ou povoações, rugindo para afastar e alertar as populações sobre a presença de inimigos. Essas narrativas constam dos documentos (Marromeu, 2006, 2010; 2011; 2012; 2013), mas também foram evidentes nas entrevistas, histórias de vida e relatos coletados de idosos Sena, denominados de *akulu*, com os quais pudemos confirmar essa versão histórica.

Entre os Sena, essas narrativas dos idosos – *akulu* – são de alto valor e significado cultural. Dizem eles que, “*akulu mba nyakabobo wa mbeu*”, ou seja, “os velhos são o celeiro das sementes”, num provérbio de cuja interpretação associa a idade à função social de preservação e a transmissão de conhecimentos, saberes e tradições culturais. Essa condição, para aproveitar um argumento, que mesmo tendo sido usado para embasar um outro contexto

por Hampaté Bá (2010), torna fidedigna as memórias individuais e coletivas desses sujeitos, cujas faixas etárias, considerados velhos, dão valor de verdade às suas palavras dentro dessas comunidades. Ou seja, o que eles contam sobre os chefes tradicionais que nomeiam algumas povoações a exemplo de *Cine ou Sine, Kundúe ou Cundué, Nensa e Bauaze*, que são descendentes desses chefes antigos, está vinculado ao mito fundacional de Marromeu, a construção da história desse lugar.

E na segunda narrativa, conta-se que os primeiros colonizadores portugueses escalaram o território, vindo de barco pelo rio Zambeze (que era então denominado de Cuama pelos nativos), com o objetivo de conhecer novas áreas para exploração e que durante a viagem entraram na floresta, onde atualmente se situa Marromeu e encontraram caçadores em suas cabanas a cortarem carne de caça, tentaram se comunicar com os nativos, mas não se entendiam, por divergência da língua. Depois de várias tentativas frustradas para estabelecerem diálogo, no fim perguntaram o nome da região e como resposta os caçadores que estavam cansados de ouvi-los disseram “*pamarremelo*”, que da língua *Sena-Phozo* traduzido para a língua portuguesa significa “local onde se esquiteja carne”. Todavia, aqueles viajantes portugueses entenderam ‘*marremelo*’ como resposta à pergunta feita, resultando daí o nome do distrito, “Marromeu”. Esse mito, cuja versão mais elaborada está descrita no Perfil do Distrito (MAE, 2005), em suas múltiplas versões, mantém uma regularidade: os sujeitos envolvidos (colonizadores portugueses e caçadores nativos), a atividade então realizada pelos caçadores e o “ruído” de comunicação entre os intervenientes.

Vale ressaltarmos que essa narrativa se assemelha a tantas outras que nomeiam os territórios colonizados, particularmente dos países africanos, como foi destacado nos estudos de Moll (2009). A título de exemplo, o nome de Moçambique também é descrito como sendo originário de um encontro entre colonizadores portugueses e populações nativas: conta-se que quando os portugueses escalaram a região norte do país, que hoje é conhecido como Ilha de Moçambique, encontraram um senhor sentado que ao perguntarem como se chamava o local ele respondeu “*Mussa Ali Bique*”, que na verdade era o seu nome. Ao ouvirem, os colonizadores denominaram a esse local de “Moçambique”.

Durante o período da realização do estudo (2013 a 2015), quando foram consultadas fontes orais mais jovens quanto à narrativa fundacional de território, apesar de conhecerem as

designações dos regulados e respectivos chefes, suas memórias não os associavam com o contexto de sua origem e desconheciam a nomeação que se dá ao rio Cuama, atualmente conhecido por rio Zambeze. Os mais novos repetem a relação entre Marromeu e *pamarremelo*, construída a partir do marco colonial. Isso demonstra uma descontinuidade de memória, cujas lembranças estão gravadas informações advindas de uma história colonizadora, que tem como ápice a presença colonial portuguesa, servindo como referência a partir da qual nomeiam-se os lugares e as coisas. Então, a questão não é apenas quem pode dizer ou que meios autorizam os sujeitos para narrarem e comporem as memórias que se tornam coletivas. A reflexão remete aos processos de hierarquização das narrativas, através dos quais foi possível retirar dos idosos a legitimidade de serem portadores e difusores dos mitos fundacionais relacionados aos seus lugares e territórios.

No primeiro momento, notamos que a legitimidade para preservar e narrar os mitos fundacionais seria tanto dos régulos, descritos por Florêncio (2008), como sendo membros da estrutura organizacional do poder tradicional em Moçambique, cujos cargos estariam associados a função social de produção e preservação das memórias coletivas, como dos anciões, cujas idades lhes dariam credibilidade na autoria desses textos orais, enquanto celeiros das palavras e guardiões da realidade contextualizada, aos quais cabe manter a relação entre a mensagem e as representações coletivas que imanam em memórias e processos de construção da identidade. Mas, por outro lado, há um fator importante que não pode ser ignorado no processo de construção das representações sobre esse território, que é referente ao texto produzido e ao que é dito a partir da presença colonial portuguesa. É esse último texto – herdado da colonização – que (pre) domina e que foi ajustado às memórias individuais e coletivas dos *Sena* de Marromeu. E isso torna de fato, como diriam Fabre, Massenzio e Schmitt (2010), a colonização como um dos critérios básicos para estabelecer a verdade das coisas, no processo da construção da história ocidental moderna.

De acordo com Ki-Zerbo (2009), o sistema colonial se expandiu em diferentes esferas e se prolongou inclusive naquele referente à produção científica. Diante disso, as pesquisas, nesse período, eram também um sistema de colonização, e para reverter este processo se torna premente que os estudos históricos sobre o continente africano incluam reflexões dos próprios povos deste continente, valorizando assim, novas fontes históricas a partir da

tradição oral. Diante disso, podemos considerar que as memórias não dizem respeito apenas às construções acerca do que é lembrado, esquecido, ressignificado ou reelaborado por um determinado grupo, mas nelas estão envolvidas relações hegemônicas, particularmente quando se referem a um contexto de colonização. Então, a nossa pesquisa ao incluir as tradições orais dos Sena de Marromeu se apresenta neste quadro de renovação destes estudos.

As memórias - a exemplo do que nos indicou Halbwachs (2006), dizem respeito a processos coletivos e revelam relações assimétricas. Assim, de modo restrito a determinados grupos sociais de uma determinada sociedade, ou de modo mais amplo quando se observam processos históricos nos quais a colonização se fez presente, os “jogos” de fazer lembrar ou esquecer podem vir a revelar estas assimetrias e hegemonias. Portanto, leituras críticas acerca destas memórias se fazem notar nesta compreensão das narrativas orais em Marromeu.

O que justifica o (pré) domínio das representações da colonização?

Mas, por que é que ficou o que foi dito pelo colonizador? Como, então, entender que os efeitos da presença colonial entre esses povos tenham atingindo corpos e culturas, memórias e histórias, e sejam tidos como referência em narrativas fundacionais? Para responder a essas questões, ajuda uma analogia das próprias populações de Marromeu, ao recorrerem a um provérbio Sena que diz *“azungu ndi nyuchi: analuma mbatapira”*, que traduzido quer dizer “os brancos (colonos) são como abelhas: picam e são doces”. Na construção da história dessa região, podemos refletir de um modo crítico sobre o que é referido pelo provérbio acima citado e que se apresenta nos relatos sobre a origem e o mito fundacional desse território. A “doçura” da história contada que permaneceu é a que tem referência à colonização portuguesa e que suplanta todas as anteriores que envolvem os povos nativos. Nesse processo, essa doçura é sinónimo de submissão, opressão e subjugação.

É evidente que em toda narrativa sobre a construção da história desse povo, sob o ponto de vista epistemológico, que é inerente à própria construção de conhecimento de todas áreas científicas, o que está em causa é a veracidade tanto aos que as narram como do que é narrado. Seria o que permitiria diferenciarmos e identificarmos a ficção da história ou da falsidade e da verdade, como nos lembram Fabre, Massenzio e Schmitt (2010). Mas quando olhamos para a confrontação entre as fontes, a verdade recai sobre o que os narradores

colonizadores dizem e a falsidade nos ditos dos nativos. Esse modo de construção de conhecimento histórico parece perpetuar-se em todos âmbitos. Essa verdade apresenta-se como “o mel das abelhas”, a doçura das narrativas que subjuguem modos de pensar.

As versões dos mitos fundacionais de Marromeu apresentam-se, desse modo, como uma dessas contrariedades – ‘a doçura do mel’ *versus* ‘a picada da abelha’ – pois não apenas fomentam o esquecimento das histórias nativas, mas também impõem novas memórias, ‘embranquecidas’ a partir de um ponto de vista colonial, na nomeação das coisas e dos lugares, na criação e legitimação das histórias das localidades. Desse modo acontece a oposição da verdade e do falso, que não se distancia tanto dos binarismos negro e branco referidos por Fanon (1983), oriente e ocidente (Said, 1990), oprimido e opressor (Freire, 1980) e tantos outros que se verificam em contextos de relações de poder.

Estas versões caracterizadas pelas oposições nos remetem às análises feitas por Lévi-Strauss (1993), nas quais demonstram a predominância de aspectos binários das estruturas dos mitos. Contudo, é necessário ir além das investigações destas estruturas para analisar os contextos em que as dualidades se apresentam em termos de uma imposição de esquecimentos das narrativas locais, enquanto as versões hegemônicas foram sendo impostas ao longo do processo de colonização.

O fato é que entre os Sena, em Marromeu, o rio conhecido pelos nativos como *Cuama*, que passou a ser *Zambeze*, as terras dos *Bauaze*, *Gora*, *Nensa*, *Cine*, *Cocorico*, *Kundúe* e outras lideranças foram sobrepostas a uma denominação comum, Marromeu e a história desses povos passou a ser conhecida a partir do marco colonial. Todas as outras histórias tornaram-se folclóricas, pois a narração colonial, ao ser amparada pelo peso dos processos da construção histórica da cientificidade, diga-se europeu, ao ser imbuída por narradores cuja autoridade seria inquestionável no então período, como clérigos, missionários, viajantes, comerciantes, todos brancos, usurpou a si a verdade sobre a recitação, deixando de se questionar sobre a natureza da mensagem e a falta de diversidade na sua interpretação.

Esse modo de conceber a verdade sobre a história das localidades de Moçambique continuou sendo legitimado no período pós independência que quanto à narrativa científica suplantou as narrativas orais e as autoridades locais foram tomadas como porta-vozes de uma

historicidade e identidade ocidentalizada. Quanto às autoridades tradicionais dos *Sena*, teria acontecido como o que Florêncio (2008) menciona sobre os Ndaus, quando essas foram usadas e enquadradas aos processos administrativos e interesses para a dominação territorial e populacional tanto no período colonial como no período pós-independência. Isso leva ao questionamento sobre a importância dessas na preservação da memória coletiva local.

Por isso, essa ambiguidade na relação com os colonizadores portugueses aqui referida, pode ser vista, por um lado, nas interpretações que podem ser feitas sobre ações maléficas e prejudiciais à vida social e cultural – denominadas pelos *Sena* como ‘picadas’ – e que na visão de Quijano (2005) seriam os novos padrões de poder pelos quais foi instituída uma totalidade que exclui os outros povos, no caso os não ocidentais ou não brancos. Ou como disse Mignolo (1999:206) através de uma crítica mais enfática, essa é construção de uma “História, com a maiúscula ‘H’”, [que seria] a totalidade que exclui outras histórias que não cabem na do Ocidente”.

É a partir desse movimento que os processos de colonização, bem como a modernidade e a globalização, silenciam outras vozes da história das humanidades para construir, por outro lado, uma História, cuja primeira letra capital indica o seu sentido de absolutização, de totalização de realidades contextuais particulares, tornando os fatos e atos “doces”, a ponto de serem enaltecidos e absorvidos, como verdadeiras histórias, silenciando as memórias locais. Em todos os sentidos, como se referiu Castro-Henriques (2011), as marcas da presença portuguesa em Moçambique parecem ser bem mais visíveis se comparadas a invisibilidade da presença africana em contexto da metrópole, apesar dela fazer parte, no caso específico da organização da sociedade portuguesa.

É visível que a oposição entre a verdade e a falsidade, ou sobre a veracidade das histórias não pode ser debatida apenas sobre o ponto de vista epistemológico, mas também a partir da perspectiva ideológica, das relações de poder estabelecidas e da hierarquização entre as pessoas que as narram. Assim, a verdade está no domínio que os indivíduos têm sobre os outros, e se apresenta com uma capacidade de construir histórias, que transitam em histórias e tornam-se a História. No mesmo processo, a partir dessa “doçura do mel”, as memórias coletivas desses povos passam primeiramente por uma rasura através da qual são esquecidas as histórias originais que por muito tempo sustentaram a existência desses povos. E por fim,

elas são esbranquiçadas, num processo em que a história válida e verdadeira é a que se subordina ao pensamento do ocidente que substitui as histórias originais por outras memórias coletivas que remetem a novos processos de identificação social. Elas “picam” mas são adoçadas através de um sistema epistêmico no qual predomina a visão homogênea do ocidente, do colonizador, por isso elas regem as representações e dão mais valor ao que é herdado das então metrópoles.

Memórias coletivas e identificações colonizadas

Para além da identificação dos Sena, de Marromeu, com uma história fundacional branqueada pela presença colonial, esses povos também se identificam pelos feitos dos colonizadores, tornados mais doces, apesar de no seu processo constituinte terem sido “picadas”. Isso se refere a implantação da Companhia de Sena³, um empreendimento agroindustrial criado no período colonial, cuja história se confunde (ou até confunde) com a própria história dos povos nativos e que ocupa um espaço privilegiado na geografia física e na memória coletiva dos povos que habitam aquele distrito. Ao ser transferida da localidade de Sena, distrito de Caia, para o distrito de Luabo e posteriormente para Marromeu, este empreendimento industrial criou condições para um ambiente de diversidade sociocultural e identitária nesse território ao mesmo tempo em que permitiu a fixação de um processo de branqueamento das identidades.

Na memória coletiva das populações de Marromeu, o que se herdou da Companhia de Sena tem sido apresentada como algo “doce”, como uma referência para a busca de oportunidade e melhoria de vida, particularmente pela oferta de trabalho e de negócios e isso acaba, de certa maneira, influenciando no modo de vida de seus habitantes. Tal companhia constitui um foco agroindustrial e um chamariz para a presença de muitas empresas de prestação de serviços e confluência de mulheres e homens de lugares distantes (de Moçambique e do estrangeiro) em busca de oportunidades de trabalho e de negócios. Muitas

³ A Companhia de Açúcar de Moçambique (CAM) foi criada em 1890 pelo inglês John Peter Hornung com a finalidade de explorar as terras do vale do rio Zambeze na produção de cana de açúcar (*accharum officinarum*), tendo estabelecido plantações em Mopeia a partir de 1893. Anos depois (1906 ou 1910) ele fundou a *Sena Sugar Factor* (SSF) a partir de duas companhias açucareiras falidas, que mais tarde passou a denominar-se de *Sena Sugar Estate* Ltda. (SSE), que expandiu seus canaviais para Caia, Luabo e Marromeu. Em 1922 a SSE construiu uma fábrica em Luabo que posteriormente, foi transferida para Marromeu em 1926, onde se localiza atualmente administrada pela empresa registada e conhecida como Companhia de Sena, S.A.R.L. (Head, 1980).

das famílias habitantes de Marromeu têm uma relação direta ou indireta com a Companhia de Sena, quer seja por um parente que ainda trabalha, quer por alguém que já trabalhou dentro dela.

Essa “doçura” suplanta os efeitos das suas “picadas” que se refletem na organização social de todo distrito e das suas populações. Primeiro, na miscigenação dos grupos étnicos, no cruzamento entre as diversas identidades, reconfiguram-se os espaços, os credos, as crenças, as culturas a partir de uma configuração dos grupos dominantes. Segundo, nas configurações das famílias, que foram sendo construídas a partir de laços (matrimoniais e outras redes de relacionamento) envolvendo pessoas de grupos distintos, levando ao predomínio do que é localmente denominado de ‘*azungu a Marromeu*’, numa tradução literal seriam ‘os brancos de Marromeu’, uma identidade que se assemelha ao que Serra (1998) denominou de “portugalidade de segunda mão”, num processo de assimilação cultural que impôs um modo de identificação baseado, como foi referido anteriormente, na oposição entre o branco e o preto e que culmina com o embranquecimento identitário. E por fim, a proliferação de meios de comunicação de massa que permitem a interação e a presença de aspectos do global, dentro dessa realidade local, que acabam também por reconfigurar as novas identidades, entre as gerações mais novas, abrindo-as a outros horizontes, em que o mais “doce” é representado por aquilo que vem do ocidente.

Desse modo, todos esses aspectos abordados sobre a colonização portuguesa, cujos efeitos se atualizam, servem de um ponto para a problematização antropológica da construção da história dessa região, um sistema de representação, ou como uma consciência ocidental ou ainda um império ocidental (Said, 1990), que influi na releitura dos textos pelos quais são construídos e se processam o esquecimento e o branqueamento de memórias e identidades coletivas.

Esses fatos e atos têm afetado e determinado as leituras sobre os rumos da vida social em todos os seus sentidos na atualidade moçambicana, a exemplo do projeto de construção da identidade nacional (Geary, 2005; Lopes, 1995 e 1997), decorrente dentro das condições de uma pátria, mitos e memória histórica comum, de uma cultura homogênea, que foi iniciada durante a colonização, atrelada à memórias e identidade portuguesa colonial. Mas, de certo modo, tal projeto é continuado no período pós independência, na construção da

moçambicanidade, “[...] politicamente construída como um dever-ser absoluto, irredutível e cidadão, que não devia ser contaminado pelas invasões parasitárias do étnico” (Serra, 1998:11).

Os processos de homogeneização cultural são baseados na marginalização de grupos e identidades étnicas de uns sobre outros, como uma espécie de purificação, um ato de tirar a sujidade, o preto das coisas para torná-las brancas. Acontece que em vários momentos históricos, a etnicidade – no sentido de como é tratada por Carneiro da Cunha (1987), como cultura, linguagem e representação que permite a comunicação – foi considerada como empecilho para a construção nessas sociedades, pois tanto na visão colonialista, na socialista ou no capitalismo moderno, se é que podemos assim nos referir, tudo o que valorizava o local foi cunhado de tribalismo, no sentido de um pensamento que liga cada mulher e homem com as suas culturas maternas ou paternas. Teríamos que ter em conta que as identidades étnicas – definidas na perspectiva Cardoso de Oliveira (1976) – foram engendradas a partir de contatos inter-étnicos, através de relações entre indivíduos e grupos de diferentes procedências, nacionais, raciais ou culturais, o que afeta, de certo modo, os processos de identificação social das mulheres e dos homens de Moçambique e seus povos. E tal como aconteceu com a colonização, o projeto político da moçambicanidade, criado no período pós-independência, que nasceu da negação à submissão colonial, ao reconhecer os indivíduos iguais, ignora as particularidades étnicas, culturais e sociais das populações; ao criar uma história comum, remete ao esquecimento as histórias e memórias coletivas locais.

Em muitos casos, a identificação hegemónica foi expressa a partir de uma linguagem que se assemelha a do colonizador, o que se resume nas palavras de Fanon (1983:18), “todo povo colonizado – isto é, todo povo no seio do qual originou-se um complexo de inferioridade, devido ao extermínio da originalidade da cultura local – tem como parâmetro a linguagem da nação civilizadora, ou seja a cultura da metrópole”. Essa é a leitura que permite a reflexão do que tem acontecido com as populações de Marromeu, e que se espalha um pouco por todos mitos fundacionais de Moçambique e que estabeleceram o seu nome comum para a identificação de todo o seu território e o da formação de um país independente que partiram da ideia de unificação, tornando, assim, as divergências consensos e, no mesmo sentido, as instituições sociais e estatais tomaram esse carácter nacional.

Todavia, esse processo foi caro para a manutenção das memórias coletivas e identidades locais - não brancas que, em muitos casos, não resistiram e sucumbiram tanto pelo esquecimento quanto pelo branqueamento através da constituição de uma identidade e uma memória comum, mais próxima ou aproximada ao ocidental, ao modo de ser branco. Ademais, em Moçambique a adoção da língua portuguesa como o principal veículo de escolarização e, conseqüentemente a de todas as atividades cotidianas, a partir do discurso de uma unidade nacional, em detrimento das línguas autóctones, permitiu a subordinação dos modos de pensamento a que os processos linguísticos carregam. Em certo sentido, a história dos povos que habitam o território onde se situa Moçambique foi sobreposta à história do colonizador português, baseada em uma concepção de nação como sendo una, coesa em si e, que se pensa sem diferenças porque “as próprias ferramentas da análise com o qual temos pretensão de praticar história científica foram inventadas e aperfeiçoadas em um ambiente mais amplo de inquietações nacionalistas” (Geary, 2005:27).

Assim aconteceu com os habitantes do território moçambicano, os quais têm suas histórias e suas culturas, construídas antes da colonização portuguesa cujo pensamento científico alicerçado em uma visão monolítica foi incapaz de descortinar, de tal sorte que foram colocados à margem, considerados ‘inferiores’ e relegadas ao estágio ‘primitivo’ e ‘selvagem’ da existência humana.

Apagar da memória da humanidade a história e a cultura dos povos colonizados não foi apenas uma prática dos colonizadores; foi também um dos artefatos da ciência do colonizador cuja finalidade seria de fazer valer suas leis, baseando-se no princípio da harmonia e do consenso da realidade. Num olhar mais profundo poderia dizer-se que a própria concepção do nacionalismo, ao ignorar séculos de identidades socioculturais diferentes, pensava em ser a cura das doenças advindas dessas diferenças. Sem entrar no mérito da questão, compreende-se que os contextos sociopolíticos e culturais desmistificam essa pretensão, pois mais do que nunca, em todo mundo são inúmeros os focos de reivindicações de existências distintas, mesmo dentro de países considerados tão coesos e unos, como seriam na maioria dos estados europeus.

A demarcação territorial durante o período colonial passou pelo estabelecimento de uma memória comum, histórica e cultural e, num processo paralelo, teve sua culminância na

busca em moldar a ‘identidade’ do sujeito descoberto, o que Geary (2005) teria denominado como o projeto de construção de Estado-Nação. Pode-se assim entender a instituição da educação com foco principal na formação do cidadão cujo pensamento estaria alicerçado no ser português, em vista do reconhecimento da identidade do colonizador e da pertença a sua existência e sua história. Esse projeto foi inserido na concepção do nacionalismo, no âmbito da consolidação de Portugal, em si, como Estado-nação, e da necessidade de que Moçambique, em sendo colônia dessa potência europeia, teria que se submeter ao seu modelo educativo.

Na visão do colonizador, não eram apenas a sua história e a sua cultura que seriam únicas e validas como padrão de existência humana, mas também a sua educação. Mesmo porque foi através desta que se disseminou, em Moçambique, a formação da identidade sociocultural portuguesa. A educação escolar assumiu, assim, um papel de destaque no período colonial como principal formadora da identidade portuguesa e ainda, como instrumento para apagar da memória dos povos autóctones, sua história e sua cultura. A colonização constituía-se antes de mais um momento de alienação territorial e cultural. Estabeleceu-se que Moçambique seria parte da Nação portuguesa e que seus povos poderiam ser submissos ao estilo de vida alheia à sua realidade, a identificação com a cidadania portuguesa.

A reconstrução da história, em defesa de uma epistemologia local

Sendo assim, “a luta contra a opressão colonial não apenas muda a direção da história ocidental, mas também contesta sua ideia historicista de tempo como um todo progressivo e ordenado” (Bhabha, 1998:78). Há que ir além e alcançar a história alicerçada na ideia do “pós” como uma alternativa epistemológica, mencionada pelo Costa (2006:117) ou mesmo como reconfiguração dos processos de opressão mental e que destaca que “toda a enunciação vem de um lugar” e expressar a crítica ao processo de produção do conhecimento científico – que privilegia modelos e conteúdos próprios – cultura nacional dos países europeus e a reprodução da relação colonial.

Nesse sentido, reconhecemos que o terreno no qual é possível compreender certos significados é movediço e que depende das vivências e organização de cada povo. Dizem os

Sena que “*mathowera tiri kubvala pabodzi pene, mbwenye nzeru zasiyana*”, ou seja, “vestimos todos a mesma tanga, mas não temos o mesmo juízo (sabedoria)”. Isso significa que o conhecimento não estaria baseado na essência humana, o que nos colocaria no contexto da universalização do seu processo de construção, mas dentro das possibilidades que permite que haja olhares distintos. Portanto, existem outros lugares, fora do ocidente, de onde se pode falar e construir uma história contextualizada da História da Humanidade. No estudo mostramos que ao longo do delta do rio Zambeze, o povo Sena também tem sua narrativa fundacional, que permite compreender sua origem e seus modos de identificação e diferenciação em relação a outros grupos. Não é, portanto, a colonização que marca a existência dos Sena, enquanto povo, muito menos que coloca Marromeu e o rio Zambeze (Cuama) no prospecto da importância que tem para esse grupo populacional.

Podemos nesse caminho assumir a posição de Spivak (2010), como proposta que nos permite desafiar os discursos hegemônicos construídos historicamente para relatar e nomear sujeitos e objetos, questionar os lugares de onde se fala e se teoriza e colocar o Oriente, o Outro diferente do Ocidente, no lugar de sujeitos. Ou então, mergulharmos numa perspectiva mais profunda e retomar Gadamer (2003) tendo como base a abertura à consciência histórica que dá caráter particular às perspectivas e à reflexividade, que abre espaço às múltiplas relatividades de pontos de vista, o que presume a antropologia interpretativa. Na nossa visão, isso pode fazer parte de um projeto maior da teoria pós-colonial (Mbembe, 2006) pela qual é possível questionar o controle hegemônico e o poder que o ocidente tem sobre as representações e as manipulações de saberes.

Referências bibliográficas

BHABA, Homi K. 1998. *O local da cultura*. Belo Horizonte: UFMG.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. 1976. *Identidade, etnia e estrutura social*. São Paulo: Pioneira.

CASTRO-HENRIQUES, Isabel. 2011. “Os africanos na sociedade portuguesa: formas de integração e construção de imaginários (século XV-XX). Inventário de problemática”. In RODRIGUES, José & RODRIGUES, Cassimiro (eds.): *Representações de África e dos*

Africanos na História e Cultura do século XV a XXI, pp.13-32. Ponta Delgado: Centro de História Além Mar.

COELHO, João Paulo Borges. 2011. “Notas em torno da representação africana de África (ou algumas das historiografias africanas)”. RODRIGUES, José & RODRIGUES, Cassimiro (eds.): Representações de África e dos africanos na história e cultura século XV a XXI, pp.281-290. Ponta Delgado: Centro de História Além Mar.

COSTA, Sérgio. 2006. *Desprovincializando a sociologia: contribuição pós-colonial*. Revista BRASILEIRA DE CIÊNCIAS SOCIAIS, vol 21 (60): 116-183.

CUNHA, Manuela Carneiro da. 1987. *Antropologia do Brasil*. São Paulo: Brasiliense.

MARROMEU, Distrito. 2006. *Plano Económico de Desenvolvimento do Distrito. PEDD 2006*. Marromeu: Governo distrital.

MARROMEU, Distrito. 2012. *Plano Económico Social e Orçamento do Distrito. PESO 2013*. Marromeu: Governo distrital.

FABRE, Daniel, Massenzio, MARCELLO, e SCHMITT, Jean-Claude. 2010. *Autobiographie, Histoire et Fiction*. L'HOMME 3(195-196): 83-101.

FANON, Frantz. 1983. *Pele negra máscara branca*. Rio de Janeiro: Fator.

FURTADO, Cláudio Alves. 2016. O continente africano e a produção do conhecimento. Revista LATINO AMERICANA DE ESTUDOS AVANÇADOS 1(1): 118-137.

GADAMER, Hans-Georg. 2003. *O problema da consciência histórica*. Rio de Janeiro: FGV.

GEARY, Patrick J. 2005. *O mito das nações: a invenção do nacionalismo*. São Paulo: Conrad.

GUTHRIE, Malcom. 1948. *The classification of the Bantu languages*. London/New York: International African Institute/Oxford University Press.

HALBWACHS, Maurice. 2006. *A memória coletiva*. São Paulo: Centauro.

HAMBATÉ BÁ, A. 2010. “A tradição viva. História geral da África.” In KI-ZERBO Joseph: Metodologia e pré-história da África, pp.167-212. Brasília: Unesco.

HEAD, Judith. 1980. *A sena sugar estate e o trabalho migratório*. ESTUDOS MOÇAMBICANOS vol 1: 53-72.

KISO, Andrea. 2012. *Tense and aspect in chichewa, citumbuka and cisená: a description and comparasion of the tens-aspect system in three southeastern bantu languages*. Stockholm: Stockholm University.

KI-ZERBO, Joseph. 2009. *Para quando a África? Entrevista com René Holestéin*. Rio de Janeiro: Pallas.

LÉVI-STRAUSS, Claude. 1993. *Antropologia estrutural 2*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro Ltda.

LOPES, José de Sousa Miguel. 1995. *Formação de professores e identidade nacional em Moçambique*. Belo Horizonte: FAE/UFMG.

LOPES, José de Sousa Miguel. 1997. *Poder político e educação em Moçambique: entre a tradição e a modernidade*. Revista BRASILEIRA DE ESTUDOS POLÍTICOS 84: 199-239.

MARROMEU. 2006. *Plano Económico de Desenvolvimento do Distrito 2006 (PEDD)*. Marromeu: Marromeu.

MARROMEU. 2013. *Plano Económico Social e Orçamento do Distrito 2013 (PESOD)*. Marromeu: Marromeu.

MBEMBE, Achile. 2006. *Qu'est-ce que la pensée postcoloniale*. ESPRIT 12: 117-133.

MIGNOLO, Walter D. 2000. *Local histories, global designs: coloniality, subaltern knowledge's*. Princeton: Princeton University Press.

MAE, Ministério de Administração Estatal. 2005a. *Perfil do distrito de Caia. Província de Sofala*. Maputo: MAE.

MAE, Ministério de Administração Estatal. 2005b. *Perfil do Distrito de Marromeu. Província de Sofala*. Maputo: MAE.

MOLL, Johan. 2009. Kolonialistiese name van lande in Africa voor en uhuru. TYDSKR GEESTESWET, vol 49(2): 305-320.

NEWITT, Marlyn. 1997. *História de Moçambique*. Portugal: Europa-América.

NYAZEZE, Pastor Luís; MATEUS, Marijane Pedro; ROCHA, Marcos Chico Saete. 2008. *Línguas de Moçambique: Vocabulário de Cisena*. Nampula: SIL.

POLLAK, Michel. 1989. *Memória, esquecimento, silêncio*. Revista ESTUDO HISTÓRICOS, vol 2 (3): 3-5.

QUIJANO, Anibal. 2005. “Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina.” In LANDER, Edgard (ed): *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. pp. 227-278. Buenos Aires: CLACSO.

RICOEUR, Paul. 2007. “Memória pessoal, memória coletiva.” In RICOEUR, Paul: *A memória, a história, o esquecimento*, pp.105-191. Campinas, SP: Unicamp, 2007.

SAÍD, Edward W. 1990. *Orientalismo: o oriente como invenção do ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras.

SAMIN, Richard. 2010. *La Théorie postcoloniale: entre universalisme e essentialisme*. TROPISMES, 16: 157-173.

SERRA, Carlos. 1998. *Identidade, Moçambicanidade, Moçambicanização*. Maputo: Livraria Universitária.

SPIVAK, Gayatri Chakravory. 2010. *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte: UFMG.