

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

DANIELA MARIA BARRETO MARTINS

**ARTES DE CUIDAR E SER CUIDADO:
EXPERIÊNCIAS TERAPÊUTICAS INTEGRATIVAS NA PERSPECTIVA DA
DÁDIVA**

**RECIFE
2014**

DANIELA MARIA BARRETO MARTINS

**ARTES DE CUIDAR E SER CUIDADO:
EXPERIÊNCIAS TERAPÊUTICAS INTEGRATIVAS NA PERSPECTIVA DA
DÁDIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do grau de Doutora em Sociologia

RECIFE
2014

Revisão e Formatação: Vanda Bastos

Catálogo na fonte
Bibliotecário Tony Bernardino de Macedo CRB4-1567

M379a	<p>Martins, Daniela Maria Barreto. Artes de cuidar e ser cuidado: experiências terapêuticas integrativas na perspectiva da dádiva / Daniela Maria Barreto Martins. – Recife: O autor, 2014. 229 f. : il. ; 30 cm.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque.</p> <p>Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-graduação em Sociologia, 2014. Inclui referências.</p> <p>1. Sociologia. 2. Terapias integrativas. 3. Dádiva. 4. Identidade Experiência comunitária. I. Albuquerque, Paulo Henrique Novaes Martins de (Orientador). II. Título.</p> <p>301 CDD (22.ed.)</p>	UFPE (BCFCH2014-29)
-------	--	---------------------

ATA DA SESSÃO DE DEFESA DE TESE DE DANIELA MARIA BARRETO MARTINS, DO CURSO DE DOUTORADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA DO CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.

Aos vinte e um dias do mês de fevereiro de 2014, reuniram-se na Sala de Seminários do 12º andar do prédio do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, os membros da comissão designada para o Exame da Tese de Doutorado de DANIELA MARIA BARRETO MARTINS sob o título **ARTES DE CUIDAR E SER CUIDADO: EXPERIÊNCIAS TERAPÉUTICAS INTEGRATIVAS NA PERSPECTIVA DA DÁDIVA**. A comissão foi composta pelos professores: Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque – Presidente/Orientador; Prof. Dr. Adriana Falangola Benjamin Bezerra – Titular Externa (Dep. Medicina Social/UFPE); Prof. Dr. Rosana Lúcia Alves de Vilar – Titular Externa (D. Enfermagem/UFRN); Prof. Dr. Luis Felipe Rios do Nascimento – Titular Externo (PPGA/UFPE); Prof. Dr. Aécio Marcos de Medeiros Gomes de Matos – Titular Externo (D. Psicologia/UFPE); Prof. Dr. Eliane Maria Monteiro da Fonte - Titular Interna. Dando início aos trabalhos, o Prof. Dr. Paulo Henrique Martins explicou aos presentes o objetivo da reunião, dando-lhes ciência da regulamentação pertinente. Em seguida, passou a palavra à autora da Tese para que apresentasse o seu trabalho. Após essa apresentação, cada membro da Comissão fez sua arguição, seguindo-se a defesa da candidata. Ao final da defesa a Comissão Examinadora retirou-se para, em secreto, deliberar sobre o trabalho apresentado. Ao retornarem o Prof. Dr. Paulo Henrique Martins, presidente da mesa e orientador da candidata, solicitou que fosse feita a leitura da presente Ata, com a decisão da Comissão Examinadora aprovando a Tese por unanimidade. E nada mais havendo a tratar foi lavrada a presente Ata, que vai assinada por mim, secretário do programa, pelos membros da Comissão Examinadora e pela candidata. Recife, 21 de fevereiro de 2014.

Vinicius Douglas da Silva Nascimento – Secretário

Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque

Prof. Dr. Rosana Lúcia Alves Vilar

Prof. Dr. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Prof. Dr. Luis Felipe Rios do Nascimento

Prof. Dr. Aécio Marcos de Medeiros Gomes de Matos

Prof. Dr. Eliane Maria Monteiro da Fonte

Daniela Maria Barreto Martins

*Dedico este trabalho a Guilherme, meu filho,
pelo que me ensina,
diariamente, sobre o cuidado*

AGRADECIMENTOS

A minha mãe e meu pai, pelo apoio incondicional, amor infinito e presença nos momentos que mais necessitei;

Aos meus amados Gui e Joel pela paciência, compreensão, sustentação nas ausências e pelo colorido do cotidiano;

A meus sogros, Elisabeth e Cwi, pelo apoio e acolhimentos como filha em suas vidas;

A minhas avós, Carmen Barreto, pelo que me ensinou no amor e na firmeza, pela sua fé e pela sua inteireza aos 100 anos de vida; e Abgail (in memoriam) pela sua fibra diante das intempéries da vida, sem perder a ternura;

A minha família, em especial minhas irmãs Sandra e Neide, meu afilhado Gabriel e minha sobrinha Cecília, pelos apoios e alegrias;

Ao meu orientador, Paulo Henrique Martins, pela paciência, compreensão e leveza;

A Amurabi, querido amigo, interlocutor e incentivador durante todos estes anos de doutorado;

A Joanna, querida amiga com quem contei desde o primeiro dia que cheguei a Recife e que me abriu as portas para esta linda cidade;

A todos os demais colegas do PPGS, pela sintonia, alegria e apoio, em especial @s amig@s Vivian, Bruno, Vamberto e Samuel;

Aos professores do PPGS e PPGA – UFPE, que muito contribuíram para a minha formação;

Aos professores, estudantes, colegas e amigos da UNEB – Departamento de Educação CAMPUS XI – Serrinha, pelo apoio e compreensão, especialmente a Lícia e Agripino, grandes amigos, pela alegria de tê-los em minha vida.

A minhas amigas-irmãs, Viviane e Marcela, e Ivan, grande amigo, pela família que construímos juntos, pelo amor e apoio a todo o tempo e distância;

A Sarinha (in memoriam), por tudo que nos ensinou com sua vibrante vida e a Rei, pelo seu dom de pacificar, acolher e frutificar qualquer trabalho;

Ao Shaktí, pelo acolhimento e presença amorosa. Às amigas Patrícia, Jeane, Keu, Maria, Aurivone, Mariana;

A todos os terapeutas e gestores de espaços terapêuticos de Jacobina, que sempre me acolheram com tranquilidade e presteza;

Aos moradores de Jacobina os quais, com muita simpatia, me acolheram nesta cidade e tornaram a minha pesquisa e a minha permanência agradavelmente possíveis.

O Agrado é que demora a viagem...

(adágio popular eternizado por Vó Biga)

RESUMO

Esta tese propõe uma integração conceitual entre a teoria da dádiva e o conceito de *cuidado* como aporte para a interpretação de um conjunto de experiências comunitárias de construção do cuidado que se desenvolveram a partir de circuitos terapêuticos alternativos na cidade de Jacobina-BA. Trata-se de um estudo de caso, de natureza etnográfica, em que buscamos identificar, interpretar e compreender a formação destes circuitos bem como as formas singulares de apropriação das técnicas de cuidado disponíveis. Para tal, formulamos esquemas de significação e interpretação, tendo em vista as dimensões constitutivas da teoria da dádiva, quais sejam, o *interesse*, o *desinteressamento*, a *obrigação* e a *liberdade*. Reintroduzidas, a partir da interação ora proposta, com a conceituação do *cuidado*, estas dimensões foram traduzidas em nossos esquemas analíticos a partir das legendas: “cuidar e ser cuidado”, contemplando, simultaneamente, os planos do *desinteressamento* e da obrigação, enquanto compromisso ético-moral; “cuidar de si”, contemplando simultaneamente os planos do interesse em si e do interesse prático-instrumental; e “cuidar e criar”, contemplando os planos de liberdade e *[re]criação*. As técnicas de pesquisa utilizadas foram: etnografia do campo de pesquisa, que envolveu visitação aos espaços e observação participante, aplicação de questionários e realização de entrevistas com clientes, organizadores de círculos de práticas e terapeutas. Como requer uma pesquisa de cunho etnográfico, a apreensão da densidade do fenômeno se aprofundou, à medida que intensificamos a nossa imersão, o nosso contato e a participação nas experiências estudadas. Este estudo contribuiu para a compreensão do cuidado como ato comunitário em que todos participam do benefício e da doação, em contraposição a visões excessivamente assistencialistas que, nos termos da dádiva, tenderiam a inferiorizar aquele que se encontra na posição de receber benefícios apenas; avançar na análise das Terapias Integrativas para além da circunscrição aos fenômenos de nova era ou redução a “recursos terapêuticos” para aplacar sintomas indesejáveis, que foram aqui exploradas, em sua expressão total, como provedoras de referenciais cosmológicos a partir dos quais os grupos se orientaram na construção daquelas experiências; o Reconhecimento do trinômio *saúde-doença-cuidado*, com a proposição de uma Sociologia do Cuidado, em contraponto à genérica e outrora instrumental Sociologia da Saúde.

Palavras-chave: Dádiva. Cuidado. Terapias integrativas. Experiência comunitária.

ABSTRACT

This dissertation proposes a conceptual integration between the gift theory and the concept of caring as a means for the interpretation of a set of communitarian experiences of care building which developed from alternative therapeutic circles in the town of Jacobina, Bahia. It is an ethnographic case study in which we aim to identify, interpret and understand the formation of those circles, as well as the singular forms of appropriation of the available caring techniques. For that purpose, we have formulated schemes of meaning and interpretation, considering the constitutive dimensions of the gift theory, i.e., the interest, the disinterest, the obligation and the freedom. Reintroduced from the interaction with the conceptualisation of caring, such dimensions were translated in our analytical schemes from the legends: 'to care and to be cared' (simultaneously contemplating the disinterest's and the obligation's plans as a ethic-moral commitment), 'care of oneself' (contemplating simultaneously the plans of the interest in oneself and of the practical-instrumental interest) and 'care and create' (contemplating the plans of freedom and [re]creation). The research techniques used were: ethnography of the field of research, which included visiting the spaces and participant observation, appliance of questionnaires and interviews with the clientele, organisers of practice circles and therapists. As required for an ethnographic research, the apprehension of the phenomenon's density has deepened as we intensified our immersion, our contact and the participation in the experiences studied. This study contributed to the comprehension of caring as a communitarian act in which everyone benefits and gives, contradicting excessively assistencialist points of view which, in relation to the gift, are prone to belittle those who are in a position of receiving benefits only; to advance the analysis of Integrative Therapies beyond the circumscription of new age phenomena or the reduction to 'therapeutic resources' to soothe undesirable symptoms. IT were explored in their full performance as a means to provide cosmologic reference which guided the groups to structure the experiences; the acknowledgement of the trinomial health-illness-care, proposing a Sociology of Caring to counterpoint the generic and formerly instrumental Sociology of Health.

Keywords: Gift. Care. Integrative Therapies. Communitarian Experience.

RESUMEN

Esta tesis propone una integración conceptual entre la teoría del don y el concepto de *cuidado* como aporte para la interpretación de un conjunto de experiencias comunitarias de construcción del cuidado que se han desarrollado a partir de círculos terapéuticos alternativos en la ciudad de Jacobina, Bahía. Tratase de un estudio de caso, de naturaleza etnográfica, en lo cual hemos buscado identificar, interpretar y comprender la formación de estos círculos y las formas singulares de apropiación de las técnicas de cuidado disponibles. Para eso, formulamos esquemas de significación e interpretación, considerando las dimensiones constitutivas de la teoría del don, i. e., *el interés, el desinteresamiento, la obligación y la libertad*. Reintroducidas a partir de la interacción acá propuesta, con la conceptualización del *cuidado*, estas dimensiones fueran traducidas en nuestros esquemas analíticos a partir de las leyendas: “cuidar y ser cuidado” (contemplando simultáneamente los planos del *desinteresamiento* y de la obligación mientras compromiso ético-moral) “cuidar de sí” (contemplando simultáneamente los planos del interés en sí y del interés práctico-instrumental) y “cuidar y crear” (contemplando los planos de la libertad y *[re]creación*). Las técnicas de pesquisa utilizadas fueran: etnografía del campo de pesquisa, que envolvió La visitación a los espacios y observación participante, aplicación de cuestionarios e realización de entrevistas con clientes, organizadores de círculos de prácticas y terapeutas. Como se requiere de una pesquisa de naturaleza etnográfica, la aprensión de la densidad del fenómeno se profundizó mientras intensificábamos nuestra inmersión, nuestro contacto y participación en las experiencias estudiadas. Este estudio contribuyó para la comprensión del cuidado como un acto comunitario en que todos participan del beneficio y de la donación, en contraposición a las visiones excesivamente asistencialistas que, en los términos del don, tenderían a empequeñecer aquél que se encuentra en la posición de recibir beneficios apenas; avanzar el análisis de las Terapias Integrativas para mas allá de la circunscripción a los fenómenos de la nueva era o la reducción a los “recursos terapéuticos” para aplacar síntomas indeseables: Las TIC fueron acá exploradas, en su expresión total, como proveedoras de referenciales cosmológicos, a partir de los cuales los grupos se orientaron en la construcción de aquellas experiencias; el Reconocimiento del trinomio *salud-dolencia-cuidado*, con la proposición de una Sociología del Cuidado, en contrapunto a la genérica y otrora instrumental Sociología de la Salud.

Palabras-clave: Don. Cuidado. Terapias integrativas. Experiencia comunitaria.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Críticas à ciência médica e contrapontos das terapias alternativas ..	59
Figura 1	Foto Movimento “Jacobina Agoniza” – Jacobina, Bahia, 2011	94
Figura 2	Protesto contra o impasse entre o Hospital Regional e a Prefeitura – Jacobina, Bahia, 2013	95
Figura 3	Protesto da Associação de Ação Social e Preservação das Águas, Fauna e Flora da Chapada Norte (ASPAFF) contra a atividade mineradora – Jacobina, Bahia, 2009	98
Figura 4	Grafitagem em muro, em que se lê: “silicose e água contaminada é nossa herança” – Jacobina, Bahia, 2009	99
Figura 5	Diagrama da procura por tratamentos e a circularidade da dádiva ...	103
Figura 6	A Chapada – Jacobina - Bahia, 2012	105
Figura 7	Entre a Caatinga e a Chapada – Jacobina - Bahia, 2012	105
Figura 8	Figura 8 – Cachoeira do Véu de Noiva – Jacobina - Bahia, 2012	105
Figura 9	Feira de Jacobina – Jacobina, Bahia, 1940	108
Figura 10	Entrada da Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	119
Figura 11	Sala de Estar da Casa de Repouso (para clientes e hóspedes) – Jacobina, Bahia, 2011-2012	119
Figura 12	Espreguiçadeiras nos corredores – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	120
Figura 13	Entrada da Capela – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	120
Figura 14	Área externa para caminhadas e exercícios – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	121
Figura 15, 16	Área externa para caminhadas e exercícios – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	121
Figura 17	Fitoterápicos produzidos na Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	122
Figura 18	Acomodações para clientes e acompanhantes – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	122
Figura 19	Cozinha – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	123
Figura 20	Sala de leitura – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012 ..	123
Figura 21	Piscina – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	124
Figura 22	Parque Infantil – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012 ..	124
Figura 23	Refeitório Principal – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	125

Figura 24	Painel indicativo do funcionamento dos órgãos ao longo do dia – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	125
Figura 25	Detalhe da entrada para sala de Reiki – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	126
Figura 26	Mandala Mítica colocada ao centro da Capela – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	126
Figura 27	Foto detalhe do O-Ring Test – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	130
Figura 28	Cartaz de divulgação de vivência proposta em parceria com a Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012	136
Figuras 29, 30, 31	Sessão de yoga para reposição hormonal – Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012	139
Figura 32	Frente do Casarão – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012	142
Figura 33	Lateral do Casarão, entrada para o Ateliê – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012	142
Figura 34	Café da manhã orientado – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012	142
Figura 35	Troca de livros no Bazar do Casarão – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012	144
Figura 36	Sebo improvisado na sala de acupuntura no Bazar do Casarão – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012	144
Figura 37	Arte feita em cabaça (Sítio Tibau) no Bazar do Casarão – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012	145
Figura 38	Artes feitas em Sisal (Artesãs do Quilombo de São Tomé) no Bazar do Casarão – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012	145
Figuras 39, 40	Sessão pública de Yoga na Praça, em frente ao Espaço Yoga – Jacobina, Bahia	146
Figura 41	Sala de atendimento – Centro de Terapias Holísticas – Jacobina, Bahia, 2011-2011	160
Figura 42	Sala de Atendimento em preparação para Sessão de Cromoterapia – Centro de Terapias Holísticas – Jacobina, Bahia, 2011-2012	160
Figura 43	Estudo “Um Curso em Milagres”	162
Figuras 44, 45	Cantina Tudo Natural – Jacobina, Bahia, 2011-2012	167
Figuras 46, 47, 48	Bimboka produtos naturais – Jacobina, Bahia, 2011-2012	168
Figuras 49, 50, 51	Capacitação em Salvador-BA, 2012	182

Figuras		
52, 53, 54, 55	Prática Capacitar – Jacobina, Bahia, 2011-2012	182 183
Figura 56	Formação Capacitar – Jacobina, Bahia, 2011-2012	183
Figuras 57, 58, 59, 60	Vivência do Shaktí com projeção em pintura – Jacobina, Bahia, 2013	188

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ASPAFF	Associação de Ação Social e Preservação das Águas, Fauna e Flora da Chapada Norte
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CF/88	Constituição Federal do Brasil de 1988
Ciplan	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPC	Círculos de Práticas Cuidadoras
CPT	Comissão Pastoral da Terra
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DEAM	Delegacia Especial de Atendimento à Mulher
FPT	Fora de Possibilidade Terapêuticas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
M.A.U.S.S.	Movimento Anti-Utilitarista nas Ciências Sociais
MP	Ministério Público
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSC's	Organizações da Sociedade Civil
PICS	Práticas Integrativas em Saúde
PMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNPICS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PSF	Programa Saúde da Família
RES	Rede Saúde Criança
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TI's	Terapias Integrativas
TIC's	Terapias Integrativas e Complementares em Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 DÁDIVA E CUIDADO	22
1.1 SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO: O INTERESSE DAS CIÊNCIAS SOCIAIS ...	22
1.1.1 O Recorte Sociológico	25
1.2 O PARADIGMA DA DÁDIVA	31
1.3 A INTEGRAÇÃO DOS CONCEITOS	38
1.3.1 O Cuidado	39
1.3.2 O Cuidado sob a perspectiva da Dádiva	45
1.4 PRÁTICAS DE CUIDADO NÃO-MÉDICAS: TENSÃO, OPOSIÇÃO OU INTEGRAÇÃO?	52
1.4.1 Esboços da Cisão	52
1.4.2 Às margens da Ciência	57
1.4.3 Do Alternativo ao Integrativo	60
1.4.4 A Integralidade e as Práticas Integrativas	67
2 O CONTEXTO DAS TERAPIAS INTEGRATIVAS EM JACOBINA	73
2.1 DELINEAMENTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	73
2.1.1 Organização dos Registros	75
2.2 IMAGENS COMPARTILHADAS: CIDADE QUE ADOECE, CIDADE QUE CUIDA	78
2.3 DA CIDADE QUE ADOECE...	83
2.3.1 Os limites entre as buscas por cuidados	83
2.3.2 Manifestações e movimentos	93
2.3.3 Impactos da Mineração do Ouro e o Imaginário da Cidade que Adoece	96
2.4 DA CIDADE QUE CUIDA...	104
3 TERAPIAS INTEGRATIVAS EM JACOBINA: RECEPTIVIDADE E CONSOLIDAÇÃO	115
3.1 A CASA DE REPOUSO	116
3.1.1 O espaço de atendimento	118
3.1.2 O método da Bioenergia	128
3.2 O ESPAÇO YOGA	137
3.2.1 O novo Espaço Yoga	142
3.2.2 O trabalho dos terapeutas	148

3.2.3 Terapeutas parceiros do Espaço Yoga	154
3.3 O CENTRO DE TERAPIAS HOLÍSTICAS	158
3.4 O CLUBE POWER CRUNCH	163
3.5 LOCAIS DE APOIO	166
3.6 A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA	170
4 CÍRCULOS DE PRÁTICAS CUIDADORAS	174
4.1 MENSAGEIROS DO BEM-ESTAR	181
4.2 SHAKTÍ: JORNADAS COMPARTILHADAS DE CURA E AUTOCONHECIMENTO	185
CONSIDERAÇÕES FINAIS	191
REFERÊNCIAS	198
APÊNDICES	214
APÊNDICE A ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	216
APÊNDICE B QUESTIONÁRIO	218
ANEXOS	222
ANEXO A CAPACITAR: UMA ABORDAGEM POPULAR PARA A CURA DO TRAUMA	223

INTRODUÇÃO

A presente tese tem como objetivo estabelecer relações entre *dádiva* e *cuidado*, a partir do estudo de uma experiência comunitária que se desenvolveu com base em circuitos terapêuticos alternativos, no município de Jacobina-BA. Em grande parte, os estudos no âmbito do *cuidado* fazem parte de um *corpus teórico-metodológico* que se estabeleceu nos limites institucionais das práticas médicas em saúde, embora o *cuidado em saúde* entendido como uma ação integral só seja possível na medida em que sejam consideradas, também, as *entre-relações* que, tantas vezes, extrapolam tais limites (PINHEIRO, 2008).

O trabalho ora apresentado propõe um olhar sobre o *cuidado* a partir das suas bases de formação, das efervescências do cotidiano, em que se destacam as prestações de bens pessoa-a-pessoa (CAILLÉ, 2002a) e os modos de existência que expressam movimentos de recriação, modificando recursos de forma insuspeita e produzindo deslocamentos “microrresistentes”, quiçá fundando “microliberdades” na transitoriedade dos acontecimentos ordinários (CERTEAU, 1994). Presumimos, em nosso estudo, que tais experiências de cuidado fundamentadas nas terapias integrativas, ora toleradas, ora aceitas, ora rejeitadas, inauguram e estabelecem novas rotinas coletivamente construídas de prestação de cuidados, cultivando e compartilhando símbolos e significados que lhes dão sustento.

Destarte, identificamos como “experiência comunitária de construção do cuidado” o conjunto de interpretações, apropriações e reapropriações de tecnologias e técnicas de cuidado compartilhados em arranjos e rearranjos sociais fundamentados na circulação de bens de acolhimento, de reconhecimento, de atenção, entre outros. Ressaltam-se aqui os pluralismos das relações cotidianas, a infinidade de formas de associação e criação anônimas (CERTEAU, 1994), com especial atenção para os modos como os indivíduos “constituem seus vínculos sociais e como inventam a vida em comum” (MARTINS, 2005).

Tendo como ponto de partida esta integração *dádiva-cuidado*, nos debruçamos sobre as “artes¹ de cuidar e ser cuidado”, engendradas em “circuitos

¹ São de inspiração *certeauniana* as expressões “artes de cuidar e ser cuidado” utilizadas neste trabalho. Em sua perspectiva heterodoxa do cotidiano, Certeau (1994) situa as “artes de fazer”, rompendo o binarismo entre estrutura e ação, permitindo-nos contemplar o horizonte fértil de possibilidades proposto na teoria da dádiva, em que dar equivale a declarar-se disposto a tomar parte no jogo (*incerto*) da associação.

terapêuticos alternativos”² na cidade de Jacobina-BA. O nosso interesse nestes circuitos parte de um lugar de observação de práticas populares de cura que é fruto de pesquisas realizadas em outras cidades do interior da Bahia. O raio de atuação dos terapeutas populares nas cidades pesquisadas (Serrinha, Coité, Santa Bárbara e Feira de Santana) nos levou à cidade de Jacobina, local em que era perceptível o incremento da oferta de serviços terapêuticos, a partir da adesão, acentuada nos últimos quinze anos, às então denominadas Terapias Integrativas e Complementares em Saúde (TIC’s).

A exploração do conceito de *cuidado* trouxe o tema das terapias integrativas (TI’s) no caudal das reflexões acerca da integralidade nas práticas em saúde. Para muitos autores contemporâneos (CECCIM, 2010; NOGUEIRA, 2010; SOUZA; LUZ, 2009; TESSER, 2010; TRAD, 2010; entre outros), as terapias integrativas apresentam maior teor de integralidade, em comparação às práticas médicas predominantes. A abertura para as TI’s, em função de mudanças na legislação, tais como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPICS), no ano de 2006, trouxe um maior interesse na assimilação e implementação destas práticas terapêuticas, bem como um maior interesse em pesquisas.

Com o propósito de equacionar a polifonia que precede o conceito de “terapias integrativas”, admitimos o uso das expressões “alternativas”, “naturais” e “holísticas”, com sentidos equivalentes. Contudo, ao sublinharmos a expressão “terapias integrativas” ao longo deste trabalho, buscamos ressaltar o caráter integrador cunhado por tal expressão, em contraste com termos mais excludentes, que só podem ser concebidos como externos às práticas oficiais.

Como veremos a seguir, a constituição de um circuito terapêutico alternativo que deu margem a experiências comunitárias singulares na construção do *cuidado*, resulta de um conjunto de fatores que, interligados nesta narrativa, podem ser compreendidos como uma totalidade. Assim, poderemos observar relações construídas entre a Jacobina das longínquas práticas curadoras

² Expressão cunhada por Maluf (1996) para se referir à dinâmica do fenômeno Nova Era, mais precisamente aos fluxos advindos da eclosão de novas formas de espiritualidade aliadas a práticas terapêuticas alternativas. Conforme Tavares (2012), dos circuitos terapêuticos alternativos participam terapeutas, clientes, espaços esotéricos, serviços terapêuticos alternativos, restaurantes, lojas e toda sorte de estabelecimentos alinhados com tais fenômenos.

tradicionais e a Jacobina que assimila as terapias integrativas contemporâneas, agregando referências externas às conhecidas tradições. Neste enredo, situamos a experiência dos *círculos de práticas cuidadoras*, que parece reunir estas referências no sentido da *reapropriação* do cuidado como ato compartilhado, tecido; como uma experiência comunitária, enfim.

Trata-se de um estudo de caso, de natureza etnográfica, cujo enquadre interpretativo se coloca em conformidade com a teoria da dádiva. Para tal, formulamos esquemas de significação e interpretação, tendo em vista as dimensões constitutivas da teoria da dádiva, quais sejam, “interesse”, “desinteressamento”, “obrigação” e “liberdade” (CAILLÉ, 2002a). Reintroduzidas a partir da interação, ora proposta, com a conceituação do *cuidado*, estas dimensões são traduzidas em nossos esquemas analíticos a partir das legendas: “cuidar e ser cuidado”, que contempla, simultaneamente, os planos do *desinteressamento* e da *obrigação*, enquanto compromisso ético-moral; “cuidar de si”, que contempla, simultaneamente, os planos do interesse em si e do interesse prático-instrumental; e “cuidar e criar”, que contempla os planos da liberdade e *[re]criação*.

O uso das fotografias é aqui considerado um elemento indispensável para este estudo, posto que os simbolismos constitutivos do campo de pesquisa, traduzidos nas imagens, fazem parte, são inseparáveis dos processos de análise e interpretações em trabalhos de pesquisa desta natureza. Ou seja, tanto pela força do método etnográfico como pelo enquadre interpretativo da dádiva, as imagens (símbolos) fazem todo o sentido na condução/compreensão deste relato.

Esta tese está dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo tem como objetivo introduzir os principais conceitos e definições teórico-metodológicas utilizadas. Para tal, propomos uma revisão que abarca: a) o interesse das Ciências Sociais no tocante ao tema do *cuidado*, explorando, de forma sucinta, os estudos precedentes acerca dos fenômenos saúde e doença; b) as linhas gerais do paradigma da dádiva; c) a integração entre o conceito de cuidado e a teoria da dádiva; d) as aproximações entre terapias alternativas e *cuidado*, a partir de mediações que culminaram na definição de *práticas integrativas e complementares em saúde*.

No segundo capítulo, iniciamos a nossa narrativa etnográfica explicitando, previamente, os delineamentos metodológicos. Neste capítulo, além de apresentar o campo de pesquisa, exploramos as primeiras razões que despontaram nos relatos

no sentido de compreender a formação de circuitos terapêuticos alternativos em Jacobina, bem como as primeiras movimentações rumo às experiências de construção do *cuidado*. Este capítulo aborda, em diferentes seções, a “cidade que adocece” e a “cidade que cura”, de forma que, na primeira, exploramos as demandas e insatisfações que movimentavam *outras* buscas e, na segunda, discorreremos acerca de uma suposta vocação para as práticas de cuidado revelada pelos nossos interlocutores.

O terceiro capítulo é dedicado a uma descrição densa dos circuitos terapêuticos, abarcando os espaços, as trajetórias pessoais de clientes³ e terapeutas bem como interpretações das dinâmicas, à luz da integração conceitual *dádiva–cuidado*. A qualidade das relações terapeuta–cliente, a disposição dos espaços, a abertura para o compartilhamento de conhecimentos e para a ação conjunta são alguns dos elementos identificados nestas experiências como favorecedores da construção do cuidado em bases comunitárias. Em contrapartida, aqui já se esboçam algumas limitações que comprometem o desejado caráter integrativo destas práticas, em especial, no que tange a uma posição pouco gregária e reativa à ciência médica.

O quarto capítulo é integralmente dedicado à análise dos Círculos de Práticas Cuidadoras, identificados como pontos culminantes da nossa narrativa, no que diz respeito às *(re)apropriações do cuidado como ato comunitário*. Abordamos, neste ponto, um suposto (r)estabelecimento de forças que coatuam terapeuticamente, acionando mudanças que são percebidas como “transformadoras” e “curativas”, tanto pelos clientes como pelos terapeutas.

Por fim, nas conclusões, trabalhamos no sentido de discernir as contribuições trazidas com esta pesquisa bem como os pontos de possível avanço no debate das mútuas implicações entre dádiva e cuidado; das formas de apropriação das terapias integrativas que interferem na prática do cuidado, oscilando entre padrões mais comprometidos com a lógica utilitarista e outros mais propícios à

³ Optamos pela utilização da palavra cliente, sobretudo em função da larga utilização pelos próprios terapeutas desta expressão. Contudo, não se pode aqui omitir o sentido utilitário de tal expressão, cujo risco da redução das experiências terapêuticas a contratos constitui a matéria essencial crítica sociológica fundamentada na Teoria da Dádiva. Desta forma, é interessante lembrarmos a raiz etimológica da palavra cliente, derivada da palavra *cliens*, do latim, que significa *protegido, apoiado*. Reiteramos aqui a importância de recobrar o sentido da palavra cliente como ‘aquele que busca apoio, ajuda’, o que nos parece mais apropriado às reflexões aqui propostas.

circulação de dádivas; dos desdobramentos de tais experiências e reflexões para o campo de investigação do cuidado, como também para os agenciamentos sociais em defesa do cuidado integral.

Considerando o grau de complexidade em que estão enredadas as práticas coletivas ou *arranjos sociais* na atualidade, não seria uma tarefa fácil se pôr a analisar os caminhos pelos quais se vinculam os seus partícipes. Falamos de experiências que se caracterizam pela instabilidade e imprevisibilidade dos seus processos, pois partem justamente de uma situação intermediária, ambivalente, “entre as *ficções unificadoras* das sociedades tradicionais e as *promessas mal cumpridas* da sociedade contratual” (MARTINS, 2007, grifos da autora). Experiências que brotam de zonas de indefinição e “incerteza estrutural” (CAILLÉ, 2002a, p. 55) em que é possível, contudo, observar um movimento de *relição* social que *parte de* e *retroalimenta* interesses comuns. Encontramos em Mauss a definição deste movimento como a *experiência do “dom”*. Caillé, em sua definição sociológica do dom, o compreende como “toda prestação de serviços ou de bens efetuada sem garantia de retribuição, com o intuito de criar, manter ou reconstituir o vínculo social” (2002a, p. 142). É por isto que atribui aos dons primeiros a capacidade de se abrir à incerteza, de ser o ponto de partida de qualquer enredamento social.

1 DÁDIVA E CUIDADO

Assim a dádiva é um procedimento de exteriorização pelo qual o homem produz uma coisa que permitirá, ao mesmo tempo, a partilha e a união, a distribuição entre o mesmo e o outro
(Aldo Haesler)

1.1 SAÚDE–DOENÇA–CUIDADO: O INTERESSE DAS CIÊNCIAS SOCIAIS

Muitas discussões teórico-metodológicas acerca das práticas de cuidado nas Ciências Sociais tomaram corpo à medida que se procurou, em uma incursão nada fácil em territórios de dominação médica, estabelecer distinções entre a manifestação patológica ou biológica, a percepção individual ou subjetiva e a ordem cultural (CANESQUI, 1994). Em grande parte, estes estudos constituíram um campo problemático que confrontava os domínios da medicina científica como discurso privilegiado, explicitando outras abordagens de corpo, doença, saúde e cura, que transcorriam e permaneciam em práticas cotidianas, estabelecendo relações ambíguas relativamente aos sistemas de saúde oficiais.

O legado destas incursões do pesquisador das Ciências Sociais forneceu subsídio para o questionamento das práticas oficiais⁴ sob o pretexto da *desnaturalização*⁵ da doença (CARRARA, 1994) e do campo de estudos da saúde, de uma maneira abrangente. A maioria dos pesquisadores, na atualidade, é unânime em admitir as múltiplas dimensões implicadas no adoecimento, na busca por cuidados e na experiência dos tratamentos, desde questões que passam pela garantia de direitos, por modelos de gestão da saúde, redes de apoio, às questões mais subjetivas tais como a escolha do tratamento, os vínculos estabelecidos, a humanização do cuidado, etc.

⁴ Na literatura, a expressão “oficial” é utilizada para designar tudo o que diz respeito à ciência médica. Também faremos uso desta expressão neste trabalho, porém com a ressalva de que, além de designar, a expressão também é utilizada para qualificar ou desqualificar as não oficiais, reduzindo-as. Oficial facilmente equivale a ser reconhecido, legítimo.

⁵ Conforme Carrara (1994), a desnaturalização da doença outrora associada à perspectiva construcionista nas Ciências Sociais corresponde à compreensão da doença para além de suas bases biológicas. Como fenômeno complexo e sócio-histórico-cultural, bem como biológico, esta não pode ser reduzida a uma única dimensão.

É importante destacar, a propósito, que o questionamento das bases biológicas em que estavam seguramente pautadas as práticas médicas não constitui um bloco único e consensual de questões e interpretações. Ao contrário, é possível observar diferenças importantes entre uma posição construcionista mais radical⁶ e outras posições assumidas no âmbito da medicina social, comprometida também com a relação entre a saúde coletiva e a formulação de políticas públicas em Saúde ou da antropologia e seu interesse genuíno em torno da relação religiosidade–cura, entre outras perspectivas.

Conforme Canesqui, a partir da década de 1970, a relação entre Antropologia Social e Medicina teve um maior impulso na Inglaterra. Muitos destes estudos estiveram focados na análise de sistemas médicos “não ocidentais”, fortemente influenciados pelos estudos de Evans-Pritchard e Turner, nas décadas de 1930 e 1960, respectivamente. A abordagem das cosmologias, dos processos de cura, dos especialistas de cura e os esforços na constituição de uma teoria das doenças marcaram estes estudos. Ainda de acordo com a autora, “mais do que uma estreita associação da Antropologia com a clínica, a Antropologia Inglesa aproximou-se da Medicina Social e da Saúde Pública, com referência ao planejamento dos serviços de saúde” (1994, p. 16). Estas funções assumidas estariam fortemente relacionadas com as demandas sociais dos períodos entre-guerras e pós-guerras, especialmente os esforços empenhados no estado de bem-estar social.

A estruturação do campo de estudos da antropologia médica nos EUA, especialmente a partir das discussões teórico-metodológicas em torno do conceito de *doença*⁷, foi certamente uma das mais importantes inspirações para os estudos relacionados no Brasil, intensificados a partir da década de 1980. A emergência de um discurso antropológico sobre a doença atuou como um divisor de águas para a abordagem do adoecer como processo que envolvia aflições pessoais, perturbações

⁶ Conforme Sousa Filho (2007, p. 30), pode-se definir o *construcionismo crítico* como um “pensamento radical” e resumi-lo com o postulado “que afirma que o mundo humano-social, em toda sua diversidade e em todos os seus aspectos, é produto de construção humana, cultural e histórica”.

⁷ As contribuições de Parsons para a concepção do sistema médico como “um modelo conceitual que tem por objetivo explicar o funcionamento de concepções e práticas relacionadas aos cuidados com a saúde” (ALVES, 2006, p. 1548), foram fundamentais para as futuras distinções elaboradas em torno dos conceitos de *disease* e *illness*. Enquanto *disease* se caracterizava pelo crivo da patologia definida dentro de um sistema profissional médico cujos subsídios de análise já estavam presentes na sociologia parsoniana, *illness* contemplava a dimensão subjetiva associada à percepção do indivíduo de que necessita de cuidados.

físico-morais, disposições corporais, etc. (ALVES; RABELO, 1995; CANESQUI, 1994; CARRARA, 1994; DUARTE, 1986; GARNELO; LANGDON, 2005; LOYOLA, 1984; MAGNANI, 1996; MINAYO, 1988; MONTERO, 1985; RIOS; PARKER; TERTO JUNIOR, 2010, entre outros). A doença e a cura passavam a ser vistas como parte de um universo de sentidos e significados compartilhados, ou seja, inseparáveis do contexto cultural e social dos que adoeciam e/ou dos que curavam/ajudavam na busca da cura.

Autores como Alves e Rabelo, Canesqui, Carrara, Minayo, Nunes e outros contribuíram largamente para a constituição de um pensamento antropológico brasileiro alinhado com a produção mundial nos estudos de saúde e doença. A influência da antropologia médica norte-americana, da antropologia social inglesa e da etnologia francesa é ampla na produção brasileira: Eisenberg, Kleinman, Frankenberg, Young, Evans-Pritchard, Turner, Mauss, Lévi-Strauss e muitos outros estiveram na base da formação de antropólogos brasileiros debruçados sobre o tema da experiência da doença e das práticas de cuidado no campo da saúde.

Para Alves e Rabelo (1998), a incomensurável multiplicação de pesquisas relativas à saúde nas Ciências Sociais, a partir da década de 1980, impediria qualquer tentativa de revisão bibliográfica exaustiva. Trata-se de uma infinidade de temas e questões exploradas cuja heterogeneidade se revela não só pela diversidade teórico-metodológica disciplinar, mas, também, pelas incursões inter e transdisciplinares com estudiosos das ciências sociais que possuem diversas formações e cujas produções compartilhadas atingem tão largo alcance que, efetivamente, é impossível traçar um panorama destas interações entre áreas que comporte todas as referências.

No tocante à Sociologia, muitos pesquisadores (ALVES; RABELO, 1998; CANESQUI, 1994; 2003; MINAYO; MINAYO, 1998; MONTAGNER, 2008; NUNES, 1989; 1999) identificam, no Brasil, certa imprecisão na formação de um campo de estudos sociológicos da Saúde e Doença. A estruturação e a prosperidade dos estudos antropológicos brasileiros, sob a influência das escolas americanas, inglesas e francesas, contrastam com as dificuldades em se estabelecer, dentro da sociologia, um campo bem definido destes estudos. Oscilando entre as siglas da Sociologia da Saúde, Sociologia Médica ou Medicina Social (MONTAGNER, 2008), os estudos que se desenvolveram em núcleos de pesquisa sociológica interessados nas práticas de cuidado e cura não seriam possíveis senão em uma experiência de

fronteira entre saberes, que reuniu/reúne as contribuições de diversas disciplinas, a saber, medicina, antropologia, a própria sociologia, psicologia e o campo da saúde coletiva já por si uma área de estudo fronteiriça.

Os questionamentos das práticas de cuidado em nossa sociedade são de fundamental importância para a compreensão da saúde como um fato social total (MARTINS, 2003), o que significa dizer que, de forma alguma, poderíamos isolar este tema como competência exclusivamente médica, na medida em que estamos todos implicados, enquanto sociedade, tanto no pensar, no agir, como no adoecer, no cuidar, ser cuidado e demais ações recíprocas que caracterizam o social.

1.1.1 O Recorte Sociológico

Ao analisar a realidade brasileira no tocante ao desenvolvimento de uma sociologia propriamente voltada para os fenômenos da saúde e da doença, Montagner identifica dois momentos especialmente distintos. Inicialmente incorporada aos departamentos de saúde (medicina, saúde coletiva, medicina preventiva), a Sociologia, em interação com os estudos relacionados à saúde e doença, assumiu um caráter “mais aplicado”, com estudos comportamentais interessados nas causas sociais, de acordo com uma perspectiva estrutural funcionalista (2008, p. 203). Esta realidade se intensificou nas décadas de 1950 e 1960. Neste ínterim, se destacaram as teorias sistêmicas, apoiadas largamente no pensamento de Parsons, para as quais a medicina, tomada como sistema, poderia prever a complementaridade entre o papel do enfermo e do terapeuta, em termos de regularidade. O autor sugere nesta tendência uma forte identificação com teorias comportamentais focadas no controle, contrastante, portanto, com uma sociologia crítica e sensibilizada para as mudanças sociais que emergiram a partir da década de 1960.

A partir da década de 1970, e mais intensamente no Brasil dos 1980's, um novo cenário pareceu favorável a novas categorizações e ampliação de estudos focados, até então, na experiência da doença ou na saúde preventiva, especialmente estimuladas pelas lutas sociopolíticas em torno da reforma sanitária. Como ressalta Montagner:

Após a implantação do SUS e o coroamento da Reforma Sanitária, houve um câmbio das orientações teóricas e metodológicas tanto da sociologia médica quanto da sociologia em geral: ambas passaram a se preocupar com o sujeito e com a sua atuação no mundo social, remetendo os estudos teóricos ao cotidiano, às interações sociais, em suma, a uma micro-sociologia e uma valorização da antropologia e disciplinas afins. (MONTAGNER, 2008, p. 205-206).

A abordagem desta ruptura entre um modelo engendrado no controle social da doença e uma multiplicidade de modelos interpretativos, que eclodem com a força propulsora de demandas sociais reprimidas, deve ser vista com cautela. A ruptura com a *sociologia do controle*, que logrou relativo interesse nas escolas de medicina até então, significou uma progressiva abertura para as contribuições da crítica sociológica no trato das mazelas sociais, como também para as múltiplas interfaces com outras áreas do conhecimento (economia, direito, educação, esporte e lazer, entre outras) (PEREIRA; LIMA, 2008), o que pode gerar algum grau de incerteza no recorte propriamente sociológico.

Para Montagner (2008), esta abertura se concretiza especialmente no esforço para promover mudanças no modelo de atenção centrado na doença, rumo a um modelo centrado na saúde. Tais mudanças iriam imprimir uma nova gramática no universo dos cuidados, que buscava atender à amplitude dos novos olhares lançados sobre o trinômio saúde–doença–cuidado (AYRES, 2007). No rumo de uma concepção de saúde como fato social total⁸, observa-se o reconhecimento progressivo do amplo espectro de questões imbricadas no cuidado. Esta *totalização*⁹ do cuidado é sintetizada, no contexto dos movimentos em prol da reforma sanitária no Brasil¹⁰, pelo princípio da *Integralidade*¹¹.

⁸ Conforme Mauss (2008), fatos sociais totais são fenômenos, que, seja na sua estrutura própria seja nas suas relações e determinações, abrangem vários níveis da realidade social. Na seção 1.2, “O paradigma da dádiva” explicaremos mais detidamente porque, em Mauss, os fatos sociais são totais.

⁹ Totalização no mesmo sentido trabalho em Mauss da múltipla abrangência na realidade social.

¹⁰ Movimento social brasileiro que participou das lutas pela democratização, na década de 1980, levando a pauta dos direitos no campo da Saúde.

¹¹ Conforme Pinheiro (2008, p. 255), “integralidade é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde, que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço”. Elaborada e defendida no contexto da Reforma Sanitária, busca assegurar justiça, equidade e humanização na atenção à saúde, traduzidas na responsabilidade do cuidado prestado e na reformulação de políticas públicas norteando-as conforme estes ideais.

A Integralidade do/no *cuidado* propõe e/ou revisa toda uma gramática relacionada aos indicadores de saúde, trazendo à baila os diversos fatores (sociais, culturais, políticos, econômicos, psíquicos, históricos, etc.) imbricados em um novo ideário proposto para a saúde. Humanização, cuidado, atenção, promoção da Saúde¹², vigilância em Saúde¹³ entre outras são expressões que indicam novos compromissos ético-políticos assumidos desde então. O princípio da integralidade reafirma a necessidade de avanço no sentido da saúde como direito pleno e não mais compartimentado, o que demanda um olhar crítico mediante a expansão e/ou burocratização da rede de serviços em saúde, bem como uma preocupação na formação de profissionais de saúde comprometidos com os ideais do Sistema Único de Saúde (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

Com a ampliação do olhar sobre a saúde no sentido de “bem-estar”, do qual participam diversos fatores e não apenas biológicos, a concepção de saúde em oposição à doença arrefece e dá lugar a um amplo debate mais atento às complexidades de nossa sociedade (AYRES, 2007; BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012; CECCIM, 2004; JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003; FONTE; MELO, 2010; MARTINS, 2003; MINAYO, 2005; SANTOS et al., 2011; SCHRAIBER, 2008; SCOTT, 2006; SPINK, 2007; PELIZZOLI, 2011; PINHEIRO, 2005; TESSER; LUZ, 2008, entres outros). Além disto, a emergência de novas concepções de corpo¹⁴ amplia e, ao mesmo tempo, auxilia a compreensão destes diversos fatores.

Montagner ressalta, neste contexto, a admissão dos significados simbólicos que permeiam a experiência do adoecer:

¹² Segundo Machado (2007, p. 336), a “promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde”, que “incorpora na sua práxis valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria”, e demanda o envolvimento do Estado, da comunidade, da família e do indivíduo.

¹³ Inicialmente associado ao controle da disseminação de doenças e práticas de isolamento, o conceito de vigilância avançou, ao longo dos últimos anos, no sentido de compreensão dos modos de vida para a melhor conformidade das práticas de prevenção e assistência em saúde

¹⁴ Apoiadas em perspectivas sociológicas, tais como as relações entre corpo e poder, referenciadas em estudos foucaultianos e nas teorias feministas; na proposição de uma sociologia do corpo, tal como vemos em Le Breton (2003; 2006), sob a inspiração do pioneirismo de Marcel Mauss (2003; 2008), na descrição de técnicas corporais; como também em estudos de base fenomenológica, em que o corpo é resgatado como “fundamento de nossa inserção prática no mundo” (ALVES, 2006).

Com a emergência incontornável das doenças crônicas, o doente passou a ser tratado como um sujeito adoecido, cuja identidade e atividades cotidianas extrapolam o quadro diagnóstico preciso e redutor que colocava em um papel previamente determinado da história natural da doença. Esse sujeito, assim resgatado, deverá então ser compreendido em toda a sua complexidade, dentro de seu cotidiano, valorizando-se a sua autonomia relativa, a sua trajetória social e biografia, todas colocadas em relevo dentro do seu quadro social e simbólico complexos, nele incluídos o seu adoecimento, sua relação com o sistema de saúde e o modelo terapêutico (MONTAGNER, 2008, p. 208).

Segundo Martins (2008), a partir do momento em que os estudos sociológicos avançaram para além da dimensão assistencial-curativa predominante nas pesquisas de caráter sociológico focadas exclusivamente na prática médica, pôde-se observar uma visão sociológica mais ampla (e integrada com outras disciplinas) acerca dos sistemas de cura e das mais variadas práticas que dizem respeito ao universo dos cuidados. Conforme o autor, a experiência da doença, os aspectos humanos – o conflito, a aflição, o sofrimento – os encontros e desencontros vivenciados nas trajetórias em busca da cura, ganharam espaço muitas vezes, em estudos realizados fora do campo da Sociologia, embora venham progressivamente penetrando nos domínios sociológicos, a partir da inevitável convocação dos sociólogos a prestarem a sua contribuição no universo plural e interdisciplinar dos estudos contemporâneos sobre as práticas de cuidado e de cura. Assim, destaca:

O sofrimento emerge como tema sociológico relevante quando se percebe que o mau funcionamento dos mecanismos de socialização interfere diretamente sobre as representações que os indivíduos fazem de si mesmos e de seu grupo social, sobre o valor dado ao pertencimento coletivo (a uma família, a uma comunidade, a uma nação, a uma espécie humana), criando ou destruindo alianças e práticas de solidariedade. Assim, quando as instituições funcionam adequadamente (seja ela a família, o trabalho ou outra qualquer), são geradoras de bem-estar social. Ao contrário, quando funcionam inadequadamente, engendram mal-estar social. Mas, aos poucos, justamente em decorrência do mau funcionamento das principais instituições sociais no momento presente (o recrudescimento da violência e da criminalidade é a maior prova da falência das instituições sociais), o sofrimento passa a constituir assunto prioritário nos estudos sociológicos (MARTINS, 2008, p. 3).

Segundo Gutierrez e Minayo (2010), à medida que os cuidados em saúde puderam ser compreendidos para além da ênfase no contexto técnico específico dos

serviços de saúde, outros contextos de construção de cuidados passaram a ter a sua importância reconhecida. É através desta abertura para a tematização do cuidado em saúde que as redes informais e os contextos familiares ganharam relevância, já que a atenção concentrada exclusivamente nas práticas institucionalizadas e no saber médico passava a ser considerada uma limitação para os avanços teórico-práticos na conceituação do cuidado (AYRES, 2007). Associou-se, também, aos contextos familiares e comunitários, nutridos por relações de proximidade e vizinhança, a garantia de um importante alicerce de qualquer trabalho em saúde: o apoio social¹⁵ (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012; LACERDA, 2010), na manutenção das rotinas, no suporte afetivo e no auxílio laboral para a adesão e a sustentação dos tratamentos, nas orientações dietéticas, práticas de lazer, entre outras. Com isto, torna-se premente não só o conhecimento da individualidade que busca o seu tratamento de saúde, mas do seu campo relacional, dos grupos sociais em que se insere, do *apoio* que mobilizam e daqueles com que podem contar.

Tais análises sociológicas do cuidado se centram nos aspectos interativos favoráveis ao *bem-estar*, nos simbolismos constitutivos do vínculo social, na valorização dos grupos sociais, em que predominam as relações familiares e a solidariedade, no *apoio social* tanto entre indivíduos que compartilham quadros semelhantes de sofrimento como na participação da família e de voluntários (LACERDA, 2010; MACHADO, 2006; MOREIRA, 2006; SANTA ROSA, 2008).

Para Martins (2003), da fratura do campo médico, no embate entre a desumanização (associada ao modelo de atenção centrado na doença) e o esforço de *reumanização* (associada ao modelo de atenção focado no usuário), emergem dois fenômenos sociais distintos, porém totalmente imbricados: uma reação interna, que congrega forças sociais no sentido de revisão das práticas médicas traduzidas nos já mencionados movimentos de reforma sanitária e institucionalização de políticas públicas comprometidas com o princípio da integralidade; e uma segunda reação que se dá, conforme o autor, através de mecanismos externos à ciência médica, pela expansão de práticas de cuidado que se encontram em relação de fronteira com as práticas oficiais, desde formas de tratamentos não científicas que gozam de maior prestígio e proximidade em relação à medicina científica, como a

¹⁵ Conforme Pedro, Rocha e Nascimento (2008), o apoio social se dá em função de algumas condições tais como reciprocidade, acessibilidade e confiança. As relações sociais estabelecidas nestas bases proveem recursos emocionais, materiais e cognitivos bem como sentimentos de inclusão e pertencimento.

homeopatia e a psicanálise, aos sistemas de cura alternativos¹⁶, baseados em medicinas tradicionais e saberes populares.

Em conformidade com a análise sociológica de Martins (2003) que, por seu turno, se fundamenta no paradigma sociológico da dádiva, a expansão de práticas de cuidado *humanistas* atendeu à necessidade de resgatar o cuidado a partir de suas bases comunitárias, traduzidas pelas relações de proximidade, reciprocidade, de vizinhança, pelas alianças formadas no cotidiano pessoa-a-pessoa, em favor do bem comum. A existência de uma rede de símbolos e significados comuns, nutrida pelas relações de reciprocidade, conforme o autor permite a livre circulação de “bens de cura” (atenção, confiança, acolhimento, escuta, diálogo, técnicas, remédios, procedimentos, etc.).

O interesse das Ciências Sociais em torno de sistemas de cuidado distintos e externos à ciência médica responde a múltiplas dinâmicas sociais, desde a expansão de práticas terapêuticas, que concorrem com a medicina oficial, inaugurando circuitos heterogêneos que modificam e interferem em diferentes setores da sociedade (AMARAL, 2000; TAVARES, 2012), às relações entre simbolismo e eficácia, baseadas no reconhecimento da experiência terapêutica como território de vivências, percepções e crenças compartilhadas pelos diversos atores sociais (ANDRADE, 2006) ou, ainda, à defesa da inclusão nos sistemas oficiais de prestação do cuidado de outras racionalidades médicas que apresentem maior teor de integralidade (TESSER, 2010).

A atenção aos simbolismos e processos interativos desperta maior interesse em estudos fundamentados no paradigma da dádiva, posto que se reconhece aí a importância dos vínculos sociais e das relações de reciprocidade para a prática do *cuidado*. Definimos, a seguir, alguns aspectos essenciais da teoria da dádiva, que forneceu o enquadre interpretativo para a realização do nosso estudo.

¹⁶ A categoria “alternativo” faz parte da polifonia que designa as práticas externas à biomedicina. Na seção 1.4 subseção “do alternativo ao integrativo” retornaremos a estas categorias.

1.2 O PARADIGMA DA DÁDIVA

Na certeza de que Marcel Mauss foi um teórico gravemente subestimado, Caillé (1998) defende veementemente a existência de um terceiro paradigma para as Ciências Sociais – o paradigma da dádiva ou do dom – que, dentre outras implicações, desmonta alguns dos embaraços entre *objetivismo* e *subjetivismo*. Em um viés integrador, que rejeita o puro holismo e/ou individualismo metodológico, o autor enxerga no paradigma da dádiva a possibilidade de definir como ponto de partida da ação social o dom, articulado em componentes que absorvem e integram os paradoxos e dualismos deixados à margem nas demais teorias.

Para Caillé (2002a), o individualismo metodológico, identificado como primeiro paradigma, resume a sua proposta no utilitarismo racionalista no qual a ação individual parece sempre interessada, fundada no cálculo, que permitirá maior ganho a cada investida¹⁷, assim, identifica como horizonte normativo deste paradigma o critério que define como justo ou certo aquilo que possa coincidir com o bem-estar de um maior número de indivíduos. Neste caso, o tentar “prever” o ganho da maioria torna a ação social refém do universo do cálculo, sempre inexato, sempre interessado, e restringe a sociedade a uma mera soma de indivíduos. Não há como admitir, defende, que o vasto universo das relações sociais possa ser reduzido a uma única dimensão, a do interesse individual e do cálculo.

Igualmente impossível, conforme Caillé, é a redução ao holismo de que deriva o funcionalismo e o estruturalismo. Neste caso, inversamente, a ação individual é sempre interpretada a partir do peso estrutural da sociedade sobre o indivíduo. Daí se deduz que a totalidade social domina as individualidades, que passam apenas a refletir em suas ações as regras que lhes antecedem. Para o autor “uma sociedade regida unicamente a partir de cima e a partir do passado, pela regra e pela obrigação, fatalmente soçobra na esterilidade, no formalismo ou no horror” (2002^a, p. 18). A incompatibilidade entre estes dois sistemas explica, em parte, as considerações de autor a respeito de a dádiva ser “o único paradigma propriamente sociológico que se possa conceber e defender” (CAILLÉ, 1998, p. 11). Sejam

¹⁷ Conforme Caillé (1998), as expressões que melhor ilustram este primeiro paradigma são a teoria da ação racional e a teoria dos jogos. Nos dois casos, parte-se do princípio de que a ação social é calculada e interessada. A racionalidade e o interesse antevêm a ação. Consequentemente, a espontaneidade e o altruísmo são aí praticamente inconcebíveis.

centrados no interesse ou na obrigação, estes dois paradigmas não parecem suficientes para contemplar a liberdade e o desinteresse ou *desinteressamento*¹⁸, dimensões incontornáveis para a análise sociológica, como esboçada em Mauss e desenvolvida por muitos outros autores influenciados por suas ideias.

Inspirado na obra de Mauss, particularmente em *Ensaio sobre a dádiva*, em que a obrigação de dar, receber e retribuir é reconhecida como um universal socioantropológico em que estavam pautadas as sociedades antigas e tradicionais, Caillé e os demais colaboradores da *Revue du M.A.U.S.S.* (Movimento Anti-Utilitarista nas Ciências Sociais) têm contribuído fundamentalmente para o reconhecimento, também nas sociedades modernas, de um universo de bens colocados em circulação através de mecanismos de dom e contradom. Embora possam parecer pouco visíveis em tempos de utilitarismo econômico, estes bens que circulam são veículos fundadores da sociabilidade a partir dos quais se formam os vínculos e se torna possível a ação coletiva.

O salto teórico do paradigma do dom consiste justamente em reconhecer a liberdade e a obrigação no ato de dar. “Nada é mais importante que saber dar livre e obrigatoriamente ao mesmo tempo”, nos diz Caillé. Dar é sempre algo que nos é um tanto obrigado, mas uma espécie de obrigatoriedade relativamente invisível que nos compromete como seres sociais. Dar é um impulso a partir do qual somos possíveis enquanto coletividade; é o que viabiliza a associação. Neste sentido Caillé afirma que a obrigatoriedade do dom também é uma “obrigação de criação e de inovação” (2002a, p. 8). Receber e retribuir são igualmente obrigatórios, posto que, para Mauss (2008), uma dádiva não retribuída torna inferior quem a aceitou. Receber sem o espírito da reciprocidade tange o problema da caridade, que tão somente inferioriza o donatário.

Para Caillé, Mauss desata os nós entre o ato individual e a normatividade que antecede o indivíduo, afirmando que esta normatividade só pode ser concebida como força imanente a sua prática efetiva. Não existe uma “ruptura” entre indivíduo e grupo ou indivíduo e sociedade, mas uma “relação de co-tradução”. Se constituem ambos “numa tradução recíproca, com os simbolismos constitutivos de um dos

¹⁸ No livro *Polifonia do dom*, publicado no Brasil, em 2006, os organizadores decidiram empregar o neologismo “desinteressamento”, pois no português não há palavra que tenha equivalência ao *désintéressement* da língua francesa, de acordo com o sentido empregado por Mauss: *désintéressement* como interesse no outro e não apenas como um “altruísmo ou desprendimento”.

planos se deixando traduzir nos do outro” (2002a, p. 39). O paradigma do dom não se opõe à existência de uma individualidade social ou de uma totalidade social, apenas se recusa a tomá-los como dados. As duas instâncias “se geram incessantemente pelo conjunto das inter-relações e das interdependências que os ligam”. Com o paradigma do dom, Mauss lança-se ao desafio de analisar a vinculação social “de algum modo a partir do meio, horizontalmente, em função do conjunto das inter-relações que ligam os indivíduos e os transformam em atores propriamente sociais” (CAILLÉ, 2002a, p. 18; 19).

Em suas palavras, o referencial da experiência do dom exige que adotemos um “ponto de vista radicalmente imanente, horizontalista, espinoziano, e mostrar como é pelo mesmo movimento que se produzem ou se reproduzem os termos opostos” (CAILLÉ, 2002a, p. 66), sejam eles a liberdade e a obrigação, a individualidade e a totalidade, o interesse instrumental e o *desinteressamento*, etc. Assim, ao procurar entender ou explicar os processos de socialização (em níveis macro e microsociais), a *individuação* e os processos de subjetivação, é preciso enxergar, além das frequentes oposições que se colocam nestes termos, a dimensão que os integra e mais precisamente aquilo que movimenta, que obriga (livre e obrigatoriamente) “sair de si” (idem)

Mauss traduz este movimento na *experiência do dom*, em que a marca de *generosidade* (de um primeiro dom) faz com que algo aconteça, “em cuja ausência não haveria muito exatamente nada em vez de alguma coisa” (CAILLÉ, 2002a, p. 58). Não há muito como prever *ganho* neste primeiro ato de arriscar-se, sugere o autor e diz que talvez até este ganho ocorra de fato, mas jamais sem antes ter corrido o risco de tudo perder, pois o dom parte de uma incondicionalidade para existir. É preciso apostar na aliança, mais *dramaticamente* ainda: “só pode tratar-se aqui de uma aposta” (p. 55).

Não é submetendo-se ao despotismo da lei ou refugiando-se no cada um por si e na trapaça que os seres humanos poderão conseguir encontrar um pouco de paz, de segurança e felicidade. Mas é, se além disso tiver um pouco de sorte, aprendendo a aliar-se e associar-se, a (se) dar uns aos outros pondo confiança no outros e ganhando confiança. (CAILLÉ, 1998, p. 18-19).

[...]

Digamo-lo ainda de outra maneira: fazer a aposta na incondicionalidade – pois na aliança é necessário dar tudo – mas reservando-se a possibilidade de tornar a cair na desconfiança. Noutras palavras, entregar-se à incondicionalidade [...], não porém

incondicionalmente nem necessariamente para sempre. Mantendo-se portanto em uma atmosfera de irreduzível ambivalência, visto ser constitutivo da aliança [...] Essa ambivalência que explica que os dons obrigatórios obrigam enquanto obrigatórios, e que são ao mesmo tempo o remédio e o veneno (*gift/gift, pharmakos*), o benefício e o desafio. (CAILLÉ, 1998, p. 57).

O que se define aqui como um *risco* ou *aposta* deve ser compreendido como a abertura que o sistema da dádiva permite pensar, a abertura para as inúmeras possibilidades de associação e vinculação pelo simples ato de sair de si. Se bem compreendemos a troca de bens no sistema da dádiva, aceitamos que a sucessão do dar, receber e retribuir não ocorre de maneira imediata como um “toma lá dá cá”. Não há uma regularidade pré-estabelecida na reciprocidade do dom nem mesmo a garantia da retribuição, apenas a livre obrigação que sugere uma regra.

Os atos de dar e receber equivalem ao abrir-se à experiência da relação, à possibilidade de estabelecimento de vínculos a partir dos quais todas as retribuições serão possíveis, correndo o risco de tudo perder na esperança de muito ganhar (CAILLÉ, 1998). Este risco também assegura a dimensão da liberdade e espontaneidade. Como destaca Martins:

Mauss faz questão de adentrar o universo da experiência direta dos membros da sociedade, o que lhe permite introduzir um elemento de incerteza estrutural na regra tripartida do dar-receber-retribuir, escapando da hiper-presença de uma obrigação coletiva que deveria se impor tiranicamente sobre a liberdade individual. (2005, p. 49).

Conforme Caillé, as ideias de que “os permutadores são motivados pela utilidade dos bens” e de que “a troca é equilibrada por uma norma de equivalência”, determinantes da razão utilitarista, não fazem o menor sentido, na medida em que se entende o sistema da dádiva como um “conjunto de prestações efetuadas, não com o objetivo de adquirir um bem mais útil do que o bem cedido, mas selar um *vínculo*” (2002b, p. 105). Logo, o sentido do dar não é a troca, muito menos uma troca de bens com recursos equivalentes. Dar significa mais propriamente estar disposto a vincular-se.

O princípio do social, para Mauss, foi e sempre será o “sair de si”, que então significa dar, de maneira livre e obrigatória. Mas que força invisível nos impele a “sair de si” para além das razões utilitaristas? Eis a tarefa proposta: explorar o tema da circulação de bens, das trocas, das associações, compreensivamente,

buscando não reduzir o seu objeto, não objetificar ao ponto de perder de vista a dinâmica do social e deixar escapar aquilo que Mauss define como o princípio e o fim da sociologia: “compreender o grupo inteiro e todo o seu comportamento” (2008, p. 214), sem dissecá-lo.

Mauss, herdeiro direto das premissas durkheimianas acerca do fato social, compreenderá que a sociedade, em verdade, é uma totalidade ligada por símbolos. Os simbolismos constitutivos da vida social são considerados pelos principais leitores de Mauss a sua grande aposta na revisão do *fato social* como definido por Durkheim. Como, para Mauss, os fatos sociais não são mais exatamente tomados como *coisas* e sim como símbolos, é preciso que se reconheça como simbólico todo tecido social (palavras, cumprimentos, presentes, honrarias, injúrias, cuidados, todo gesto em direção a outrem, enfim). A este continente de fenômenos que “são, simultaneamente, jurídicos, econômicos, religiosos, e mesmo estéticos, morfológicos, etc.” (MAUSS, 2008, p. 211), o autor se refere como *fato social total*. Destacando as implicações sociológicas em suas conclusões no clássico *Ensaio sobre a dádiva*, resume a importância do olhar sociológico sobre a totalidade que é o *ser em relação*:

Trata-se de ‘todos’, de sistemas sociais inteiros cujo funcionamento tentamos descrever. Vimos sociedade em estado dinâmico ou fisiológico. Não as estudamos como se estivessem congeladas, num estado estático ou antes cadavérico, e muito menos as decomposemos e dissecamos em regras de direito, em mitos, em valores e em preço. Foi considerando o conjunto que pudemos perceber o essencial, o movimento do todo, o aspecto vivo, o instante fugitivo em que a sociedade, em que os homens tomam consciência sentimental de si próprios e da situação frente a frente com o próximo. Esta observação concreta da vida social dispõe da possibilidade de encontrar novos fatos que apenas começamos a entrever. Em nossa opinião nada é mais urgente nem mais frutuoso do que este estudo dos fatos sociais. (MAUSS, 2008, p. 212-213).

O suposto distanciamento do *holismo rigoroso* de Durkheim é visto por Caillé tão somente como um aprofundamento de Mauss em direção ao paradigma da dádiva que já se esboçava no pensamento de Durkheim; um desdobramento do que os dois já produziam em parceria. Contudo, diz que o que é próprio de Mauss é a radicalização do “conceito da natureza simbólica da relação social” (1998, p. 10), criando uma equivalência entre dádiva e símbolo. É o gesto de um primeiro dom que carrega todas as possibilidades de selarmos uma aliança. Por seu turno, receber

significa, também, a compreensão de uma potencial aliança e, desta forma, obriga à retribuição.

A aposta sobre a qual repousa o paradigma do dom é que o dom constitui o motor por antonomásia das alianças/o dom é que as sela, as simboliza, as garante e lhes dá vida. Quer se trate de um dom inicial ou de um dom refeito tantas vezes que nem mesmo pareça mais um dom, é dando que se declara concretamente disposto a tomar parte no jogo da associação e que se solicita a participação dos outros nesse mesmo jogo. (CAILLÉ, 2002a, p. 19).

De forma imanente, independente do cálculo e das razões de igualdade, sem ter esse compromisso imediatamente colocado, pela sua natureza simbólica, o sistema da dádiva se atualiza em todos os níveis de sociabilidade e não apenas nos níveis de sociabilidade primária, nas relações familiares e de parentesco. Mesmo sendo próprio da dádiva o estabelecimento de vínculos, é possível observar o seu peso no cotidiano das relações, mesmo nos espaços sob o domínio das burocracias e contratos ou permeados pelo interesse mercantil, afinal “não há dádiva que não exceda, por sua dimensão simbólica, a dimensão utilitária e funcional dos bens ou serviços” (CAILLÉ, 1998, p. 8).

Logo, a compreensão e a interpretação da realidade a partir do esquema da dádiva permitem a superação de algumas oposições centrais observadas em Durkheim, em especial, a superação da ruptura entre individual e social, já que um mesmo movimento constitui e relaciona os tais termos dados como opostos. Este movimento só pode ser bem compreendido se a atenção está voltada para os simbolismos constitutivos de cada plano, mutuamente implicados. Reincide a questão de que a ação individual não pode ser explicada a partir de uma exterioridade que a gera, mas deve ser compreendida nesta relação de cotradução que envolve indivíduo e sociedade em um plano comum de ordem simbólica. Portanto, se reconhecemos uma natureza comum aos diversos planos e modalidades de ação humana, os fatos sociais, tomados então como “realidades de ordem simbólica” (CAILLÉ, 2002b), só podem ser totais.

Mauss, ao afirmar que apenas pelo conjunto se pode perceber o essencial, propõe uma possível generalidade (a ordem dos símbolos) a partir da qual deverão ser descritos, compreensivamente, os diversos sistemas sociais, mas sempre em um sentido que equipara as “coisas sociais”, tais como “idéias”, “regras”,

“homens”, “grupos e seus comportamentos”. A obrigatoriedade em Mauss, como destaca Caillé, é a de “se submeter à lei do simbolismo, bem como à exigência de dar, receber e retribuir” (1998, p. 213). Há obrigatoriedade de reciprocidade, porém não de maneira calculada.

Para estar em condição de compreender e descobrir empiricamente como o vínculo social é tecido de dons, que só ganham valor simbolicamente, era ainda necessário ter compreendido, além de Durkheim, que não se dá de um lado a realidade social e do outro as representações coletivas ou os símbolos, mas que, nem nível muito mais profundo, é a própria realidade social que deve ser concebida como intrinsecamente simbólica. (CAILLÉ, 2002a, p. 21).

Eis, portanto, como, ao chegar em um plano em que se concebe a natureza comum a toda realidade social – a natureza simbólica –, Mauss, inspiradamente, deduz que é possível “mesclar almas nas coisas e coisas nas almas” (MAUSS, 2008, p. 90). Os seres (e coisas), portanto, podem se *misturar*, pois o fio da sociabilidade que os interliga garante uma base para a possibilidade de comunicação e entendimento. Não à toa entende-se o “dar a palavra” como o princípio da troca de bens e serviços entre os seres humanos (GODBOUT, 1997). É esta mistura possível que o símbolo (palavra ou qualquer outra coisa) permite por ser co-extensivo à dádiva, por abrir estes caminhos de enredamento pessoa-a-pessoa e interligar as pessoas aos seus atos e criações e vice-versa, que poderão enfim circular seguindo uma trilha comum. Tomadas a partir de seus simbolismos, constituem uma só coisa, constituem a totalidade que é a sociedade.

No fundo, são misturas. Misturam-se as almas nas coisas; misturam-se as coisas nas almas. Misturam-se as vidas e eis como as pessoas e as coisas misturadas saem, cada uma, das suas esferas e se misturam: o que é precisamente o contrato e a troca. (MAUSS, 2008, p. 90).

Assim, como o conceito de dom não é pensado fora do interesse instrumental, diz Caillé “não existe, portanto, *um* modelo da economia do dom que se possa como tal contrapor ao do mercado ou da economia estatal”, mas lhe parece conveniente precisar um modelo de interpretação da formação dos vínculos sociais que se “refira à realidade concreta, aquela onde não sabemos para que lado puxam ou vão puxar os nossos parceiros passados, presentes, futuros ou possíveis,

uma vez que puxam dos dois lados ao mesmo tempo” (CAILLÉ, 2002a, p. 56). As prestações e contraprestações de bens fundamentam as alianças sociais, encontram-se amalgamadas, refletidas em suas práticas cotidianas, porém, talvez nem seja mesmo possível reconhecê-las enquanto tal.

Embora, pelas razões óbvias, Mauss seja mais exaltado no campo da etnologia, é indiscutível o seu legado para a sociologia. As alianças entre colaboradores da *Revue du M.A.U.S.S.*, que fazem repercutir o pensamento deste autor e atualizá-lo nas análises sociais contemporâneas, são reveladoras do peso da teoria sociológica presente em seus ensaios.

1.3 A INTEGRAÇÃO DOS CONCEITOS

Tendo identificado a natureza simbólica de toda ação pessoa-a-pessoa e aceita a condição de co-extensividade entre dádiva e símbolo, propomos aqui reconhecer o *cuidado* como uma esfera de *circulação de bens*. Seguindo a trilha da dádiva em que a obrigatória reciprocidade entre os seres não se submete à lógica do cálculo, é, possivelmente de maneira desigual, ou, pelo menos, não comprometida com os critérios de igualdade de forças que os bens podem, também, circular no cuidado.

A imposição de uma hierarquia de saberes constitui um dos pilares da crítica às práticas de cuidado centradas no saber especialista do médico (LUZ, 2004; 2007; 2011; 2012; MARTINS, 2003; 2012; TESSER; LUZ, 2008). As assimetrias de conhecimento, experiência, recursos, técnicas e outros bens não podem, a princípio, impedir que os indivíduos possam estar em uma relação predisposta à troca de dádivas, o que significa dizer que as hierarquias não devem impedir a reciprocidade nas relações circunscrita na tríplice obrigação de dar, receber e retribuir.

Interessa-nos, aqui, especialmente, identificar e compreender a partir de quais movimentos se busca restaurar a desejada vinculação entre os diversos agentes no contexto dos cuidados (especialistas ou clientes) e liberar o fluxo da dádiva, para que as diversas partes envolvidas sejam compreendidas enquanto *forças ativas*.

A princípio, é necessário esclarecer que a restauração deste potencial significa, sobretudo, permitir uma leitura ampla do universo dos cuidados, a fim de reconhecer a circularidade de bens nas relações entre especialista, cliente e outros

agentes. Norteados pelo princípio da dádiva, o esforço praticado por muitos autores que buscam inspiração nesta teoria é o da análise compreensiva dos problemas gerados na esfera dos cuidados, em razão da indisponibilidade, nas práticas oficiais de atenção à saúde, à “circulação positiva de dádivas” (MACHADO, 2006).

O *cuidado* ganha, assim, uma densidade teórica (inseparável da prática) que busca aprofundar suas matizes e que permite torná-lo um conceito articulador de questões pertinentes a diferentes contextos, que vão da esfera familiar aos serviços prestados por instituições de saúde. Tais contextos são tomados como dialógicos, em um enriquecedor debate que busca *desnaturalizar* os lugares de cuidador e daquele que requer/demanda cuidado.

Para uma articulação entre o conceito de cuidado e a teoria da dádiva, iniciamos com uma breve exposição da categoria cuidado, em conformidade com a literatura pertinente. Em seguida, faremos uma revisão bibliográfica das pesquisas realizadas na última década cujos esforços se centraram na análise do cuidado sob a perspectiva da dádiva.

1.3.1 O Cuidado

De acordo com Pinheiro, “cuidado é um ‘modo de fazer na vida cotidiana’ que se caracteriza pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e ‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em lugares e tempos distintos de sua realização” (2008, p. 110). Sendo o campo da Saúde um dos terrenos mais férteis em que o conceito de cuidado prosperou, não raras vezes citado a partir da referência ao “cuidado em saúde”, este tem enfatizado o aspecto da ação direcionada a outrem.

Como comprova Pinheiro, “‘cuidado em Saúde’ é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas”. Compreende-se aí, de maneira acentuada, o cuidado como desvelo para com o outro, “‘ação’ de ‘cidadãos’ sobre os ‘outros’”: “O outro é o lugar do ‘cuidado’”, ressalta (PINHEIRO, 2008, p. 113; 111).

Contudo, como a própria autora reflete, o conceito de cuidado ganhou uma densidade que o tornou um tanto mais complexo, absorvendo referências pautadas tanto na defesa de direitos e da equidade na assistência (AYRES, 2004; 2007; 2009; 2011; PINHEIRO, 2005; 2008; 2009; 2010; 2011; SCHRAIBER, 2009;

2010; 2011), como nas demandas desejos, aspirações dos grupos e indivíduos assistidos (AYRES, 2009; 2011; SPINK, 2007; 2010).

Embora a dimensão do *cuidado em saúde* como um direito esteja mais comprometida com a faceta contratual do cuidado, em que pese a relação entre cuidado e obrigação, os critérios de universalidade associados ao olhar sobre as particularidades já indicam uma ruptura que amplia a noção de cuidado: cuidar do outro também significa cuidar da sociedade e, neste sentido, conseqüentemente, cuidar de si. Já se vislumbra, desde então, uma circularidade nas práticas de cuidado pautada em uma *ética do cuidado*, em que se pode reconhecer as múltiplas questões implicadas na garantia da *saúde*. Saúde que, obviamente, não se pode conceber mais como *ausência de doenças*¹⁹ e, sobretudo, saúde que não pode ser tratada apenas a partir de *individualidades adoecidas*, mas a partir do conjunto mutuamente implicado de atores sociais que agem cotidianamente, promovendo ou não saúde/bem-estar individual e/ou coletivo.

Esta *projeção* pretendida para a pauta dos cuidados se reflete nas definições propostas por Pinheiro, em que se destaca o cuidado como resultado de “entre-relações” e “interações positivas”:

O ‘cuidado em saúde’ é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

[...]

O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. (PINHEIRO, 2008, p. 113).

Em suma, o aprofundamento da noção de cuidado em saúde, como defende Pinheiro, procura tanto não se “restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição”, como também alertar para o fato de que, inversamente, “a falta de ‘cuidado’ – ou seja, o descaso, o abandono, o desamparo – pode agravar o sofrimento dos pacientes e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento” (PINHEIRO, 2008, p. 113).

¹⁹ No documento referente à criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1946, já consta a afirmação de que saúde não é, apenas, a ausência de doenças.

Embora a autora ressalte o cuidar em saúde como uma *atitude interativa* e os bons resultados da *ação integral*²⁰ como frutos de uma *interação positiva* entre as diversas partes implicadas, o caráter assistencial da noção de cuidado em saúde fundamentada na ideia anterior de que o “o outro é o lugar do cuidado” pode dificultar um pouco o entendimento de que todas as partes podem dar e receber, beneficiar e ser beneficiadas nestas “entre-relações” que consideramos em nossa análise como relações pautadas no dar, receber e retribuir. Afinal, como bem lembra Ayres (2011, p. 63), “o momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação ‘dessubjetivadora’, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo ‘objeto de intervenção’ que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam”. Acrescente-se, ainda, que estes *ganhos* individuais ou coletivos transcendem o sentido contratual das prestações de serviço, visto que isto os reduziria à dimensão utilitarista.

Ayres (2011) aprofunda o conceito de cuidado a partir de quatro planos:

- O cuidado como categoria ontológica, em que explora o legado heideggeriano em torno do *desain* (“ser-aí”), realçando, sobretudo a sintonia do sentido ontológico do cuidado com um “plano de imanência, sem começo nem fim, no qual *o ser do humano resulta de sua ocupação de si mesmo como resultado de si*” (p. 49, grifos do autor);

- O cuidado como categoria genealógica: inspirado nos estudos foucaultianos, em particular, no conceito de *cuidado de si*, o autor busca traçar uma arqueologia do cuidado como forma de “enraizar genealogicamente o plano de imanência da ontologia heideggeriana”. Da inter-relação entre aspectos ontológicos e genealógicos do *cuidado*, infere que o *cuidado (de si)* se firma, ao mesmo tempo, como algo próprio e inevitável da experiência humana: “um atributo e uma necessidade universal dos seres humanos, regido por princípios de aplicação geral, embora orientados para uma prática de escopo e responsabilidade absolutamente individuais” (AYRES, 2011, p. 55; 53). Ressalte-se, aqui, a importância dada aos estudos foucaultianos na matéria do cuidado. Mais precisamente, a prática de si ou

²⁰ Em Pinheiro, a ação integral faz parte do conjunto das práticas sob o espectro da Integralidade, “um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a Saúde”. Refletido na prática, conforme a autora, o princípio da integralidade deve ser concebido a partir de “uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde” (2008, p. 255; 263).

o cuidado de si é explorado nestes estudos como um conjunto de práticas ou mesmo um regime proposto que tinha como ideais alcançar um estado de felicidade, de pureza, de sabedoria, de perfeição ou de imortalidade (FOUCAULT, 1999). Na genealogia trabalhada em Foucault, a prática do cuidado de si não constitui “um exercício da solidão, mas sim uma verdadeira prática social” (FOUCAULT, 1985b, p. 57).

- O cuidado como categoria crítica: este plano o autor dedica à confrontação do cuidado “como forma de interação nas e pelas práticas de saúde nos seus moldes contemporâneos” (AYRES, 2011, p. 56) com um conjunto de aspectos críticos levantados na atualidade em relação às “tecnologias de saúde”: organização dos serviços, humanização das práticas, formulação de políticas públicas, relação entre profissionais, relação médico-paciente, entre outras. Dedicando-se particularmente às “tecnologias de assistência à saúde”, analisa criticamente estas experiências do cuidado mediante distinções propostas entre “êxito técnico e sucesso prático”²¹.

- O cuidado como categoria reconstrutiva: a partir dos eixos supracitados, o autor sugere algumas ações reconstrutivas das práticas em saúde, em que o “sucesso prático” é, na maioria das vezes, garantido a partir da abertura para a expressão da “sabedoria prática”. Esta expressão, conforme Ayres (2011), só é possível à medida que se exercita os métodos compreensivos com o desenvolvimento de uma “sensibilidade para os aspectos socioculturais do processo saúde-doença” e o acolhimento aos diferentes saberes que circulam na experiência do cuidado (técnico-científicos, populares, afetivos, etc.), ao tempo em que se concebe, igualmente, o caráter fenomenológico deste *saber-em-ato*, visto que a sabedoria prática se constitui como um tipo de saber que não cria objetos, mas constitui sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo (GADAMER apud AYRES, 2011, p. 63).

Ayres sustenta, ainda, que é imprescindível, para o *cuidar nas práticas em saúde*, “o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo” (2011, p. 64), em que se possa exercitar a *sabedoria prática*,

²¹ Ayres define êxito técnico como o “sentido instrumental da ação”, enquanto o sucesso prático remete “ao valor que essa ação assume para indivíduos e populações em razão das implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações na sua vida cotidiana” (2011, p. 139).

evitando, assim, limitar-se ao aspecto técnico da intervenção. A base compreensiva e fenomenológica de seu trabalho abre amplos aspectos dialógicos com a análise sociológica do cuidado sob o prisma da dádiva. Lançar mão de saberes que circulam, são reconhecidos e, portanto, estão disponíveis é, de fato, reconhecer que, no *cuidado*, todas as partes são potenciais e *reais* doadores e donatários. E desta forma circula uma diversidade de saberes, uma diversidade de símbolos, atitudes, objetos, palavras que atuam, produzem efeitos, elementos que podem se efetivar na concretização do que Ayres define como “sabedoria prática”. Desta forma, resume:

Quando um cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado (2011, p. 64).

Cabe aqui, no entanto, uma observação em relação ao horizonte possível de trocas intersubjetivas apontado pelo autor. Apoiado no conceito habermasiano do *agir comunicativo*, Ayres (2011) define a *conversação* como domínio privilegiado das possíveis trocas que viabilizam a constituição da “sabedoria prática” e, conseqüentemente, do “sucesso prático”. A interpretação baseada no sistema da dádiva, contudo, amplia este universo de trocas, incluindo palavras trocadas, mas, também, outras simbologias que podem ser traduzidas em dádivas, como a disposição de objetos nos espaços, disposições e expressões corporais, o contato e a proximidade física, as afinidades reconhecidas em gestuais, vestimentas e outras expressões que perfazem a dimensão estética da vida, dentre outros *símbolos-dádiva* que participam do encontro intersubjetivo.

Todavia, não se trata aqui, exatamente, de afirmar que *cuidado* é igual a dádiva. Até porque, no cuidado, os bens circulam em favor de uma solução mais adequada para um problema apresentado e, na dádiva, os bens circulam em favor dos vínculos. O que está em questão é o fato de que uma “solução mais adequada para um problema apresentado” perpassa, incontornavelmente, a questão da formação de vínculos, sendo mais coerente propor, como defende Martins (2011, p. 49), “uma releitura do cuidado como metáfora, como mediação de processos simbólicos, afetivos, pedagógicos, políticos e biofísicos”.

É o *cuidado* visto como proveito, sucesso de um encontro *intersubjetivo* (AYRES, 2004; 2007; 2008, 2009; 2011; CECCIM, 2004; 2008; 2009; 2010; PINHEIRO, 2005; 2008; 2009; 2010; 2011; SCHRAIBER, 2009; 2010; 2011). Neste sentido, a dádiva antecede e modula a relação de cuidado. É o princípio do *sair de si* em direção ao outro, é o *dar para reconhecer*. Como resume Martins, a relação proposta entre cuidado e dom de reconhecimento busca:

demonstrar que a possibilidade do cuidado como práxis mediadora e inovadora da ação em saúde exige que a mesma se apresente como um sistema particular de dom fundado na corresponsabilidade dos atores envolvidos na criação e reprodução de dispositivos de trocas e de reconhecimentos que respeitam a diferença e avançam pelas igualdades de direitos de acesso aos direitos de cidadania. O dom do reconhecimento [...] significa a capacidade de perceber o outro como extensão diferente e igualmente valorizada de si mesmo, o que implica ações sucessivas de inclusão, dignificação e liberação desse mesmo outro (2011, p. 42).

Do ponto de vista teórico-metodológico, a integração entre dádiva e cuidado nos permitiu fixar mais adequadamente o que identificamos como *experiência comunitária do cuidado*. O termo *comunitário* é derivado de *comunitarismo*, em contraste e oposição a *cosmopolitismo*, segundo Guimarães (2008), de quem aceitamos a definição segundo a qual o *comunitarismo* defende uma sociedade fiel aos “valores substantivos e compartilhados de seus membros” (GUIMARÃES, 2008, p. 576). Para o autor, na perspectiva comunitária há uma recusa em reduzir a ordem social à imparcialidade das instituições e se busca, em diferentes medidas, reconhecer os valores que se constituem e se fortalecem na vida e no cotidiano das comunidades reais.

Inspiramo-nos nesta perspectiva para ressaltar os aspectos comunitários da *construção do cuidado*, revelando movimentos que partem da base²², das costuras sociocomunitárias nas relações cotidianas. Como bem lembra Matos (2003, p. 52), “é preciso abdicar da hegemonia e do controle centralizado dos processos sociais em benefício da autonomia local, garantindo a reflexão crítica como fundadora do controle social pela comunidade”.

²² Para Matos (2003), as organizações sociais de base se caracterizam como experiências em que há uma apropriação por parte dos indivíduos em relação a suas próprias razões, métodos e demais construções coletivas, em contraposição a processos que são definidos de fora pra dentro, com a imposição de diretrizes externas aos grupos.

1.3.2 O Cuidado sob a perspectiva da Dádiva

Para Machado (2006), o enquadre interpretativo do paradigma da dádiva permite enxergar além das oposições entre, de um lado, um modelo contratual cujas relações entre profissionais de saúde e usuários são pautadas conforme direitos e deveres – bem assentado às conformidades democráticas que orientam a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) – e, do outro, relações desiguais de “posições diferenciais de poder e de favor (clientelismo)”. Tendo como foco de sua pesquisa as relações entre prestadores e usuários de serviços médicos, Machado (2006) lança mão da dádiva para compreender, de forma mais ampla, a circulação desigual de bens, resultante, neste caso, sobretudo, das assimetrias de poder que marcam, contundentemente, estas relações.

Isso não significa, conforme explica a autora, que os dons não circulem, afinal, pode-se rivalizar na doação²³, como também se pode tratar de uma “circulação negativa de dons” ou “circulação de dons negativos”, o que abre precedentes sempre mais favoráveis à *conflitualidade*. Mas ainda aqui estamos falando de relações de reciprocidade, independentemente do que se troca. Esta perspectiva marca a diferença que permite pensar a dádiva como um fato social total e não, erroneamente, como um sistema de promoção da caridade entre as pessoas ou como um sistema de obrigações contratuais que define *a priori* os respectivos “quinhões” a serem doados. Como ressalta Machado, a articulação entre reciprocidade e conflitualidade garante a possibilidade de análise do fato social sob o espectro da dádiva, evitando cair nas armadilhas da obrigação contratual em prestação de serviços de saúde ou no assistencialismo “solidário por natureza” (2006, p. 257).

É neste sentido que se coloca como caminho intransponível à restauração do potencial de vinculação entre os diferentes agentes na esfera dos cuidados a “necessidade de refletir sobre as expectativas dos usuários” (MACHADO, 2006), mas não em um sentido de atendimento das demandas sob a ótica utilitarista, o que reduziria os seres humanos a meros consumidores de serviços. Este entendimento mais amplo exigiria, precisamente, um conhecimento de suas realidades, suas

²³ Mauss identificou como *potlatch* uma modalidade de troca de dons agonísticos em sociedades indígenas arcaicas, em que se rivaliza a partir da perda de grandes riquezas, como forma de demonstrar superioridade diante de outra tribo.

formas próprias de agir, de cuidar, de se organizar, de pensar, sentir, etc. e, conseqüentemente, das suas expectativas em relação aos especialistas. Ayres anuncia este entendimento tal como uma referência normativa circunscrita no que define como “projeto de felicidade”, em suas palavras: “totalidade compreensiva na qual adquirem sentido concreto as demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações” (2011, p. 172).

Por outro lado, como alerta Machado (2006), a obstrução das vias favoráveis (vínculos), a partir dos quais se vislumbram circulação de dons (positivos ou negativos) deve ser matéria de grande preocupação. A autora relata alguns exemplos representativos desta inviabilização dos processos favoráveis aos vínculos, dentre os quais destacamos:

1. A naturalização da precariedade do sistema público, decorrente da falta de investimento em condições exequíveis de trabalho. Preciosos modelos de assistência como o SUS são considerados naturalmente impraticáveis, ao tempo que se conclama a presença do estado como terceiro agente, cuja incompetência também parece naturalizada;

2. A barreira invisível que desmonta a força efetiva dos dons negativos no sentido da mudança. Aí também se observa uma espécie de naturalização, que é a naturalização da agressão, da frieza e do descontentamento. Segundo relatos dos próprios usuários e prestadores de serviços, estão ambos acostumados à frieza dos atendimentos médicos de um lado e à agressão e revolta dos usuários de outro. Forma-se, então, o que foi classificado como uma “barreira invisível” que não permite se abalar pela “circulação negativa da reciprocidade de formas de prestígio” (MACHADO, 2006, p. 263);

3. O modelo médico plantado é refratário ao estabelecimento de vínculos, direcionado especificamente para o sintoma no corpo e privilegia a doença em detrimento do indivíduo. É um “olhar armado” como explica a autora:

Toda a qualificação da relação médico-paciente idealizada para permitir a confiabilidade entre eles, pensada como capaz de criar um vínculo, se desvanece diante do ato médico centrado no ‘olhar armado’ e na instrumentalidade da descoberta e cura do patológico. Diante deste entendimento, a relação médico-paciente pensada no estabelecimento de vínculo, torna-se seu excesso, pois ela pode se restringir apenas à sua qualidade de instrumento de chegada, pelo caminho mais curto possível, ao diagnóstico da patologia de uma intervenção que permita a cura (MACHADO, 2006, p. 273).

Contrastando com o cenário analisado acima, em que os fracassos na relação médico-paciente são aprofundados por um bloqueio progressivo das possibilidades de estabelecimento de vínculos, em outra experiência, diametralmente oposta, a elaboração de uma metodologia de gestão em práticas de cuidado primou exatamente pelos processos de vinculação e engajamento social. Enquanto observamos um “engessamento” do cuidado na dimensão que tange as obrigações contratuais, esbarrando na precariedade das instituições, o contraste se revela, exatamente, quando existe abertura para explorar outras dimensões do cuidar, aquelas que estão também articuladas com a liberdade, o prazer e a circulação positiva de dádivas.

Esta outra apreciação do sistema da dádiva no campo da saúde é oferecida por Moreira (2006), em um estudo sobre as associações voluntárias responsáveis pela Rede Saúde Criança (RES). Tal modalidade de rede de apoio para as crianças e adolescentes em condição de extrema pobreza – e exposição intensa a situações de adoecimento – é voltada, também, para o acompanhamento das suas respectivas famílias, fornecendo suporte para os cuidados básicos e garantia de acesso a bens e serviços. A metodologia empregada na construção desta rede prioriza e estimula a multiplicação de vínculos, envolvendo pessoas físicas e jurídicas de diversas naturezas – Estado, empresa, organizações da sociedade civil (OSC’s), etc. É apostando no comprometimento entre diversos agentes, na manutenção destes vínculos interpessoais e interinstitucionais, que os dirigentes destas associações retroalimentam um sistema de *atos de cuidado* bastante exitoso, posto que fundamentado em relações comunitárias.

Neste caso, é preciso afastar, especialmente, o risco de incorrer na confusão entre dádiva e caridade, já que comumente se associa à filantropia práticas impessoais, em que o dar significa tão somente reafirmar a própria superioridade diante dos menos favorecidos. Conforme a análise desta autora, a *pessoalização* do dom, no reconhecimento e visitação das famílias assistidas, facilita o estabelecimento de laços que comprometem. Sob a ótica da dádiva, obriga a receber (a começar pela recepção na própria residência) e a retribuir (a princípio, pelo provimento de informações pessoais que darão direcionamento às ações). As ações dos voluntários são, por seu turno, recompensadas pelas glórias dos resultados. Observa-se que, neste caso, a lógica mercantil é totalmente recusada: “o compromisso voluntário está referido a uma dimensão de troca simbólica”

(MOREIRA, 2006, p. 291). Meios eficazes de transmissão de informações e resultados práticos promovem a imagem de instituições apoiadoras. O circuito exitoso se completa com o fortalecimento das relações de amizade, companheirismo, proposta de atividades em regime cooperado, vivências artísticas, etc.

A dádiva do/no cuidado, nesta experiência, aparece claramente como aquilo que sela uma aliança, que promove “o reconhecimento por parte do grupo e de si próprio como um potencial oferecedor” (MOREIRA, 2006, p. 290). Como posto, no sistema da dádiva, ao dar, o indivíduo também autoriza outrem a dar, afinal “não damos para recebermos, mas para que o outro dê por sua vez; assim, os homens dão testemunho ‘uns aos outros de que eles não são coisas’” (HAESLER, 2002, p. 153).

Como pano de fundo das diretrizes seguidas pelos gestores da Rede RES, nota-se a prioridade das relações, o cuidado na manutenção de compromissos selados mediante símbolos de benefícios, de atenção, de gratidão, de prestígio, toda sorte de bens compartilhados, trocados, cedidos, recebidos, retribuídos que são lembrados no sentido da união entre seus colaboradores, na retroalimentação do espírito comunitário de colaboração e, conseqüentemente, na manutenção desta rede. É oportuno destacar as principais características que favoreceram, neste caso, o êxito da experiência desta Rede de Cuidado:

“Fica ressaltada a identificação do universo associativo a um ambiente cujo acolhimento provoca sensação de ‘familiaridade’” (p. 291);

“A dimensão afetiva e pessoal está na base das relações, em que a lógica mercantil é reiteradamente recusada” (p. 291);

“Investimento e resgate da dimensão lúdica da vida através dos mecanismos de encontro e reunião tanto de voluntários quanto de assistidos” (p. 292);

“Estar em grupo, encontrar com outros semelhantes a si próprios no corte de classe, na cultura, mas também poder reconhecer em outro radicalmente diferente de si um valor, e atribuir a esse circuito de sociabilidade, um aprendizado” (p. 293);

Reproduzir “processos de aprendizagem do qual dependem as dimensões do pertencimento e do engajamento, componentes fundamentais da reciprocidade” (p. 293);

“Introduzir transparência, pessoalização e acesso às decisões da associação que canais formais de participação vivenciam como crise” (p. 294)

“Articulação entre instâncias de sociabilidade primária e secundária, partindo sempre da primeira, cultivando-a nos rituais cotidianos [...] Permite a ampliação dos espaços de visibilidade e circulação (p. 308)

“Exercitar a flexibilidade e criatividade, não só através de mecanismos tradicionais de acompanhamento das famílias (visitas de assistentes sociais às residências, grupos de orientação, entrevistas individuais, monitoramento periódico das ações através do Plano de Acompanhamento Familiar), mas adjetivando os encontros com os lanches, as brincadeiras para as crianças nas sedes das associações, os bazares e brechós abertos ao público e divulgados na mídia, e no interior das instituições, as festas com presença de artistas, os almoços e jantares de adesão” (MOREIRA, 2006, p. 295).

O contraste entre estas duas experiências analisadas sob o espectro da dádiva – primeiro a da relação médico-paciente em um hospital público e a segunda a da experiência de formação de uma rede de cuidados que envolve sociedade civil organizada, voluntários, hospitais públicos e outras instâncias, na condição de parceiros coatuantes – é revelador de que os circuitos comunitários de dádiva “recolocam em outro plano as relações, tornando os usuários também autores legítimos do acontecimento/ação produzido” (LACERDA; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). Esta conclusão acerca das novas formas de gestão no campo da saúde se destaca pela sua total afinidade com o horizonte normativo vislumbrado a partir do sistema da dádiva.

O acúmulo de debates e pesquisas no campo interdisciplinar da saúde coletiva aponta para este horizonte normativo, enquanto o enquadre sociológico da dádiva permite observar a sociedade como uma totalidade, com atenção às suas formas de compartilhamento, cooperação, ações conjuntas e redes solidárias que se formam. Pode-se sugerir, deste modo, um caminho mais *próspero*, afinal, como bem lembra Mauss:

As sociedades progrediram na medida em que elas próprias, os seus subgrupos, e por fim, os seus indivíduos, souberam estabilizar as suas relações, dar, receber e, finalmente, restituir. Para comerciar, era primeiro necessário saber depor as lanças. Foi então que teve êxito a troca de bens e das pessoas, não apenas de cãs para cãs, mas de tribos para tribos, de nações para nações, sobretudo de indivíduos para indivíduos. Foi só depois que as pessoas souberam criar para si, satisfazer-se interesses mútuos e, enfim, defendê-los sem terem que recorrer às armas. Assim, o clã, a tribo, os povos

souberam – e é assim que amanhã, no nosso mundo dito civilizado, as classes, as nações e também os indivíduos devem saber – opor-se sem se massacrarem e dar-se sem se sacrificarem uns aos outros. Aí está um dos segredos permanentes da sua sabedoria e solidariedade. (MAUSS, 2008, p. 216).

Lacerda (2010) ressalta, igualmente, o caráter promotor de saúde das redes de apoio constituídas a partir de relações de reciprocidade, sobretudo em espaços comunitários. Em seu estudo, propõe um debate, sob a perspectiva da dádiva, acerca da formação de redes de apoio social compostas por agentes comunitários de saúde (ACS), usuários e outros atores, sinalizando para o fato de que estas redes são “produtoras de saúde” e se caracterizam por relações informais que facilitam a reciprocidade de dádivas e a proposição de atividades de forma mais espontânea.

Os resultados desta pesquisa realizada com os ACS da Estratégia Saúde da Família de Manginhos–RJ revelaram que a constituição e o fortalecimento destas redes dependem fundamentalmente do reconhecimento dos atores como sujeitos de valor, respeitadas as dimensões de afetividade, de direitos e/ou de solidariedade (LACERDA, 2010). Estas conclusões, de certa forma, reiteram a necessidade de reconhecer, no plano dos cuidados, a obrigação tripartite de dar–receber–retribuir, recompondo as relações recíprocas que possam ter se perdido no cotidiano dos atendimentos em saúde.

Em um estudo acerca da interação entre agentes comunitários de saúde e benzedeiros do Morro da Conceição, Recife-PE, Alexandre (2006) concluiu que as diferenciações e hibridismos verificados entre estes dois sistemas de saúde decorriam das constantes trocas materiais e simbólicas entre os distintos especialistas de cura. Além de conhecimentos que eram intercambiados e hibridizados nas práticas cotidianas, a autora também observa um reconhecimento mútuo de prestígios, com respeito aos limites e domínios de cada saber, permitindo, assim, uma convivência harmônica entre dois sistemas aparentemente incompatíveis: um de referencial científico e outro que parte de uma matriz mágico-religiosa tradicional. Desta maneira, tendo adotado o referencial sociológico do dom, foi possível enxergar, para além das diferenças, as possibilidades de enredamento entre estes dois sistemas, que ali se caracterizava por uma convivência harmônica e fundamentada em benefícios mútuos.

Santa Rosa (2008), em uma pesquisa etnográfica com idosos egressos de um instituto de saúde mental, observou a importância dada pelos profissionais que prestaram serviços residenciais terapêuticos (SRT) às redes familiares que acolhiam estes idosos no processo de *desinstitucionalização*. O sentido do trabalho destes profissionais estava em conhecer e fortalecer as formas através das quais estes idosos iam construindo relações em um território totalmente diverso da instituição, bem como sua forma de circulação neste novo espaço, sua inserção em um contexto social que era recriado na vida depois do asilo.

A mediação dos profissionais que prestavam SRT se dava no sentido do restabelecimento das redes sociais às quais estes indivíduos pertenciam, potencializando a sua capacidade de agir, “segundo a lógica da reciprocidade nas trocas com as pessoas”. Conclui a autora que o estímulo à circulação de dádivas no restabelecimento de relações recíprocas, em que os idosos podem se perceber também como *partícipes*, facilita o processo de readaptação, à medida que se sentem melhor integrados em redes mais equânimes, envolvendo não só companheiros de moradia, como também outros usuários desinstitucionalizados. O sucesso destes procedimentos dependia, contudo, da “capacidade de cada um em reconstruir esta interação e atribuir significado a ela” (SANTA ROSA, 2008, p. 142).

Silveira (2011), em seu estudo sobre cuidados em contextos familiares em uma comunidade remanescente de quilombos, observou que o cuidado familiar era percebido como uma obrigação e um compromisso coletivo da família. Neste caso, as redes de apoio formadas em tais contextos eram tão amplamente estruturadas que garantiam também o apoio social aos cuidadores responsáveis pelos familiares com doenças crônicas, gerando ciclos de obrigações recíprocas. A organização familiar observada era fundamentada de tal forma em cadeias de reciprocidade que cuidar do cuidador, tanto no que dizia respeito às suas necessidades pessoais como no auxílio aos trabalhos que realizava na condição de cuidador, era igualmente considerado uma obrigação coletiva. Analogamente, assinala o autor, ao dispensar cuidados a um familiar, havia uma certeza implícita de que, reciprocamente, pudesse “ser cuidado” em um momento de posterior necessidade.

Como destaca Mello (2011), as práticas de cuidado devem ser construídas a partir de uma trama que envolva o indivíduo doente como *agente de sua própria saúde* e é por este viés que se deduz também a sua contribuição para a

sociedade, pois, no ato de compartilhar a sua própria experiência e interferir propositivamente na construção dos cuidados que lhe serão prestados, o usuário contribui, necessariamente, na atenção a outros indivíduos que, porventura, necessitem destes cuidados.

A dádiva e o cuidado, em um sentido que pretendemos desenvolver ao longo deste trabalho de pesquisa, devem ser entendidos como termos coextensivos, como se diz da dádiva em relação ao símbolo (CAILLÉ, 1998). Assim como dar é uma promessa de receber e, ao mesmo tempo, é o plasma de toda associação, cuidar passa também a ser uma promessa de ser cuidado e em certo sentido, como estamos por defender, as práticas de cuidado se tornam o plasma de uma sociabilidade que se constrói a partir de um compromisso ético-político na promoção do bem-estar, do bem viver.

A integração *dádiva-cuidado* nos permite destacar a regra tripartite *dar-receber-retribuir* como célula básica na constituição dos circuitos comunitários estudados. É preciso, contudo, sublinhar que, à medida que aceitamos a natureza simbólica da dádiva, devemos, igualmente, aceitar a função simbólica como eixo estruturador destes grupos, “fundamental à compreensão dos processos de identificação em torno de referências comuns” (MATOS, 2003, p. 55).

1.4 PRÁTICAS DE CUIDADO NÃO-MÉDICAS²⁴: TENSÃO, OPOSIÇÃO OU INTEGRAÇÃO?

1.4.1 Esboços da Cisão

De acordo com Pimenta (1998), diversas práticas de cuidado e cura já estiveram em uma relação de coexistência de forma relativamente pacífica e mutuamente aceitável nos idos do Brasil Colônia. Embora não se pudesse observar uma consistente estruturação da medicina acadêmica àquela época, era destacável a aceitação, reconhecimento e regulamentação de práticas de cura populares por um órgão oficial de Portugal, conhecido como *Fisicatura-mor*.

²⁴ Utilizamos esta expressão conforme Laplantine e Rabeyron (1991), que designa práticas de cuidado que não são reconhecidas pela ciência médica, classificadas também como “medicinas paralelas”.

A *Fiscatura-mor* se instala no Brasil Colônia e é extinta por volta de 1828, com a criação das Escolas de Medicina na Bahia e do Rio de Janeiro²⁵. Este órgão tinha como função fiscalizar e regulamentar as práticas conhecidas como “artes de cura” e expedia licenças e cartas para dar autorização ao exercício de atividades de Médico, Boticário, Cirurgião, Sangrador, Parteador e Curandeiro. Embora mencione que há muito menor prestígio para as atividades exercidas por classes menos privilegiadas, como Sangradores, Curandeiros e Parteiras – práticas usualmente destinadas a escravos, forros e mulheres –, Pimenta chama a atenção para o fato de que os registros encontrados nos documentos da *Fiscatura-mor* evidenciam uma relação de complementaridade e divisão de tarefas na promoção da saúde jamais observadas depois da regulamentação da profissão médica no Brasil. Conforme analisa em seu estudo sobre estes registros históricos:

A *Fiscatura-mor* era instituição de uma sociedade na qual as relações sociais baseavam-se na construção e na reafirmação de dependências pessoais. A hierarquia social era reafirmada com a troca de favores, e benefícios por lealdade e obediência. E o modo como funcionava a *Fiscatura-mor* também fortalecia e deixava evidente essa hierarquia. [...] Os médicos, cirurgiões e boticários consideravam o seu saber superior ao dos terapeutas populares, mas não os desqualificavam totalmente, pois o conhecimento destes sobre a natureza da região era valorizado. Durante o período de existência da *Fiscatura-mor*, o contexto não era de medicalização da sociedade, de imposição de padrões científicos, de higienização das cidades, de modificação e normalização de condutas, o que torna a documentação da *Fiscatura-mor* mais importante, vez que, depois de seu término, não se tem notícia de outro qualquer órgão público que tivesse o objetivo de fiscalizar e autorizar práticas médicas as mais variadas, registrando assim práticas populares de cura. (PIMENTA, 1998).

É importante ainda mencionar as suas observações acerca das formas como as práticas populares se mantinham e gozavam de reconhecimento e prestígio nos grupos sociais em que atuavam (muitas vezes independente da regulamentação da *Fiscatura-mor*, já que o seu alcance era limitado), considerando-se aí a disseminação e a popularidade destas práticas. Através destes registros, Pimenta (1998) constata que, muitas vezes, o reconhecimento e a regulamentação destas práticas ocorriam por via de solicitações (abaixo-assinados) dos grupos sociais em

²⁵ As fundações da Escola Médico-Cirúrgica da Bahia e da Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, em 1808, são consideradas marcos históricos da profissionalização médica no Brasil. (PIMENTA, 1998;).

que o terapeuta popular atuava. Em suas análises, ainda associa este prestígio do terapeuta ao fato de sua abordagem da doença contemplar explicações mais afinadas com a visão daquelas pessoas, sobretudo no que diz respeito às dimensões espirituais associadas às enfermidades.

A efetividade dos agentes populares, conclui a autora, seja pelo vasto conhecimento de tratamentos eficazes ou pela atenção dada tanto a problemas físicos quanto espirituais, era a contrapartida das limitações das práticas médicas. Esta situação irá mudar radicalmente algumas décadas mais tarde com a criação das escolas de medicina. Observou-se aí a expressão de uma hostilidade crescente aos sistemas de cura populares: o que há pouco tempo era considerado complementar, passa a representar uma ameaça, situação em que se impõem veementemente os padrões da aspirante medicina científica.

Estudiosos como Loyola (1984), igualmente, revelam prestígios diferenciados, gozados pelos especialistas de cura perante sua clientela. A tipologia trabalhada pela autora diferenciou os especialistas da cura de tal modo, que revelou uma multiplicidade de agentes no bairro de Santa Rita, Nova Iguaçu-RJ. A proximidade e afinidade entre agentes de cura (divididos entre cuidados do corpo e cuidados do espírito) e clientes reafirmam a ideia do “terapeuta popular”, que se “beneficia de maior ou menor legitimidade do grupo” (LAPLANTINE; RABEYRON, 1991, p. 21). Contudo merecem destaque suas observações acerca dos “médicos populares” e da “medicina tradicional popular” (LOYOLA, 1984, p. 26; 126).

Conforme a autora, os médicos populares eram, em sua maioria, oriundos de classes populares, nascidos ou há muito tempo residentes no bairro. Muitas vezes eram filhos de curandeiros de muita influência no local. A sua posição era particularmente especial, pois exerciam uma espécie de intermediação entre a medicina científica e as práticas populares. Aqui se encontra ressaltada a sua própria posição ambígua, marcada pelas dificuldades de ascensão social à classe médica, assumindo uma posição inferior em relação a outros médicos oriundos de classes mais privilegiadas. Em termos práticos, isto significava a cobrança de preços populares para as consultas e o atendimento circunscrito aos limites do seu bairro de origem. É importante ressaltar que dadas as condições de familiaridade com sua clientela, o médico popular, ou particular, como também era conhecido, costumava compreender melhor as referências e práticas populares de cuidado (incluindo

explicações mágico-religiosas), bem como fazer adaptações e facilitar o acesso a exames e medicamentos (LOYOLA, 1984, p. 27).

Para a autora, desta posição ambígua e contingente dos médicos populares, decorre a sua influência e legitimidade perante a clientela:

Propriedades e disposições particulares que os levam a praticar uma medicina orientada socialmente com tendência a remediar as desigualdades em matéria de saúde e de cuidados médicos, o que lhes permite ao mesmo tempo resolver as contradições criadas por esta sua posição limítrofe ou periférica, de intermediários entre classes sociais. (LOYOLA, 1984, p. 27).

Cumpram destacar nas análises prestadas por Loyola (1984), não apenas a preferência dos moradores do bairro pelos médicos populares, como também a prática de uma medicina familiar, que se realizava a partir do compartilhamento de receitas de família, trocas com a vizinhança, cultivo de ervas e remédios caseiros, que eram armazenados e compartilhados, como também o compartilhamento de orientações e receitas médicas já conhecidas pelos moradores. Conforme observou Loyola, a procura por um especialista de cura, mesmo o médico popular, só se dava depois de esgotadas as tentativas de cuidados no âmbito familiar-comunitário.

É preciso ter em mente que os moradores do bairro, quando doentes, se tratam primeiro por conta própria e só recorrem aos diversos especialistas da cura depois de esgotarem todos os recursos terapêuticos familiares. Estes resultam, basicamente, de uma experiência acumulada pela família – e/ou pelos vizinhos – durante doenças anteriores, quando puderem medir a eficácia tanto de uma prática propriamente familiar, como da prática dos especialistas consultados nas ocasiões. O conhecimento médico familiar resulta, assim, de uma experiência prática na qual se associam, inseparavelmente, receitas de comadres, remédios caseiros, conselhos de vizinhos, diagnósticos e medicamentos dos especialistas. (LOYOLA, 1984, p. 125-126).

Sem nos atermos às consequências favoráveis ou desfavoráveis de tais condutas, recortamos aqui o aspecto comunitário-solidário de tais práticas coletivas de cuidado observadas em Nova Iguaçu e, particularmente, no bairro de Santa Rita, resumido nas palavras de uma das moradoras entrevistadas “*Se houver necessidade, corre como um formigueiro, um lutando com o outro*” (idem, p. 125). Deste *fazer comunitário*, refletido na combinação de diferentes orientações nos cuidados com a saúde, a autora apresenta um cenário de práticas médicas

modernas e tradicionais coexistentes, ainda que em uma relação evidentemente desigual.

Embora muitos pesquisadores tenham nos ajudado a compreender que a ciência médica jamais teria conseguido extinguir as demais práticas de cuidado e cura (LOYOLA, 1984; LAPLANTINE; RABEYRON, 1991; QUINTANA, 1999, entre outros), é preciso marcar alguns aspectos importantes neste conjunto de tensões. A rejeição e a desqualificação dos meios de cuidado e cura dos terapeutas populares, práticas enraizadas no *ethos* e *visão de mundo* de um *Brasil nativo*, fazem coro com a progressão da medicina científica ascendente²⁶.

À prosperidade do positivismo oitocentista no estudo e controle da morbidade em contextos urbanos, razões amplamente associadas à cientificidade ascendente da medicina moderna (FOUCAULT, 1993), soma-se, no século XX, uma preocupação maior na vigilância das fronteiras entre aquilo que é e o que não é científico.

Para a análise aqui empreendida, cabe observar que este tipo de reação da medicina científica às práticas não científicas inaugura uma divisão entre, de um lado, os saberes médicos e as modernas técnicas cientificamente amparadas e, do outro, saberes difusos, amplamente referenciados em tradições culturais e sistemas de cura mágicos-religiosos, práticas populares transmitidas entre gerações, medicinas tradicionais centenárias, milenares, etc. (LOYOLA, 1984; LAPLANTINE; RABEYRON, 1991; QUINTANA, 1999, entre outros). Eis uma diversidade comprimida, enfim, sob a inscrição do não-científico ou não-médico.

Destarte, a cisão entre as práticas de cuidado sob o crivo da cientificidade, parece excluir a *dimensão ritual* de toda prática do cuidado. Conforme analisam Laplantine e Rabeyron (1991, p. 34), “toda técnica, ainda que medicinal, também tem uma dimensão ritual, e os rituais podem conter em si mesmos uma eficácia”. Nesta mesma linha de pensamento, lembra Carrara, há uma intrínseca relação entre prática e discurso médico que, por seu turno, é permeado por construções simbólicas que logram dada eficácia:

²⁶ Para Montagner (2008), o modelo higienista urbano influenciará fortemente a comunidade médica no Brasil. Além do controle de fenômenos endêmicos e epidêmicos, o higienismo no Brasil também esteve associado às teorias raciais, baseadas em taxonomias que buscavam distinguir indivíduos saudáveis de indivíduos degenerados, a partir da distinção étnica.

O que os cientistas fazem em seus laboratórios (o que nós mesmos fazemos) não é certamente, como quer o cientismo vulgar, descobrir fenômenos que desde sempre estavam lá a sua espera. Eles constroem símbolos a partir de certos materiais. E a relação entre os símbolos e a realidade que buscam exprimir não é nem totalmente aleatória, nem totalmente arbitrária. A questão certamente não é saber se o ‘vírus’ existe lá antes de qualquer olhar curioso, mas se, a partir do momento em que ele se transforma em símbolo da doença com a qual ele foi construído, ele tem poder explicativo e é eficiente para orientar uma intervenção eficaz. Ele é um artefato biológico, foi feito pelos cientistas como todos os outros artefatos, da roda ao computador. (CARRARA, 1994, p. 43).

Ao propor a categoria “racionalidades médicas”, Luz (1988) defende a ideia de que a medicina científica é um discurso cultural e socialmente construído como qualquer outro. Assim, afasta referenciais de análise que tomem o científico como uma verdade universal e absoluta ou como medida a partir da qual todas as racionalidades deveriam ser reconhecidas ou não. A definição da categoria “racionalidades médicas” permitiu o estudo comparativo entre diferentes sistemas de cuidado, evitando cair em juízos de valor éticos ou epistemológicos. As críticas à medicina científica, pautada na análise de *modelos* e *racionalidades* abrem importantes precedentes para a investigação de práticas de cuidado distintas, que se colocam ora como alternativas ora como complementares às práticas médicas, em uma relação de exterioridade e de fronteira.

1.4.2 Às margens da Ciência

Embora a divisão entre práticas de cuidado científicas e não científicas seja problemática, especialmente em função da *diversidade comprimida* na genérica categoria do “não-científico”, a força de certos fenômenos sociais deve ser considerada ao tomarmos as terapias integrativas como um domínio possível de construção e prática do cuidado.

Os “curandeiros modernos” (LAPLANTINE; RABEYRON, 1991) ou “alquimistas da cura” (TAVARES, 2012) – ou, como em grande parte se definem: *terapeutas* – são abordados, na contemporaneidade, a partir de referências e análises de fenômenos sociais cuja força se revela na concretude de alguns elementos, dentre os quais:

- a existência de associações, redes (LAPLANTINE; RABEYRON, 1991) e/ou sindicatos de terapeutas, que atestam níveis diferenciados de organização profissional, incluindo a proteção dos direitos de atuação;
- a organização de conferências locais e internacionais em que novos terapeutas e/ou trabalhos são apresentados, gerando um fluxo de publicações e produtos especializados que alimentam a “rede terapêutica” (TAVARES, 2012) ou “circuitos alternativos” (MALUF, 1996);
- a organização de “eventos” e “encontros” entre terapeutas e clientes, de caráter formativo e vivencial, cujo espectro sinaliza o cultivo de uma cultura de “Nova Era” (AMARAL, 2000);
- a existência de imprensa e meios de comunicação especializados (LAPLANTINE; RABEYRON, 1991); e
- o progresso de um mercado dedicado a este segmento (TAVARES, 2012).

Tavares (2012), em seu estudo sobre circuitos urbanos de práticas terapêuticas alternativas, ressalta o interesse da classe média na procura por estas modalidades de tratamento. A *especialização terapêutica*, com a emergência de um campo profissional, é aqui apontada como fenômeno de crescente influência, corroborando com a criação de nichos de mercado especializados. Portanto, a autora trabalha com a noção de *rede terapêutica alternativa*, composta por terapeutas, clientes, terapias, encontros, cursos profissionalizantes, produtos especializados, etc.

O provimento de *tratamentos naturais* e produtos que, *grosso modo*, marcam um novo estilo de vida, aciona a corrida no campo profissional pela qualificação e habilitação. A antiga disputa de espaço, consideradas as devidas proporções, entre uma medicina emergente e uma medicina popular ou, ainda, entre uma medicina científica e uma medicina tradicional se reproduz, em particular, quando a conduta da medicina se mostra mais comprometida com uma disputa de mercado, distanciando-se, em igual proporção, de suas bases humanistas, outrora comprometidas em propor soluções para as mazelas sociais (MARTINS, 2003).

Se, por um lado, os autores debruçados sobre as práticas de cuidado externas à ciência médica reconhecem que o prestígio dos terapeutas está pautado na “confiança e reconhecimento por parte do grupo social, por outro, se observará o

desprestígio conferido a estas práticas que, por não responderem aos critérios científicos, são colocadas sob o rótulo comum de charlatanismo, credence, ineficácia, ou seja, um “retorno ao obscurantismo que a ordem médica biologizante pensava ter vencido. (LAPLANTINE; RABEYRON, 1991, p. 59; 24).

Reciprocamente, os *terapeutas alternativos* elaboram um conjunto de críticas às práticas médicas, a partir das quais defendem o seu lugar de atuação no universo dos cuidados. Baseado no estudo de diversos autores debruçados sobre o tema (AMARAL, 2000; ANDRADE, 2006; LAPLANTINE; RABEYRON, 1991; MALUF, 1996; MARTINS, 2003; TAVARES, 2012; entre outros) resumimos no Quadro 1 algumas das críticas formuladas à ciência médica, situando ao lado o contraponto apresentado pelos terapeutas alternativos:

Quadro 1 – Críticas à ciência médica e contrapontos das terapias alternativas

Crítica à medicina científica	Contraponto apresentado pelos terapeutas alternativos
“Desumanização da medicina” e prática de uma “medicina dos órgãos” (Martins, 2003) “O doente visto como objeto, o médico como mecânico, a doença como avaria e o hospital como oficina de consertos” (Laplantine; Rabeyron, 1991)	Visão integral do ser humano, acolhimento, escuta, afetividade. “suplementação psicológica e social” (Laplantine; Rabeyron, 1991)
Centralidade na doença que, via de regra, é concebida como um ataque de um agente externo ao corpo, que deve ser atacado e vencido	Visão da doença a partir da noção de equilíbrio e desequilíbrio. Concepção da “ <i>energia</i> ” como categoria fundamental (Tavares, 2012), que auxiliará na compreensão destes desequilíbrios, bem como dos bloqueios que geram doenças
Tratamentos invasivos e destrutivos, que provocam males secundários e geram uma cadeia de doenças	Tratamentos naturais, de fortalecimento e potencialização dos mecanismos próprios de defesa de cada um
Abordagem fechada em seus sistemas de tratamento. Aversão ou desconhecimento/ desprezo pelo que não é científico	Reconhecimento da necessidade de encaminhamento para os casos mais graves, que necessitam de intervenção médica

A aceitação de terapias alternativas nunca foi consensual no meio médico, porém, aos poucos, uma significativa parcela dos profissionais foi aderindo a estas práticas e, via de regra, construindo caminhos para que se tornassem especialidade reivindicada pela própria medicina, como no caso da homeopatia. A consequente desabilitação dos profissionais não médicos, como foi o caso dos homeopatas populares, e, na atualidade, a ameaça que paira sobre os profissionais

de acupuntura, habilitados pelos métodos de formação da Medicina Tradicional Chinesa, é uma dos temas mais tensos da área de saúde²⁷. A seguir, pretendemos avançar mais um pouco no sentido de compreender a polifonia em torno das práticas não científicas de cuidado e cura: medicinas paralelas, brandas, naturais, alternativas, holísticas, complementares, integrativas, entre outras.

1.4.3 Do Alternativo ao Integrativo

Uma primeira reação social mais proeminente e que, necessariamente, tocou a questão dos cuidados, visto que propunha uma revirada geral em todos os padrões sociais, está comumente associada, na literatura, aos movimentos de contracultura nos anos 1960 e 1970 (SOUZA; LUZ, 2011; NOGUEIRA, 2010; LAPLANTINE; RABEYRON, 1991). A proposta, como se sabe, era a de uma grande abertura para a experimentação de novos modos de vida, outros padrões de crença, novas formas de se cuidar, de lidar com o corpo, com a saúde, com a espiritualidade, tudo isto misturado a questionamentos políticos e à atmosfera de revolução na qual tudo passava a ser questionado, conforme Laplantine e Rabeyron, vinculada a uma série de “recusas”, dentre as quais, “ao racionalismo científico e técnico e mitologias do progresso, à cultura intelectual, revalorizando o corpo, a cultura elitista, revalorizando o simples, a sociedade do objeto e da objetividade, valorizando o humano e as relações” (1991, p. 29).

Neste contexto, a receptividade a outras culturas também foi um fato marcante. Como destacam Souza e Luz:

Naquele momento, uma juventude revolucionária partia em busca de novas soluções terapêuticas, utilizando tais práticas não apenas como terapias, mas como símbolos de uma ‘revolução cultural’. Uma parte dessa ‘estratégia revolucionária’ foi a importação de sistemas exógenos de crença e orientações filosóficas, geralmente orientais, que serviram de fundamento para a construção de um corpo ideológico de orientações práticas. (2011, p. 394).

²⁷ Em 11 de julho de 2013, a presidenta Dilma Rousseff sancionou o projeto de lei que regulamenta a prática médica no país com alguns vetos. Dentre eles, o mais importante e que tem tido maior repercussão, impede que a formulação de diagnóstico de doenças, bem como as práticas terapêuticas não invasivas sejam competências exclusivamente médicas. Isto gerou grande insatisfação e fortes reações por parte dos órgãos de representação e das faculdades de medicina.

Muitos destes questionamentos também se expressaram através de movimentos pacíficos cujo emblema “paz e amor” era a expressão mais eloquente. O gosto por um estilo de vida mais natural e pela compreensão do corpo também como uma totalidade, assim como a liberação sexual, o gosto de fazer do corpo o que bem entender, especialmente no tocante às mulheres (MARTINS, 1999), foram algumas das formas de insubordinação experimentadas.

Neste sentido, como defendido por Souza e Luz (2011), os movimentos da contracultura deram um primeiro impulso para a difusão de sistemas e terapêuticas baseadas em racionalidades vitalistas²⁸ (LUZ, 1988). A rebeldia de cuidar-se e tratar-se por meios anticonvencionais logrou, em contrapartida, um maior conhecimento e aceitação social das *terapias alternativas*, expressão que talvez melhor sintetize o *espírito da época*.

Conforme Martins, as terapias alternativas estariam pautadas em outros parâmetros e reivindicavam “cientificidade” de maneira distinta dos critérios adotados pelos sistemas de cura estabelecidos na medicina científica. Os sistemas de cura que caracterizam as terapias alternativas se inspiravam em “tradições orientais e ocidentais – espiritualistas, bioquímicas e psicológicas”. Destaca o autor:

De fato a análise do sistema terapêutico alternativo permite concluir que elas resultam de um processo de aproximação de medicinas tradicionais e populares, orientais e ocidentais. Neste sentido, a rápida emergência das Terapias Alternativas, nos últimos anos, responde a diferentes demandas que buscam respostas simultâneas para questões de ordem física, psicológica e espiritual. (MARTINS, 1999, p. 81).

Ainda conforme Martins, as transformações no “imaginário do corpo” trouxeram grandes consequências para o conjunto das práticas de saúde. Historicamente utilizado como instrumento de trabalho, o corpo ganha um sentido vinculado à “instituição de uma vontade de poder”, recolocando a questão da autonomia e da busca pessoal (1999, p. 86). Este corpo *liberto* de determinismos meio-fim estaria apto a se utilizar do conhecimento tradicional, de tecnologias e

²⁸ Luz (1988) considera “racionalidades médicas vitalistas” aquelas que tendem a oferecer uma perspectiva mais integradora diante do paciente, pois a prática clínica exige um levantamento aprofundado de sua história de vida, compreendendo a doença de uma maneira bem mais ampla que o tratamento do sintoma. Aborda, basicamente, a homeopatia, mas também estende sua análise para outras práticas, tais como a Medicina Tradicional Chinesa, a Acupuntura, etc.

saberes milenares sem, contudo, *retornar* ao ponto específico da tradição, em termos de organização social e/ou psíquica. Como ressalta Amaral, estas práticas constituiriam:

a possibilidade de transformar, estilizar, desarranjar ou rearranjar elementos de tradições já existentes e fazer desses elementos metáforas que expressem performaticamente uma determinada visão, em destaque em um determinado momento, e segundo determinados objetivos. Não mais circunscritos à sua comunidade de origem ou a seus grupos ‘naturais’, esses elementos religiosos, espirituais e místicos – rituais e mágicos – são recobertos de uma alta diversidade de significados e usados para uma variedade de propósitos. (1999, p. 47).

Inicialmente rejeitadas, estas práticas foram conquistando alguns adeptos no campo da saúde. O interesse dos profissionais da área médica também já sinalizava algumas mudanças nas quais se observará uma maior busca pela profissionalização e pela institucionalização (SOUZA; LUZ, 2011). Não à toa, a homeopatia é convertida em especialização médica, no Brasil, no ano de 1980. Conseqüentemente, são desabilitados todos os homeopatas populares que até então atuavam.

Na década de 1990, um novo fenômeno reacende o interesse pelas terapias alternativas. A motivação, então, era o movimento que se tornou conhecido como Nova Era²⁹. A expressão “holismo”³⁰ seria a que melhor se aplicava ao sentido dado a estas práticas, que passavam então a ser amplamente conhecidas como *Terapias Holísticas*.

Os movimentos de Nova Era se diferenciavam particularmente dos movimentos de contracultura, por estarem mais centrados em uma perspectiva do sujeito atrelada à questão das buscas pessoais e ao aperfeiçoamento do ser individual (TAVARES, 2012), diante de um mundo definitivamente fragmentado. Apoiada em Carozzi, Tavares (2012) analisa o fenômeno tal como uma espécie de

²⁹ A Nova Era é tratada na literatura como um fenômeno espiritualizante (TAVARES, 2012; AMARAL, 2000), que congrega diferentes práticas e vivências, articulando variados saberes – religiosos, filosóficos, místicos, esotéricos –, principalmente em sua imbricação com a questão terapêutica. (TAVARES, 1999, p. 15).

³⁰ De acordo com Lalande (1999), o holismo é uma teoria segundo a qual o todo é algo mais do que a soma das suas partes. Holismo tem raiz etimológica no grego *olos*, que significa inteiro. Por se tratar de uma referência bastante ampla, como sugerem as expressões “inteiro” e “todo”, a expressão ganhou peso como uma referência unificadora.

“sacralização da autonomia”, que confere uma “chave transformadora” diante das instituições do cuidado, das religiões institucionalizadas, de si mesmo, dos outros, do próprio corpo, enfim.

A ideia de uma individualidade que *se trabalha* em afinação com os princípios de uma *nova era* aciona a busca por serviços terapêuticos e o *holismo* se torna a senha de um *ideal de ser*. Também se observa uma ampliação na prestação de serviços e uma busca de delimitação de um campo de atuação profissional com a multiplicação de *terapeutas*. É interessante notar a forma como a expressão *holista* auxiliará na identificação destes profissionais e dos serviços que oferecem.

No contexto das práticas alternativas, o termo passa a ser evocado como uma referência a partir da qual terapeutas e práticas são identificadas, uma espécie de abrigo de sentido que, além de dar significados às práticas, produz distinções em relação àquilo com o que não quer se confundir. Assim, ao mesmo tempo em que unifica, delimita um campo de atuação profissional (TAVARES, 1999).

Conforme Tavares, “o conteúdo de sentido genérico desse holismo, bem como sua maior ou menor explicitação no discurso, constituem uma indicação de que os terapeutas não-médicos reelaboram esse referencial de formas variadas”. Esta variação e certa *nebulosidade* na apropriação da categoria “práticas holísticas” pode ser explicada, conforme Tavares (2012), pela necessidade de marcar alguns traços e minimizar outros, em função de uma ou outra perspectiva com a qual se deseja estabelecer relações de proximidade ou da qual se pretende distinguir. A autora identifica dois modelos-limite de legitimidade terapêutica: “o referencial de ordem científica” e o “referencial mágico-religioso”. O primeiro sugere certa analogia em relação ao campo da medicina científica, em que se procura comprovar a eficácia de tais práticas, enquanto o segundo tem uma maior conexão com a dimensão *espiritual*. (1999, p. 110).

Para a autora, existe uma dimensão espiritualizante no que passa a ser denominado de Nova Era, a partir dos 1990’s, que atravessa e reelabora o segmento das *terapias alternativas* e que pode ser definida, para efeitos de uma melhor compreensão analítica, em quatro níveis distintos de elaboração do discurso: o “holismo”, a “energia”, a “vibração/freqüência” e por fim, articulando as demais, o “terapêutico” (TAVARES, 1999, p. 111). No que diz respeito à eficácia/eficiência dos tratamentos, estas práticas tomariam como base o princípio de “saúde global”, que

exige, ainda conforme Tavares, o engajamento e o “aperfeiçoamento pessoal” do paciente/cliente

Apesar de o trabalho terapêutico propor um bem estar e mesmo a cura a partir de um conjunto específico de intervenções e procedimentos técnicos, existe, conforme Tavares, uma alusão a uma “experiência mais profunda, ampla e difusa , comprometida com esse ideal de saúde global”. Como consequência desse projeto mais amplo, surge, frequentemente, uma crítica operacional à medicina oficial, considerada como unilateral e empobrecedora e cuja abordagem de corpo consistiria em um verdadeiro impedimento para este bem estar integral (TAVARES, 1999).

Uma menor pressão para a lealdade à “própria organização e à ortodoxia disciplinária” (CAROZZI, 1999) e uma circulação de conhecimentos e saberes dispersos, reunidos ocasionalmente ou colocados em ação a partir de uma combinação de saberes (ainda que seja em função de uma condição de complementaridade à biomedicina), são novidades atribuídas às práticas terapêuticas circunscritas sob o espectro do holismo, já anunciado como o tom da Nova Era. Coincidente com os primeiros movimentos para a popularização da internet, esta circulação e troca de saberes afinados com o espírito do holismo e da Nova Era intensifica ainda mais as potencialidades de uma busca individual/coletiva, aspecto marcante quando se trata da experiência social vivida no universo digital.

Uma maior aceitação das terapias agora identificadas como *holísticas* é consoante com o momento de preocupação geral com a saúde e, conseqüentemente, com o estilo de vida. Outras vias de cuidados estavam despontando como mais eficientes que as vias convencionais no tratamento de algumas patologias e pode-se dizer que os resultados alcançados através destas buscas, para muitas pessoas, significou um ganho tão maior que o critério da cientificidade, do qual a ciência médica sempre se valeu, muitas vezes perdeu a sua força explicativa/persuasiva. Se concordarmos com Schraiber (2010), quando afirma que tudo o que um paciente espera de seu médico é que ele “dê um jeito” de reduzir o seu sofrimento, em termos pragmáticos, é compreensível que os caminhos alternativos à ciência passem a ser procurados em situações de incerteza vivenciadas na relação médico-paciente.

As conseqüências desta abertura e da procura da sociedade por terapias alternativas/holísticas são muitas. Desde reações negativas, como a de uma

medicina ávida por transformar algumas destas práticas em especialidade/exclusividade médica (o que acirra, ainda mais, as disputas de poder, ao tentar submeter todo e qualquer tipo de tratamento ao crivo de um médico – psicologia, fisioterapia, enfermagem, etc.), até as reações um tanto mais positivas, como a aceitação/aprovação destas terapias na condição de complementares à prática médica. Este foi, sem dúvida, o caminho mais cordial, no Brasil, para o reconhecimento e a incorporação no Sistema Único de Saúde (SUS) das então Práticas Integrativas em Saúde (PICS) (BRASIL, 2006)³¹. Além disto, a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPICS) também buscou atender às diretrizes e recomendações de várias Conferências Nacionais de Saúde (CNS's) e às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Conforme a publicação³² do Ministério da Saúde, os seguintes eventos e documentos tiveram papel decisivo na construção desta política:

- 1985 – Celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), Fiocruz, Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde.
- 1986 – 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada também um marco para a oferta da PNPIC no sistema de saúde do Brasil visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela 'introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida'.
- 1988 – Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) – nº 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia.
- 1995 – Instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria GM Nº 2543, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.
- 1996 – 10ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a 'incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas

³¹ A publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na forma das Portarias Ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006, é considerada um marco no sentido de promover “a inclusão de práticas de cuidado subsumidas no discurso e ação dominadora do complexo mercado de produtos e serviços da racionalidade biomédica” (BARROS, 2006).

³² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

de saúde como a Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares’.

- 1999 – Inclusão das consultas médicas em Homeopatia e Acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria GM Nº 1230 de outubro de 1999).
- 2000 – 11ª Conferência Nacional de Saúde recomenda ‘incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como Acupuntura e Homeopatia’.
- 2001 – 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.
- 2003 – Constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) ou apenas MNPC - no SUS (atual PNPIC).
- 2003 – Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS.
- 2003 – Relatório final da 12ª CNS delibera para a efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual PNPIC).
- 2004 – 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde. A MNPC (atual PNPIC) foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa.
- 2005 – Decreto presidencial de 17/02/05 que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
- 2005 – Relatório final do Seminário ‘Águas Minerais do Brasil’, em outubro, indica a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS. (BRASIL, 2006).

É importante observar, a partir da descrição dos eventos acima cujas datas revelam um debate público que se realiza desde o ano de 1985, que a incorporação destas terapias no sistema público de saúde é uma questão antiga e que a PNPIC de 2006 é tão somente uma forma de honrar um compromisso já há muito tempo assumido pelo governo brasileiro, inclusive em conferências internacionais. A forma própria de denominá-las “práticas integrativas” é resultante de uma ampla discussão e de um trabalho já iniciado há algumas décadas por diferentes profissionais e pesquisadores. Em lugar de “alternativas” ou “complementares” e mesmo “holísticas”, expressões consideradas muitas vezes herméticas, ambíguas ou subalternas (alternativas e complementares, por exemplo, pressupõem que algo está no centro), a denominação *integrativa* traz a perspectiva da inclusão, um passo importante no sentido da recuperação daquilo que foi rompido em função da posição unilateral da medicina científica.

Destaca-se, ainda, o papel do movimento em prol da reforma sanitária no Brasil que, paralelamente, contribuiu para estas novas concepções acerca das

terapêuticas distintas da medicina científica. Muitas das propostas debatidas e formuladas no momento de mobilização social intensa em favor da democratização, como vivido no Brasil pós-ditadura, foram incorporados na Constituição Brasileira promulgada em 1988 (CF/88) considerada um grande marco do movimento em torno da reforma sanitária no Brasil, que se estende até a atualidade, apoiando o debate e a avaliação das políticas de Saúde em torno de questões tais como o direito à Saúde, a inclusão social e o acesso do usuário, a participação popular nas decisões, em suma, a integralidade das práticas em saúde enquanto princípio constitucional.

É necessário compreender a influência desses movimentos em favor da integralidade na Saúde no reconhecimento e incorporação das práticas integrativas ao sistema de saúde oficial, passo extremamente importante para a sua legitimação junto à sociedade. De fato, a PNPIC, em vigência desde o ano de 2006, prometeu um horizonte mais próspero e de colaboração entre as diversas práticas de atenção à saúde. Algumas pesquisas atuais já indicam uma grande dificuldade na implementação desta política, em “tirá-la do papel”, mas muitos profissionais e pesquisadores da fronteira área da Saúde Coletiva defendem, veementemente, a implantação e a oferta destas terapias no SUS, ressaltando o alto teor de integralidade proporcionado por estas práticas que, como já mencionado, se tornou um princípio norteador para a humanização das práticas em saúde e a garantia de direitos.

Consideramos, então, que a PNPIC (BRASIL, 2006) forneceu um novo impulso para a difusão e a aceitação destas práticas. De incômodas (no sentido das tensões e disputas geradas) ou herméticas (no sentido de pertencimento a uma “Nova Era”) a integradas (ou talvez “integradoras”, uma vez que facilitam a mobilidade de papéis, exigindo, até, uma posição de engajamento e disposição para o “aperfeiçoamento pessoal” do cliente), um vasto e sinuoso caminho percorrido, com muitos interesses em jogo e, mais dramaticamente, a questão da saúde e doença, vida e morte.

1.4.4 A Integralidade e as Práticas Integrativas

Pensar a integralidade em Saúde demanda, conforme Pinheiro (2010), o desenvolvimento de algumas questões fundamentais, entre as quais, destacamos:

- Concepção do Cuidado como um valor;
- Defesa do Direito à Saúde (com atenção para o equilíbrio entre demanda, necessidade e oferta);
- Centralidade no usuário;
- Participação do usuário na escolha do tratamento;
- Reconhecimento do *ethos* cultural de quem é cuidado e de quem cuida;
- Redes sociofamiliares como vetores de ação e transformações.

Trad identifica algumas dificuldades em colocar em prática um modelo de atenção centrada no usuário tais como o predomínio de políticas generalistas³³, o etnocentrismo e universalismo moral da biomedicina e, conseqüentemente, o foco na doença tanto na forma de pensar a prevenção como na terapêutica. Para a autora, o intuito de reconhecimento das demandas e necessidades dos usuários só pode ser alcançado com uma abordagem compreensiva, lançando mão de “dispositivos hermenêuticos” que possam “operar na alteridade”, via através da qual se pode assegurar maior autonomia para as populações atendidas, garantindo o seu poder em fazer escolhas (TRAD, 2010, p. 32).

Ceccim defende uma noção de integralidade mais direcionada à “ampliação e desenvolvimento da dimensão cuidadora” (2010, p. 138), como forma de os profissionais de saúde compreenderem o usuário de uma maneira menos burocrática. Para o autor:

A integralidade da atenção à saúde supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais, propondo estratégias para operacionalizar o conceito ampliado de saúde. O que se torna especialmente desejável – quanto à integralidade da atenção à saúde – é que os profissionais se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento aos usuários das ações e serviços de saúde, mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica e mais implicados com projetos de vida que contribuam pela autodeterminação dos usuários em seu andar de vida (seu pertencimento às redes de invenção de vida) (CECCIM, 2010, p. 138-139).

³³ Conforme Trad (2010), isto também seria decorrente de um predomínio, no Brasil, de concepções funcionalistas e marxistas no sentido de atendimento às necessidades da Saúde, gerando problemas para abordar o sujeito em sua individualidade.

Também Ayres ressalta a necessidade de uma ação profissional comprometida com a vida dos indivíduos e centrada na dimensão dos cuidados e enfatiza a importância de entender que o saber se constrói através de “encontros sábios” (2009, p. 20) entre sujeitos, algo que propicie o diálogo, que favoreça o compartilhamento das decisões não sendo, portanto, possível pensar na dimensão dos cuidados sem a participação ativa dos usuários implicados no processo.

Oliveira, Koifman e Fernandez defendem que a formação comprometida com a construção do cuidado deve ser entendida como um “entre-relações das pessoas” e deve ser o resultado de “interações positivas entre usuários, profissionais e instituições”. Resumindo, para o autor, a atenção integral e a construção do cuidado devem ser traduzidos em atitudes como: “tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (2010, p. 195).

A necessidade de assegurar o direito à saúde de acordo com o princípio da integralidade esbarra, com frequência, nas limitações do controle social e dos mecanismos jurídicos, no sentido de assegurar componentes subjetivos tais como o acolhimento, o estabelecimento de vínculo, a afetividade, a humanização no atendimento ao usuário, etc. (ASENSI; PINHEIRO, 2010). Como forma de compreender melhor a distância do modelo médico dominante de um ideal de integralidade, muitos autores utilizaram como recurso a já anunciada análise de Madel Luz acerca das racionalidades médicas.

Seguindo o pensamento de Luz, as racionalidades médicas vitalistas viabilizam uma abordagem integradora que propicia o centramento “na unidade individual do doente e suas relações com o meio” (LUZ, 1996), de forma que as intervenções se dirigem ao fortalecimento dos potenciais de cura de cada indivíduo, no sentido do seu reequilíbrio. Já a Biomedicina, dadas as suas afinidades com o processo de medicalização progressiva da sociedade e de mercantilização da medicina, apresentaria muito baixo teor de integralidade, na medida em que o foco se dirige às “técnicas, recursos, exames, fármacos que buscam prevenir, controlar e curar doenças, comportamentos, sintomas ou fatores de risco” (TESSER, 2010, p. 80). Nota-se, aí, que a participação do usuário se restringe à cessão de um corpo que será diagnosticado e medicado, não restando muito espaço para que possa compreender melhor quais as implicações de seu quadro e da terapêutica utilizada nem mesmo, sequer, tomar conhecimento de que existiriam outras formas de tratar os seus sintomas visto que esta racionalidade se coloca de tal forma dominante,

quase como se não fosse possível algum tipo de prática além dos limites que definem o que é *científico*.

Para Tesser, o baixo teor de integralidade compromete bastante o trabalho realizado na atenção ao usuário sendo mais que premente a necessidade da construção de parcerias intersetoriais, interinstitucionais, interdisciplinares e entre curadores de culturas diversas, o que significa reconhecer, valorizar e estimular a autonomia dos usuários no contexto dos cuidados que lhes são prestados (TESSER, 2010, p. 86). Assim, as terapias integrativas baseadas em uma racionalidade vitalista seriam originalmente mais voltadas para atender aos princípios da integralidade. Como resume Nogueira, esta perspectiva:

É essencialmente uma perspectiva integradora, por estar centrada tanto numa experiência de vida do paciente como na sensibilidade do terapeuta em detectar sinais de desequilíbrio nessa experiência. Caracteriza-se por estar assentada no primado da energia sobre a matéria e do doente sobre a doença. (NOGUEIRA, 2010, p. 104).

Queiroz lista algumas das mais importantes características das terapias integrativas, que justificam a sua maior adequação aos princípios da integralidade defendidos por estes autores, especialmente no que diz respeito ao centramento no sujeito (foco no doente e não na doença). São elas:

- A crença de que a doença provém principalmente de um desequilíbrio interno, ao invés de uma invasão por um agente patogênico externo;
- O caráter não intervencionista (certas manifestações sintomáticas podem ser percebidas como necessárias, por serem provenientes de causas mais profundas, que abrangem o indivíduo e seu modo de vida);
- Os períodos de saúde precários são, muitas vezes, considerados estágios naturais na interação contínua entre o indivíduo, seu meio ambiente e sua experiência de vida;
- Estar em equilíbrio dinâmico significa passar por fases temporárias de doença, nas quais se pode aprender e crescer. (apud NOGUEIRA, 2010, p. 104).

Pode-se afirmar, apoiado em Nogueira, que, para estas racionalidades vitalistas, a integralidade não é somente uma “idéia reguladora” ou um princípio ético, como se quer defender em um projeto em prol de ações integralizadoras para as práticas em Saúde. No universo das práticas integrativas, a integralidade é um pouco mais que isto: é um “alicerce fundador e organizador do saber, presente na

construção da diagnose e da terapêutica”; e é trabalhada, portanto, conforme Tesser, “tanto na perspectiva ética quanto na epistemológica” (2010, p. 106).

A abertura para a contribuição de outras racionalidades médicas é também consoante com a defesa da liberdade do usuário de escolher a forma como quer ser tratado. Para a implementação da PNPIC, existem ainda muitos desafios a serem enfrentados, problemas que envolvem desde os recursos destinados, passa pelas dificuldades de assegurar os espaços e materiais adequados, pelo entendimento, entre os profissionais de saúde, de uma outra racionalidade (a formação médica tradicional está orientada para a categoria doença e privilegia a objetivação e os aspectos biológicos da enfermidade) até o interesse das unidades administrativas em promover estes atendimentos, dentre outras.

Por outro lado, há alguns riscos que precisam ser considerados no processo de assimilação destas outras racionalidades. Os mesmos autores advertem para a possibilidade da redução do teor de integralidade destas práticas na medida em que elas fiquem reduzidas a uma aplicação específica no universo da prática biomédica como, por exemplo, a acupuntura se reduzir à analgesia; a homeopatia ao tratamento de alergias, etc. Desta forma, se perderia uma importante contribuição que estas outras racionalidades prestam no sentido da integralidade: a ideia de um ser total que é tratado e não apenas de um sintoma, uma doença. Outra questão a ser enfrentada é o risco de estas práticas ficarem restritas ao mercado privado – como, aliás, predomina, atualmente –, em função dos fatores listados acima, que limitam e/ou dificultam a sua implementação no sistema público de saúde e, conseqüentemente, a sua democratização.

Situar as terapias integrativas a partir dos acontecimentos que imprimiram diversas mudanças nas dinâmicas e contextos sociais em que se inseriram e se inserem estas práticas cumpre aqui a função de explicar a partir de quais movimentos tais práticas se firmam, na atualidade, não necessariamente como fenômenos externos ou agenciamentos isolados, mas, progressivamente, reconhecidos em suas potencialidades e presença na vida cotidiana. Embora tenhamos ressaltado o prestígio do reconhecimento institucional logrado – e isto se dá apenas para definir de que lugar se enunciam as práticas integrativas na atualidade –, o nosso estudo não está focado nas interações e/ou comparações com a medicina oficial. A importância de perceber as características essenciais das terapias integrativas nos auxilia a compreender como esta linhagem interpretativa

dos fenômenos saúde-doença facilitam os acontecimentos registrados em campo e como auxiliam na construção destas experiências comunitárias do *cuidado*.

Pautando as nossas discussões a partir destas revisões conceituais em que entrelaçamos Dádiva, Cuidado e Terapias Integrativas, buscamos responder aos questionamentos elaborados acerca das implicações entre dádiva e cuidado, bem como das características favorecedoras ou não na prática das terapias integrativas na construção do cuidado a partir de relações de reciprocidade.

Contudo, é preciso ressaltar que o relato a seguir, produzido a partir de uma intensa imersão em campo, nos colocou mais frontalmente diante de uma necessidade de coletivização ou, mais precisamente, do “fazer-com” apresentada pelos interlocutores desta pesquisa, algo que parece reacender a questão das bases comunitárias do cuidado, seja como observada em Loyola (1984), no sentido do cuidado baseado em relações familiares e de vizinhança, seja pelo aspecto emancipador já anunciado nas bases de um movimento crítico e refratário aos caminhos tomados pela ciência médica (LAPLANTINE; RABEYRON, 1991; MARTINS, 2003).

2 O CONTEXTO DAS TERAPIAS INTEGRATIVAS EM JACOBINA

*“Compreender os relatos a partir do ponto em que se enunciam,
amálgame da pluralidade de encontros e desencontros do cotidiano,
que revelam a nossa itinerância,
as formas transitórias que compomos e as permanências,
de que falam os registros,
é o pressuposto básico em que me apóio
na constituição de um espaço de pesquisa,
engendrado nas possibilidades
e impossibilidades desta costura de fragmentos
que falam de um percurso
potencialmente inesgotável”
(MARTINS, 2005)*

2.1 DELINEAMENTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Como já manifesto, este é um estudo de caso de natureza etnográfica e, dadas suas características peculiares, é resultado de um contato intenso com a realidade pesquisada. Apresenta-se aqui sob a forma de uma narrativa, que descreve e analisa uma experiência comunitária fundamentada em práticas integrativas de cuidado, formação de círculos de práticas cuidadoras e apoio recíproco. Pretendemos neste trabalho contribuir na compreensão:

- Da mútua implicação entre dádiva e cuidado;
- Das características favoráveis (e desfavoráveis) observados nestas experiências com práticas integrativas para a construção do cuidado a partir de relações de reciprocidade.

Os objetivos desta pesquisa são:

Objetivo Geral:

Estabelecer relações entre dádiva e cuidado, com base em reflexões sobre as dinâmicas relacionais que envolveram a construção do cuidado nos circuitos terapêuticos alternativos da cidade de Jacobina-BA

Objetivos Específicos:

- Refletir acerca da *mútua implicação entre dádiva e cuidado*;
- Compreender aspectos favorecedores à *construção do cuidado com base em relações de reciprocidade*;
- Refletir acerca das mudanças nas *dinâmicas relacionais* do cuidado promovidas pelas *práticas integrativas em saúde*;

‣ Compreender a potência e os limites de experiências comunitárias de construção de cuidado fundamentadas *exclusivamente na prática das terapias integrativas, apartada dos sistemas oficiais de assistência em saúde*, como observado em Jacobina-BA;

‣ Favorecer a constituição de uma *Sociologia do Cuidado*, a partir das imbricações teórico-práticas propostas entre dádiva e cuidado.

A narrativa, composta por descrições minuciosas das realidades socioculturais observadas (GEERTZ, 1994) e análises engendradas a partir do modelo interpretativo da dádiva, é alimentada pelo material empírico resultante de um ano de imersão e pesquisa de campo, em que participamos de diversas rotinas, estabelecendo contatos frequentes com os grupos e indivíduos participantes daquela realidade. Esta intensidade do contato com o contexto sociocultural estudado é defendida pelos autores canônicos da etnografia como forma de “vivenciar em si” (LAPLANTINE, 2004) a realidade que estuda, buscando a densidade dos fenômenos em uma descrição o mais fiel e detalhada possível (MAUSS, 2003; MALINOWSKI, 1976; LEVI-STRAUSS, 1996).

Outro aspecto que marca estudos desta natureza é a necessidade de considerar a multidimensionalidade dos fenômenos com atenção a tudo o que ocorre em campo, mesmo que aparentemente não relacionado com o estudo realizado (*idem*), atenção que se justifica por uma condução em favor da formulação de uma totalidade complexa dos fenômenos estudados, o que não impede, conforme revisões do método etnográfico impressas na atualidade, o enquadre da análise em teorias ou modelos interpretativos.

Além da intensa convivência com o fenômeno estudado, entre os anos de 2011 e 2012, as entrevistas feitas com usuários e terapeutas permitiram o acesso ao material empírico que nos auxiliou na análise das dinâmicas relacionais, dos significados compartilhados, dos processos de reconhecimento, das obrigações e dos prazeres compartilhados, das relações de reciprocidade, dentre outros aspectos que visam compor um relato o mais fiel da realidade pesquisada, mas, ao mesmo tempo, atento às exigências do modelo interpretativo adotado. Foram realizados setenta questionários com usuários das terapias integrativas no município, dez entrevistas semiestruturadas com usuários que propuseram ações integradas às atividades terapêuticas definidas aqui como Círculos de Práticas Cuidadoras (CPC) e oito entrevistas semiestruturadas com terapeutas. Preservamos, neste relato, as

identidades dos nossos interlocutores através da utilização de iniciais (no caso dos clientes) e de pseudônimos (no caso dos terapeutas e/ou líderes de movimento).

Além disso, foram gravados depoimentos e opiniões em relação a pontos específicos, como também histórias da cidade que remontaram à formação dos centros de atendimento terapêutico alternativos. Diferentemente dos questionários e entrevistas, que eram marcados previamente (no caso das entrevistas semiestruturadas) e tinham um roteiro fixo (no caso dos questionários), estes últimos depoimentos foram colhidos, utilizando a metodologia conhecida como “bola de neve”, em situações informais nas quais solicitávamos que os interlocutores da pesquisa expressassem sua opinião ou narrassem o seu ponto de vista sobre a constituição destas experiências de *cuidado* no município ou sobre algum evento em particular .

Também foram feitas consultas a órgãos públicos e a fontes de dados secundários, dentre outros esforços empenhados no sentido de alcançar o mais amplamente possível os detalhes do cotidiano dos indivíduos e grupos, ainda que se considere, sempre, aqui, a característica da inesgotabilidade do registro (MARTINS, 2007).

2.1.1 Organização dos Registros

Ao adotarmos a categoria “integrativa” para nos referirmos às experiências estudadas no presente trabalho de pesquisa, buscamos reduzir as distâncias entre as diversas práticas de cuidado (oficiais ou não), ainda que não se trate aqui de um estudo comparativo ou focado na interação entre práticas científicas e não científicas. Acreditamos ser possível alimentar uma mútua contribuição entre as práticas oficiais e alguns agenciamentos externos à ciência médica que, em sua prática cotidiana, ora visível e reconhecida ora não, dão testemunho dos múltiplos aspectos constitutivos de toda a sociabilidade a que corresponde também a prestação do cuidado.

A perspectiva inspirada no paradigma da dádiva viabilizou uma análise articulada com as dimensões do “autocuidado”, do “cuidado do outro”, do “cuidado como obrigação” e do “cuidado como liberdade”, identificados na experiência em questão. A escolha do referencial teórico-metodológico se justifica sobretudo por entendermos que a teoria da dádiva permite a compreensão do cuidado como um

sistema de prestações de bens que circulam entre os diversos atores e privilegia os processos de vinculação, apoio mútuo e solidariedade, então abordados como aspectos co-constitutivos do cuidado.

Deste modo, o paradigma da dádiva nos forneceu um enquadre interpretativo adequado à diversidade de elementos constituintes da arriscada aposta do cuidar. A dinâmica da ação social articulada a partir da obrigação de dar, receber e retribuir, essa força teórica da dádiva na explicação da formação de alianças, nos colocou mais próximos de captar as dimensões integradoras das práticas de cuidado analisadas. Nesta medida, foi necessário adotar um quadro de análise que abarcasse as razões instrumentais, o cálculo, o risco, o interesse e o desinteressamento, a doação e a dívida, a obrigação e a liberdade.

Sem pretender esgotar a multiplicidade de questões trazidas nas discussões acerca do cuidado, pois devida a interdisciplinaridade que a permeia seria excessivo para o que pretendemos demonstrar, destacamos alguns pontos, que, em nossa análise, guardam fortes relações com as quatro dimensões integradas contempladas na teoria sociológica da dádiva, a saber: As dimensões da Obrigação, da Liberdade, do Interesse, e do *Desinteressamento*.

Neste sentido, o esquema a seguir, suporte de análise neste estudo de base etnográfica, busca associar as principais inquietações que destacamos no estudo do *cuidado* aos móveis que articulam a ação social conforme a Dádiva.

1. Cuidar e Ser Cuidado

O “cuidar e ser cuidado” está associado aqui à dimensão do “desinteressamento”, mas, também, à dimensão da obrigação, posto que aí residem as preocupações quanto aos princípios éticos que norteiam as práticas. Neste caso, os problemas levantados em relação às formas de cuidado – a atenção prestada ao outro, visto como *o-lugar-do-cuidado* – geram um conjunto de compromissos assumidos em larga escala, defendidos como princípios até o ponto da conversão em direitos e deveres, como a oficialização das políticas públicas e/ou contratos de prestação de serviços.

2. Cuidar de Si

No aspecto “cuidar de si”, encontramos a relação com a dimensão do “interesse”, o interesse em si e o aspecto do domínio instrumental das práticas, as práticas de autocuidado, o *savoir-faire* que promove o conhecimento de si e também

a capacidade de cuidar-se e de tomar decisões a respeito de sua saúde e bem-estar.

3. Cuidar e Criar

No que se refere ao “cuidar e criar”, a associação é feita com a dimensão da “liberdade”. Aqui os indivíduos se vêm diante da possibilidade de criar dispositivos, formar arranjos, recriar sua própria liberdade, propor, inventar.

As análises e interpretações foram feitas progressivamente, seguindo o roteiro da imersão etnográfica. Tal roteiro também indica as direções que tomamos em campo:

I – Visita a órgãos públicos e instituições com o objetivo de levantar informações gerais sobre a cidade e a rede de serviços prestados em Saúde;

II – Reconhecimento dos locais de tratamento com terapias integrativas na cidade;

III – Construção e aplicação de questionários – os setenta questionários aplicados foram distribuídos, em proporções variáveis, pela clientela de cada um dos terapeutas atuantes. Esta seleção foi aleatória, pois foram abordados os clientes que compareceram nos dias destinados à observação em cada espaço. Destinamos três meses para a aplicação de questionários em visitação aos espaços, não mais que isto, pois notamos que a associação da nossa presença à aplicação de questionários comprometia o nosso processo de inserção. Ademais, como não recorreremos a técnicas quantitativas de pesquisa, as informações recolhidas nos forneceram os temas a serem aprofundados em entrevistas como também guiaram a nossa inserção (observação, relatos, impressões, registros);

III – Realização de entrevistas com terapeutas, clientes e responsáveis pelos espaços – alguns clientes foram selecionados aleatoriamente para entrevistas de aprofundamento nas questões trazidas pelos questionários e outros foram selecionados intencionalmente, tendo como critério a participação em círculos de práticas;

IV – Observação participante – incluímos aqui as inúmeras deambulações em campo, o registro de depoimentos e opiniões sobre serviços prestados e sobre a constituição de experiências comunitárias de *cuidado*. Além disto, as diversas “histórias da cidade” narradas e comentadas foram fundamentais para compor esta etnografia. Evidentemente, este trabalho foi facilitado através de nossa participação em diversas atividades, incluindo alguns círculos de prática.

Como o nosso estudo não consiste, exatamente, em uma abordagem sobre a situação da saúde em Jacobina e sim sobre as “artes de cuidado” ligadas ao movimento das terapias alternativas no local, em relação aos dados oficiais, não avançamos mais do que a consulta a órgãos públicos e a observação em locais de atendimento. O nosso objetivo nas visitas a estes locais estava circunscrito ao registro das impressões dos usuários que, associadas às informações acerca da estrutura oferecida, nos forneceram um quadro de referência para compreender em que contexto emergiam aquelas “artes”. Portanto, não há que se interpretar os relatos como ataques às práticas oficiais, pois não se trata de um julgamento crítico de suas ações, mas, sim, de uma análise de experiência que ocorre às suas margens, ainda que estas experiências estejam muitas vezes pautadas em uma reação às insatisfações com a prática médica. Deste modo, no relato a seguir, alternam-se narrativas descritivas e análises, que serão aprofundadas no decorrer da pesquisa, em função dos temas e questões trazidas pelos atores.

Como sugere Mauss, ao consagrar os modelos descritivos como fontes privilegiadas para a análise sociológica sob a perspectiva da dádiva, “chega-se assim a ver as próprias coisas sociais, em concreto, como elas são. Dentro das sociedades, distingue-se mais do que idéias ou regras, distinguem-se homens, grupos e seus comportamentos” (2008, p. 213).

Pensar a partir da dádiva é se colocar, antes de tudo, disposto ou aberto à imprevisibilidade, a algum grau de incertezas. Mas esta compreensão, como pano de fundo, não afugenta, ao contrário, estimula o reconhecimento e a reprodução de modelos mais favoráveis à circulação de dons positivos. Ademais, a *confitualidade*, na dádiva, aparece como um elemento precursor de mudanças desejáveis (MACHADO, 2006), como uma preciosa bússola em um campo de incertezas.

2.2 IMAGENS COMPARTILHADAS: CIDADE QUE ADOECE, CIDADE QUE CUIDA

Jacobina é um município de médio porte, com população estimada em 79.285 habitantes³⁴ distribuídos entre a sede, quatro distritos e vinte e dois povoados. Localiza-se na latitude 11°10'50” sul e longitude 40°31'06” oeste e está a

³⁴ Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os municípios que têm de 50.001 a 100.000 habitantes são considerados municípios de médio porte.

uma altitude de 463 metros³⁵. Situado na Região Noroeste da Bahia, no Extremo Norte da Chapada Diamantina, dista 330 km da capital do estado da Bahia, Salvador, e é também conhecida como Cidade do Ouro, em uma alusão às minas de ouro que para ali atraem exploradores desde o início do século XVII.

A cidade se destacou em nossas referências de pesquisa em função da convergência de *terapeutas alternativos* ali presentes cujos serviços oferecidos se enquadram, em sua maioria, no que se convencionou classificar como terapias integrativas e complementares em saúde. Ademais, boa parte das pesquisas já realizadas que abordaram as práticas integrativas em saúde se dirigiu aos grandes centros urbanos, o que, se, por um lado, favoreceu a abordagem da massificação deste fenômeno, por outro lado, realidades intermediárias como Jacobina, em que se pode observar tanto a expansão de práticas já massificadas em grandes centros como também o surgimento de formas e usos inusitados destes saberes que por ali circulam, nos fornecem um ângulo importante, que articula o micro com o macro e auxilia na compreensão dos processos criativos e colaborativos inseparáveis dos usos e técnicas.

O movimento das terapias alternativas (TI's) em Jacobina pareceu, a princípio, ancorado no trabalho realizado em dois espaços de reconhecido prestígio na cidade: a Casa de Repouso, construída em 1994 para abrigar o trabalho da Pastoral da Saúde, ligada à Igreja Católica; e o Espaço Yoga, fundado em 1999, com o intuito de desenvolver um trabalho com a medicina tradicional chinesa (MTC), acupuntura e yoga.

Com o decorrer da inserção em campo, outros terapeutas se tornaram conhecidos, outras práticas também foram registradas: a quiropraxia³⁶, a radiestesia³⁷, reiki³⁸, florais³⁹, massoterapia⁴⁰, dentre outras modalidades estudadas

³⁵ Informações obtidas no <http://www.ibge.gov.br> em 16 de outubro de 2011.

³⁶ Conforme Chapman-Smith (2001), a quiropraxia é uma prática terapêutica que se caracteriza pelo diagnóstico, tratamento e prevenção das disfunções mecânicas no sistema neuromusculoesquelético e dos efeitos destas disfunções na função normal do sistema nervoso e na saúde geral. No Brasil, a profissão está em processo de regulamentação.

³⁷ De acordo com Rodrigues (2005), a radiestesia é uma técnica baseada no princípio de que é possível captar a energia e a radiação emitidas por quaisquer objetos. A prática é realizada com o auxílio de instrumentos como pêndulo e bastões.

³⁸ Conforme Leadbeater (1995), através da técnica do REIKI, os praticantes acreditam ser possível canalizar a energia vital a fim de restabelecer um suposto equilíbrio natural, não só espiritual, mas também emocional e físico.

e compartilhadas entre terapeutas e clientes. Retornarei à dinâmica destes espaços e circuitos adiante.

Inicialmente, com a intenção de ir cercando as questões relacionadas à prosperidade das terapias integrativas no contexto jacobinense, procurei ter uma ideia geral do funcionamento da rede de serviços médicos no município. Com o levantamento de dados secundários pelo site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e algumas visitas à Secretaria Municipal de Saúde, cheguei aos dados oficiais, mas estes seriam apenas alguns lados da questão, ficando por conta dos próprios usuários, em conversas informais e registros em questionários, um retrato mais fiel do cotidiano enfrentado pela população que busca atendimento médico. Irei por partes...

Com relação à estrutura da rede de saúde⁴¹, o município de Jacobina conta com dois hospitais e uma clínica com internamento, sendo que, atualmente, apenas um hospital faz atendimento pelo SUS. Há também quatro postos de atendimento público distribuídos pelos distritos maiores que centralizam o atendimento em localidades fora da sede e doze postos de atendimento na sede articulados com o Programa Saúde da Família (PSF). O município conta, ainda, com duas unidades Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma de atendimento a quadros de alcoolismo e drogas e outro para atendimento a quadros de deficiência cognitiva. Jacobina dispõe de 104 leitos para internação.

O município trabalha também com agentes comunitários de saúde (PAC's), com uma unidade na sede e outra na zona rural. Ainda conforme as informações recebidas da SMS, a Prefeitura tem buscado ações articuladas com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Conselho Tutelar, o Projeto Sentinela e a Secretaria de Educação. As avaliações são realizadas através de planilhas de atendimento, predominantemente quantitativas, que são encaminhadas

³⁹ Terapia que se fundamenta na propriedade vibracional das flores, cujo objetivo é o equilíbrio emocional. (SCHEFFER, 1981).

⁴⁰ Prática focalizada em massagens corporais, que pode seguir uma única linha terapêutica ou fazer associação de duas ou mais modalidades. (POUNDS; CLAY, 2003).

⁴¹ De acordo com informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde. Estes dados são relativos ao ano de 2011, quando foram coletados em campo. No momento de conclusão desta tese, criou-se uma equipe de transição para a chegada de um novo prefeito que foi eleito sobretudo em função das demandas colocadas do ponto de vista da Saúde. Há uma grande expectativa em torno desta nova prefeitura, pois em sua antiga gestão (2004-2007), conforme relatos dos munícipes, a rede de serviços de saúde era bem melhor estruturada, o que se associa também ao fato de ele ser médico.

para as instâncias governamentais competentes. Como *de rotina*, estas planilhas são preenchidas durante o atendimento médico.

Ao ser questionada acerca de uma avaliação qualitativa, do ponto de vista do usuário, a interlocutora da Secretaria de Saúde comunicou, no mês de novembro do ano de 2009, que existem:

- Ouvidorias para reclamação;
- Visitação a comunidades (não especificou a periodicidade);
- Definição do Plano Plurianual (bianualmente)

Com relação ao trabalho de terapeutas alternativos no município, a declaração foi de que *“já tinham escutado alguma coisa a este respeito”*, mas que não existe ação articulada com nenhuma das organizações de terapeutas, tampouco oferta de serviços de saúde com terapias integrativas e complementares. Admite, contudo, que existem muitas deficiências que precisam ser corrigidas na prestação dos serviços de saúde, mas que isto se deve a um aumento de demanda que não é acompanhado, na mesma proporção, de recursos e investimentos na saúde.

Na prática, as filas de espera são as principais razões, conforme alguns usuários consultados, para a desistência dos tratamentos médicos e, apesar da lotação nos postos de saúde e hospitais, muitos munícipes nem chegam mesmo a procurar atendimento: “Desisto só de pensar”, desabafa uma de nossas interlocutoras. Compartilhei esta espera com os usuários nas minhas idas à Secretaria de Saúde e a alguns locais de atendimento.

Esta situação não é exatamente uma história isolada, no que diz respeito ao SUS, mas compreendemos que a distância da capital dificulta ainda mais a presença de médicos no município. Em geral, os médicos que se disponibilizam a atender no interior se deslocam para mais de um município, o que significa maiores chances de aumentar a sua remuneração, sendo, muitas vezes, até mais vantajoso financeiramente do que permanecer em uma capital. As consequências desta contratação são desanimadoras: desde dificuldades no acompanhamento dos casos clínicos à ausência de ações articuladas para prevenção, já que os médicos estão frequentemente de passagem. A ausência de médicos também é um fato recorrente e estas dificuldades levam os profissionais existentes a rotinas estressantes de atendimento, consultas acumuladas, canceladas, transferidas de médico a médico, dando brechas para as práticas da negligência e da falta de humanização nos atendimentos.

Como sugere Machado, nesses casos “a deterioração da relação médico-paciente é percebida como uma falência do sistema, com excessos de pacientes demandantes, e como se nada pudesse ser feito diante disso” (2006, p. 258), o que leva a uma fatal indisponibilidade para o estabelecimento de vínculos entre estes pares, sendo, inclusive, indesejáveis para pôr em prática o “essencial”⁴² do ato médico. Nesta medida, o acolhimento, a escuta, o cuidadoso direcionamento aos tratamentos sugeridos são tratados como excessos, restando apenas a atenção, quando muito, ao elemento corporal patológico. Concorda-se, aqui, com Martins quando afirma que em uma situação de progressivo afastamento da medicina em relação às suas bases humanistas, a “tecnicização e a parcelização do *método anatomoclínico* radicalizaram o distanciamento entre curador e doente em favor de procedimentos fundados no cálculo” (2003, p. 164, grifos do autor).

Somando-se aos desconfortos e angústias compartilhados pelos munícipes, há um acesso extremamente limitado aos exames para diagnóstico, o que reduz ainda mais o trabalho do médico, se considerarmos que as tecnologias de exame e diagnóstico são hoje os principais pilares que orientam a prática médica (MACHADO, 2006). Na ausência ou escassez destas tecnologias, boa parte dos médicos se perde em suas funções, o que pode estar se refletindo na forma como alguns usuários descrevem as consultas.

– Chego lá, o médico nem olha pra minha cara, nem me examina, nem sabe o que tenho e já vai passando um remédio. Vou no posto, pego o remédio de graça, mas continuo doente, até pior. Perdi meu tempo, ele deve passar remédio até pra outra coisa que eu não tenho... às vezes melhora, mas minhas pernas ficam inchadas, me disseram que é circulação, o médico não me disse nada disso. Eu perguntei ele disse que é normal e que é pra eu voltar com um mês. Eu nem fiquei boa e como é que eu vou voltar pra casa? Isso tá errado. E reclama pra quem? (M. S., 58 anos, costureira).

A ausência de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na cidade também é algo que preocupa bastante os usuários. Em um período de surto de dengue hemorrágica, alguns óbitos foram registrados em função da precariedade no atendimento. Ao passarem de boca em boca, os relatos de experiências clínicas dramáticas geram um clima de insegurança e temor por parte dos usuários. Dentre

⁴² Machado (2006) ressalta que esse essencial se restringe tão somente ao olhar sobre a doença.

as muitas situações relatadas, constavam casos de morte por negligência ou pela ausência de recursos adequados, prescrição de remédios que só agravam o quadro, ausência de exame clínico, ausência de escuta médica e a contrapartida da medicalização em detrimento da promoção e prevenção da saúde, problemas bastante comuns que revelam uma sensação evidente para aquelas pessoas: a sensação de estar sempre doente, de uma maneira cada vez mais grave e que ninguém dá solução. Esta se revelou, inclusive, como uma das razões mais frequentes da procura por terapeutas alternativos em nossos questionários e entrevistas.

Mesmo considerando outras razões relacionadas à procura por outros tratamentos, pareceu-nos significativo que a sensação de adoecimento e agravamento sem solução seja uma razão bastante frequente apontada pelos usuários. Em alguns casos, o motivo da procura era, até mesmo, o desengano por parte do médico. As expressões: “*Não tive escolha*”, “*Eu estava quase morrendo*”, “*Faria qualquer coisa pra acabar com este sofrimento*”, “*Era minha última chance*”, “*Os médicos me disseram que não havia mais nada a fazer*” e outras respostas semelhantes fornecidas quando perguntamos pelos motivos que levaram à procura destes tratamentos, ressaltavam o papel das terapias integrativas nestes quadros de sofrimento e a necessidade de compreender melhor a “virada no jogo” que se tornou possível para aqueles que buscaram outra saída.

É verdade que, muitas vezes, essa *virada* significou tão somente um aumento da sobrevida, nos casos identificados no jargão médico como “Fora de Possibilidade Terapêuticas” (FPT), obviamente, um aumento qualificado da sobrevida, o ideal de “humanização da morte” igualmente defendida pelos profissionais de saúde dedicados aos cuidados paliativos (MENEZES, 2004). Não raro, a busca pelo não-médico é apontada pelos terapeutas como o “fim de linha” das idas e vindas destes clientes que buscam sua cura, como revela o comentário do terapeuta responsável pelo Espaço Yoga: “*Consultório de Acupuntura é extrema unção*”.

Ademais, por mais relações que encontrássemos entre as terapias integrativas, como oferecidas e praticadas em Jacobina, e os movimentos estudados nas Ciências Sociais sob a legenda da “Nova Era” ou das “Terapias Alternativas” (AMARAL, 2003; ANDRADE, 2005; 2006; 2010; LUZ, 2007; 2008; 2009; 2012a ou b?; MAGNANI, 2006; MALUF, 2005; 2007; MARTINS, 2007; MARTINS, 2012;

OLIVEIRA, 2009; 2010; 2011; 2012; STEIL, 2008; 2010; 2011; TAVARES, 2006; 2009; 2010; 2012; entre outros), especialmente no tocante ao “interesse da classe média” (TAVARES, 1998; 1999), motivado pelo desejo de experimentação, mudanças no estilo de vida e/ou vivência de uma “espiritualidade não institucional” (AMARAL, 1999; 2000; 2003), a procura por tratamentos alternativos naquele contexto apontava também para outras razões, até mesmo situações-limite, como no caso do tratamento de doenças muito graves, situações de desengano médico, de agravamento com tratamento médico em razão dos efeitos colaterais (*iatrogenia*) e, também, situações menos previsíveis como processos educativo-formativos que alertavam para a importância do *cuidado* fundado em práticas naturais: cultivar o próprio alimento, fugir dos produtos industrializados, exercitar-se, etc.

Uma diversificação na apropriação destas práticas no contexto pesquisado também já sugeria uma diversidade de propósitos que escapavam, na *prática*, dos serviços oficiais de assistência à saúde. Estes propósitos eram expostos e se revelavam nas demandas e buscas crescentes por *outras saídas* na matéria do cuidado: outros tratamentos, outras formas de lidar com a doença, com o corpo, entre outras.

Então, era preciso compreender a amplitude da aderência às práticas integrativas, integrando tanto os aspectos mais convencionais, que associam as terapêuticas naturalistas, alternativas, integrativas a um *requinte de classe*⁴³, como também outras razões e outras buscas que se entrelaçavam nesse “ideal de saúde” cultivado na cidade. O que se observava, à primeira vista, eram diferentes demandas sendo atendidas e se em um dado espaço de atendimento se podia observar a predominância de indivíduos no *padrão classe média*, em um outro já predominava a *classe popular*. Mas quais eram as demandas? E o que era conquistado ali?

Este avanço no trabalho de campo nos exigiu um aprofundamento nas experiências relatadas. Além dos instrumentos de pesquisa elaborados, das observações e participação nas rotinas, foi preciso, também exercitar a “arte da

⁴³ A associação das práticas de saúde alternativas ao comportamento da classe média, longe de afirmar que o movimento se restringe a este grupo social, aponta para a necessidade de considerar que os espaços terapêuticos alternativos, moldados a partir da necessidade de atender às exigências desta clientela, constituem “áreas de relativa estabilidade, que contribuem enormemente para a visibilidade do movimento” (TAVARES, 2002).

conversa” nas deambulações em campo, registrando impressões e opiniões sobre os serviços, conhecendo os espaços oficiais e não oficiais de atendimento, ouvindo histórias da cidade, histórias de vida, histórias de luta, entre outras. Muitas destas narrativas nos apoiavam no sentido de perceber o *emaranhado* sociopolítico que envolvia a criação daquele cenário. Pautas e lutas sociais se misturavam a manifestos estéticos, com chamados pra todos os lados: convites, propostas a serem discutidas, cursos, palestras, formações, vivências. Não poderia falar de tantas *efervescências* se não recobrasse o foco do *cuidado* a todo o tempo, embora o próprio cuidado já contemplasse tantos aspectos da vida. De todo modo, optei por uma aproximação sucessiva, acompanhando à medida da minha imersão em campo, cercando, de várias formas, as experiências que analisava.

Em um primeiro momento, nos pareceu grosseiramente direta a associação causal entre o cenário das terapias integrativas de Jacobina e a precariedade dos serviços médicos prestados no município. Evidentemente, havia outras razões que facilitavam a confluência de tantos serviços terapêuticos alternativos e mobilizações coletivas em torno do *cuidado*. Mas também não era o caso de ignorar as fragilidades do sistema público de saúde e muito menos a sensação de insegurança experimentada por aquelas pessoas.

Para efeito de análise, organizei as narrativas a seguir em dois núcleos: “cidade que adocece” e “cidade que cura”, em que primeiramente nos concentraremos em uma descrição dos fatores que contribuíam para o surgimento e fortalecimento das terapias integrativas em Jacobina, para depois explorar o terreno próprio das vivências.

2.3 DA CIDADE QUE ADOECECE...

2.3.1 Os limites entre as buscas por cuidados

No que diz respeito à insegurança da população quanto às deficiências no atendimento médico, o quadro de Jacobina se assemelha em grande parte ao quadro geral da Saúde no país. Como já expressei, é certo que as cidades do interior sofrem um pouco mais, em uma situação em que a medicina tende a se afirmar mais pelas tecnologias de que faz uso do que, propriamente, pelo conhecimento clínico do médico (CAMARGO JR., 2010; MARTINS, 2003). Procuramos explorar, nos

questionários e entrevistas dirigidos à clientela dos terapeutas alternativos, um pouco dos seus desencontros na procura por tratamentos médicos, considerando a informação prévia fornecida por muitos terapeutas de que, em boa parte dos casos, a busca pelos tratamentos não-médicos vinha sempre depois de uma longa *perambulação* por consultórios médicos.

As queixas mais frequentes estavam relacionadas à ausência de médicos, às filas de espera, à brevidade das consultas, em que os usuários reclamam da pressa e da aspereza do médico e da dificuldade de fazer os exames necessários:

– *Não tem jeito não, mulher. A gente vai lá e tem que ficar esperando só pra ter o remédio mesmo, porque é assim. A gente entra, pega uma ficha. E aí às vezes até volta pra casa pra fazer outra coisa. Aí vai lá no final da manhã ou da tarde e o médico dá a receita. Teve uma vez que eu perguntei ao médico: ôxi e não vai olhar o menino, não? Trouxe meu filho com febre, ficou lá o bichinho esperando. Até que quando entrou na sala o menino não tava mais com febre, de tanto tempo que ficou lá e aí porque não tinha mais febre ele nem examinou a criança, passou o remédio. Pronto. (C., 37 anos, diarista).*

– *Tá difícil! Tô aqui com esse braço que nem dá pra carregar nada, nem o neto. Já tive isso também nas pernas, incha tudo que dói. Já paguei consulta também, mas o exame eu não sei como é que vou fazer. Já é difícil, eu da roça e sair de lá tem que ser muito cedo, chego aqui um dia quase desmaiei de fome. Olhe que eu tô pra lá e pra cá faz é ano com esse braço duro, num tem médico num tem nada que dê jeito. (I., 56 anos, dona de casa).*

– *A gente tem que chegar é quatro da manhã. Sentar no chão pra esperar abrir, tô tanto tempo pelejando, pelejando e o médico não sai desse remédio aqui. Já pedi pra mudar, mas ele diz que é assim mesmo o tratamento. Como é assim o tratamento que não tem melhora? Que explicar nada, ele vai pra outro que a fila é grande... (L., 71 anos, trabalhador rural).*

Também apareceram queixas relacionadas aos medicamentos que os usuários julgam não ter mais efeito ou relataram sofrimento por efeito colateral. Como expressei acima, a reincidência das doenças e a sensação de “estar sempre adoecendo, sem solução” foram fatores associados à insatisfação dos usuários,

somados também, muitas vezes, às queixas em relação à falta de explicação por parte dos médicos.

– *Ele não explica nada* (S., 23 anos, mulher, estudante).

– *E ele explica alguma coisa?* (V., 39 anos, mulher, comerciante).

– *Se explicou eu não entendi...* (L., 61 anos, homem, aposentado).

– *Não, ele que é o médico, né?* (A., 70 anos, mulher, pensionista).

– *Não entendo nada, nem sei pra que é o remédio, mas quando tomo me sinto melhor. Aí quando pára o efeito eu venho pegar mais uma caixa* (G., 35 anos, mulher, ajudante).

No tocante aos serviços terapêuticos alternativos, dois terços dos usuários de serviços alternativos de saúde consultados relataram que fazem também consultas com médico, paralelamente ao tratamento natural. Neste grupo, vinte e sete pessoas se referem à necessidade de realizar os exames para acompanhamento como a principal razão desta procura. Doze pessoas deste grupo foram encaminhadas para os terapeutas naturais por seus médicos clínicos, como forma de prevenção de doenças ou de melhora de sintomas já existentes. O restante do grupo busca associar “de uma maneira mais livre” as contribuições que cada tratamento lhe oferece, realizando consultas médicas não periódicas bem como apresentando intervalos irregulares de frequência nos espaços terapêuticos alternativos.

Esta diferença na forma como aderem às terapias alternativas reitera o caráter individualizante marcado nos estudos do fenômeno Nova Era. Convencidos de que os tratamentos alternativos interferem diretamente na forma como os indivíduos fazem suas escolhas, conferindo-lhes, especialmente, um maior poder de decisão, Laplantine e Rabeyron (1991) propõem diferentes perfis de usuários, classificando-os a partir da forma como fazem uso destas terapias:

- os que as usam exclusivamente;
- os que complementam;
- os que as procuram para mudanças de hábitos (exercícios corporais, padrões dietéticos, etc.);
- os que as procuram para tratamentos específicos.

Os usos e apropriações destas terapias em Jacobina também revelaram uma expressiva diversidade e, certamente, as informações prestadas nos

questionários indicavam apenas alguns sinais preliminares de que não havia uma única regra de adesão, prática e/ou tratamento alternativo. Como na maioria dos casos, os indivíduos também se consultavam com os médicos (regularmente ou não), procuramos compreender melhor o sentido dado por aqueles que quebravam a *regra*, tão dificilmente questionada na contemporaneidade, de “ir ao médico”.

Do total de setenta usuários de tratamentos alternativos consultados, dezessete revelaram que os tratamentos alternativos lhes permitiam dispensar o médico. Conforme os relatos, depois da adesão aos tratamentos naturais não teriam mais porque procurar tratamentos médicos seja porque “raramente adoecem” ou porque não poderiam integrar perspectivas tão díspares. Para este grupo, quando havia desequilíbrios que podiam gerar adoecimentos, os próprios terapeutas eram capazes de prever e prevenir algum mal. Neste caso, eram utilizados métodos diagnósticos supostamente “mais potentes” que os exames clínicos, pois “captavam” algo errado antes de “chegar ao corpo físico”. A diferenciação feita aqui remete à oposição entre “denso” (associado à matéria, ao corpo físico) e “sutil” (associado à energia e ao corpo espiritual), como proposto por Tavares (2012). Neste caso, a doença é explicada como um desequilíbrio que acomete, primeiramente, o “corpo sutil (energético)”. Se aí não se promove um reequilíbrio, este estado pode caminhar do sutil para o denso, gerando doenças no corpo físico. Para o grupo que se tratava exclusivamente com métodos naturais, o tratamento médico podia ser dispensável e, se mantido concomitantemente, poderia atrapalhar o trabalho sutil no domínio da *energia*⁴⁴.

Esta certeza também era alimentada por alguns dos terapeutas. Quatro deles (metade do grupo consultado), em particular, se mostraram bastante refratários aos tratamentos médicos e reiteraram algumas críticas já elaboradas pelos seus clientes em relação aos serviços oficiais de saúde. Acreditavam que muitas doenças eram geradas a partir de condutas médicas equivocadas e que alguns tratamentos indicados pelos médicos eram absolutamente incompatíveis com os tratamentos naturais. Associavam a intervenção médica às transformações no corpo físico (corpo denso) e as terapias integrativas à harmonização da energia (corpo sutil):

⁴⁴ Como destacado por Tavares (2012), energia é a categoria-base no glossário das terapias alternativas. Embora esteja associada ao plano das sutilezas, em termos de tratamento, oposição ao denso/observável, é uma categoria que confere “certa materialidade” nas explicações dispensadas aos fenômenos de saúde e doença.

– *É complicado. Os exames e tratamentos com radiação bagunçam tudo. Cada vez que alguém se submete a isso, provoca um colapso energético no corpo, desalinha tudo e por isso podem aparecer também as células cancerígenas. E o câncer é tratado com radiação! Bagunçando tudo mais ainda, por isso que o quadro se repete mesmo depois de ter destruído, arrancado tumores. É pra destruir as células, antibiótico, radiação, cirurgia... (R., terapeuta holístico, sexo masculino, 48 anos⁴⁵).*

Os terapeutas, em sua totalidade, afirmavam, com muita certeza, que se sentiam no fim de linha em relação à procura por tratamento. Associavam, com frequência, esta busca ao resultado de um tratamento médico fracassado. Desta forma, viam o *caminho alternativo* atrelado a uma ideia de ruptura em relação às práticas médicas. De certa forma, esta ruptura já havia sido vivenciada nas próprias trajetórias pessoais de alguns destes terapeutas e estava, em grande parte, relacionada com uma experiência negativa com o tratamento médico, o que os levou às terapias alternativas como solução e ao caminho profissional na condição de terapeutas como uma espécie de iniciação.

– *Eu mudei de lado por necessidade. Eu tive um problema considerado irreversível para a medicina. Quando eu estive com um médico, que faz mais de dez anos, o ortopedista me disse, me passou muitas injeções, passou o período do efeito, foi horrível. Quando procurei um médico que ele me disse que ia passar um remédio mas que não ia dar jeito eu disse que se não ia dar jeito, eu não ia querer mais e deste dia em diante eu não tomei mas nenhum químico. Ai eu fui procurar os raizeiros, minha esperança era eles. Isso em 98... Eu ainda morava em São Paulo. Primeiro surgiu um acupunturista, fez algumas sessões eu melhore. Aí eu conheci a bioenergia inda lá em São Paulo. Continuei meu tratamento e aí eu disse, eu vou estudar também, vou me tratar e ajudar os outros e tô nessa há 10 anos. (E., terapeuta do Reiki, 65 anos).*

– *O universo tem os próprios meios para fazer com que isso aconteça... então eu era uma professora, professora do estado e aí de repente passei por uma série de situações na minha vida que me trouxeram câncer. Eu acabei tendo um câncer de pulmão, que era um câncer muito difícil de curar, e por conta desse câncer eu tinha uma escolha de arriscar, ir pra São Paulo e fazer um tratamento*

⁴⁵ Alguns trechos dos relatos não terão a identificação dos terapeutas, atendendo ao pedido de sigilo em relação a alguns pontos de suas falas.

agressivo e eu precisava saber se era seguro então eu levei lá uns exames, e levei para várias clínicas e eles me disseram que não tinham certeza não se era curável, porque muita gente morria disso... Muita gente morre aqui todos os dias com este tipo de câncer, então a gente não pode dar garantias... Aí eu fui conversar com Pe. Gonçalves⁴⁶, que tinha todo esse trabalho com a casa de repouso, que eu já conhecia as terapias holísticas porque já tinha feito algum tipo de tratamento, e aí eu disse tá então eu vou arriscar um tratamento natural, num vou fazer essa coisa não, eu vou fazer um tratamento natural. Eu fiquei lá durante oito meses, internada, fazendo esse tratamento com Matilde que é de Salvador. E nesse meio tempo como eu era muito curiosa eu queria saber exatamente o que era que tava acontecendo comigo, todo o processo que tava sendo realizado e comecei a estudar, e comecei durante os oito meses eu fiz os cursos lá na Casa mesmo [...] (M., Terapeuta Holística, 57 anos).

Consequentemente, na fala dos terapeutas aparecia um discurso formado, e retroalimentado pelos pares, de crítica ao sistema médico, de uma maneira abrangente e, à primeira vista, pouco gregário, posto que se originava de uma ruptura vivenciada, significada e traduzida em seus discursos. Enquanto os usuários se queixavam de questões mais relacionadas à debilidade na organização dos serviços médicos prestados, tais como a falta de médico, as longas filas de espera, consultas breves, falta de acesso, etc., os terapeutas, embora reconhecessem o sofrimento dos usuários em relação ao serviço de saúde prestado, insistiam no fato de que o problema era o modelo médico, o distanciamento do médico em relação ao seu paciente, a forma de pensar o corpo, a fragmentação e a agressividade dos medicamentos, que eram prescritos para tratar um órgão sem levar em consideração o estrago nos outros.

– Os médicos não querem mais tocar nos seus pacientes, porque hoje a gente tem uma realidade que é assim, não são 10 pacientes que ele atende por dia, é 70 a 80 pacientes por dia... Então deixou de haver aquela comunicação de paciente com médico, o médico fica sentado ali, pois não o próximo, deixa de ver o passo de Sr. José, qual o semblante de seu José, a sua marcha, detalhes que a medicina deixou de colher, importantes para compor a sintomatologia daquele ser, que está doente, que chegou doente ali.

⁴⁶ Pseudônimo

[...]

A própria medicina na sua prepotência sujou o seu próprio nome... é a aí que entra o holismo, a integralidade do holismo, as pessoas confiando na simplicidade e a simplicidade curando. (E., Terapeuta Holístico, sexo masculino, 51 anos);

– A maioria dos médicos sentem que é preciso mudar, mas eles não sabem como. Muitas vezes têm alguns médicos que confessam que às vezes o paciente chega e ele quer informar que tudo não passa de uma estresse emocional, mas ele diz, Carlos eu não falo isso, porque eu não sei como abordar. A fragmentação do conhecimento médico impede o holismo. Sempre se estar em busca do especialista. (R., Terapeuta Holístico, sexo masculino, 48 anos).

– A medicina alopática na maioria das vezes ela não oferece cura. Ela oferece o medicamento para aliviar um sintoma e mascarar a doença e gerar outras doenças. Este é o seu funcionamento, a sua filosofia. (M., Terapeuta Holístico, sexo feminino, 53 anos).

O “prazer” expresso pelo terapeuta na atenção ao cliente evoca a questão da disponibilidade do terapeuta, tanto no que diz respeito à escuta como no sentido do acompanhamento dos casos, instruindo o cliente e seus familiares. Estas características, longe de serem apenas “desejáveis” são absolutamente imprescindíveis na condução dos tratamentos, uma vez que a doença ou mal-estar é interpretada a partir de um “padrão de adoecimento” que apenas um profundo conhecimento da história do cliente é capaz de revelar. Por outro lado, o engajamento da família no tratamento é igualmente imprescindível para que as rotinas do tratamento sejam cumpridas em casa. Mudanças de hábitos alimentares, padrões de sono e práticas de exercícios, bastante recorrentes nas sugestões terapêuticas, exigem, muitas vezes, a adaptação e até a adesão de toda a família.

O *interesse* do terapeuta alternativo pelo seu cliente é posto em contraste com o sentimento de abandono expresso em alguns depoimentos, especialmente nos casos em que os médicos julgavam não terem mais nada a fazer.

– Aí o médico me mandou de volta pra casa. E eu fiquei sem direção, ele tinha desistido, no caso, era pra eu morrer? E eu parecia que ia morrer mesmo, fiquei quase sem levantar da cama, sem querer comer, achava que ia morrer mesmo. Mas aí teve um dia que eu disse “não vou morrer não” e foi quando a gente

(comunidade religiosa) começou a procurar outros caminhos. Tinha uma casa, lá em Petrolina, as irmãs faziam um trabalho com medicina natural, que é a bioenergia e foi aí que tudo começou. (Z., 72 anos, religiosa).

Soma-se a esta *disponibilidade* do terapeuta, algo que é muito importante, sobretudo para os clientes de baixa renda: uma abertura para negociar valores, inclusive com outras moedas de trocas como produtos ou serviços que substituiriam o dinheiro. Além disto, também existem os atendimentos que são feitos de forma inteiramente gratuita, em que os terapeutas definem a sua doação como um *retorno de um benefício de cura que receberam do Universo* e/ou como parte de sua missão como curadores.

Como a deterioração da relação médico-paciente era percebida como a falência de um sistema, a procura por alternativas era tratada como uma possibilidade de cuidado inteiramente nova. Certos de que a medicina falhava ao se concentrar no combate à doença, os terapeutas sugeriam e estimulavam uma visão do quadro de cada cliente a partir de uma ideia de totalidade composta pela doença, pelos padrões emocionais, pelos hábitos do cotidiano, pelas relações, entre outros. A confiabilidade e até mesmo a eficácia dos tratamentos eram evidentemente associadas a um sucesso no processo de vinculação com o terapeuta (absolutamente essencial na perspectiva da dádiva) e eram também a base da legitimação destas terapias, posto que este prestígio não seria alcançado sob a legenda da cientificidade.

A necessidade de união e integração dos terapeutas não-médicos aparecia como uma possível saída para conferir visibilidade ao trabalho de cada terapeuta individualmente e das terapias integrativas em seu conjunto como partícipes da promoção da saúde e qualidade de vida no local.

A “falta de tempo” e de oportunidade para trabalhar esta unidade, em parte, era percebida como um problema. No entanto, para aqueles que tinham mais de dez anos de atuação e que acompanharam os primeiros agenciamentos favoráveis à presença das terapias integrativas em Jacobina, o trabalho era traduzido muito mais como uma missão individual a que estariam “pré-destinados”. De alguma forma, a oposição ao esquema médico fortalecia estes *desígnios*. É importante sublinhar, no entanto, que, na opinião daqueles terapeutas, não existia interesse algum por parte dos gestores e profissionais da saúde nestas parcerias. Uma boa parte dos argumentos que endossam a constatação deste desinteresse

“do lado de lá” se apoiava em análises globais acerca do comprometimento das práticas médicas com a “indústria da doença”. As mobilizações em prol da formulação de políticas públicas municipais para a oferta destas modalidades terapêuticas pelo SUS foram citadas uma única vez. De acordo com o grupo gestor da Casa de Repouso, no ano de 2006, uma proposta de parceria com o SUS foi apresentada à Secretaria Municipal de Saúde para a qual não obtiveram resposta. A publicação das PNPICS, em 2006, teria sido a principal motivação para a formulação desta proposta.

Longe de negar as dificuldades apontadas pelos terapeutas no sentido da receptividade do seu trabalho por parte dos gestores e profissionais de saúde atuantes no local, deve-se admitir que a mobilização política para tal fim era quase absolutamente ausente. Os movimentos e mobilizações que registramos durante o trabalho de campo reivindicavam, em sua maioria, serviços básicos que não eram oferecidos no município, como também melhoria na rede de atenção já existente. O circuito das práticas integrativas parecia, realmente, correr em paralelo, construindo um caminho muito mais para fora do sistema de saúde oficial do que para uma possível integração.

2.3.2 Manifestações e movimentos

Eis que, no ano de 2011, pudemos acompanhar uma manifestação expressa de grande parte das insatisfações relatadas pelos usuários dos serviços de saúde em Jacobina. Esta manifestação foi na verdade o ponto culminante do movimento “Jacobina Agoniza”, que já trazia em sua pauta as reivindicações e protestos contra o descaso com a saúde no município. O movimento reivindicava a implantação de serviços básicos e denunciava entraves políticos e burocráticos que geraram prejuízos para a população, como a devolução de recursos que seriam aplicados na saúde e a redução da rede de atendimento conveniada com o SUS.

Das principais exigências pautadas pelo movimento, destacavam-se a implantação de unidades e serviços, tais como:

- UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
- LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública)
- UTI (Unidade de Terapia Intensiva)
- SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)

Figura 1 – Foto Movimento “Jacobina Agoniza” – Jacobina, Bahia, 2011



Fonte: <http://www.macaraninews.com.br>

Em 2013, novas manifestações tomaram as ruas de Jacobina. Desta vez, a principal reivindicação era pelo restabelecimento do convênio com o SUS de um dos hospitais da cidade, o Hospital Regional Vicentina Goulart que, por impasses políticos, teria encerrado este convênio. Além de atender à sede e aos distritos de Jacobina, o hospital também atendia a dezenove municípios vizinhos. A população organizou, em repúdio, manifestações e protesto nas ruas contra a precarização dos serviços de saúde que, com a redução a apenas um hospital com oitenta leitos, se aprofundava.

Esta situação gerou um estado de grande instabilidade e insegurança no município, com uma maior atenção para a circulação de “boca-em-boca” das dificuldades de atendimento: agravamento de lesões pela demora, complicações na remoção para outras unidades de atendimento devido ao aumento desproporcional da demanda por atendimento, ausência de profissionais habilitados, entre outros problemas. Os protestos duraram alguns meses e foram organizados por diferentes grupos, que reuniam estratégias tais como fechar as ruas para a exibição de cartazes e faixas com protestos e alertas à população; presença e cobrança de providências na Câmara de Vereadores e na Prefeitura; e acionamento do Ministério Público (MP), entre outras.

Figura 2 – Protesto contra o impasse entre o Hospital Regional e a Prefeitura – Jacobina, Bahia, 2013



Fonte: Saulo Corte Araújo

A “Manifestação pelo Regional”, como ficou conhecida, trouxe à tona as diversas demandas e queixas dos usuários. Além da reabertura do hospital, os manifestantes encaminharam outros pedidos e exigências, sob o emblema “Jacobina na UTI”. A referência era direta, pois não há nem mesmo uma unidade de terapia intensiva (UTI) na cidade, a despeito de ser uma cidade que representa um polo de atendimento que contempla dezenove diferentes municípios.

Outros movimentos também foram às ruas pela reivindicação do fim do impasse entre a Prefeitura e o Hospital Regional levados por grupos que se fortaleceram e se organizaram a partir do conjunto de manifestações que assolaram o país a partir de junho de 2013: o “Coletivo Juventude é Ouro” e o movimento “Vem pra Rua Jacobina” também traziam outras pautas nas reivindicações e não apenas os impasses relacionados à saúde.

Registramos, ainda, a existência do Movimento de Mulheres em Jacobina, fundado no ano de 1981. Tratava-se de um grupo bastante influente no município. Com sede própria, tornou-se um ícone nas lutas contra a violência de gênero, mobilizando a formalização de denúncias e organizando protestos contra a morosidade da justiça em casos já denunciados. O Movimento também foi responsável pelo encaminhamento de reivindicações em prol da implantação de

uma Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM) em Jacobina e de políticas públicas em saúde voltadas para a mulher, além de realizar um trabalho de acolhimento das vítimas e conscientização da população no sentido da equidade de gênero. A morte de uma de suas principais lideranças, Joana⁴⁷, no ano de 2013, é considerada uma perda irreparável para o grupo. A militante e líder Joana já estava afastada há mais de sete anos, em função do agravamento de problemas de saúde, e, desde então, o movimento tem enfrentado uma grande crise no sentido da criação de novas lideranças. Atualmente, na sede do movimento, acontecem “círculos de práticas cuidadoras” baseados na metodologia do projeto Capacitar.

2.3.3 Impactos da Mineração do Ouro e o Imaginário da Cidade que Adoece

Outra questão relevante apareceu de uma maneira diluída nas narrativas dos clientes, mas em conversas informais se destacou como objeto de grande preocupação entre os jacobinenses: os riscos a que estavam expostos, em função dos impactos da mineração do ouro. Curiosamente, foi através do registro de mobilizações políticas em torno da questão ambiental que encontrei algumas das razões que reforçavam a preocupação da população com a qualidade de vida e que, conseqüentemente, repercutiam, direta ou indiretamente, na procura por “tratamentos naturais”. A suposição era de que a prosperidade das terapias integrativas em Jacobina também poderia estar associada a um sentimento comum entre os munícipes de que a cidade pode estar oferecendo risco de saúde às pessoas. Este imaginário da “cidade que adocece” é eventualmente lembrado por alguém ou algum grupo que manifesta publicamente, por vezes artisticamente, o desgosto por Jacobina ser uma cidade de mineração. Havia uma desconfiança geral de que a água era contaminada e de que a barragem de rejeitos da mineração não oferecia segurança suficiente para impedir a contaminação dos mananciais que abasteciam a cidade. Além disto, havia uma preocupação também com a qualidade do ar, pois um dos problemas mais comuns que acometiam aqueles que trabalhavam diretamente nas minas é a doença da *silicose*⁴⁸.

⁴⁷ Pseudônimo.

⁴⁸ Conforme Carneiro (2006), a *silicose* é considerada no Brasil a mais antiga e grave doença ocupacional. Está relacionada à inalação de pequenas partículas de sílica que,

Em um estudo que aprofunda as relações entre *vulnerabilidade* e intervenções no espaço⁴⁹, Scott propõe uma descrição de enfermidades, a partir das “sensibilidades sociais e culturais dos fenômenos” (2006, p. 76). Conforme o autor, a partir de tais intervenções, são disparados processos que geram quadros de insegurança vivenciados em diferentes níveis: “estruturais”, associados às ações e omissões do estado; “administrativos”, associados às intervenções dos projetos de desenvolvimento; e “locais”, relacionados à formação local de relações de poder.

Os impactos da mineração em Jacobina, refletidos na sensação de adoecimento compartilhada entre os munícipes, trazem problemas de ordem semelhante, à medida que os riscos só aumentam para os moradores situados no entorno das principais áreas de mineração e as repetidas denúncias encontram resistentes barreiras institucionais (permeadas por altos interesses financeiros) que impedem qualquer andamento na resolução dos conflitos.

O fato de Jacobina ser uma cidade que, de fato, se projeta a partir desta atividade econômica que lhe deu a alcunha de “Cidade do Ouro”, aprofunda as sensações de insegurança e vulnerabilidade das pessoas em relação à exploração do ouro. Estas *perturbações* são marcadas por sentimentos ambíguos em que, por um lado, se reconhece o aquecimento econômico da cidade enquanto há exploração do ouro (a vinda de técnicos de diversos lugares do país aquece o comércio, o mercado imobiliário, a rede de prestação de serviços, etc.) e, por outro lado, observa-se um profundo desgosto pela dependência econômica de uma atividade de exploração que apenas retira as riquezas gerando dependências nefastas e destruindo o meio ambiente, não permitindo que outros ciclos econômicos possam substituí-lo.

Conforme diagnóstico realizado pela Comissão Pastoral da Terra (CPT), da Diocese de Senhor do Bonfim, entre os anos de 2009 e 2010 (divulgado em 2012), acerca dos impactos da atividade mineradora em Jacobina e região, os ciclos de exploração do ouro aqui realizados por grandes empresas são atividades econômicas que posicionam as exportações baianas do minério nos melhores

ao permanecerem no pulmão determinam uma reação inflamatória. A repetição destas inflamações ocasiona a perda da elasticidade pulmonar e a formação de nódulos. Acomete, na maioria dos casos, trabalhadores que atuam em minas subterrâneas.

⁴⁹ Conforme Santos (2006, p. 63), o espaço é definido como um “conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá”.

rankings nacionais e em Jacobina existe a maior concentração de ouro do Brasil. Diante destes números, conforme este mesmo relatório, há a omissão dos poderes públicos quanto aos impactos negativos registrados tais como o desmatamento, a degradação do solo, a poluição das águas, a silicose e outros problemas de saúde apresentados pela população, bem como o aumento dos casos de alcoolismo, abuso de drogas, prostituição e violência.

A suposta convivência dos poderes públicos em suas diversas instâncias com uma atividade econômica que põe em risco a saúde da população é o pano de fundo de uma crença de que as pessoas têm adoecido em função da contaminação por resíduos da mineração e que esta verdade é velada, em função dos interesses econômicos que a cercam. De alguma forma, esta crença aparece nos discursos, nas conversas informais, nas expressões artísticas e, até mesmo, em alguns trabalhos científicos voltados para a avaliação dos impactos da mineração.

Independentemente de quem tenha razão ou não a respeito dos progressos ou prejuízos que a mineração trouxe para a cidade, o que nos interessa aqui é recortar esta crença compartilhada pela população cuja consequência é um estado de insegurança, uma sensação de “saúde em risco”:

Nas Figuras 3 e 4, protesto contra a mineração do ouro na cidade:

Figura 3 – Protesto da Associação de Ação Social e Preservação das Águas, Fauna e Flora da Chapada Norte (ASPAFF) contra a atividade mineradora – Jacobina, Bahia, 2009



Fonte: <http://aspaffchapadanorte.blogspot.com.br/>

Figura 4 – Grafite em muro, em que se lê: “silicose e água contaminada é nossa herança” – Jacobina, Bahia, 2009



Fonte: Fábio Carvalho

O contraponto de tanta intoxicação seriam, então, os métodos naturais? Embora não possamos afirmar assertivamente esta relação, visto que a nossa suposição se apoia basicamente na interpretação dos símbolos que circulam na cidade, parece-nos razoável esta aproximação, se ainda considerarmos que foi na década de 1980 que a mineração em Jacobina se tornou, definitivamente, um negócio de grandes empresas e de capital internacional. A exploração do ouro em escala industrial não só afugentou a garimpagem, presente na região desde o século XVII, como também elevou drasticamente as proporções dos impactos socioambientais da exploração do ouro. Mas por que, enfim, a década de 1980 seria assim tão importante para justificar uma aproximação entre a “sensação de correr risco de saúde” e a procura por métodos naturais? Admitimos que tudo pode não passar de uma coincidência histórica, mas foi precisamente na segunda metade da década de 1980 que começaram a se firmar os trabalhos da Pastoral da Saúde com medicina natural que culminariam na criação da Casa de Repouso, em 1994.

É necessário, ainda, ressaltar que, com o incremento da atividade de mineração para uma escala industrial, o crescimento econômico da cidade também atraiu a diversificação na prestação de serviços, já que a cidade recebeu novos moradores, vindos de diferentes regiões. A oferta de terapias alternativas, que têm

muita procura nos centros urbanos, como a acupuntura, o yoga e a medicina tradicional chinesa (MTC), é um atrativo interessante para quem vem de fora e precisa fixar residência no município.

Logo, admite-se aqui uma diferenciação entre a procura dos tratamentos em função de doenças instaladas e aquela que tem como objetivo a prevenção. A maioria das pessoas que procura as terapias integrativas em caráter de prevenção tem uma ideia mais ou menos elaborada de que isto faz parte de uma compreensão de saúde preventiva, integrada com bem-estar, resumidos repetidamente na *cansada* expressão “qualidade de vida”. Em grande parte dos casos, o desejo é o de aliar os cuidados corporais com cuidados espirituais, condensando as demandas no que diz respeito a um ideal de corpo e saúde e as demandas de uma vivência espiritual “mais fluida” (AMARAL, 2000; TAVARES, 2012). Estas pessoas falam de suas trajetórias como processos que exigiram aprendizados mais profundos em que puderam vislumbrar a saúde como resultado de um estado de equilíbrio. Este grupo é mais homogêneo, embora dominem em diferentes intensidades a retórica/discurso que busca oferecer cognoscibilidade ao universo das terapias integrativas, a exemplo dos conceitos de energia, holismo, entre outros (TAVARES, 2012). É um grupo formado, predominantemente, por terapeutas, estudiosos e outros praticantes, além de pacientes encaminhados por médicos que indicaram uma atividade coadjuvante a título de prevenção da saúde.

Outro grupo, mais numeroso e mais heterogêneo, busca os tratamentos naturais como alternativa para cura. Uma parte destas pessoas apresenta com o terapeuta alternativo uma relação ainda muito baseada no esquema médico. Delegam autoridade e esperança de cura moldadas em uma ideia de que o especialista será responsável pela sua cura e que tudo que devem fazer é se entregar a ele como, talvez, uma última esperança. Esta esperança é, na maior parte das vezes, deslocada pelo próprio terapeuta para que o cliente entenda o seu papel no tratamento e, nestes momentos, muitas vezes se realiza uma “iniciação” à qual muitos clientes se referem como evento transformador que fez muita diferença em relação à forma como cuidavam de sua saúde através dos médicos.

Compreendemos esta transformação como uma reanimação da circulação positiva de dádivas em que ao receber a dádiva “esperança de cura” de um especialista não médico, a retribuição da confiança e a entrega às rotinas terapêuticas, por parte dos clientes, surgem de uma maneira inteiramente nova, pelo

restabelecimento da importância de seu entendimento e atuação do/no tratamento. Esta reciprocidade de prestígios (MACHADO, 2006), alimenta, por seu turno, uma circulação positiva, em que se pode perceber operando um *processo de cura* e a demanda inicial da “ausência de um sintoma/doença” tem a sua importância um tanto quanto reduzida:

– *Eu era muito insatisfeita com a vida, sentia vazio e sentia que estava sempre ocupada com os outros. Com o tempo piorou esta dificuldade de lidar com a vida e não entendia o que estava acontecendo, aí as doenças chegaram. Depois de muito procurar uma solução para meu sofrimento, de tentar descobrir qual era a minha doença, de tentar me curar de alguma forma, procurei outros caminhos. E aí comecei a trabalhar junto na minha cura, me transformei, não era um remédio, era um processo.* (S., 27 anos, comerciante).

– *O que me encanta nas terapias naturais é que eu posso participar, eu posso atuar, se é uma salada ou outra comida que eu faço pra mim, eu estou no processo, eu faço a minha cura. Me sinto bem participando, buscando práticas que me fazem bem, trabalhando meu corpo, minhas emoções.* (M., 62 anos, professora universitária aposentada).

– *Minhas filhas diziam que eu estava “fora do ar”, porque eu passei a não me estressar mais com nada. Muita coisa eu deixava passar, isso antigamente era impossível pra mim, vivia tensa o tempo todo, até que eu percebi que não adiantava nenhum tratamento se era pra ficar daquele mesmo jeito que era, louca...* (A., 68 anos, professora e diretora de escola aposentada).

Por outro lado, a permanência em uma posição centrada na figura do terapeuta (de forma análoga à posição diante do médico), em que se espera de um agente externo (remédio, agulhas, operações corporais, etc.) a retirada dos sintomas e a debelação da doença, aparece, em contrapartida, associada a sentimentos de fracasso do tratamento, tanto por parte dos clientes como dos terapeutas. A principal queixa daquelas pessoas que já tentaram estes tratamentos mas acabaram desistindo, se resume na recorrente frase “... *mas não deu jeito...*”. Para alguns dos terapeutas e clientes entrevistados, o problema reside basicamente nesta última afirmação: “*Ele não deu jeito*”.

– *Quando alguém vem ao terapeuta buscando apenas a cura física, dificilmente eles aceitam, dificilmente eles terminam o tratamento... Não continuam*

porque eles ainda não completaram a jornada, né? Não completaram ainda... porque o tratamento natural é mais do que um tratamento, é um resgate de sua própria identidade, vamos dizer assim, vai resgatar a apropriação de si mesmo, né? Porque você vai aprender a se conhecer e a cuidar de você. (M., terapeuta holística, 53 anos).

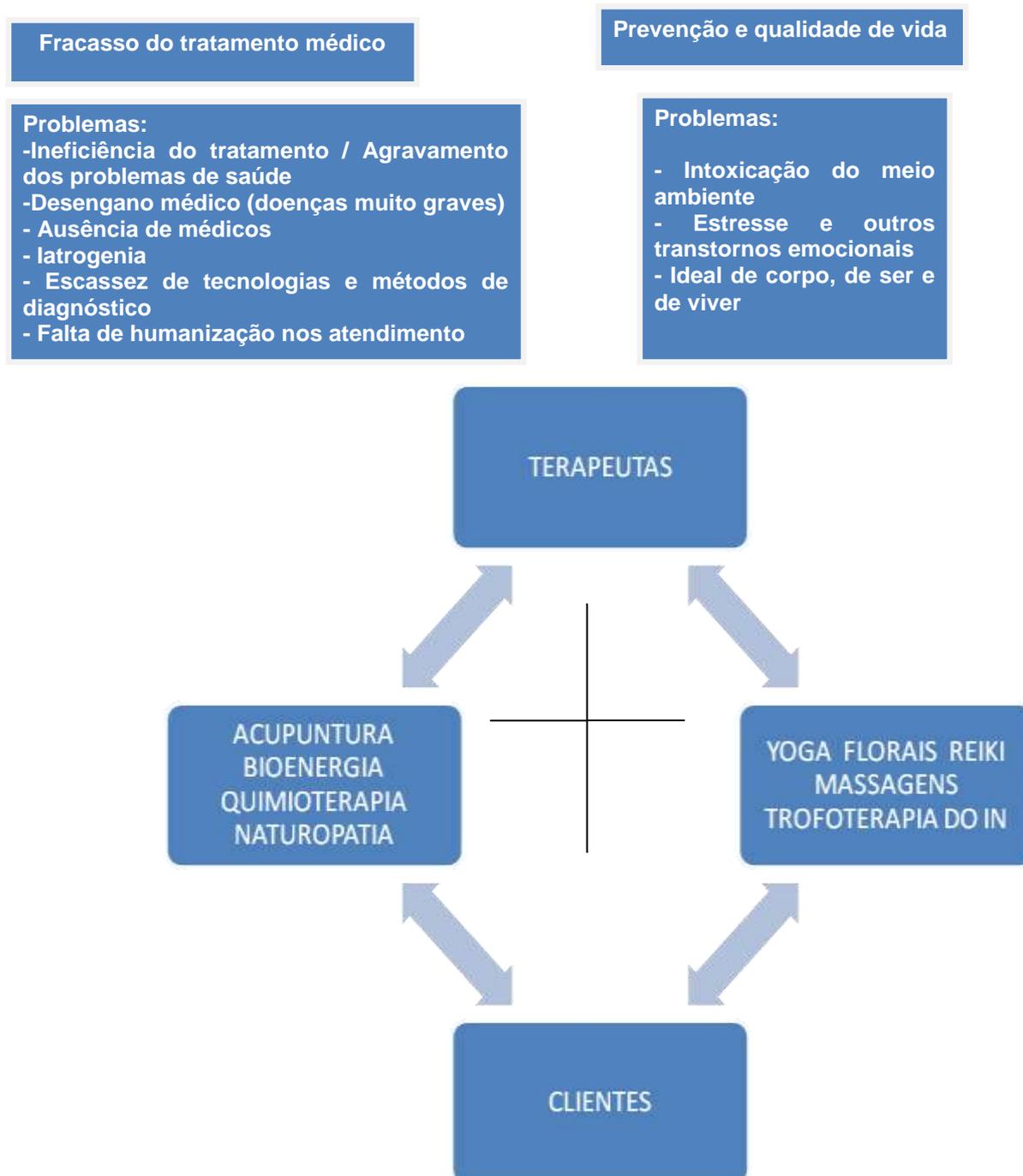
A posição desta terapeuta reforça a ideia de um ganho que só pode existir mediante uma entrega, uma entrega que pode significar, mais à frente, um resgate de algo muito mais precioso que se perdeu, logo, a recompensa não poderia ser esperada como “algo imediato”. Pensando a partir da dádiva, é preciso uma primeira entrega (dádiva), uma entrega, a princípio, sem garantias de retorno. É este *espírito de confiança* que se espera do cliente, uma confiança que deve sempre almejar algo maior, pois a partir de um ganho maior, muitos outros ganhos serão possíveis.

Compreendemos que estas experiências terapêuticas e os diversos fatores relativos à procura de terapias integrativas, inter-relacionados, reforçavam a imagem de um “circuito alternativo” (AMARAL, 2000) no município. Mas este circuito se constitui como objeto de análise em nossa pesquisa apenas a partir do momento em que podemos vislumbrar as formas inusitadas de apropriação destas práticas e não como um fenômeno em si, isolado. A este intercâmbio entre individual e coletivo correspondia, também, uma alternância entre procura e proposição, tornando eventos, encontros, vivências e imersões dispositivos criativos envolvendo uma diversidade de pessoas entre usuários, terapeutas e convidados.

Observei, contudo que estas pessoas eram atraídas a partir de diferentes convicções em relação às “terapias alternativas” e que estas convicções partiam de problemas distintos. Contudo, muitas delas passavam a fazer parte de círculos comuns e, neste sentido, a, também, compartilhar os problemas, saberes e práticas, caracterizando emblematicamente a circularidade da dádiva.

Sem querer definir exatamente o quinhão destinado a cada uma das partes ou em que proporções cada uma destas razões contribui para a constituição do cenário das terapias integrativas em Jacobina, o esquema a seguir pode permitir uma melhor visualização de como estas forças vêm atuando (Figura 5).

Figura 5 – Diagrama da procura por tratamentos e a circularidade da dádiva



Na Figura 5, observamos que a partir de uma procura pelas terapias integrativas, motivada tanto pela busca de um tratamento para alguma doença instalada como pela prevenção, o encontro com o terapeuta alternativo, se bem sucedido, significará o início de um ciclo de trocas, em que os bens circulantes, conforme o sistema da dádiva, incluem terapeutas, clientes, técnicas terapêuticas e todos os simbolismos constitutivos destas partes em relação (corpos enfermos ou

saudáveis, demandas, saberes, espaços de atendimento, eventos, etc.). Estas *circularidades*, sobretudo acionadas a partir de atividades coletivamente elaboradas, propostas e colocadas em prática, conferiam, inegavelmente uma maior horizontalidade nas relações terapeuta–cliente em comparação ao atendimento prestado nos consultórios, em que, até por analogia ao consultório médico, se conservava o *suposto saber* do perito especialista.

Nesta primeira seção, situamos o contexto em que emergem estas práticas com um olhar, de certa forma, fixado nos “problemas” apresentados por boa parte dos interlocutores desta pesquisa e que também puderam ser observados ao longo de nossa permanência em atividade de campo. Estes “problemas”, insistimos, não devem, contudo ser tomados como causas exclusivas dos fenômenos que constituem o nosso objeto de pesquisa, sob o risco de cometermos uma redução simplista. Por outro lado, não é possível ignorar a influência de tais fatores que, conforme entendemos, fortaleceram os circuitos alternativos, cadinho sociopolítico-cultural em que se desenvolveram as experiências individuais e coletivas que são foco do nosso estudo.

Na próxima seção, somamos aos primeiros aspectos sociopolítico-culturais explorados até então (aquilo que falta, debilidades – cidade que adocece), algumas características observadas e narradas pelos interlocutores desta pesquisa que imprimem uma qualidade ao local como uma espécie de vocação para as práticas de cuidado e de cura. Neste caso, associam-se aspectos culturais à existência de “eventos catalisadores” considerados, em nossa análise, como primeiras dádivas em direção às singularidades observadas no que tange à experiência do cuidado (aquilo que favorece, que prospera – cidade que cuida). A relação entre a *cidade que adocece* e a *cidade que cuida* atende à dimensão de análise que definimos acima como “cuidar e ser cuidado”.

2.4 DA CIDADE QUE CUIDA...

A cidade de Jacobina possui características bem peculiares em sua geografia. Situada entre a Caatinga e a Chapada, pode ser considerada o portal de entrada ou de saída da Chapada Diamantina. Uma mistura de heranças culturais dá a Jacobina um toque peculiarmente diverso. Herdeiros de costumes típicos da convivência com o semiárido, os jacobinenses têm uma ideia exata do que é viver

na escassez. O trauma da última grande seca ainda é muito presente no imaginário local. Muitos distritos pertencentes ao município precisam lançar mão das tecnologias de armazenamento de água da chuva e conviver com o constante racionamento da água, devido à escassez de chuvas e de rios perenes nos arredores.

Figura 6 – A Chapada – Jacobina - Bahia, 2012



Fonte: Fábio Carvalho

Figura 7 – Entre a Caatinga e a Chapada – Figura 8 – Cachoeira do Véu de Noiva – Jacobina - Bahia, 2012



Fonte: Fábio Carvalho

Uma paisagem em que o verde só fica por conta dos mandacarus onde resistência e a bravura são reverenciadas. Caatinga cerrada, predominantemente de cor marrom, que contrasta acentuadamente com outra Jacobina: a Jacobina que se caracteriza pelo clima de Chapada, e que se avizinha continuamente desta Jacobina-caatinga.

A Jacobina-Chapada tem a exuberância das serras atravessadas por rios perenes e cachoeiras que nem mesmo uma grande seca faz desaparecer, embora também sejam castigados nestes tempos: uma Jacobina exuberante, dos protetores índios payayás. Estas imagens alimentam e encantam o espírito do povo Jacobinense. Uma amenidade da natureza que dá à cidade um clima montanhês, aconchegante e conecta o povo a sua raiz indígena, remetendo à memória dos seus primeiros habitantes, violentamente exterminados.

Esta dupla geografia também revela, na mistura de hábitos, um *ethos* que se define no encontro das raízes cristãs e pagãs: um encontro profundamente desigual em seus primórdios, visto que os índios foram a mão de obra escrava que fez erigir suas primeiras Igrejas, continuamente injusto, considerando que, deste encontro, o residual catolicismo popular não conseguirá jamais cicatrizar a ferida do extermínio dos payayás, eliminados do mapa em função da fama de insubmissão e bravura. Jacobina, cidade que se origina da *ocupação para exploração* do século XVIII, é mais um capítulo do drama colonial vivido nas terras então brasileiras.

Deste encontro colonial violento e desigual, a cidade herda o seu *ethos* curador: uma mistura de tradições pagãs (indígenas/africanas) e cristãs (especialmente reveladas na prática de um Catolicismo popular). O personagem mais longinquamente recordado pelos jacobinenses é o “Curador” (sic). Rejeitado pelos católicos mais fervorosos, às vezes temido pelos seus poderes mágicos, o curador é aquele que mais se aproxima de um umbandista. Pode-se observar remissões ao curador de terreiro, com filhos e adeptos, como também a curadores isolados, que viviam dentro das matas, em casebres bem isolados, e que talvez guardem uma maior identidade com índios xamãs⁵⁰, possivelmente herdeiros mais diretos dos índios que ali habitavam. A palavra “curador” é utilizada indistintamente

⁵⁰ O xamanismo é definido como um conjunto de práticas mágico-religiosas de cura em que um líder espiritual é detentor do conhecimento de plantas e ordenação de rituais e procedimentos mágicos que envolvem contatos com entidades curativas e, em muitos casos, experiências de alteração de consciência (transe).

para se referir aos especialistas de cura cujo trabalho espiritual concorria diretamente com o trabalho da Igreja.

Mas nem sempre esta fronteira foi tão nítida. A presença de rezadeiras(os) católicos(as) é reveladora de um precedente que abre uma brecha de comunicação entre estes dois mundos mágicos. No Município de Jacobina, assim como em muitas outras cidades do sertão baiano, a influência do Catolicismo, particularmente em expressões do Catolicismo popular⁵¹ (ZALUAR, 1983) é bastante marcante.

No curso das expressões religiosas jacobinenses, tradicionais promessas e procissões (re)inscrevem a relação entre cura e fé. Agentes religiosos como rezadeiras ou benzedoras, curadores ou curandeiros são ali procurados como “intermediários” (WEBER, 1997) na condução dos procedimentos a serem seguidos para garantir a cura de enfermidades ou a redução do sofrimento. Compreendendo o trabalho destes agentes um pouco mais amiúde, foi possível notar que a procura por eles consistia, muitas vezes, em algo como uma rotina: visita para fazer uma reza no corpo e livrar-se de uma má influência, prescrição de banho, chá, xarope, unguento, oração, jejum, entre outros. Receitas compartilhadas ou *garrafadas* encomendadas, os remédios do mato são produzidos com rigor nos procedimentos, tanto no que diz respeito à técnica de feitura (desde o momento de colher as ervas até a forma de cozimento, armazenamento e consumo) quanto no que diz respeito à espiritualidade envolvida no processo. Alguns destes procedimentos sequer podem ser revelados. Muitas vezes, o *segredo* da receita é a base de sua eficácia.

O universo das promessas, o uso de raízes e misturas de ervas curadoras na produção de fitoterápicos populares e as benzeduras estão associados na literatura (BURDICK, 1998; SANCHIS, 2001; ZALUAR, 1983) à abertura dos fiéis católicos para o terreno próprio dos curadores, ou agentes populares de cura, que seguem uma matriz religiosa baseada em religiões afro-indígenas. Em Jacobina pareciam, de fato, universos muito mais imbricados do que concorrentes, embora os

⁵¹ Muitos autores (BURDICK, 1998; SANCHIS, 2001; ZALUAR, 1983) identificam nas práticas religiosas populares elementos disseminados que operam no sentido de garantir as realizações materiais neste mundo, em relativa oposição ao ascetismo extramundano que caracteriza o Catolicismo em suas fontes, como definido em Weber (1997). No caso do Catolicismo brasileiro, é aceito, de um modo geral, que os contatos com religiões africanas, indígenas, árabes, judaicas, entre outras, produziram inúmeras diferenciações, um entrecruzamento de referências que, em parte, é explicado como marca do sincretismo religioso.

movimentos de renovação cristã, católicos e evangélicos, tratassem de reafirmar preconceitos e vigiar as fronteiras entre os mundos cristão e pagão.

Figura 9 – Feira de Jacobina – Jacobina, Bahia, 1940



Fonte: Aurelino Guedes

Esta breve menção às raízes culturais do município é aqui o pano de fundo para compreendermos a força da matriz cultural da cidade. Embora muitos curadores tenham sido banidos, restando quase que exclusivamente aqueles que se institucionalizaram como umbandistas, a força desta tradição de cura permanece e, em certas situações, a sensação que é experimentada pelos munícipes no contado com a fitoterapia contemporânea é de reencontro.

E é desse lugar que nos falamos alguns dos terapeutas que atendem na cidade. É comum, nos seus relatos, a associação da prosperidade das terapias integrativas em Jacobina à força do reencontro com suas raízes culturais. Segundo uma das entrevistadas, o conhecimento dos tratamentos que se inspiram na natureza é uma herança de família e à medida que se fizer o exercício de “olhar para trás” e “perceber quem eram os avós, bisavós, etc.” se verá um berço único, uma matriz cultural cujo domínio de técnicas de cura baseadas no conhecimento de

ervas, misturas, preparos de remédios caseiros e outros procedimentos fazia parte, inseparável, do cotidiano de uma longínqua Jacobina que, possivelmente, se atualiza na Jacobina contemporânea das práticas integrativas. Assim, nos diz:

– *Para nós é um resgate das nossas origens... Meus ancestrais todos eram curados com chás. Minha mãe era índia. Tinha um conhecimento de todas as plantas. Minha vó era negra africana, bem negra mesmo, então ela tinha conhecimento de tudo que era erva, de tudo que curava, pra que servia, então é uma herança. No interior, a maioria das pessoas vive isso... tem essa origem. Então isso é uma regate. Quando isso se torna uma coisa artificial, quando começamos a estudar isso, é um relembrar. É só pra relembrar porque está nas nossas células, ou seja, tem memória. E aí a gente vai misturando a fitoterapia com a questão da energia mesmo que também tá na nossa ancestralidade, trabalhada pelos negros pelos índios, uma forma de religião, como no hinduísmo. Então quando a gente trabalha com a energia da agulha, com a energia da luz, com a energia do próprio corpo, através do Reiki, tudo isso acaba sendo muito natural pra gente, por isso tem tanta aceitação, eu acredito. (M., Terapeuta Holística, 57 anos).*

A ideia de resgate de saberes antigos facilita também a percepção de uma afinidade entre saberes tradicionais exóticos e nativos reunidos a partir do critério mínimo do não-médico. O retorno às “práticas dos antigos” parece conferir legitimidade às terapias atuais, rearticulando eficácia e reverência a uma matriz identitária (ainda que não ritualística) que se redescobre e, portanto, floresce em novas práticas que recuperam ou dialogam com estes saberes remotos, talvez temporariamente silenciados.

– *Eu vejo assim como um retorno a estas terapias, porque isso não é novo, isso é antigo, é um retorno de algo que foi suprimido. Dos bruxos, dos curandeiros, benzedeiros, xamãs. Terapeuta é um termo que vem daqueles que andavam de terras em terras em busca de saberes e conhecimentos para traçar as práticas de cuidado, e levavam para outras aldeias. [...] Tem um estudo que diz que os povos que moravam no Brasil, antes da chegada de Cabral, já conheciam 21 pontos de acupuntura. Há registros dos meridianos nas Américas da antiguidade (R., Yogui e acupunturista, 48 anos).*

– *As terapias holísticas em Jacobina já fazem parte do próprio contexto de criação da cidade, dos habitantes daqui, os índios, que utilizavam da natureza, que*

se utilizam de toda essa força das serras, cachoeiras, do ouro [...] aqui existem profissionais capacitados, com qualidade, que buscam incrementar sua formação pra curar, pra trazer essa vibração ancestral da cura (E., Quiropraxista, 51 anos).

– *Eu conheci as terapias naturais na verdade em casa. Meu pai fazia estes remédios, usava raízes, era bem procurado. Eu ficava ali observando, acompanhava, observava e aprendia algumas coisas. Tomei gosto, meu pai deixou receitas por escrito, eu tenho elas guardadas. Trabalhei em cima delas. Herdei de meu pai esse dom. É algo também espiritual.* (E., terapeuta do reiki e bioenergia, 63 anos).

Contudo, o reencontro com estas raízes não era exatamente algo tão simples e fluido, um simples olhar para o passado. Se havia algo a ser resgatado, lembrado, certamente, era porque algo tinha sido esquecido, deixado de lado ou para trás. Apenas algumas décadas de “progresso” técnico-científico produziram este hiato, de tal forma que os saberes das avós e bisavós teriam que ser voluntariamente resgatados para obter o devido prestígio e presença? A desabilitação das práticas populares de cura, a partir de mecanismos de desqualificação e de hostilidade ao não-científico, até o ponto da invisibilidade, pode explicar em parte estas “*não existências*” (SANTOS, 2002) temporárias que, latentes, podem, em determinado momento e a partir de circunstâncias favoráveis, reaparecer?

Interrogando-me a respeito das circunstâncias que favoreceram esta articulação de saberes e práticas, compreendidos como um “resgate de corpo e alma” fui levada a considerar a presença de elementos catalisadores para a constituição deste cenário. Neste ponto, é importante marcar uma diferença entre o primeiro momento em que nos questionávamos a respeito daquilo que mobilizava a procura por um tratamento não-médico: pode-se dizer que foi preciso dar um passo atrás em relação ao reconhecimento de uma demanda por tratamentos de saúde alternativos ou naturais para compreender que esta (re)articulação de conhecimentos tradicionais nativos e exógenos sobre as dobras de um *presente receptivo* havia sido favorecida por alguma(s) primeira(s) dádiva(s).

Uma série de remissões ao trabalho da Casa de Repouso⁵² e o próprio pioneirismo na proposição de tratamentos naturais, em um momento em que não

⁵² O histórico da fundação da casa será feito na próxima seção deste mesmo capítulo.

existiam terapeutas naturalistas na cidade, nos fez considerar que o grupo responsável pela casa, certamente, dera os primeiros passos. O que definíamos como *elementos catalisadores* eram nada menos que as primeiras dádivas colocadas em circulação. A partir deste primeiro movimento não só a formação de novos terapeutas foi possível como, também, se abriram possibilidades de constituição de alianças com terapeutas vindos de fora e que atuavam no local apenas circunstancialmente. Em função desta “ancoragem”, o que era circunstancial pôde se tornar duradouro. Sublinhamos: é a partir de uma primeira iniciativa (um primeiro dom) sintetizada na proposta da Casa de Repouso que um cenário de formação, encontro e colaboração entre terapeutas se desenrolará.

Do movimento que surgiu na Casa de Repouso praticamente todos os terapeutas atuantes hoje na cidade guardam alguma relação: ou foram diretamente formados através dos cursos e outras atividades promovidas nesta época ou estabeleceram parcerias no atendimento. Enquanto um naturopata aliado da casa trabalhava no sentido de fornecer uma adequada orientação dietética, conforme os princípios da alimentação natural e do crudivorismo, outro aliado, terapeuta yogui e acupunturista, subsidiava um aprofundamento na compreensão, compartilhada por todos os profissionais consultados, da doença como desequilíbrio energético. E desta forma, os profissionais que chegavam se aliavam e desenvolviam trabalhos em parceria, inaugurando novos espaços e expandindo a proposta dos cuidados sob a perspectiva das terapias integrativas.

O crescimento destas terapias no município facilitou os caminhos da profissionalização dos terapeutas; ampliou a oportunidade de negócios relacionados ao comércio de produtos naturais; atendeu demandas reprimidas; e formou uma clientela receptiva ao surgimento de novas modalidades terapêuticas. O progresso na formação e na prestação de serviços terapêuticos como uma atividade profissional liberal é percebido de duas maneiras distintas pelos terapeutas de Jacobina: ora como elementos desagregadores, na medida em que os terapeutas, absorvidos pela demanda dos atendimentos nos consultórios, deixariam de alimentar o caráter associativo, solidário e assistencial que marcou o movimento inicial da Casa de Repouso, ora como via de formação de alianças, em que o elemento associativo sustentava o trabalho realizado pelos terapeutas bem como instaurava um campo de múltiplas possibilidades de ações combinadas (entre terapeuta e clientes, terapeutas entre si e, também, clientes entre si).

Tratamos essas diferentes percepções entre os terapeutas e clientes como ambivalências reveladoras, pois, desde já, sugeriam um enfraquecimento ou fortalecimento dos espaços destinados às práticas terapêuticas condicionados às formas como os terapeutas conduziam os seus trabalhos – se de maneira mais autônoma/isolada ou mais aberta e gregária. Presumimos, aí, um dilema entre uma atuação mais utilitária e outra mais propensa à circulação de dádivas. As diferenças na condução dos trabalhos e na própria forma de habilitar os espaços de atendimento serão melhor exploradas na seção seguinte em que nos aprofundaremos um pouco mais na caracterização dos espaços e experiências terapêuticas.

Estas primeiras narrativas ilustram como os terapeutas percebem o espaço que tomaram as terapias integrativas no município, como se agregaram e se situam neste cenário. A referência a um lugar “predestinado à cura” e o abraço ao ofício de terapeuta como um resgate deste *ethos* foi marcante. Esta certeza como ponto de partida e a força das histórias pessoais que concorreram para este (re)encontro pessoal/profissional parecia munir aquelas pessoas de um entusiasmo reforçado. Aceitas as ambivalências, doação e contrato, pago e gratuito se avizinham.

Pudemos distinguir pelo menos três linhas de atuação que caracterizavam as formas como estes profissionais atuavam e colaboravam para a cena das terapias integrativas em Jacobina. Alguns terapeutas adotaram apenas uma dessas linhas enquanto outros transitaram por duas ou até pelas três possibilidades:

1. O atendimento individual – a experiência clínica dos terapeutas tem suprido uma das mais delicadas e urgentes demandas dos clientes: a necessidade de ser acolhido e escutado. Os terapeutas são unânimes em identificar este ponto como o principal diferencial de seus atendimentos, já que o levantamento aprofundado da história dos seus clientes é condição para o sucesso do tratamento. Soma-se ao acolhimento e à escuta sensível, a necessidade de auxiliar o cliente na restauração do seu lugar de agente no processo de tratamento e cura, algo igualmente essencial neste tipo de condução terapêutica. É evidente que, neste sentido, escuta sensível, acolhimento e compartilhamento de saberes, como condições *sine qua non* alavancam uma relação que *privilegia* o vínculo, baseada na circulação de bens e na “reciprocidade de prestígios” (MACHADO, 2006) entre terapeuta e cliente.

2. O trabalho formativo, com a proposição de cursos, palestras, workshops ou encontros informais – realizado por apenas uma parte dos terapeutas, este trabalho teve um papel fundamental para a profissionalização e popularização das terapias naturais no município. Estes encontros formativos, como já dito, propiciaram uma maior interação entre terapeutas e clientes e significaram uma abertura para o compartilhamento de saberes e práticas terapêuticas. É importante, contudo, fazer uma distinção entre:

- Eventos programados, com cobrança de taxa e certificação (cursos, workshops), caso em que se observa uma atenção maior ao aspecto utilitário da formação, seja no sentido da certificação para atuação profissional, seja do ponto de vista de um campo de atuação profissional que se abriu para os terapeutas mais experientes: a formação de novos terapeutas;

- Eventos abertos e encontros informais – palestras, encontros informais, eventos festivos a até mesmo intervalos que se abrem durante as consultas ou sessões para o compartilhamento de saberes caracterizam o que consideramos como um trabalho formativo mais aproximado da *livre* dinâmica da dádiva. Muitas vezes sem planejamento ou divulgação, estes momentos se caracterizaram pela gratuidade e abertura.

3. Os *círculos de práticas cuidadoras* – estes grupos de práticas concretizam uma proposta que traz uma nova dinâmica para o cenário das terapias em Jacobina, na medida em que interferiam mais diretamente nos “lugares dados” das rotinas terapêuticas. Dito melhor, estas experiências tornaram mais *circulantes* os papéis de cuidar e ser cuidado, fazendo com que os participantes (facilitador e demais membros do grupo) transitassem por estes papéis. O formato dos grupos e as metodologias eram bastante variáveis, mas denominamos como “círculos de práticas cuidadoras” aquelas experiências em que:

- Existe uma proposta coletiva de estudo, aprofundamento e/ou vivência de uma prática terapêutica integrativa;

- Existem um ou mais facilitadores, mas estes se colocam no grupo também como praticantes, ou seja, não têm uma função meramente de transmissão, mas pretendem também realizar naqueles momentos trabalhos para si;

- Embora o grupo trabalhe na perspectiva de autocura, ele está orientado por um ideal de compartilhamento: a cura aqui é percebida como um caminho individual-coletivo;
- Não há cobranças de honorários por parte dos especialistas/facilitadores;
- As regras, datas de encontro e a periodicidade são maleáveis e, em geral, abertas à decisão coletiva;
- Por conta da circulação dos papéis de *cuidar e ser cuidado*, há um reconhecimento mútuo das capacidades de cada participante e também das suas necessidades.

A etnografia dos espaços terapêuticos, a observação participante, a escuta, o acompanhamento das rotinas e novas rodadas de entrevista foram elementos imprescindíveis para o aprofundamento destas primeiras questões levantadas, conforme narramos a seguir.

3 TERAPIAS INTEGRATIVAS EM JACOBINA: RECEPTIVIDADE E CONSOLIDAÇÃO

Conforme o enquadre analítico adotado neste trabalho, é preciso reconhecer o sistema da dádiva como aquilo que põe em movimento uma dinâmica de trocas imprescindível para a vida social. Como vimos, a obrigatoriedade dos ciclos de dar, receber e retribuir confere ao dom a característica de estar a serviço do estabelecimento de laços entre as pessoas, de ser aquilo que propicia a vinculação social. De difícil reconhecimento, em comparação às leis do mercado e do estado, o sistema da dádiva exerce uma espécie de *força invisível* que obriga, que convida à palavra, à ação pessoa a pessoa, aos arranjos e rearranjos sociais de infinitas possibilidades no cotidiano. Pode-se dizer que o sistema da dádiva, como um dos sistemas mais remotos de constituição de sociabilidades, “mora nos detalhes”.

Consequentemente, a etnografia do campo de pesquisa foi orientada no sentido de compor uma narrativa descritiva e compreensiva dos espaços de circulação de terapeutas, clientes e afins, com atenção também aos detalhes, aos simbolismos que incluem e/ou transcendem as puras rotinas de atendimento (organização do espaço, objetos, elementos que se encontravam dispostos nos locais de circulação, artes, quadros informativos). A descrição minuciosa dos espaços integra toda a etnografia, mas aqui ganha maior importância pelo peso que se dá à constituição de simbolismos, sendo as dádivas postas em circulação propriamente *coextensivas* aos símbolos (CAILLÉ, 2002 b). Para além da pura descrição, a etnografia destes circuitos demonstra, como na metáfora proposta por Caillé (2002a), movimentos que “puxam” uns aos outros, e “para todos os lados”.

Efetivamente, o que encontramos no campo de pesquisa foi uma rede de contatos, trocas e ações conjuntas que superavam a busca exclusiva da cura para doenças. Começaremos pela descrição e caracterização dos espaços de atendimento, um a um, para, paulatinamente, avançar na análise dos elementos que favorecem e a partir dos quais é possível vislumbrar esta costura impremeditada e, ao mesmo tempo, inevitável, de relações recíprocas que ali prosperavam.

3.1 A CASA DE REPOUSO

Como já mencionamos, de alguma forma, todos os terapeutas alternativos de Jacobina estabeleceram algum tipo de parceria com a Casa de Repouso quando não foram formados através de cursos e vivências propostas pela casa. Concebida através de caminhos “afetivos”, a casa se tornou um símbolo de esperança para muitas famílias ali residentes. Explico melhor...

O projeto da Casa de Repouso surgiu em um momento em que se aguardava a cooperação de uma diocese austríaca com a diocese de Jacobina. Esta cooperação foi estimulada a partir dos trabalhos do pároco Pe. Gonçalves⁵³, que se tornou uma referência histórica no município com a sua participação nas lutas pela emancipação popular. Inicialmente, estas ações se justificavam através de um trabalho assistencial vinculado às pastorais⁵⁴.

Em Jacobina, a constituição das pastorais tinha uma orientação fortemente comprometida com os ideais emancipatórios fomentados em lutas populares. Em um texto elucidativo sobre as pressões políticas que resultaram no afastamento de Pe. Gonçalves, um de seus colaboradores⁵⁵ discorre sobre os métodos de evangelização praticados pelo padre, reconhecendo-os como métodos dispostos a “questionar as estruturas sociais injustas”, inspirados em movimentos católicos de emancipação popular tais como as Comunidades Eclesiais de Base e a Teologia da Libertação, ícones dos novos ideais da Igreja Latino Americana e Caribenha.

Evidentemente, a pastoral da saúde constituída em Jacobina neste contexto sociopolítico, desenvolveu uma orientação direcionada à emancipação pelo cuidado, valorizando a autonomia comunitária, com incentivo ao cultivo do próprio alimento, do próprio remédio. A partir daí se destacam o desenvolvimento de ações ligadas à prevenção da saúde e à revalorização das práticas populares de cuidado.

– Eu me lembro que o sonho de Pe. Gonçalves é que as pessoas dependessem cada vez menos de medicamento ou cuidado médico, mostrar o uso e

⁵³ Pseudônimo

⁵⁴ Conforme Antoniazzi (1999), pode-se se dizer que pastoral é “toda a ação da Igreja e sua ação neste mundo”. Os trabalhos assistenciais desenvolvidos nas pastorais devem reunir fiéis e religiosos em uma paróquia e podem, eventualmente, estar articulados com movimentos sociais, na medida em que as pautas integradas não comprometam o conjunto do trabalho paroquial.

⁵⁵ O autor não autorizou a citação da fonte.

força das plantas; ele dizia “a cura tá no seu quintal”, tinha esse ideal, viver mais da terra, pela terra (J. 39 anos, professora).

Recuperando a nossa afirmação de que a Casa de Repouso foi construída através de “caminhos afetivos”, destacamos aqui mais um ponto-chave na constituição da casa que, mais que um elemento incidental, revela a face da circulação de dádivas neste processo. No período de constituição e desenvolvimento das pastorais, uma das religiosas que trabalhavam com o Pe. Gonçalves adoeceu gravemente. Movidos pela vontade de auxiliá-la na cura ou atenuação dos sintomas, o grupo ligado à pastoral da saúde buscou alternativas para tratamento e a partir daí se desenrolaram acontecimentos que levaram ao ousado projeto da Casa de Repouso.

Após o desengano médico de Z., cujo diagnóstico apontava um linfoma em estágio avançado, o grupo encontrou “acolhimento e esperança” nas terapias naturais. Esta busca levou ao encontro de um centro de terapias naturais em Petrolina-PE, a 250 km de Jacobina, o Recanto Madre Paulina⁵⁶. Depois de passar um tempo em tratamento nesta casa, Z. retorna a Jacobina, decidida a se tratar exclusivamente através de métodos naturais. E, neste sentido, o grupo que a auxiliava passou a trabalhar no sentido de convocar terapeutas naturalistas que pudessem atendê-la aqui em Jacobina.

A melhora do quadro estimulou a vinda de outros terapeutas, mas o vínculo com a cidade, no caso destes profissionais vindos de fora, era muito tênue. Embora este grupo ligado à Igreja, através dos dramas vividos pela religiosa, estivesse cada vez mais interessado em ampliar o raio de atuação dos terapeutas naturais no município, o trabalho, mesmo apresentando resultados, não vingava, pois a pequena clientela que se formou, além de Z., não sustentava a presença desses terapeutas na cidade. O grupo que já desenvolvia o trabalho na pastoral da saúde enxergou na história de Z. uma oportunidade e, então, esboçou-se um projeto para a proposição de métodos naturais no tratamento da saúde e para a popularização destas práticas.

Com o projeto da casa, o recurso foi captado e a Casa de Repouso construída, sendo mantida com subsídios vindo da Áustria, durante

⁵⁶ Instituto de Saúde Holística que realiza atendimentos com base nas terapias integrativas e complementares. Para maiores informações, acessar: <http://www.recantomadrepaulina.com.br>

aproximadamente dez anos. Depois de um período de avaliação, foi necessário estabelecer um plano de autossustentabilidade para a casa, com vistas a reduzir o grau de dependência destes subsídios. A Casa passou a abrigar não só os atendimentos, através da técnica da Bioenergia, como também cursos e formações com terapias auxiliares e vivências terapêuticas afinadas com as terapias naturais. Mas a centralidade da casa permaneceu no método da Bioenergia, de forma que a arquitetura do lugar foi projetada para atender a esta demanda.

Uma das responsáveis pelo espaço definiu o trabalho realizado na casa como a “medicina dos pobres”, com o propósito de oferecer tratamentos de saúde e formar terapeutas populares para a difusão da ideia de autocura como um retorno ao simples, “aos remédios oferecidos pela natureza”, trabalhando no sentido de reacender um conhecimento popular de ervas e produção de remédios caseiros.

O “retorno” de um benefício (uma dádiva) recebido, como no caso de Z., aparece em outros relatos, não sendo incomum, como vimos, os casos de terapeutas que resolveram abraçar a profissão a partir de uma experiência pessoal de benefício ou do recebimento de uma dádiva de cura. No caso de Jacobina, observa-se um conjunto de elementos favoráveis, pois o conhecimento do trabalho com Bioenergia no Recanto Madre Paulina, em Petrolina-PE, coincide com o momento em que a diocese de Jacobina pôde contar com recursos vindos de fora do país para a realização de um grande projeto que beneficiasse a população local.

3.1.1 O Espaço de Atendimento

Uma das primeiras imagens a que tive acesso acerca da Casa de Repouso remetia a um local de recolhimento para a realização de tratamento natural controlado; outros ainda associavam a Casa à ideia de uma clínica de tratamento natural. Por conta do histórico de sua fundação, a associação da casa ao tratamento de doenças graves, tal como o câncer, parecia inevitável. Se, por um lado, a casa estava associada à esperança, por outro, a ideia de uma internação costumava afugentar as pessoas. O espaço em si abrigava uma diversidade de imagens que podiam reforçar ou atenuar estas impressões. As acomodações pareciam ter sido trabalhadas no sentido de caracterizar a casa especialmente no pareamento entre “Natureza e Fé”.

A orientação de retorno à natureza já se revela na localização da casa: um bairro afastado do centro da cidade, próximo a uma área de proteção ambiental. Assim, a substituição de uma imagem associada a internação (ou isolamento), pelas imagens de sossego e repouso foi sendo possivelmente construída, baseada na experiência e no conhecimento da proposta da casa, a princípio vista com alguma desconfiança, reserva ou, até mesmo, resistência.

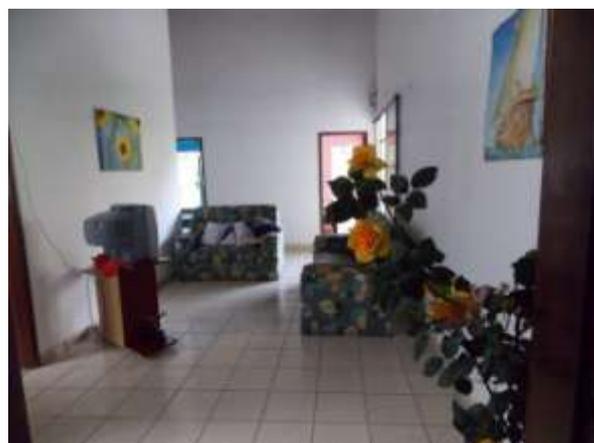
A recepção da casa transmite os ares de uma casa de família modesta, com móveis simples cobertos com almofadas e mantas artesanais. Ali, e por toda a casa, se encontram imagens católicas (crucifixos, santos, etc.). A sala tem pouca luminosidade e, a princípio, o que poderia ser considerado algo aconchegante, não parece muito convidativo. Muitos clientes preferem esperar no pátio que fica ao ar livre e fora da recepção onde, de um lado, está a recepção e, do outro, uma pequena capela destinada às orações e meditações, em que se observa uma mistura entre elementos católicos e símbolos não-cristãos (logogramas chineses, cristais, pedras e mandalas).

A oferta de espaços para meditação, relaxamento e oração é uma constante na Casa de Repouso. Além da Capela, da sala de massagem e de reiki, há cadeiras convidativas para o descanso distribuídas pelos espaços de circulação, ao ar livre. Uma trilha pelo mato pode ser feita atravessando o pomar cujo destino é uma construção rústica conhecida como “casinha”, em que os hóspedes podem fazer um recolhimento maior, em meio à mata nativa. As fotos 10 a ?? foram feitas em visitas aos espaços de atendimento durante os anos de 2011 e 2012.

Figura 10 – Entrada da Casa de Repouso –



Figura 11 – Sala de Estar da Casa de Repouso (para clientes e hóspedes) –



Fonte: Acervo da autora

Figura 12 – Espreguiçadeiras nos corredores – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Associar o sossego, a paz e o descanso à Casa é uma forma de criar um ambiente de acolhimento, enfatiza uma das coordenadoras da casa. A saúde só se restabelece na tranquilidade, na paz. “Não há corpo que sobreviva à falta de espiritualidade”, conclui.

Figura13 – Entrada da Capela – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Desde a entrada no espaço, muitos canteiros com ervas que são usadas no tratamento já oferecem uma ideia do que se pode esperar ali. Todo o espaço ao ar livre da casa de repouso é aproveitado com canteiros que abrigam uma imensa diversidade de ervas medicinais: babosa, alfavaca, cambará, malva, melissa, manjeriço, hortelã, erva-doce, capim-limão, boldo, carqueja, camomila, erva-cidreira e muitas outras margeiam os espaços de circulação. Muitos metros quadrados também são destinados à horta e ao pomar, com grande variedade de árvores frutíferas e cujo limite é um imenso paredão com rochas típicas da chapada. Todas estas plantas, ervas, hortaliças, verduras e frutas são utilizadas nos próprios tratamentos, além também do preparo de remédios caseiros (chás, tinturas, etc.).

Figura 14 – Área externa para caminhadas e exercícios – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

A arquitetura da casa também foi planejada para as necessidades apresentadas nos tratamentos. Banheiros amplos para a retirada do barro aplicado nas sessões de geoterapia, salas destinadas aos tratamentos das ervas medicinais (secagem, armazenamento, cura, produção de tinturas e decocção para os chás,

etc.) e duas cozinhas destinadas não só à preparação da dieta recomendada como também dos sucos, sumos e chás sugeridos pelas terapeutas.

Figura 17 – Fitoterápicos produzidos na Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Figura 18 – Acomodações para clientes e acompanhantes – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Figura 19 – Cozinha – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Figura 20 – Sala de leitura – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

No espaço externo ainda há duas piscinas, uma para adultos outra para crianças e um parque infantil. Esta estrutura está em desuso há algum tempo, o que é justificado pela coordenação como ausência de investimento, pois o sistema de cooperativa criado para administrar a casa, depois de esgotados os recursos vindos de fora, não é suficiente para garantir a sua manutenção.

Figura 21 – Piscina – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Figura 22 – Parque Infantil – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Distribuídos pelo espaço, quadros e painéis trabalham a ideia da natureza que cura. Além de mensagens diretas associando o ato de comer a uma responsabilidade – “teu alimento tua cura” – informações como as propriedades medicinais, usos e classificações de ervas medicinais também são fornecidas. O acesso à cozinha para os clientes hospedados na casa é bastante comum e desejável, momento em que também são compartilhadas receitas e formas adequadas de cozinhar os alimentos. Os chás também devem ser feitos de maneira adequada, pois envolvem cinco ou mais ervas. Muitas vezes, o tratamento se inicia na Casa de Repouso e depois continua em casa. Este procedimento é aconselhado pelos terapeutas como forma de o cliente se habituar às rotinas e aprender as formas adequadas de preparo e serve também para os acompanhantes, pois, em geral, eles ajudarão na continuidade dos tratamentos quando os pacientes retornam às suas residências.

Figura 23 – Refeitório Principal – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Figura 24 – Painel indicativo do funcionamento dos órgãos ao longo do dia – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

A remissão à “fé que cura” seria um elemento absolutamente esperado considerando que a administração da casa é feita, predominantemente, por religiosas. Embora a religião católica seja a principal referência (há a Capela, imagens de Santos, da Virgem Maria etc.), ali se pôde observar uma inserção de simbolismos orientais associados à energia em equilíbrio, que foram assimilados nas próprias práticas terapêuticas.

Figura 25 – Detalhe da entrada para sala de Reiki – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Figura 26 – Mandala Mítica colocada ao centro da Capela – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

O aparecimento de elementos místicos e religiosos provenientes de diferentes orientações, que se hibridizam para criar um terceiro plano comum, “alimentado pela *bricolage* de contribuições e acréscimos de todos os que neles se albergam no curso de seus deslocamentos” (CAMURÇA, 2003), é apontado nos estudos acerca dos movimentos neoesotéricos como algo que alicerça os cuidados terapêuticos a partir dos conteúdos relativos a tradições existentes que, realocados

e “rearranjados”, assumiram uma incrível diversidade de significados e propósitos (AMARAL, 1999; OLIVEIRA, 2011). No caso da Casa de Repouso, estes hibridismos geravam uma tensão acentuada e dividia opiniões na diocese. Embora ninguém da coordenação tenha permitido aprofundamento nestes detalhes, alguns interlocutores afirmaram que havia uma divisão na diocese entre grupos mais progressistas, que levavam adiante o trabalho com terapias integrativas, transitando neste universo que assimila práticas de cura trabalhadas também através de outras vivências espirituais, e um grupo menos propenso a esta abertura, que sintetizava a cura pela fé no movimento de Renovação Carismática. Na literatura, este movimento é identificado como uma espécie de “pentecostalismo Católico”, e se define como uma reação ao crescimento do evangelismo protestante e à perda de fiéis, além de se opor igualmente a movimentos como a Teologia da Libertação (CSORDAS, 2008). Não nos parece um detalhe que este grupo da diocese de Jacobina ligado às terapias naturais estivesse, em suas origens, fortemente comprometido com os ideais e lutas emancipatórias preconizados pela Teologia da Libertação.

Este detalhe “se agrava” ao constatarmos que a mudança de pároco Pe. Gonçalves para o Mosteiro de Jequitibá, a 105 km de Jacobina, significou uma progressiva separação entre as “obras da Igreja” e o trabalho com as medicinas naturais. Conforme uma das terapeutas formada pela Casa de Repouso nos relata, esta separação enfraqueceu o tom gregário que caracterizou o movimento, inicialmente. A força deste projeto inicial estaria fortemente associada ao carisma do Pe. Gonçalves e sua substituição na paróquia trouxe algumas consequências negativas para os projetos que abraçava, como o rompimento do apoio diocesano, que resultou, até, na indisponibilidade do imóvel em que funcionava a cantina.

– Casa de Repouso e Cantina Natural já foram projetos integrados, mas agora não mais... Com a entrada de um novo sacerdote que não reconhecia importância deste trabalho desenvolvido pela pastoral, houve um desmembramento. A Casa de Repouso passou a ser administrada por uma cooperativa, e tem um funcionamento independente da Diocese. A cantina Natural, no entanto, funciona num imóvel da Diocese, com contrato até novembro de 2011, e sabe lá como ficarão as coisas depois disso. (C, 39 anos, terapeuta da bioenergia).

Por conta desta desarticulação com a diocese, a casa passou a funcionar em regime de cooperativa, na tentativa de se manter através dos valores cobrados nos atendimentos, na hospedagem de clientes e acompanhantes e em outras

atividades realizadas por terapeutas cooperados. Também há recursos provenientes de cursos ministrados no espaço, aluguel de salões para vivências, comércio de ervas medicinais e alimentação natural, entre outros.

Mesmo com uma parte da sua estrutura em desuso ou subutilizada, em função das dificuldades financeiras para garantir a manutenção, a casa se tornou uma espécie de *avatar*⁵⁷ das terapias naturais em Jacobina, pois, ressaltamos mais uma vez, todos os terapeutas existentes ou se formaram ali ou estabeleceram alguma relação de parceria. A Casa de Repouso, portanto, tem como seu carro-chefe o atendimento e a formação terapêutica através do método da Bioenergia, modalidade terapêutica através da qual se tornou conhecida em todo o estado.

3.1.2 O método da Bioenergia

Como estava associada à Casa de Repouso a fama de cura ou pelo menos de aumento da sobrevivência de clientes que haviam sido desenganados pela medicina científica, a procura pelo tratamento da bioenergia oferecido pela casa era não raro justificada pelos clientes como uma última tentativa ou uma alternativa a se entregar para a morte. Nesta medida, a entrega do próprio corpo para um tratamento não reconhecido e, muitas vezes, rejeitado pela própria medicina, que já considerávamos um tipo de primeira dádiva posta em circulação, ganhava uma qualidade um tanto mais dramática. Como destaca Rios, há uma multiplicidade de significações atribuídas ao corpo, sobretudo a partir da proposição de uma sociologia do corpo como observada em Le Breton. Deste modo, sugere Rios, “compreender como os grupos dão sentido aos acontecimentos corporais” é considerado uma das chaves de interpretação dos processos de interação, que podem gerar propostas para enfrentamentos de “agravos sociais” (2008, p. 466).

A obrigatoriedade de dar para, quiçá, receber, em uma operação reconhecidamente “de risco” estava posta. Um risco, entretanto, que não poderia ser assumido se não considerarmos a liberdade e a confiança presentes na relação. Esta liberdade (até para desistir) e a confiança podem ser melhor compreendidas se atentarmos para um recurso analítico apontado por Mauss que é a dimensão da

⁵⁷ Utilizamos a expressão *avatar* emprestada da nomenclatura da informática, que a define como um ícone ou representação com características avançadas do ponto de vista gráfico: ou seja, um símbolo que representa com o maior número de recursos uma idéia, ação, projeto ou missão.

incondicionalidade condicional, o que significa, precisamente, nem confiar integralmente, nem desconfiar totalmente (MAUSS, 2003). Na incerteza estrutural posta pela dádiva é possível que uma relação de confiança, a qualquer momento, possa tornar a cair na desconfiança (CAILLÉ, 2002a). A ambiguidade inerente à procura de um tratamento alternativo, muitas vezes carregado de dúvidas em relação à validade e eficácia destes procedimentos, exacerba esta dimensão em que confiança e desconfiança podem se alternar. A ausência do imperativo médico podia tornar a confiança ainda mais frágil e os terapeutas muitas vezes se disseram “acostumados” com isto.

A retribuição/cura, como já presumíamos, aparece sempre como uma condição fortalecida pela confiança, fé, entrega, intercambiadas, a todo o tempo, ao longo do tratamento, selando, livre e obrigatoriamente, uma parceria, uma aliança terapeuta–cliente. Não à toa, as mudanças de vida, profissão, direção e um sentido de iniciação eram experimentados por alguns clientes e o conhecimento das rotinas terapêuticas em si nos auxiliavam na compreensão de como este processo era mobilizado.

Na bioenergia, ou bio-saúde, principal modalidade terapêutica oferecida na Casa de Repouso, o diagnóstico é feito a partir de um teste, chamado Bi Digital O-Ring-Test (ou exame do anel). Os recursos demandados pelo terapeuta para a realização do teste são: uma antena de metal; um catálogo com nomes e fotos de ervas e alimentos a serem “testados”; e a assistência de uma terceira pessoa, além do terapeuta e do cliente. A antena deve tocar em cada parte do corpo do cliente, enquanto o auxiliar deverá tentar abrir os dedos do terapeuta que estarão unidos formando um anel. Se os dedos se abrem, isso significa que há um bloqueio e o enfraquecimento deste órgão testado é associado às possíveis causas do desequilíbrio que leva à doença relatada. Pode-se até fazer pressão, mas, se a região estiver saudável, os dedos não se distanciam. Se houver agentes nocivos ou doença, faltará tônus muscular e os dedos se soltam sem muita resistência.

A avaliação a respeito das ervas, alimentos e outras terapêuticas que serão propostas para este tratamento também será feita através do O-Ring teste. Neste caso, o cliente deverá fazer algum tipo de contato com o elemento a ser avaliado: ervas para chás, alimentos, etc., enquanto a antena é colocada em contato com seu corpo e da mesma forma se tentará abrir os dedos do terapeuta que segura a antena.

Figura 27 – Foto detalhe do O-Ring Test – Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: <http://bioarea.blogspot.com.br/2010/05>

Como esta avaliação é toda feita a partir de uma conexão energética entre terapeuta, cliente e auxiliar, a “limpeza” deste canal de comunicação e a troca de energia é primada. A sintonia energética entre cliente e terapeuta e, sobretudo, entre terapeuta e auxiliar é considerada essencial. Também é recomendado que ninguém porte metais junto ao corpo, tampouco celulares ou outros aparelhos de transmissão de ondas eletromagnéticas. Todas as pessoas devem estar em posição ereta, relaxadas, porém concentradas no que fazem.

A ideia trabalhada é a de que o próprio corpo indica onde está o problema e como resolvê-lo e, desta forma, o corpo-dádiva (traduzido pela energia que quer/deve circular) é o elo e a bússola de uma relação que ali se estabelece, cujo fim é o retorno da dádiva–corpo-são (desde que a energia bloqueada seja liberada para circulação). Isto muda completamente os parâmetros de indicação terapêutica e coloca a *relação corporal* entre cliente, terapeuta e auxiliar como um elemento fenomênico de total importância para a condução do tratamento. O corpo (do cliente) dá o sinal e este sinal é recebido através de uma relação corporal *cliente-terapeuta-auxiliar*. É a partir da significação atribuída à pressão, à resistência ou não do tônus que o direcionamento terapêutico é realizado. A presença de um bloqueio energético, que leva à fragilidade e à doença, é reconhecido através de um sinal expresso na conjunção destes corpos e, neste

sentido, não só o corpo do cliente “mostra alguma coisa”, mas ele “mostra alguma coisa em relação com outros corpos”.

Com a afirmação de que “antes de qualquer coisa, toda a existência é corporal”, Le Breton (2006, p. 7) se alinha ao pressuposto da experiência corporal como ponto de partida de toda socialização e inserção cultural. Para o autor, o *isolamento* do corpo em suas funções biológicas e as condutas que o recortam, definem, disciplinam, são vistas como abordagens menores, restritas e, em certas circunstâncias, violentas. O corpo, em Le Breton, poderia ser definido como um mapa em que estão impressas as histórias individuais e coletivas e em que se pode correlacionar vida biológica, cultural e social.

A alusão a um “corpo alterado” por conta de procedimentos médicos e condutas nocivas é tomada pelos terapeutas em Jacobina como base de uma *compreensão corporal* trabalhada em conjunto no tratamento. Neste sentido, o corpo não apenas é “entregue” como um *voto de confiança* ao terapeuta, como também é resgatado pelo cliente como terreno próprio de suas satisfações e conquistas. As impressões mais marcantes relatadas pelos clientes envolvem: o prazer de administrar o seu próprio “medicamento” (refeições adequadas, chás, aplicação do barro); e a grata surpresa em redescobrir o corpo em suas capacidades de “expressar o que necessita” (através do O-Ring Test), o que é reiterado pela maioria dos terapeutas, mesmo os que não trabalham com este método de diagnóstico, especialmente na afirmação de uma “inteligência corporal”. Esta expressão é utilizada muitas vezes também para se referir à capacidade de autorregeneração do corpo. Ao corpo também é atribuída a capacidade de produzir o seu próprio remédio: “a água da vida” (em referência à urinoterapia).

– *Pra mim, é muito importante ver que eu estou me recuperando, recuperando as minhas forças, porque o tratamento depende de mim pra dar certo, e eu sinto o que preciso, o meu corpo indica o que eu tenho que fazer, tenho tudo o que é preciso, tenho os recursos. Eu aprendi isso também, uma parte que é difícil mas quando a gente entende o que tem que fazer, isso vai ficar pra mim e eu sei que eu tenho importância em meu tratamento. E não é só porque eu sou bem tratada, porque ela (a terapeuta) me trata bem que eu fico bem, porque tudo isso aqui depende também muito de mim, do meu corpo mostrar* (J., 45 anos, dona de casa, em tratamento há dois anos).

– *No início foi difícil porque tem essa coisa de ter que beber (a urina), mas hoje eu não tenho nem um pouco de problema porque tá tudo muito purificado, eu procuro não me intoxicar pra beber, e o corpo também rejeita se tiver problema, a gente sabe. Porque não tem nojo quando a gente percebe que é um soro produzido pelo corpo, é um remédio meu, tem a energia que eu preciso pra me fortalecer. Alguém me falou que é como se tivesse ali células-tronco, porque eu tenho uma oportunidade de renascer. Eu me sinto renascendo porque eu tinha muita coisa que me adoecia, vejo tudo muito novo agora. Muita coisa mudou em mim, de verdade, pra nunca mais voltar, voltar assim como era. (C., 50, professora, em tratamento há três anos).*

– *... Ela (a terapeuta) não é médica, mas tem muito valor porque ela passa pra gente uma lição. Eu tô aprendendo essa lição. E o que é isso? Isso é saber que a cura está em nossas mãos, isso eu aprendi aqui. Eu nunca entendia o que tava acontecendo comigo, mas agora a ficha caiu, porque eu sei muito bem o que tá acontecendo, mesmo sem ter que dizer nada, o meu corpo não mente, tá lá no resultado. A última coisa que eu quero agora é ter que voltar pra um hospital, que o médico tem o valor que tem, mas eu prefiro aqui, porque também eu já sei o que fazer, ela já me entende. Quando eu dou uma relaxadinha, qualquer coisinha que sinta, eu venho... Aqui na Casa de Repouso eu ainda fico uns dias, de vez em quando, pra ficar quietinha e quando preciso, conheço as pessoas, participo dos encontros quando posso, eu gosto, é uma coisa que eu gosto e eu vou descobrindo mais. É diferente a gente tomar um remédio e acabou aí. Aqui não, a gente se envolve e faz também um monte de coisa pra ficar bem. Dá aquela trabalhadeira assim, precisa pedir ajuda, às vezes de um parente, um vizinho, porque tem quem reclame de ter que fazer um monte de coisa pra ficar bom. Mas também quer cura sem fazer esforço, sem participar de nada, aí nem milagre! (M., 44 anos, comerciante, há cinco anos pelo método da bioenergia).*

Desta forma, compreendemos que o diagnóstico e o tratamento, na bioenergia, envolve trocas entre terapeuta e cliente que não só habilitam o vínculo entre aquele que busca a cura e aquele que pode curar, fazendo com que o ato de curar não seja fruto de uma relação unilateral, como também reabilita a presença de um corpo fenomênico-dádiva que logrará o ponto de partida para a circulação de bens terapêuticos pretendida. Contudo, ressaltamos, a experiência corporal, na abordagem que imprimimos em nossa análise, deve ser tomada não como o foco

central, mas como mais um elemento que participa do conjunto de bens que circulam entre terapeuta–cliente: daí utilizarmos a expressão *corpo-dádiva*.

O tratamento a ser sugerido, conforme a Bioenergia, envolve uma combinação de terapias naturais. Todo tratamento é sugerido de acordo com a totalidade orgânica cujo estado é reavaliado a cada vinte dias. Como o princípio orientador é o de que a energia circula ou, pelo menos, deve circular, são indicadas pelo O-Ring Teste as formas mais adequadas para cuidar dos “bloqueios” da energia identificados no teste e fazer com que a energia volte a circular e recomponha este organismo. Os recursos utilizados podem ser:

- Mudanças na dieta – crudivorismo, dieta vegetariana, abstenção de carne vermelha e leite, entre outras alterações. A depender dos resultados do teste, a indicação das terapeutas pode ser a da alimentação exclusivamente crua ou pode ser permitida também uma dieta vegetariana que contemple os alimentos cozidos. Em todos os casos, é preciso verificar a “aceitação” do organismo de determinadas classes de alimentos e “consultar o corpo” em relação a algum alimento específico. Carne vermelha é veementemente contraindicada, assim como também os frutos do mar, especialmente em função das toxinas existentes nestes alimentos. O peixe, com escama e não criado em cativeiro, a galinha caipira e o bode ou carneiro cuja criação também tenha obedecido aos princípios biodinâmicos⁵⁸ são eventualmente permitidos, sempre de acordo com o que é “solicitado pelo corpo” no teste.

- Geoterapia – Os cataplasmas de barro aplicados ao corpo são vistos como agentes reequilibrantes e reenergizantes. Os terapeutas explicam aos seus clientes que a argila aplicada ao corpo tem a função de “sugar” a malignidade que aflige determinado órgão. No contexto das terapias naturais, à argila se associa propriedades medicinais bioquímicas telúricas, bem como qualidades sutis ligadas ao reequilíbrio energético promovido pelo contato com a terra.

⁵⁸ O princípio básico da biodinâmica é a não aceleração dos processos naturais, mas antes a facilitação da presença de elementos essenciais para que estes processos ocorram. No caso da pecuária, é necessário garantir o pasto livre para estes animais, o alimento adequado para que a espécie não desenvolva mecanismos de defesa a ataques tais como: antibióticos, concentração de compostos na ração para rápido crescimento e engorda, vacinas, confinamento, castração, hormônios, etc. De acordo com os princípios da biodinâmica, acelerar processos significa alterá-los e isto gera um alimento que, por consequência, pode acarretar alterações (mutações, doenças, etc.) para aquele que o consome.

- Urinoterapia – A ingestão da própria urina pode ser aconselhada em alguns casos. Para que isto aconteça, os terapeutas colocam o cliente em dieta crua e vegetariana por, pelo menos, quinze dias. À medida que este organismo é potencializado, no que diz respeito aos nutrientes que aumentarão o potencial terapêutico da urina, o cliente é preparado para começar a ingestão, sugestão terapêutica que, obviamente, encontra o maior grau de resistência. A substituição do termo urina por “água da vida” é um dos elementos trabalhados com o cliente, que passa por um convencimento de que a urina representa um soro pessoal que recompõe as perdas sofridas por este organismo em desequilíbrio. Assim como a geoterapia, estas terapêuticas sugeridas se inspiram em práticas milenares de medicinas populares, ocidentais e orientais, que são eventualmente resgatadas no sentido de reencontro com uma corporeidade abandonada em função dos progressos científico-tecnológicos da medicina (LE BRETON, 2012).

- Fitoterapia – o uso de chás, tinturas, banhos, etc. é, sem dúvida, dentre as sugestões terapêuticas, aquela que mais se afina com a clientela jacobinense. O uso de chás para cura de doenças é citado em todos os questionários e entrevistas como um hábito corriqueiro. Mesmo aquelas pessoas que mantêm tratamentos alopáticos, fazem uso de ervas e raízes sob forma de chás, garrafadas, unguentos, tinturas para tratamentos de males corriqueiros como gripes, problemas de pele, febre, dor de garganta, frieira, vermes, doenças viróticas da infância, etc. Na consulta da bioenergia, usualmente são testadas as ervas, sete das quais serão indicadas para compor um chá que será ingerido pelo cliente na quantidade de dois ou três litros por dia, em pequenos intervalos. Pode também ser indicada uma erva específica para fazer um chá que será misturado na argila. Frequentemente, um tipo de cipó, o cipó mil-homens, é indicado para que seu chá seja misturado à argila dos cataplasmas. Conforme as terapeutas, este cipó também possui a qualidade associada à argila de “sugar a malignidade”.

Após o ciclo de vinte dias, deverá ocorrer uma nova avaliação para verificar a resposta do organismo bem como as alterações que deverão ser feitas nas sugestões terapêuticas a partir de cada novo estado que este corpo assuma.

A posição em relação à complementaridade com os tratamentos médicos variou, de acordo com os terapeutas. Para alguns, era inadmissível a concomitância com tratamentos médicos, pois são elementos que interferem no processo sutil de reequilíbrio energético. Tratamentos como radioterapia e quimioterapia são

considerados incompatíveis com as técnicas bioenergéticas e também aconselha-se aos clientes a redução do número de exames de imagem que signifiquem exposição a raios e ondas eletromagnéticas. A cada exame realizado, uma nova avaliação deve ser feita para que sejam verificadas possíveis alterações provocadas no organismo.

Atualmente, o tratamento através da bioenergia é oferecido em mais dois locais, além da Casa de Repouso: na Cantina Tudo Natural e no Bazar Africano, onde também funciona um restaurante que, assim como a cantina, segue os moldes desta alimentação. Além da popularização do método da bioenergia em Jacobina, a Casa de Repouso passou não só a abrigar cursos, palestras e vivências, como também a fornecer a logística organizacional para estes eventos.

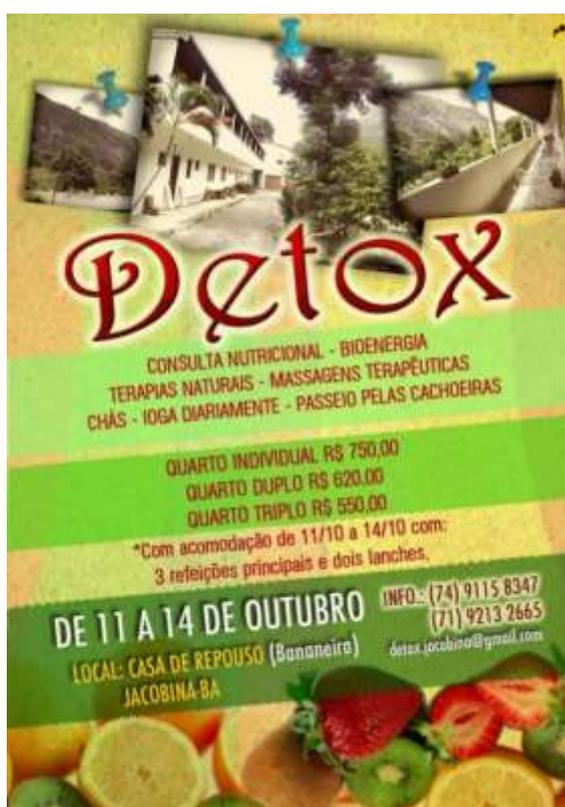
Com a necessidade premente de sustentação material da casa, na ausência de subsídios externos, o grupo assume uma linha administrativa focada na necessidade de geração de receitas para a manutenção do espaço. Desta forma se viu acontecer uma redução de sua atuação política e das conhecidas mobilizações comunitárias em favor da emancipação através de práticas de cuidado conscientes, libertadoras, solidárias e enaltecidas da vida simples e saudável. Este sentimento de redução da efervescência que marcou a constituição do projeto Casa de Repouso é expresso de diferentes maneiras: desde os palpites negativos em relação à subutilização do espaço físico à percepção de desarticulação por parte dos terapeutas que acompanharam os momentos iniciais de formação da casa.

– Quando eu trabalhava na Casa de Repouso a gente tinha um grupo de terapeutas que sempre sentavam uma vez no mês, dialogava, trocava experiência, compartilhava questões e isso era muito bom, fortalecia o trabalho. Só que aí muitos foram embora, fizeram o seu caminho profissional separado. Antes era um grupo forte, sempre participava de seminários, depois cada um foi indo pra um lado e acabou caindo o grupo (C., 39 anos, terapeuta da bioenergia).

– Algo se perdeu por ali, não sei muito bem como dizer. De um movimento vivo, que lutava pela saúde natural, que articulava com o bairro lá da bananeira, com a comunidade local a consciência alimentar, o incentivo dos remédios naturais, feitos em casa, com ingredientes colhidos no próprio quintal. Isto se perdeu um pouco. Me parece mais fechado agora, mais privado, mais restrito, e também mais vazio, faz falta tudo o que movimentava no início (J., 39 anos, ex cliente da casa).

A formação de uma cooperativa para subsidiar os trabalhos da casa certamente guardava uma relação com o clima associativo que marcou os movimentos que lhe deram origem. Mas, ao restringir os encontros aos cursos com taxas de inscrição, a luta pelo sustento material da casa sobrepujou a “gratuidade” das “livres presenças” que viam a casa também como um movimento gregário em prol do simples e do natural e, ainda, em prol do *cuidado* como ato comunitário, *i.e.*, fundado em relações de reciprocidade. A Casa de Repouso, embora *avatar* das terapias naturais em Jacobina, perdeu, nos últimos anos, a qualidade de produzir efervescências sociopolítico-culturais na cidade.

Figura 28 – Cartaz de divulgação de vivência proposta em parceria com a Casa de Repouso – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: veiculado pelas redes sociais

Estas conclusões a respeito das mudanças de rumo na Casa de Repouso são aqui evocadas com o intuito de ressaltar as diferenças na apropriação das terapias integrativas no município, precisamente no que diz respeito à relação entre dádiva (circulação de bens ou sistema de prestações) e cuidado. Assim como as terapias integrativas, reconhecidas na literatura como práticas com maior teor de

integralidade, podiam inspirar práticas de cuidado construídas através de relações de reciprocidade e ter desdobramentos favoráveis às práticas comunitárias, associativas e colaborativas, por outro lado, podiam assumir um rumo bem distante deste ideal, ficando restritas à prestação de serviços, ressaltando-se, então, os aspectos utilitários.

Observamos uma alternância nestas formas de apropriação tanto entre os terapeutas formados a partir do Projeto da Casa de Repouso, como também entre os que vinham de outras orientações e formações. A importância desta análise, longe de propor julgamentos ou diagnósticos organizacionais, é a de revelar as diferenças nos desdobramentos das práticas terapêuticas, em função da circularidade de dádivas. Interesse e “desinteressamento”, como definido por Mauss (2003), não estão necessariamente em equilíbrio, e portanto é esperada a alternância entre momentos de confiança e desconfiança ou entre experiências mais gregárias e baseadas na reciprocidade e outras mais comprometidas pela lógica utilitarista. Em suma, estas alternâncias fazem parte do mundo da vida, das coisas como elas são no cotidiano das relações, nas múltiplas oportunidades e possibilidades que se abrem desde o primeiro lance, ou primeira dádiva colocada em circulação. Com este entendimento, demos seguimento à descrição e análise das demais experiências registradas durante a nossa permanência em campo.

3.2 O ESPAÇO YOGA

O Espaço Yoga talvez tenha sido um dos locais de prática das terapias integrativas que mais se transformou, ao longo dos últimos dez anos. A razão da criação do espaço era a de oferecer à cidade tratamentos baseados em medicinas orientais, tais como a Medicina Tradicional Chinesa, Yoga, Chi Kung, Acupuntura Sistêmica, Reflexologia, Tui Na, entre outras. As intensas transformações vivenciadas no espaço, desde a estrutura física às novas propostas assimiladas, revelaram um caminho singular na apropriação destes saberes e práticas de cuidado. Ressaltamos, aqui, esta trajetória, sublinhando as particularidades que permitiram aos atores envolvidos avançar da prestação de serviços alternativos em saúde aos agenciamentos comunitários na (re)construção do *cuidado*.

Inicialmente, o espaço era composto por duas salas, situadas no segundo andar de um mini-shopping da cidade. A primeira, menos ampla, era destinada às

consultas, diagnóstico através de exame da íris e sessões de acupuntura. A disposição dos móveis se assemelhava a um consultório médico, com uma maca, um computador para preenchimento da ficha de atendimento e duas cadeiras colocadas frontalmente. A diferença era marcada a partir dos recursos de iluminação (sempre reduzida e nunca feita por luzes fosforescentes), como também pela disposição de quadros informativos dos princípios da acupuntura e de outras práticas de cura tradicionais. Logo após a consulta da íris e da apresentação da queixa, seguida de um roteiro de perguntas, o cliente passava por uma sessão de acupuntura (auricular ou sistêmica) e eram feitas sugestões para mudanças em sua dieta. Frequentemente, era indicada também a prática do yoga, como forma de manter o *equilíbrio energético*, já que o trabalho com a acupuntura era muitas vezes emergencial.

A sala ao lado, mais ampla e equipada com acessórios para exercícios corporais, tais como tapetes emborrachados, ligas elásticas, bolas e uma cadeira para massagem, era destinada às sessões de yoga e massagens. A disposição dos elementos que compunham o espaço procurava integrar duas ou mais perspectivas de saúde corporal: quadros com informações sobre anatomia e fisiologia corporal, de acordo com a medicina científica, se avizinhavam a outros que informavam sobre a circulação da energia e as influências mútuas entre os órgãos, perspectivas que estão mais de acordo com as medicinas tradicionais chinesas e indianas. E assim glândulas e vértebras se equivaliam a chákras; veias e artérias a rios de chi, e assim por diante. O terapeuta responsável pelo espaço, Carlos⁵⁹ (yogui e acupunturista, 48 anos) sempre afirmava que não via separação entre essas coisas e que as próprias descobertas da anatomia e da fisiologia reafirmam os saberes pautados nos centros de energia como se vê nas medicinas tradicionais. Deste modo, conduz as sessões terapêuticas apostando nesta correspondência, incluindo, também a experiência com o sagrado: em uma das paredes do espaço, em uma mesma linha estão, de um lado, Krishna, e, do outro, Cristo.

Estas correspondências, de certa forma, suavizavam o estranhamento que os seus clientes tinham, à primeira vista, no contato com *outras* visões de mundo, corpo, saúde e doença. Garantiam certo “didatismo por analogia” nas sugestões terapêuticas e propostas de exercícios. Com o tempo, Carlos foi

⁵⁹ Pseudônimo.

apostando mais nas analogias entre o seu trabalho e as referências da medicina científica e/ou religiosas dominantes em Jacobina. Trazia os signos católicos (que têm uma força ainda muito premente na cidade) para o seu espaço e propunha a prática do Yoga dirigida à “reposição hormonal”, expressão do cotidiano médico utilizada para definir o tratamento que atende às necessidades de mulheres em processo de ou em pós-menopausa. Desta forma, procurava vencer as barreiras e estranhamentos manifestos em função das diferenças culturais, evidenciando as duas grandes dimensões que caracterizavam os *tratamentos alternativos*: a dimensão espiritualizante e a dimensão técnico-científica (TAVARES, 2012).

As fotos abaixo foram tiradas em sessões especiais de yoga com foco na reposição hormonal. O pressuposto é que de o próprio corpo, através de manipulações e exercícios de respiração seria capaz de estimular as glândulas que produzem os hormônios escassos, sobretudo para as mulheres de meia idade.

Figuras 29, 30 e 31 – Sessão de yoga para reposição hormonal – Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Jeane Lima

Embora estas adaptações às demandas locais e propostas convidativas ao estabelecimento de uma clientela já superasse a mera prestação de um serviço alternativo para a saúde, o Espaço Yoga, naqueles moldes, não contemplava a circulação de pessoas além dos horários das consultas e sessões.

A grande novidade do Espaço Yoga viria no ano de 2009, com a mudança do espaço físico. Paralelo a esta mudança, havia o projeto de criação de um núcleo de atividades multiculturais. As ideias que permeavam a proposta ampliavam bastante o raio de ação do Espaço Yoga. Além do atendimento individual e das sessões terapêuticas coletivas, eram propostas ações diversas tais como ocupações artísticas, mostra de filmes, debates políticos especialmente centrados na crítica à medicalização e aos padrões nocivos de consumo, vivências, cursos de formação, palestras com temas variados, do *codex alimentarius* ao Armageddon. A conscientização política e a fruição da arte eram *caminhos de saúde* frequentemente enaltecidos pelos organizadores do espaço. Assim, o *cuidado* era reconhecido de maneira integral ou total na medida em que se dirigia aos “corpos físicos, espirituais e emocionais”, afinal, as emoções eram sempre apontadas como vias através das quais se adocece e se pode igualmente curar-se.

Este *entusiasmo* com as novas propostas, comum a terapeutas e clientes do Espaço Yoga, nos remete à noção de cuidados tal como vimos em Ayres (2011), em que a integralidade da saúde deve contemplar um compromisso com o “projeto de felicidade” do paciente: o cuidado pensado a partir de suas dimensões ético-estético-políticas. Através de suas análises, Ayres contribui substancialmente com um novo olhar sobre os meios pelos quais o cuidado se constitui cotidianamente e em que sentidos se constitui com/para o outro. Suas considerações fundamentam a perspectiva apontada neste trabalho que aproxima dádiva e cuidado, reconhecendo algumas iniciativas e práticas como “atos comunitários”.

Nesta linha de entendimento, uma das clientes do Espaço Yoga, ao nos relatar as transformações propostas para o espaço, ao longo destes últimos anos, nos revela também o sentido compartilhado, entre terapeutas e clientes, destas mudanças. Observa-se aqui que o “novo” Espaço Yoga cumpriria uma função muito mais ampla do que simplesmente a de um centro de tratamento através de terapias naturais.

– *A ideia era criar um complexo de terapeutas no local... o casarão é meio uma concretização do sonho deles dois: Carlos e Susan (esposa) [...] por que além*

de ser um espaço terapêutico ele é um espaço cultural, eu acho que Carlos e Susan entendem que essa história de encontrar amigos, celebrar, festejar também fazem parte desta questão da saúde. Então a ideia era essa também. Os Saraus que Sara criou foi pra isso também, pra criar essa relação com o festejo também, que a cidade precisava, as pessoas também precisavam dessa efervescência numa cidade que não tinha muito essas propostas mais conectadas com arte, cultura, espaço de convivência, terapia, etc. uma coisa mais abrangente de saúde. Dançar é uma forma de cuidar, curtir, ter prazer, sentir o seu corpo, faz parte também do processo de autocura, dessa coisa de saúde do ser saudável. Eu vejo o espaço yoga como um dos pontos de referência.

[...]

Eu acho que as pessoas que gostam do espaço e ali foram sentindo a necessidade de manter, pelas suas necessidades foram se movimentando pra organizar coisas por lá. Muito por conta da abertura de Carlos e Susan para receber sugestões e abrigar amigos. Diferente da casa de repouso que é uma instituição já um pouco mais fechada, possui administradores, esquema da formalidade... (J., 39 anos, professora).

A congregação de pessoas no “novo” Espaço Yoga e a existência de propostas que, segundo nossa interlocutora, foram co-regidas por frequentadores do espaço e terapeutas, nos levou a admitir uma inversão nos caminhos trilhados entre a Casa de Repouso e o Espaço Yoga. Embora este não seja exatamente um estudo comparativo entre os dois espaços terapêuticos, permitimo-nos a análise desta suposta inversão de caminhos para aprofundar a questão da reciprocidade do/no cuidado.

A inversão se refere, precisamente, ao fato de que, na trajetória de constituição da Casa de Repouso, como já sublinhamos, observou-se um movimento associativo, de início, que se enfraquece à medida que o trânsito no espaço se restringe à contratação de serviços. Contrariamente, observamos um Espaço Yoga inicial que estava, também, praticamente restrito a esta dinâmica e o que se virá a observar, em sentido inverso, no novo Espaço Yoga, é o alargamento das possibilidades de encontros casuais, de confabulações, de compartilhamento de projetos, sonhos, etc.; a superação da presença mediada exclusivamente pelo crédito monetário; a abertura para a circulação de créditos de outras ordens e

naturezas; em suma, a liberação do fluxo da dádiva, que trouxe, por conseguinte, perspectivas e possibilidades renovadas na construção do *cuidado*.

3.2.1 O novo Espaço Yoga

No que diz respeito à disposição do espaço, o novo Espaço Yoga apresentava instalações bem convidativas à proposição de encontros, reuniões, festas e outros eventos. Tratava-se de um antigo casarão de sete quartos que se transformaram em salas de atendimento. Um corredor conduzia até a sala principal, que se tornou um espaço de convergência de pessoas que ali circulavam, dada a disposição horizontal do imóvel. Nesta sala, alguns artistas plásticos da cidade propuseram deixar suas obras à mostra e conceder uma comissão para o espaço, a cada venda. Outro corredor conduzia à cozinha, ao quintal e a um salão mais reservado onde aconteciam as sessões de yoga. Esta outra parte do imóvel dava uma qualidade mais informal e, ao mesmo tempo, aconchegante para quem circulava por lá: uma cozinha de frente para um grande quintal com árvores frutíferas e que, também, aos poucos foi se transformando através de pinturas, esculturas, artes com material reciclado, enfim, uma transformação não exatamente planejada, mas espontânea e gradual, que, certamente, se encaixava na marca que se quis dar ao “novo” Espaço Yoga.

Neste espírito, muitos saraus culturais foram organizados no espaço, recitais, apresentação de bandas, mostras de filmes, workshops temáticos ligados à promoção de saúde, além dos já citados debates voltados para a conscientização política em relação ao consumo de alimentos industrializados e à indústria farmacêutica. Como sublinha Moreira, em suas considerações acerca de dádiva, reciprocidade e associação em redes, pode-se inferir que o espaço tomava uma direção de realização conjunta cuja base de organização não era, exatamente, uma prestação de serviços do terapeuta para o cliente, mas “o reconhecimento por parte do grupo e de si como um potencial *oferecedor*” (2006, p. 290). As transformações do espaço eram fruto da passagem de pessoas e grupos, das ligações transitórias ou duradouras entre os grupos, dos ideais e projetos compartilhados. “O espaço está aberto a propostas”; “a gente pode fazer as coisas acontecerem por aqui” eram falas recorrentes em nossos contatos.

Figura 32 – Frente do Casarão – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Figura 33 – Lateral do Casarão, entrada para o Ateliê – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Figura 34 – Café da manhã orientado – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

As Fotos 33 a 37 foram feitas durante um evento realizado no espaço (Bazar do Casarão), em que foram realizadas atividades artísticas, terapêuticas e também a comercialização de produtos regionais, trocas de livros, roupas e obras artísticas.

Figura 35 – Troca de livros no Bazar do Casarão – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Figura 36 – Sebo improvisado na sala de acupuntura no Bazar do Casarão – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Figura 37 – Arte feita em cabaça (Sítio Tibau) no Bazar do Casarão – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Figura 38 – Artes feitas em Sisal (Artesãs do Quilombo de São Tomé) no Bazar do Casarão – Novo Espaço Yoga – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Figuras 39 e 40 – Sessão pública de Yoga na Praça, em frente ao Espaço Yoga – Jacobina, Bahia



Fonte: Acervo da autora

Os eventos constantes tornavam o Espaço Yoga um lugar de efervescência e criação. Não por acaso este movimento atraiu mais dois grupos de profissionais que se interessaram em compor com o espaço. Até então, os profissionais que prestavam serviços no local eram o próprio Carlos, com o seu trabalho com as medicinas tradicionais, e Morgana⁶⁰, que atuava com massagens terapêuticas e estéticas. Em 2011, um casal de artistas plásticos que já expunham seus trabalhos no espaço, formalizou uma proposta de ocupação de uma das salas com um ateliê. E assim, esta “ocupação artística” foi realizada em uma das salas da frente do casarão, atraindo o público, pessoas que ali circulavam e consideravam a sua simples presença no local como “algo terapêutico”.

Como ressalta Teixeira, o cuidado sensível, do domínio do estético, não se dissocia necessariamente dos aspectos técnicos ou formais. Assim, era possível observar que a presença dos elementos artísticos no espaço acentuava esta ligação com o cuidado sensível, com a vivência do humano, compunha com o cenário do *cuidado*. E assim, nas teias de uma “ética e estética da existência que passa pelo desejo” (TEIXEIRA, 2005), se tecia os delicados fios do cuidado, equiparando-se vivências terapêuticas individuais às efervescências coletivas nos domínios ético-estético-políticos.

No ano de 2012, mais uma novidade fez do Casarão um local com uma frequência cada vez mais assídua: a chegada de uma nutricionista especializada

⁶⁰ Pseudônimo.

em trofoterapia na cidade, Neide⁶¹. Por declarada afinidade, Neide se aproximou do espaço Yoga e de suas rotinas. Ainda sem certezas a respeito de sua permanência na cidade, formalizou uma proposta de atuação que foi concebida em conversas informais, em sonhos projetados em encontros casuais, antes ou depois das sessões noturnas de Yoga, momento que reunia um maior número e diversidade de pessoas no Casarão.

Decidida a corresponder a algumas destas demandas, Neide iniciou o seu trabalho como nutricionista. Suas orientações dietéticas, contudo, traziam uma novidade relativamente desconhecida para algumas pessoas e a ausência de um restaurante que garantisse as refeições balanceadas conforme os princípios da trofoterapia a fez, também, propor ao espaço a ocupação da cozinha, tendo em vista o fornecimento de quentinhas para suas clientes. Com o tempo, algumas pessoas solicitaram que as refeições pudessem ser servidas no próprio casarão, aliando a nutrição à socialização, uma ideia que já se projetava nos encontros realizados pelos coordenadores e colaboradores do espaço. Com o Ateliê e o Espaço Gourmet recém-inaugurados, o Casarão passava se destacava como lugar de encontro, de celebração de alianças, identificando-se, progressivamente, com uma proposta de cuidado que ampliava a noção do puro tratamento alternativo e propunha uma virada ético-estética nas concepções comuns de corpo, saúde, doença bem como nas relações estabelecidas entre terapeuta e cliente, já que as propostas que se desenrolavam apresentavam este caráter de co-laboração.

Esta característica tornava o espaço evidentemente mais convidativo para aqueles que viam o processo terapêutico também como a liberação de uma energia criativa, uma mudança em uma rotina cansada e repetitiva que gerava estresse e outros desequilíbrios considerados fontes das doenças. Contudo, por vezes, alguns excessos, no que diz respeito à informalidade do espaço e a pressuposição de laços de amizade entre clientes, terapeutas e outros frequentadores, desagradava. A ausência de recepcionista ou secretário que pudesse auxiliar no acolhimento e no aviso em tempo hábil do cancelamento de sessões ou consultas, parecia exigir demais de um público menos acostumado às dinâmicas vivenciadas no espaço. Pode-se dizer que, se, por um lado, existiam ganhos na abertura e na vivência terapêutica como uma experiência criativa compartilhada, por outro, o caráter

⁶¹ Pseudônimo.

anticonvencional do espaço também colocava o risco de reduzi-lo exclusivamente a um encontro entre semelhantes.

3.2.2 O trabalho dos terapeutas

A criação do Espaço Yoga, no final da década de 90, trouxe para a cidade a oportunidade de entrar em contato com novas formas de cuidados associadas a um movimento mais global em defesa das “terapias alternativas” que, embora tenha origem nos movimentos da contracultura, na década de 60, são recuperados na década de 90 sob a legenda da “Nova Era”. Coube a Carlos materializar este interesse inicial em uma proposta de atuação profissional e, desta forma, aceitar o desafio de difundir, orientar e aproximar estas novas referências das dinâmicas já existentes na cidade.

Com o seu trabalho como instrutor de yoga e acupunturista, muitas pessoas tiveram acesso às explicações de mundo, de corpo, saúde e doença baseadas nas terminologias que se popularizavam tais como energia, vibração, holismo (TAVARES, 1999), entre outras. A sua forma de atuar como terapeuta contemplava explicações e instruções com as quais buscava facilitar a assimilação e a familiaridade por parte dos seus clientes no contato com estas novas terminologias. As informações que procurava fornecer, tanto nas sessões de yoga, como nas sugestões terapêuticas individuais e, até mesmo, nas situações de entrevista, eram indicativos de que seu propósito e atuação iam um pouco além do que simplesmente oferecer uma nova modalidade de tratamento em saúde.

Deste modo, o pioneirismo dos profissionais que trabalharam, desde o início, na consolidação de uma cena terapêutica alternativa em Jacobina, exigiu o empenho em fazer circular um saber, em fornecer subsídios para a assimilação destas “novas” formas de conceber o corpo, a saúde e a doença. Compreendemos aqui que, na ausência destas dádivas, que sempre excederam a mera prestação de um tratamento de saúde alternativo, dificilmente se constituiria uma clientela cativa disposta a co-atuar, promover e aprofundar os novos entendimentos que circundavam o sentido do que se convencionou chamar de terapêutico (TAVARES, 1999).

Para Carlos, iniciar esse trabalho implicou também em encarar um risco, mas conforme nos relata, “não se sentia ameaçado”, pois compreendia que era

necessário se fazer entender para realizar o trabalho. Com isto, as suas sessões de yoga muitas vezes se transformavam em palestras, conversas e momentos de compartilhamento de experiências nos quais ele fornecia interpretações das situações apresentadas conforme a “visão holística” que procurava disseminar.

Inicialmente, seu trabalho com a acupuntura foi associado à magia. Os efeitos mágicos das agulhas no controle de determinados sintomas trazia uma sensação ambígua de satisfação e desconfiança à sua clientela. Como o princípio da acupuntura é o desbloqueio da energia, o encaminhamento para as sessões de yoga facilitava o entendimento de que era possível reduzir sintomas indesejáveis com manobras no próprio corpo. Assim, ressalta, procurou despertar, ao longo destes anos de atuação, uma atenção que, progressivamente, se dirigisse às possibilidades da autocura, avaliando esta perspectiva como algo que confronta as práticas médicas contemporâneas, centralizadas na figura essencial do médico.

Embora a redução de sintomas possa ser percebida nas primeiras sessões, Carlos condena a prática da acupuntura como analgésico. Conforme avalia, esta prática está comprometida com uma visão médica ocidental, ferindo os princípios essenciais das medicinas tradicionais que utilizaram a acupuntura.

Descreve-nos a sua forma de conduzir o tratamento a partir da noção de “sistêmico”. Ao receber um cliente, os primeiros passos estão destinados ao fortalecimento de sistemas fundamentais que, em sua avaliação, são aqueles associados às emoções e à libido. Para ele, é fundamental começar o trabalho por aí, porque o desequilíbrio destes sistemas é usualmente a fonte de muitas doenças. Trabalhando no sentido do equilíbrio das emoções e na recuperação da “capacidade desejante” (ação terapêutica da acupuntura direcionada aos sistemas que “comandam” a libido), conforme observa, promove uma melhora significativa nas queixas apresentadas.

O segundo passo proposto por Carlos é inspirado na auriculoterapia francesa e se constitui em um trabalho direcionado ao tratamento da “cicatriz psíquica”. Esta etapa é considerada um processo que pode até levar alguns meses ou anos, pois pressupõe o contato do cliente com alguma situação traumática que deixou uma marca cuja lembrança é muitas vezes inacessível. Acelerar este contato pode ser perigoso. Então, ao longo do tratamento, é possível que este cliente vá consciente e inconscientemente se reconciliando com esta dor, com estes acontecimentos. E assim, algum bloqueio que, inicialmente, parecia um mistério, se

desfaz de maneira gradual e assistida. À medida que certas lembranças emergem, o controle das emoções e sintomas indesejáveis também é feito, reequilibrando os sistemas necessários. Assim, o desaparecimento de sintomas é visto como consequência de uma reestruturação, como expresso no relato de uma de suas clientes:

– Minhas filhas diziam que eu estava “fora do ar”, perguntavam “Carlos o que é que você tá fazendo com mãeinha? Mãinha tá fora do ar, mãeinha não liga mais pra nada. A gente fala com ela, e agora que ela antigamente não deixava passar nada, mas agora nem liga”... E muita coisa eu deixava passar mesmo, porque pra mim não adiantava fazer um tratamento se era pra continuar louca e estressada como eu era. Aqui com Carlos eu tô mais ou menos uns nove anos, ou mais, nem sei direito quanto tempo e eu me modifiquei muito, era uma pessoa muito mais tensa, preocupada, vivia cheia de problemas de saúde, nervosa, assumia tudo pra mim, até o dia que perceberam uma mancha no meu corpo, era vitiligo e foi aí eu vi que eu fui levar tudo quanto é tratamento a frente e fiquei com Carlos até hoje. (M, 63 anos, aposentada, cliente tratada através da acupuntura há nove anos).

Ainda conforme a descrição que Carlos nos faz de sua conduta terapêutica, estes passos iniciais, na maioria das vezes, já geravam efeitos percebidos como uma melhora na vitalidade. Mas ele não excluía a possibilidade de que alguns sintomas deveriam ser controlados, contanto que se tivesse em mente que o sintoma é a “parte visível do distúrbio” e que a sua supressão não significava que o problema tivesse sido superado. A doença, assim como a cura, é um estado, afirmava Carlos, “uma questão de vibração momentânea”. Em nenhum dos casos algo permanente, pois “a dinâmica do ser é transitar entre desequilíbrio e equilíbrio”. Conforme defendia, o ser deve sempre procurar “aprimorar-se no sentido de autoconhecimento e autocura, para que assim possa reequilibrar-se de maneira cada vez mais consciente e eficiente”. “A meta é a autocura”, afirmava, e o principal empecilho para isso, insiste, “é a aliança que a medicina estabeleceu com a indústria farmacêutica”.

A eficiência de Carlos como terapeuta sempre aparecia como fruto de uma relação bem sucedida que ele estabelecia com o cliente. Em muitos casos, havia uma mistura de referências na narração dos clientes a respeito das suas melhoras, em que não só o controle de um sintoma era trazido à tona, como também o carisma pessoal de Carlos. Em uma dada ocasião, realizou um atendimento

coletivo que, para além dos desafios previsíveis, teve em verdade um clima festivo. Era um atendimento em família. Depois de colocar as agulhas em um garoto de 10 anos, enquanto elas “faziam efeito”, aplicava ventosas na avó, uma senhora de seus 82 anos. Então Carlos se dirigiu a mim, sorridente e tranquilo, explicando que ali acontecia um atendimento semelhante aos atendimentos que ocorriam na China, que é “todo mundo junto e conversando”, justificou. Neste meio tempo, a nora, mãe deste menino já aguardava o seu momento de atendimento, enquanto narrava empolgada, os efeitos de sua última sessão:

– Isso é bom pra gente [a sessão coletiva], porque a gente socializa, troca informações, e também faz parte da terapia poder falar do problema, assim descontraída, esse é o momento. A gente vê o resultado. Minha sogra ficou elétrica, festa toda hora. Eu tive um problema muito sério, a partir de uma sequência de perdas [mortes] que sofri num espaço muito curto de tempo, tinha insônia, pânico, fiz tratamento até com tarja preta. Ficava fechada em casa, isso não me ajudava. Procurei também alternativas, fiz tratamento com fórmula. Aí recebi uma indicação de uma prima que se tratou em tempão com Carlos, e ela me indicou. O bacana de Carlos é que ele tem uma empatia tão grande que quando a gente conversa com ele parece que a gente conhece ele há muito tempo. Isso ajuda muito, me passa confiança, né Carlos?

Percebi que alguns dos seus clientes se mobilizaram para estruturar o seu atendimento quando ele precisava se deslocar do Espaço Yoga. Em uma das localidades fora de Jacobina, ele atendia em um espaço exclusivo, com copa, cozinha e banheiro, cedido por uma de suas clientes, com maca adequada para massagens e acupuntura. As suas refeições também eram garantidas e, neste mesmo dia, recebeu “de presente” de uma outra cliente um kit com materiais auxiliares para a acupuntura (algodão, álcool, potes para dispensar agulhas, etc.). De fato, íamos experimentando a sensação de que tudo que ele precisava, ia sendo providenciado. Algumas pessoas se queixavam pelo fato de ele ter demorado muito desde a sua última visita. Era evidente que as pessoas ali enalteciam a sua presença e os efeitos de suas agulhas. Embora as suas visitas fossem um tanto incertas, pois nem sempre podia se afastar do Espaço Yoga, Carlos acolhia as queixas pela sua falta, porém mantinha certo distanciamento, em uma tentativa quase velada de desconstruir a imagem de “caridoso” que, facilmente, se formava em torno dele. Em seus primeiros atendimentos, relata, era muito comum as

peças associarem o seu trabalho a um dom de Deus, um homem que operava milagres, que curava os pobres, já que ele fazia também atendimentos sem cobrar. Esta imagem cristã, no entanto, não correspondia tanto aos princípios taoístas a que Carlos se referia com maior frequência, embora a compaixão não estivesse descartada.

Contudo, a referência à fé é um elemento universalmente aceito no contexto estudado. O consenso relativo a este elemento também é facilitado pela abrangência de sentido atribuído à palavra, proporcionando o acolhimento das referências religiosas, a mistura de referências cristãs e pagãs bem como a tradução da palavra simplesmente em uma relação de confiança e determinação da própria cura. Essa elasticidade do sentido que traz o elemento fé, a torna a *condição sine qua non* para a eficácia do tratamento, na opinião de basicamente todos os terapeutas e clientes escutados.

A contrapartida desta confiança na capacidade do corpo de se restabelecer é sintetizada nos excessos da medicina científica que, segundo Carlos, é “produtora de doenças”:

– *O excesso de diagnósticos e de exame faz da pessoa doente. Às vezes você está com uma concentração acima do esperado de células cancerígenas, mas é transitório, daqui a pouco o próprio corpo se encarrega de livrar-se destas células, mas aí pode ser que um exame médico seja realizado bem no momento em que estes picos de células podem ser detectados e se cria uma situação e daí pra quimioterapia é um pulo. Isso pode ser momentâneo porque o nosso organismo a cada 48 horas se altera.* (Carlos, relato verbal).

Ao final da nossa conversa, reitera: “o grande problema da saúde é que ela virou um negócio”. Carlos sempre permeia suas análises com críticas à medicalização, à produção de doenças, a mercantilização das práticas em saúde (MARTINS, 2003). Desde os nossos primeiros encontros, trouxe estas questões como fonte de suas preocupações e como um dos temas que trazia em suas palestras abertas ou encontros de formação. Acrescentou ainda, que embora perceba uma relação bastante nociva entre a medicina científica e as “indústrias de produção de doenças” (medicamentos e aparatos técnicos), o risco de tornar a saúde um negócio atinge a todos, inclusive aos terapeutas mais críticos. Sobre a sua relação com o dinheiro, comentou:

– *Um dos maiores perigos é que ao começar a ficar famoso e a vaidade tomar conta, isso fica sério, porque se você passar a enxergar o cliente como um fornecedor financeiro, você se afasta do ideal da autocura, isso não vai mais lhe interessar. É muito grave porque você não vê ali alguém que precisa de ajuda para compreender que é capaz de se curar e sim como alguém que paga suas contas. Eu nunca cobrei consulta pendurada, mas também é raríssimo alguém não me pagar. Os atendimentos 0800 eu faço também, e eu percebo quando alguém não pode me pagar. Eu me oriento pelo princípio taoísta de “deixar ir”, pois tudo que vai de algum modo volta. E já aconteceram situações incríveis de pessoas que não me pagaram e que depois de muito tempo lembraram de me trazer algum benefício, e eu nem lembrava mais o que deviam, quanto deviam.*

Carlos reafirma a informalidade das alianças que estabeleceu ao longo de sua prática como terapeuta que, em seu entendimento, são tão firmes e exitosas quanto livres de um enquadramento funcional. Associava a possível “formalização do espaço” ao caráter de “prestador de serviços”, que rejeitava. Ao contrário, era através de uma ampliação das possibilidades de dar e receber que ele investia em uma espécie de “co-atuação não institucionalizada”:

– *A única explicação que eu achei foi no taoísmo, porque no taoísmo se diz o seguinte: pra quem é curador, o prestador de serviço de saúde o taoísmo diz assim: se você monta um negócio na saúde, aí deixa de ser saúde, porque quando você monta um negócio, você passa a ter vários sócios (município, estado, governo federal), então você vai entrar na rigidez dos impostos, vai sentir a necessidade de cobrar, a relação muda com o status que se impõe. Alguém que me procura como terapeuta, vai lá pela boca de outro, e é nesse sentido que se constrói uma irmandade, uma cooperação, uma colaboração...*

Não poderíamos deixar de observar que as considerações de Carlos acerca do Taoísmo em grande parte se assemelhavam à crítica antiutilitarista que os teóricos da dádiva recortaram a partir de Mauss. Não à toa, o Espaço Yoga, sob a administração de Carlos e Susan, sua esposa, era um espaço tão fecundo, no sentido dos agenciamentos coletivos, das efervescências que mantinham ali um bom número de pessoas empenhadas em colaborar e usufruir juntas daqueles bens. Esta dinâmica do Espaço Yoga possibilitou a afinação do trabalho de Carlos com outros profissionais, alguns que se formaram no próprio espaço, os quais além de participarem das dinâmicas já existentes também passaram a propor trabalhos

terapêuticos, ampliando as redes de colaboração e a circulação de pessoas no espaço. Estes terapeutas tiveram uma importância grande, no sentido, já apontado anteriormente, de evitar que o local se reduzisse a um mero “encontro de parceiros afins”, simbolicamente “vedado” a quem não compreendesse o que ali ocorria.

3.2.3 Terapeutas parceiros do Espaço Yoga

A primeira parceria no trabalho terapêutico lograda por Carlos foi declaradamente um fruto do seu trabalho de formação difuso e pulverizado nas sessões de yoga e outras práticas inspiradas nas medicinas tradicionais chinesa e indiana. Morgana, cliente de Carlos desde o início de sua atuação, depois de círculos de formação em yoga e massagens terapêuticas, iniciou-se como terapeuta, ocupando umas das salas do Casarão, como também era conhecido o novo Espaço Yoga.

Semelhante a outros relatos em que os terapeutas falaram de sua iniciação profissional, Morgana nos narrou o seu encontro com as terapias naturais como um “*divisor de águas*”. As mudanças de perspectiva de vida proporcionadas por aqueles momentos formativos das sessões de Yoga e o próprio contato com Carlos, em um momento em que ele estava totalmente empenhado em facilitar a assimilação daqueles “novos saberes”, a fez considerar fortemente a possibilidade de não apenas trazer estas práticas para sua vida pessoal, mas, também atuar como terapeuta.

Refletindo esta possibilidade de mudança através do encontro terapêutico, Morgana descreve seu caminho profissional, entrelaçado ao drama pessoal, como uma cadência alteridade–individualidade–alteridade, marcando o encontro com Carlos como disparador de suas mudanças internas, por sua vez propulsoras de um movimento “rumo ao outro”.

Relata-nos que chegou ao espaço de Carlos com um grau insustentável de confusão, que progredia para um quadro depressivo. No contato com Carlos, os sintomas, tratados a partir de desequilíbrios, eram atenuados. Em sua análise, a abordagem que Carlos fez da sua doença a trazia para o centro, “para a presença e não para ausência”, recobrando a sua força física e emocional. “Este caminho de *autorrecuperação mediada* por Carlos não só me curou como produziu em mim um desejo grande de atuar, de desenvolver um trabalho”. E assim se formou uma ponte

entre o trabalho pessoal e profissional, que permitiu o acesso de Morgana ao novo Espaço Yoga na condição de terapeuta. Do “chamado atendido” para conhecer mais a fundo o que se passava consigo e, ao mesmo tempo, também, o que se passava com o mundo, materializado graças ao “clima do Espaço”, de co-laboração, de co-atuação, resulta a sua formação como instrutora de Yoga e massoterapeuta.

Embora eventualmente substituísse Carlos, facilitando as sessões de Yoga, Morgana aprofundou o seu trabalho com massagens terapêuticas, explorando uma diversidade de técnicas. Ela esboçava alguma preocupação com o crescimento do seu trabalho, atenta aos impactos da sua atividade profissional sobre a saúde. Temia, de certa forma, que alguma desconexão se fizesse em relação às bases iniciais do autocuidado, lembrando a própria trajetória pessoal/profissional que se originou de uma “graça” recebida: aquela que a colocou como responsável pelo seu próprio corpo e sua saúde, sinalizando o caminho do autocuidado.

Vigilante, Morgana mantinha a sua sala no Espaço Yoga, mesmo recebendo muitos convites para atuar em clínicas que ofereciam serviços convencionalmente classificados como “estéticos”. Ela rejeitava esta definição. Foi durante a conversa com Morgana que descobri que as trocas entre os terapeutas em Jacobina se davam também através de trabalhos terapêuticos de um para o outro. Destarte, era possível trocar sessões de yoga por massagens, ou sessões de acupuntura por atendimentos com bioenergia e assim por diante.

“Que teu alimento seja teu remédio, que teu remédio seja teu alimento”: esta frase de Hipócrates é utilizada de maneira recorrente nos espaços terapêuticos de Jacobina para destacar a correção dietética como um dos pontos centrais dos tratamentos realizados. O trabalho com a trofoterapia⁶², que chegou ao espaço em 2012, embora recente, imprimiu rapidamente uma nova dinâmica. A rapidez com que se estabeleceu foi explicada como uma resposta à demanda já existente no espaço, desde a sua inauguração: a da criação de uma cantina que oferecesse alimentação natural.

A chegada de uma nutricionista com esta orientação na cidade foi a oportunidade de materialização deste projeto. Neide, responsável por trazer este trabalho para o Espaço Yoga, recém-chegada, relatou-nos que a aproximação com

⁶² Conforme Azevedo (2007), a Trofoterapia deriva da junção das palavras gregas “trophos”, que significa “alimento”, e “therapeia”, que indica tratamento de doenças, ou seja, corresponde, literalmente, ao tratamento de doenças através do alimento.

o lugar se deu, a princípio, por afinidade. Com a frequência das aulas de Yoga, a presença em eventos organizados no espaço e a aproximação com Carlos e com o grupo de pessoas que ali transitavam, reconheceu a demanda e foi provocada a corresponder. Propostas e contrapropostas foram feitas no sentido de atender a esta demanda e, em pouco tempo, a orientação nutricional instruída pelos princípios da trofoterapia integrou o quadro de trabalhos terapêuticos do espaço.

Baseada nestes princípios, Neide propunha uma revisão nas práticas dietéticas observando dois pontos fundamentais: 1. havia um alto índice de desnutrição na cidade, muitas vezes associado a um quadro de obesidade, relação que era avaliada como desequilíbrio na distribuição dos alimentos; e 2. a necessidade de reconhecimento das classes de alimentos e do aproveitamento do bioma local para o provimento das necessidades dietéticas. Com isto, Neide propunha a utilização de alimentos, tais como o licuri, a palma-nativa, a batata-doce e outras culturas nativas, em substituição aos alimentos industrializados e/ou produtos trazidos de outras regiões, em sua maioria, prejudicados pelo uso de produtos químicos para cultivo e conservação.

A exploração do ambiente, o “olhar ao redor” e o reconhecer o seu próprio alimento era também utilizado como metáfora para indicar o caminho das relações como fonte de vitalidade e cuidado diário. Neide afirmava que, com muita tranquilidade, reconhecia a orientação nutricional como cerca de 20% do trabalho do indivíduo no cuidado com a saúde. Os 80% restantes, dizia: “*é buscar a própria felicidade*”.

Sua contribuição recém-chegada parecia se alinhar perfeitamente à forma como os frequentadores veteranos percebiam o Espaço Yoga: um lugar aberto a proposições em que se combinavam cuidados corporais, relaxamento, cura, arte, festa. Se, por um lado, terapeutas e clientes enfatizam que os tratamentos naturais exigiam de seus clientes uma participação mais intensa e um envolvimento maior com sua cura, o Espaço Yoga parecia sintetizar este espírito como um convite aberto para a materialização de desejos pessoais e coletivos.

Neste sentido, Neide se referia ao lugar como a proposta de um “ambiente saudável” dada a amplitude de possibilidades de realizações. Ela própria cita, como uma experiência de realização pessoal, a sua participação na proposição e organização de um bazar artístico que durou um final de semana, em que o Espaço Yoga abrigou uma série de atividades, tais como exposição do trabalho de

diversos artistas e artesãos da cidade e região próxima, apresentações musicais, vendas e trocas de roupas, livros, peças de decoração, alimentos, práticas integradas de yoga, alimentação natural, palestras e exibição de filmes. Todas estas atividades organizadas através de uma parceria entre os terapeutas, clientes e frequentadores do espaço, com entrada gratuita e convite aberto para contribuição e co-realização.

Para Neide, a sua atuação profissional tem de abarcar esta movimentação, pois isto faz parte da sua vida. Em frente a sua sala de atendimento, estava o ateliê de Francisco e Carla⁶³, artistas plásticos com quem efetuou muitas trocas, incluindo a de serviços por peças de arte. Sua sala de atendimento, apesar da disposição de móveis semelhante à de um consultório médico convencional, exibia uma decoração e ambientação peculiares. Na porta da sala, um tapete de retalhos e sobre ele um vaso de plantas ornamentais coloriam a entrada. No interior, pinturas e painéis esculpido quase ofuscavam a pequena balança, item básico em um consultório de nutricionista. Na tentativa de reduzir os problemas enfrentados pelos seus clientes em colocar em prática a dieta sugerida, Neide montou uma pequena cantina natural nas instalações da cozinha do Espaço Yoga. Além do serviço de almoço, também passou a fornecer alimentação natural para os eventos que ali ocorriam.

A solicitação para ampliação do espaço destinado à refeição levou a uma ocupação da sala principal do espaço Yoga, no intervalo de 11:30h às 14:30h. Uma grande e única mesa no centro da sala era o local em que conhecidos e/ou desconhecidos se encontravam e dividiam o momento do almoço. Frequentemente, Neide aproveitava a ocasião da “mesa cheia” para explicar a função de cada classe de alimentos, sinalizando para uma mudança de perspectiva com a proposição de uma nova pirâmide alimentar⁶⁴. Como o restaurante era aberto ao público, os frequentadores, fossem clientes seus ou não, usufruíam do benefício desta “instrução nutricional” prestada. Os almoços tinham, assim, uma atmosfera de encontro e celebração.

A intensificação do fluxo de pessoas no Espaço Yoga proporcionada pelas novas alianças que confluíram naquele momento de efervescências,

⁶³ Pseudônimos

⁶⁴ A pirâmide alimentar, criada em 1992 pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, é um instrumento, sob a forma gráfica, de orientação da população para uma alimentação mais saudável (PHILIPPI et al., 1999)

especialmente vivenciados entre os anos de 2011 e 2012, reforçava algumas das considerações já elaboradas a respeito da relação entre a construção do cuidado e o desenvolvimento de um “espírito comunitário”, não só aberto à composição, como também “provocador” de alianças. A solicitação da co-atuação terapêutica, caminho incontornável na prática das terapias integrativas, parecia atingir ali uma plenitude indescritível, embora não houvesse garantias de sustentação ou permanência, sobretudo material. O Casarão enfrentava problemas em sua estrutura física já ao final do ano de 2012 e a aversão à formalização ou institucionalização do espaço se tornava um verdadeiro impedimento não só para garantir aquela estrutura como também para ampliar o espectro de socialização da experiência enquanto dinâmica de “construção do cuidado”.

3.3 O CENTRO DE TERAPIAS HOLÍSTICAS

Ao se definir como *terapeuta holística*, Bernadete⁶⁵, responsável por um Centro de Terapias Holísticas na cidade, se dedicou ao trabalho de reunião e popularização das terapias naturais. Em sua trajetória, defendeu, firmemente, a possibilidade de integração de múltiplos recursos terapêuticos. O entendimento do holismo fornecia subsídios, de acordo com Bernadete, para que o ser fosse “compreendido como uma totalidade”; “Assim, não há fragmentação”, reitera. “É um trabalho rumo à totalidade e não a um órgão isolado desta totalidade”, sublinha em referência à prática médica ordinária. Situando a sua narrativa a partir desta compreensão de totalidade e holismo que, como vimos, precedeu e contribuiu na construção de significados em torno do “integrativo”, Bernadete salientou que o trabalho do terapeuta holístico não precisa estar restrito a uma só modalidade de tratamento, pode explorar livremente todos os recursos existentes conquanto esteja comprometido com o ideal holístico de perceber o ser como uma totalidade integrada. O seu trabalho, como em outros casos, teve início em uma experiência pessoal, em que a cura de um problema de saúde significou um “mergulho intenso” no conhecimento das terapias alternativas.

A “*inteireza e entendimento do cliente*” durante o processo de seu tratamento é extremamente favorável à cura, ressalta: “*Muitas pessoas que chegam*

⁶⁵ Pseudônimo.

pra se tratar, vêm de uma experiência médica na qual estavam totalmente desinformados". Então, uma compreensão mínima do que ocorre com seu corpo e de como o tratamento será conduzido é uma das chaves importantes para a adesão deste cliente ao tratamento, explica Bernadete.

Quando esta experiência do cliente avança, ganha uma intensidade e interesse maior na vida da pessoa que buscou o tratamento, o envolvimento com as terapias ultrapassa o drama pessoal e é neste ponto que, em alguns casos, se constrói uma trajetória profissional e/ou um processo de engajamento, participação e até proposição de atividades terapêuticas: "*Este foi o meu caso*", conclui. Nossa interlocutora se referia a esta experiência como o seu "*ponto de mutação*", um momento em que sua jornada pessoal a incitou a "*trilhar o caminho de terapeuta*".

Conforme Bernadete, nos quadros mais graves⁶⁶, casos em que não existia cura pelos métodos convencionais ou quando isto envolvia procedimentos muito dolorosos e arriscados (cirurgia e quimioterapia, por exemplo), a entrega do cliente ao tratamento natural "é total". Relata:

– A gente tem essa característica enquanto terapeuta, a gente já está no fim da fila... então todo mundo vai buscar antes a medicalização... Quando estão cansados desta busca eles vêm buscar um terapeuta, mas aí eles já buscam um terapeuta não mais buscando essa cura, eles querem bem mais do que apenas a cura física. Por isso eles aceitam. Quando alguém vem ao terapeuta buscando apenas a cura física, dificilmente aceita, dificilmente termina o tratamento... porque o tratamento natural é mais do que um tratamento, é um resgate de si, vamos dizer assim, vai resgatar a apropriação de si mesmo. Porque você vai aprender a se conhecer e a cuidar de você.

Então, para Bernadete, essa entrega era ao mesmo tempo a chave da cura e a aceitação de uma experiência inteiramente nova. Sem muitas certezas, envolvia "risco e aposta" (CAILLÉ, 2002a ou b?, p.58). Interpretada como um "ato de amor a si próprio", a entrega era também o ponto inicial e incontornável para o estabelecimento do vínculo, que modularia, então, a relação entre as partes envolvidas no processo (terapeutas, clientes, familiares, etc.). Para a terapeuta,

⁶⁶ Evidenciamos aqui o caráter *autorreflexivo* de seu relato, em que busca generalizar a experiência terapeuta-cliente a partir de suas próprias experiências como cliente e, posteriormente, como terapeuta: Bernadete foi acometida de um raro câncer de pulmão, experiência que a levou ao contato com as terapias naturais.

apenas a partir deste ponto (desta primeira doação), o terapeuta poderia agir (seria capaz, então, de retribuir).

Do conjunto de “terapias integradas”, como Bernadete definia o seu trabalho, faziam parte massagens, aromaterapia, cromoterapia, acupuntura e alguns dos recursos terapêuticos do método da bioenergia (mudanças na dieta, aplicação do barro), embora ela não realizasse o O-Ring Teste. O seu espaço terapêutico era composto por duas salas, uma para atendimento individual e outra, mais ampla, para práticas coletivas, uma cozinha e um banheiro. A sala de atendimento tem um espaço diminuto mas bem aproveitado. A maca com os dispositivos elétricos para massagens fica ao centro e alguns assentos ao redor. É bastante iluminada e ventilada. As cores brancas e azul-clara predominam e conforme Bernadete, o espaço é harmonizado com a intenção de ajudar no equilíbrio das emoções. Símbolos cristãos e não cristãos se revezam nas paredes. A sala principal, na entrada, é circular e, da mesma forma, o ambiente é harmonizado revezando as cores branca e azul-claro.

Figura 41 – Sala de atendimento – Centro de Terapias Holísticas – Jacobina, Bahia, 2011-2012

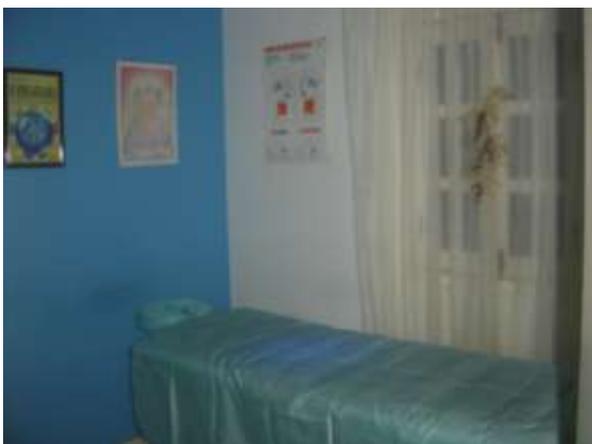


Figura 42 – Sala de Atendimento em preparação para Sessão de Cromoterapia – Centro de Terapias Holísticas – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

Bernadete ainda ressalta em sua narrativa a necessidade de ampliar o *cuidado*, abordando as emoções envolvidas em todo o processo. Foi também a partir da própria experiência que ela conseguiu dar os primeiros passos nesta direção:

– *Então eu me curei de um câncer o pulmão, fisicamente eu não tinha mais os tumores, mas eu tinha um mal estar terrível, eu não conseguia voltar ao normal, tinha muito medo, eu não dormia ainda, fiquei mais de 40 dias sem dormir, quase 4 meses sem dormir direito, eu fiquei muito angustiada, a doença não tinha passado, fui fazer terapia com um terapeuta mesmo, porque eu já tinha pesquisado muito sobre energia e preferi este profissional. Assim, ele cuidava de mim, e ao mesmo tempo em que eu estava fazendo o tratamento eu estava fazendo a formação com ele. Aí pronto, depois que eu terminei de fazer o curso eu comecei a deixar o estado e trabalhar como terapeuta, porque nesse período, pelo fato de eu ter me curado de um câncer, um monte de gente já me procurava para pedir orientação, saber como era, todas essas coisas, pessoas que me conheciam e outras não. Então eu resolvi começar a atender... Inicialmente eu fazia enquanto eu ainda tava no estado, um trabalho voluntário, só atendia algumas pessoas, como se fosse um estágio, e depois eu resolvi sair do estado e assumir essa profissão de terapeuta. Depois eu comecei a achar muito pouco só o trabalho holístico porque eu tinha sentido na pele, que havia tantas outras razões para o adoecimento, e aí eu fui fazer o curso de psicologia transpessoal... Fui fazendo vários cursos, em Salvador e São Paulo, eneagrama e constelações familiares, e aí eu assumi o meu lugar como terapeuta, resgatei a minha identidade. (relato verbal. Grifos meus).*

Observamos na fala acima uma distinção entre “trabalho holístico” e um “trabalho com as emoções”, que guardaria uma maior identificação com o apoio psicoterápico, mas que não se restringiria ao domínio da psicologia. Nossa interlocutora, neste caso, contrariamente ao que propõe os adjetivos “integrativos” e “holístico”, reforçava ali as dicotomias entre tratamento médico ou psicoterápico e “terapias alternativas”; entre domínios técnicos e práticos; entre “energia” e biologia e assim por diante.

Esta motivação extra pelo trabalho rumo ao “equilíbrio emocional” também a impeliu à realização de trabalhos complementares, com formatos e desdobramentos bem distintos:

- Cursos de formação, workshop e palestras – em parceria com o Espaço Yoga.

- Vivências com Eneagrama⁶⁷ e Constelações Familiares⁶⁸ – eventos realizados no Mosteiro de Jequitibá⁶⁹, povoado pertencente ao município de Mundo Novo-BA, que fica a 105 km de Jacobina;
- Grupo de estudo Um Curso em Milagres – identificamos esta experiência como integrante dos círculos de práticas cuidadoras (CPC)⁷⁰ observados em Jacobina.

Figura 43 – Estudo “Um Curso em Milagres”



Fonte: Acervo da autora

Bernadete definia o seu trabalho com os grupos como recursos que exploravam as bases psíquicas e emocionais da doença. Enquanto os cursos, workshops, palestras e vivências aconteciam de forma pontual, a partir de uma

⁶⁷ O eneagrama é um sistema de estudo da personalidade que descreve as manifestações da consciência conforme nove padrões ou tipos, representados em uma figura geométrica (HORSLEY, 2009).

⁶⁸ Hellinger e Hövel (2001) propõem as constelações familiares como uma técnica psicoterápica capaz de tornar visível uma dinâmica habitualmente oculta dos sistemas de relacionamento familiar.

⁶⁹ Como já mencionado, o Pe. Gonçalves, atualmente abade do Mosteiro de Jequitibá, foi um dos principais incentivadores das terapias naturais em Jacobina.

⁷⁰ Os Círculos de Práticas Cuidadoras serão melhor explorados no capítulo seguinte.

logística que envolvia pagamentos de taxas, certificados e uma exigência técnica de facilitadora dos processos terapêuticos por parte de Bernadete, o grupo de estudo estaria mais alinhado às propostas que definimos como Círculos de Práticas Cuidadoras (CPC).

3.4 O CLUBE POWER CRUNCH

O Clube Power Crunch é um centro de tratamento corporal que associa o trabalho da quiropraxia com condicionamento físico e artes marciais. Os trabalhos do centro se iniciaram em 1988, na cidade de Juazeiro-Ba, e foram motivados pela presença de uma colônia japonesa naquela cidade. Lúcio⁷¹, que é o terapeuta responsável pelo estabelecimento, nos relatou que a fruição das terapias de origem nipônica, em função da presença de seus descendentes em Juazeiro, facilitou a formação de muitos mestres, mais especificamente na prática do judô. E foi a partir deste contato que iniciou os seus estudos como instrutor e, posteriormente, quiropraxista.

A partir do trabalho com o judô, e também com o yoga e o shiatsu⁷², ambos trabalhados pelos mestres de origem nipônica, em Juazeiro, Lúcio se interessou pela quiropraxia, que guardava certa identidade com o trabalho realizado nas sessões de shiatsu. O fato de a quiropraxia, assim como o shiatsu, exigir a manipulação do corpo do cliente tornou obrigatório, conforme Lúcio, o deslocamento do seu lugar de instrutor para o lugar de terapeuta, embora aqui não se possa dizer que houve uma substituição de um papel pelo outro. O Clube Power foi transferido para a cidade de Jacobina no ano de 2006, em função da mudança de sua residência.

Conforme nos relatou, a sua formação como terapeuta quiropraxista orientou o seu trabalho “clínico” como um todo, de forma que associava às sessões de manipulação uma rotina de exercícios, propostos e acompanhados por ele mesmo. Deve-se a estas necessidades de restabelecimento físico, identificadas por Lúcio, a estrutura do Clube Power Crunch.

⁷¹ Pseudônimo.

⁷² Conforme Namikoshi (1992), Shiatsu é uma terapia corporal de origem nipônica que utiliza pressões com os dedos ao longo do corpo.

O espaço físico era dividido em dois níveis: térreo e primeiro andar. No primeiro andar, estava a sala onde ocorriam as sessões de quiropraxia e, no térreo, estava montada uma estrutura semelhante a uma academia, com diversos aparelhos para a prática dos exercícios sugeridos pelo terapeuta. Outra sala era reservada às sessões de yoga e judô, abertas também a outros públicos e não só aos clientes atendidos na quiropraxia.

A sala de atendimento, convencional, possuía uma maca para o trabalho de manipulação corporal e, ao lado, semelhante a um consultório médico, se observava que a mesa do terapeuta separava os lugares de terapeuta e cliente. O local destinado à prática de exercícios era bastante amplo e contava com uma estrutura de equipamentos suficientes para acolher mais de vinte pessoas ao mesmo tempo. A supervisão do trabalho era feita pelo próprio terapeuta.

Para Lúcio, a quiropraxia é a “*fisioterapia contemporânea*”, pois cuida das lesões exigindo posições anatômicas. “*É considerada holística porque o corpo é visto como um todo, não só a partir de um problema apresentado, quando se busca tratar algum mal da coluna*”, explica. Além disto, a quiropraxia se baseia também na premissa de que o corpo tem a capacidade de se autocurar:

– *Então as pressões que tão acontecendo sobre aquela vértebra têm uma razão de estar ali, há um porquê daquilo tá acontecendo com aquela pessoa. Aí no histórico a gente vai saber como é a vida daquela pessoa. Se fica muito tempo em pé ou sentado, se realiza uma atividade durante muito tempo, só usa um lado do corpo. Tudo deve nos interessar, até observar como aquela pessoa adentra o nosso consultório, como caminha, como senta, como se expressa, é um prazer pra gente essa observação, coisas que a gente não vê muito o médico se interessar em observar ou procurar saber.* (relato verbal).

Em sua narrativa havia também uma preocupação com o fato de que os médicos e outros profissionais de saúde tendiam a desvalorizar a técnica, ao tempo em que defendiam a sua exclusividade na aplicação e, até mesmo, a utilizam em seus consultórios. “*No Brasil já existem cursos de graduação voltados para a prática da quiropraxia, mas há um conflito de área com os conselhos de fisioterapia que defendem a sua exclusividade a título de especialização*”. Nesta briga, conforme Lúcio, estavam os quiropraxistas profissionais graduados e não graduados em fisioterapia. Mas a situação mais delicada era a de profissionais veteranos que praticam a quiropraxia na condição de terapeutas e que estavam sendo muitas

vezes questionados em relação a esta prática. Lúcio deixou transparecer uma grande apreensão em fazer parte do grupo de veteranos e ter a sua prática questionada, atualmente, em função destas disputas de campo.

Este conflito, de forma alguma, era um evento isolado, se levarmos em consideração a problemática que se formou em torno do “ato médico”. O acirramento das disputas de espaço de atuação profissional também podia ser interpretado como uma espécie de efeito colateral do movimento de profissionalização em torno da legenda “terapeuta”, observada a partir da década de 90. Para Lúcio, ainda havia muita timidez por parte dos terapeutas na busca do reconhecimento do seu trabalho.

Talvez por ter transferido o seu espaço terapêutico para Jacobina, com proposta e estrutura pré-fixadas, Lúcio tenha sido o único a expressar uma necessidade de “massificar” o conhecimento das terapias naturais na cidade. Estrategicamente, apresentou, durante o ano de 2011, um programa de rádio informativo, em que procurou incentivar a busca de terapias naturais. Eventualmente, neste mesmo programa, oferecia pacotes promocionais para tratamentos com a quiropraxia.

Para a nossa análise, cumpre ressaltar que, ao lançar mão de estratégias empresariais para a “promoção” do seu espaço e a “massificação” das “terapias naturais”, Lúcio assume um lugar bastante distinto dos outros terapeutas, lugar muitas vezes considerado pelos outros terapeutas como um “lugar de risco”: o do prestador de serviços, com risco secundário iminente de transformar o cliente em consumidor. Evidentemente estávamos ali, mais uma vez, diante do dilema do utilitarismo econômico nas práticas de cuidado e com uma gramática bem ajustada ao modelo utilitarista, tal como a oferta de pacotes e promoções, a divulgação baseada no critério de massificação e assim por diante. Neste sentido, a sua expressão como terapeuta é reveladora das distinções já apontadas entre práticas fundadas e moduladas a partir de relações de reciprocidade e práticas encerradas no campo da prestação de serviço terapêutico mediadas apenas por trocas monetárias. Com isto, ressaltamos, não estamos afirmando que a circulação de dádivas não existe para estas últimas. Como já expresso, a circulação de dons é fundadora de toda sociabilidade.

3.5 LOCAIS DE APOIO

A expansão das terapias integrativas em Jacobina, em que pese a consideração feita acerca do utilitarismo econômico, incitou o surgimento de uma rede de fornecedores de produtos naturais que, aos poucos, foram provendo o mercado local, em resposta à demanda crescente pelos tratamentos naturais. Obviamente, esta é uma relação bem mais complexa e envolve também a expansão econômica da cidade, o crescimento populacional, a diversificação do mercado local, entre outros. No entanto, com um olhar atento sobre o surgimento destes “locais de apoio”, é possível perceber a sincronia desta expansão com o progresso das terapias integrativas no município e a partir de quais movimentos o provimento de ervas e afins deixou de ser apenas fruto de trocas nas relações de vizinhança ou na circulação promovida pelos raizeiros e erveiros ambulantes.

A Casa de Repouso, por exemplo, inicialmente, era um projeto integrado à Cantina Tudo Natural, provedora inicial dos artigos de primeira necessidade demandados nos tratamentos. Em seguida, surgiram mais duas lojas de comércio de ervas e produtos naturais, a Bimboca e a RC Comercial, uma farmácia de manipulação de fórmulas e mais dois restaurantes naturais, além da Cantina. Os locais de apoio que destacamos em nossa pesquisa excediam o simples comércio de ervas, funcionando também como um local de atendimento para os terapeutas alternativos. São eles: 1. Cantina Tudo Natural; 2. Bimboca; e 3. Bazar Africano.

A Cantina Tudo Natural foi o primeiro espaço criado com o propósito de prestar um serviço de apoio. Como era inicialmente integrada à Casa de Repouso, funcionava em um imóvel de posse da Diocese. As suas instalações, até o ano de 2012, eram bastante amplas e abrigavam um restaurante natural, uma pequena padaria para a confecção de salgados, bolos e pães integrais e algumas salas de atendimento. Na parte da frente, funcionava o comércio de produtos integrais onde se podia encontrar uma diversidade de produtos naturais tais como ervas secas, tinturas, unguentos, mel, melaço, arroz e farinhas integrais, etc. Nos fundos, um grande pátio à sombra de mangueiras era o local de espera para os atendimentos.

Os atendimentos eram feitos conforme duas modalidades possíveis de tratamento. Uma delas era o método da Bioenergia, a mesma linha terapêutica da

Casa de Repouso. Neste caso, a terapeuta responsável, Leila⁷³, que foi formada através da Casa, atendia uma clientela que vinha de diferentes povoados até a sede do município e não tinha condições de se deslocar para a Casa de Repouso, em função da distância do centro da cidade. Este atendimento também contemplava aqueles que rejeitavam veementemente a ideia de ficar em regime interno para tratamento na casa, embora nem sempre a internação fosse indicada pelos terapeutas da Casa de Repouso.

Figuras 44 e 45 – Cantina Tudo Natural – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

A outra modalidade de atendimento era a terapia através da Naturopatia, e o terapeuta responsável era Álvaro⁷⁴, bastante conhecido devido a sua larga influência na consolidação das terapias naturais em Jacobina. Como era um dos terapeutas pioneiros, Álvaro já desenvolvia diversos trabalhos de formação: minicursos, workshops, oficinas, orientação nutricional para a Casa de Repouso e para a Cantina nas quais trabalhava como parceiro e também realizava atendimentos. Conforme nos relatou, acredita que realizou uma grande parceria com a Casa de Repouso, pois a Bioenergia era um método que pressupunha um rigor dietético, que carecia de orientação na casa:

– No início de 1998 já comecei a atender ali na casa de repouso. Eu fui orientando na cozinha como é que tinha que ser, fiz um livreto e entreguei para elas... Hoje ao chegar lá a comida é natural e balanceada. Até 2006 atendi na Casa de Repouso, depois fiquei só na cantina natural. Quando a gente chegou aqui só

⁷³ Pseudônimo.

⁷⁴ Pseudônimo.

tinha a Dra. Mabel e aí a gente começou a dar cursos, de terapias holísticas, curso de massagem, de íris diagnose, alimentação natural, aí o pessoal começou. Aqui nós formamos 58 pessoas, 58 terapeutas. Aí a gente forneceu através da Associação Baiana de Medicina Natural e Preventiva, fornecemos certificado, e eles estão atuando até hoje, inclusive Bernadete, Leila e outros.

Como naturopata, Álvaro sugere modificações nos hábitos alimentares de seus clientes e reafirma o que outros terapeutas sugerem em relação à adesão ao tratamento e a gravidade do quadro. Da mesma forma que os outros, recebia muitos casos de fracasso nas tentativas de tratamento pelos métodos convencionais. Expressando ou não um sentimento de abandono ou “desengano”, estes clientes eram considerados “mais fáceis” de tratar, pois, conforme os terapeutas, havia uma entrega a partir da qual o trabalho começava. Como destacamos anteriormente, a entrega do corpo-dádiva. Tanto Leila como Álvaro prestavam atendimento também na Bimboka, estabelecimento que oferecia uma maior diversidade de produtos naturais (em especial de fitoterápicos) e também possuía uma sala de atendimento.

Figuras 46, 47 e 48 – Bimboka produtos naturais – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

O modelo comum aos dois espaços, locais de comercialização de produtos naturais em que consultas terapêuticas eram realizadas, restringia a fins exclusivamente comerciais. A nossa presença no local como observadora era parcamente tolerada, posto que éramos frequentemente abordadas como potencial consumidora ou exaustivamente questionadas a respeito das motivações de tal pesquisa, entre outras indagações.

Mais recentemente, surgiu um novo local de apoio que, embora funcione de maneira independente em relação à Casa de Repouso, tem à frente o mesmo grupo organizador: o Bazar Africano. Inicialmente um local destinado ao comércio solidário, no Bazar, também foram instalados um restaurante com alimentação natural e uma sala de atendimento de Bioenergia. A estrutura do local se assemelhava à da Cantina Tudo Natural, com exceção do comércio de alimentos e de produtos integrais/naturais. Na lojinha do Bazar Africano, encontrava-se produtos artesanais locais além de artigos usados que eram doados ou revendidos a preços simbólicos. O restaurante e a sala de atendimento funcionavam em uma área aberta, correspondente ao quintal do imóvel. Como esperado, o cardápio era servido de acordo com os princípios dietéticos seguidos nos tratamentos.

Assim, Casa de Repouso, Cantina e Bazar, mesmo com administrações independentes, formavam um círculo de apoio mútuo, posto que era possível encontrar nestes três lugares o mesmo tipo de atendimento e sugestão de tratamento bem como oferta de alimentação, com cardápio adaptado às recomendações usualmente propostas nas consultas pela bioenergia. Consequentemente, era comum a circulação de terapeutas e clientes adeptos deste método nestes três locais, formando um circuito de apoio e sustentação destas modalidades de tratamento em Jacobina.

Cabe ainda ressaltar o caráter ambivalente destes locais de apoio, pois ali se misturavam as leis do mercado aos enlaces da dádiva, que fortaleciam os circuitos terapêuticos alternativos com base na regra de doação pessoa-a-pessoa. Em suma, os locais de apoio estavam ali para oferecer as condições para a realização dos tratamentos que exigiam produtos e artefatos específicos (alguns apenas presentes em grandes centros urbanos), mas estavam ali para comercializar aqueles produtos, com proveito de mais uma alternativa de negócio.

3.6 A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA

A relação entre o apoio social das redes familiares (parentes, vizinhos, amizades, entre outros) e a experiência da doença/cuidado é tema amplamente explorado em numerosas pesquisas no campo da sociologia, psicologia, saúde coletiva, epidemiologia, enfermagem, medicina, etc. Em uma revisão bibliográfica sobre o tema, Canesqui (2012) sugere que as tramas sociais em que os indivíduos estão inseridos foram matéria de análise constante para as pesquisas no âmbito da saúde, a partir da década de 70. Através destas análises, o conceito de apoio social teria amadurecido, avançando, inclusive, no sentido da constituição e reconhecimento das “redes de apoio social” (MARTINS, 2008). Embora nunca tenham apontado para um consenso, estas análises avançam no sentido de uma integração do indivíduo em “redes ofertantes de suporte material, cognitivo, afetivo e emocional” (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012, p. 1104).

Para muitos terapeutas atuantes em Jacobina, a maioria dos casos de desistência do tratamento se deu porque os clientes queriam um resultado mais imediato: “*estão acostumados com a química*” e querem “*efeitos instantâneos*”, explicava Maria⁷⁵, que atende na Casa de Repouso. Na tentativa de aprofundar um pouco mais o tema das desistências, abordamos em entrevistas as dificuldades apresentadas pelos clientes e também pelos terapeutas na continuidade dos processos iniciados. Esta “ansiedade pelo resultado”, como apresentou a terapeuta Maria, evidentemente tinha o seu lugar, afinal, a procura por estes tratamentos muitas vezes envolvia situações de sofrimento. Além disto, não se tratava também de um inabalável equilíbrio entre confiança e desconfiança no processo de vinculação com o terapeuta. Deixar-se tratar fora do abrigo da instituição médica era um ato insurgente, nem sempre sustentável.

No entanto, como pudemos concluir a partir da análise das narrativas, era muito comum a desistência pela ausência do apoio familiar, nos casos em que era imprescindível a ajuda de terceiros. A família não só interferia no julgamento da escolha do tratamento, tendo um papel preponderante na adesão do ente enfermo ao tratamento, como garantia o apoio laboral, na preparação das rotinas e o apoio afetivo, incentivando a continuidade e permanência no tratamento. A necessidade da

⁷⁵ Pseudônimo.

integração das famílias no tratamento é considerada um processo que requer especial atenção, pois, muitas vezes, uma situação de sobrecarga ou alheamento em relação às condutas terapêuticas pode comprometer o apoio prestado (FONTE; MELO, 2010).

A trajetória pessoal daquele que procurava os tratamentos era construída em uma dependência direta das “redes de apoio social” (LACERDA, 2010), em que as relações familiares e de vizinhança ganhavam evidente importância.

– *Então assim, é realmente necessário alguém pra ajudar, às vezes a gente até segura o cliente aqui na casa por uns dias pra garantir que vai ter alguém com os chás na hora certinha, colocar e retirar o barro também, quando é preciso fazer isso muitas vezes.* (J., terapeuta da bioenergia).

– *Tem a alimentação também, as dietas mais radicais são difíceis pra manter em casa, as outras pessoas comem de tudo aí tem aquela dificuldade de fazer separado. Quando a família toda vai junto, como tem casos aqui, aí sim, é uma união de todos, e também uma coisa que toda família ganha mais saúde também, aí tem a harmonia, fica mais fácil levar o tratamento...* (E., terapeuta da bioenergia).

– *Eu vou dizer que tinha muitas horas que eu achava que incomodava as pessoas, é um transtorno, tem que botar barro na cabeça mais de não sei quantas vezes e tudo é muito especial, tem que ter tempo, dedicação, mas também pode ir simplificando, e a gente também vai acostumando, depois outras pessoas minhas também foram aderindo. Eu acabei trazendo um bocado de gente, cunhada, filha, marido, depois veio também vizinhas, teve uma que tratou aqui depois do derrame, tava toda inchada e desinchou.* (M., 63 anos, professora, tratada pelo método da bioenergia).

– *Às vezes eu tava aqui ela chegava, procurava saber como eu estava, era a filha que eu não tive, perguntava se eu já tinha colocado o barro, às vezes era um dia que eu não conseguia nem me levantar de dor e ela me puxava, chegava com o barro pronto já: “vai, coloca!” e assim também muitas outras pessoas que chegaram aqui, pessoas amigas, solidárias, me traziam alguma coisa, minha riqueza sempre foi essa, só me faltava a saúde porque o resto tudo eu tinha [...] as minhas amigas, o grupo, esse grupo também eu sinto que nós podemos fazer muitas coisas juntas ainda, a cidade tá precisando.* (S. 54 anos, professora, tratada através de terapias naturais múltiplas e conjugadas).

– *Cuidar-se em família é fundamental, cuidar do lar, mas também do vizinho, cuidar da comunidade, são células de um mesmo corpo, uma envolvendo a outra, cada desorganização ou reorganização, distância ou proximidade, tudo isso tem impacto na forma como os indivíduos adoecem ou na forma como os indivíduos também se restabelecem, os padrões de coletividade também passam pelo indivíduo, sofrem mutações, geram novos fluxos, e somos todos interligados neste fluxo, se a gente não trabalha junto, não adianta, porque o equilíbrio, a saúde e o bem estar não é só de um indivíduo que sabe se cuidar, mas de muitos indivíduos juntos em harmonia, em comunhão* (J., 56 anos, terapeuta holística).

O comprometimento da família e afins no cuidado da pessoa em tratamento exigia, muitas vezes, o estabelecimento de uma nova dinâmica, uma reorganização dos sistemas familiares e até o desenvolvimento de algumas habilidades para a realização das rotinas previstas. Estas novas exigências no cotidiano das relações familiares não eram vistas apenas como um *peso* para os familiares e demais apoiadores, mas também eram *positivadas*, na medida em que possibilitavam um aprofundamento dos vínculos e/ou aumento da coesão familiar: “*Minhas filhas se uniram pra me ajudar*”, nos relatou uma cliente que considerou o seu tratamento um mote de união entre as filhas, que haviam se afastado e até moravam em cidades diferentes.

Para a análise que aqui se empreende, o apoio social subsidia parcialmente a discussão sob a perspectiva da dádiva, desde que não se restrinja ao aspecto assistencial. O apoio social, reportado às relações pessoa-a-pessoa, é possivelmente um dos felizes resultados do estabelecimento de vínculos e relações de reciprocidade, que são os vetores que orientam a circulação de dádivas. Contudo, não se pode perder de vista a dádiva como sistema aberto que, compreendido como paradigma definidor das regras de fundação da sociabilidade (MARTINS, 2002), se apresenta como um “conjunto de prestações efetuadas não com o objetivo de adquirir um bem mais útil do que o bem cedido, mas selar um vínculo; além disso, tal operação ocorre com a denegação – pelo menos temporária – da regra da equivalência” (CAILLÉ, 2002b). Neste sentido, o sistema da dádiva explica o apoio social, mas não se reduz a ele.

Excedendo as relações familiares e as “solidariedades de vizinhança”, observamos a formação de grupos mais heterogêneos dinamizados pelo propósito do apoio mútuo. Tal apoio era prestado tanto em uma mobilização em torno do

cuidado de indivíduos em situação de sofrimento como também no sentido das práticas coletivas de técnicas e exercícios propostos nos círculos terapêuticos. Estes caminhos coletivos eram reconhecidos como processos que facilitavam o cumprimento das rotinas sugeridas nos tratamentos e flexibilizavam a exigência da autodisciplina como um processo vivido no isolamento individual, tornando possível o estabelecimento de uma *regra* de apoio mútuo.

Estas redes de entre-ajuda que se formaram no contexto jacobinense das práticas integrativas em saúde sintetizavam, na prática, a ideia do cuidado construído em relações de reciprocidade. Esta direção do *cuidado*, que rondou a formação dos espaços terapêuticos desde o início, parecia atingir seu ápice nestas experiências, aceitas as ambivalências e contradições, como já previsto na própria teoria da dádiva: Nem puro altruísmo, nem puro individualismo, nem pura regra moral, obrigação, nem pura liberdade descompromissada, nem, ainda, garantia inabalável de equilíbrio entre estas forças ou confiança inabalável dos indivíduos entre si. A seguir, nos aprofundamos na análise destas experiências, que definimos como Círculos de Práticas Cuidadoras (CPC).

4 CÍRCULOS DE PRÁTICAS CUIDADORAS

Definimos como círculos de práticas cuidadoras (CPC) experiências de compartilhamento de conhecimentos e práticas coletivas e/ou coletivizadas de cuidado, apoio mútuo e autocuidado, que se constituíram de maneira informal e espontânea a partir de encontros cotidianos nos espaços terapêuticos da cidade de Jacobina. Estas experiências ganharam especial destaque em nossa análise, pelo fato de contemplarem, em sua extensão e diversidade (obviamente que em graus ou intensidades variáveis), as dimensões propostas e exploradas neste trabalho de pesquisa, no que tange a relação dádiva–cuidado, a saber: 1. O cuidar e ser cuidado; 2. o cuidar de si; 3. o cuidar e criar. Sob a perspectiva da dádiva, em cada uma destas dimensões poderíamos observar atuando mais fortemente cada uma das dimensões exploradas no sistema da dádiva: os planos da obrigação e liberdade, interesse e desinteressamento.

Ao demonstrarmos que a dimensão do cuidar e ser cuidado está associada ao “desinteressamento” ou interesse-no-outro, elementos significativos participaram deste “reconhecimento”: o acolhimento, a humanização, a escuta e tudo o mais que diz respeito à preocupação com a alteridade. Ao mesmo tempo, observamos que, no âmbito do cuidar e ser cuidado, residia o plano das obrigações, das responsabilidades, dos direitos e deveres que também compõem mais um dos quatro móveis segundo os quais se desenvolve o sistema da dádiva. Sinalizamos aqui o aspecto moral da aliança, que obriga, ainda que esteja presente a liberdade de a qualquer momento “deixar de fazer parte do grupo”.

Os círculos de prática que observei na minha incursão em campo se formaram pelo menos de três maneiras distintas:

I. A partir da proposição de um terapeuta especializado – neste caso, a proposta do terapeuta varia desde a formação de um grupo de estudo teórico a uma rotina de práticas com vivências coletivas e exercícios individuais;

II. A partir de um grupo que, tendo passado por um processo formativo, se organiza para praticar e difundir o conhecimento e as técnicas aprendidas;

III. A partir da iniciativa individual ou coletiva de cliente(s) que se propõe(m) a organizar vivências, palestras, minicursos, oficinas e outros eventos, podendo requisitar ou não a participação do terapeuta responsável na realização destas atividades. Estas modalidades de círculos de práticas se distinguem da usual

oferta de cursos e formações promovida por alguma instituição, pois têm um caráter informal e não necessariamente comprometido com a ideia de profissionalização. Outros elementos estão em voga, para além do interesse em um campo de atuação profissional, embora não se possa excluir totalmente esta possibilidade.

Associamos à dimensão do “cuidar de si” esta dimensão teórico-prática mais interessada em aspectos instrumentais, o domínio de técnicas de autocuidado, que eram conclamadas pelos terapeutas como imprescindíveis ao sucesso dos tratamentos. Elementos como disciplina, perseverança e fé, largamente mobilizados na conduta terapêutica dos consultórios, ganhavam materialidade e consistência nos CPC's. Portanto estas experiências intensificavam um dos aspectos mais ressaltados em relação às terapias integrativas: a necessidade do engajamento do cliente em seu processo terapêutico e a consequente adesão a uma rotina de autocuidados. O conhecimento profundo e prático destas técnicas parecia proporcional ao sucesso dos tratamentos. Desta forma, as CPC's se tornavam laboratórios de práticas em que aprendizes com diferentes níveis de conhecimento e domínio das práticas se encontravam para dar testemunho uns aos outros de suas rotinas de autocuidado, como revelam as falas a seguir:

– Toda vez que um exercício é proposto a gente fala pra que ele serve. Essa coisa de um atendimento direcionado isso a gente nunca faz. A ideia é trabalhar isso no grupo. Não tem essa coisa de quem sabe mais porque quanto mais a gente pratica mais se beneficia. Então a ideia é praticar, estamos no grupo, mas é a pessoa, individualmente, em contato com a técnica que deverá identificar quantas vezes será necessário praticar tal e tal exercício. Se achar que não suficiente, você retoma, é o viver da vida que se repete quando se quer, cada um com o seu ritmo (T. 45 anos, dona de casa, participante do grupo mensageiros do bem estar).

– Nos encontros a gente faz uma leitura pausada, mas também a gente conversa sobre o que nos tocou e também sobre os resultados de nossas práticas. São muitos exercícios e a gente leva alguma coisa pra praticar também em casa. No grupo a gente compartilha, pratica, ler junto e medita. A ideia é associar práticas terapêuticas com mudanças de atitudes pessoais nocivas, adoecedoras. Tem coisas que nenhum terapeuta pode fazer pela gente, só a gente mesmo, é uma forma de se amar (M. 51 anos, professora, participante do grupo “Um curso em Milagres”).

Os relatos a seguir são reveladores da circulação da obrigação moral em que é possível ao sujeito reconhecer a importância de sua presença no grupo. Neste

caso, torna a sua presença uma espécie de “ato cuidador” (dádiva direcionada tanto a pessoas em particular como ao grupo como dispositivo de “encontros cuidadores”), e assim requer a presença de todos para que, analogamente, o indivíduo se sinta cuidado (por cada um que se torna presente, cuidador em potencial, como também pelo grupo como local de acolhimento e reconhecimento):

– *Criou-se esse laço ali. Em outro momento tem essas coisas dos questionamentos mesmo, de que você deixa a vida lá fora e se tranca no espaço pra fazer aquelas coisas todas. Tem uma coisa de reconhecer o seu lugar nesse mundo, porque você está aqui, e essa tomada de consciência mexe um pouco, o que é natural, então é um processo que eu considero importante, tem suas resistências e o desafio é não ceder a essas resistências, não ficar fugindo, enfrentar as coisas no momento em que elas aparecem [...] é aquela coisa, se você sai parece que você está quebrando a corrente, então você tem uma coisa de responsabilidade também que é importante e que no decorrer do processo você vai percebendo o que significa (J. 39 anos, professora, participante do grupo Shaktí).*

– *O Shaktí é uma forma de criar condições para que as coisas cheguem... a gente ta criando aí as estruturas, a gente ta criando as articulações, a gente ta criando aí um corpo, e à medida que a gente vai fortalecendo este corpo, ele vai se transformando em algo cada vez mais potente pra cada uma e pra todas. (D., 38 anos, professora, participante do grupo Shaktí).*

A experiência no CPC, não raro era tratada como uma jornada⁷⁶, coletiva e individual, em que “estar em jornada” significava, simultaneamente, estar só e acompanhado. Estar só no sentido de uma responsabilidade consigo (mais diretamente associada ao cuidar de si/interesse por si), mas também acompanhar e ser acompanhado, em uma relação de reconhecimento mútuo, fundamentada no princípio de que estão todos dispostos a se doar (fazer-se presente e cuidar) e a

⁷⁶ Segundo J. F. (56 anos, médica homeopata), a expressão jornada é utilizada para se referir a uma trajetória sempre inacabada que intercala saúde e doença como estados de equilíbrio, desequilíbrio, reequilíbrio. Estes estados oscilam em função dos acontecimentos cotidianos, dos encontros e desencontros, de maneira que a jornada representa o conjunto de acontecimentos de uma vida, assim compreendida em ciclos de início, meio e fim. Campbell (1988) trabalha com essa ideia de ciclos sucessivos ao propor a “jornada do herói” como uma trajetória vivida em doze fases cujas representações e arquétipos o autor constrói a partir de referências à Psicanálise e à Psicologia Analítica.

receber dádivas (ter companhias na jornada e poder ser cuidado). A dádiva que obriga estar livre e obrigatoriamente é, assim:

ao mesmo tempo, o estabelecimento da diferença e a descoberta da similitude [...] a ideia de que a dádiva pode ser retribuída pressupõe que outrem é um outro eu que deve agir como eu; e este gesto em retorno deve confirmar-me a verdade de meu próprio gesto, ou seja, minha subjetividade [...] E esse é o caráter próprio da sociabilidade humana: o dever refletir-se como exterioridade a si mesma para poder constituir-se [...] Assim a dádiva é um procedimento de exteriorização pelo qual o homem produz uma coisa que permitirá, ao mesmo tempo, a partilha e a união, a distribuição entre o mesmo e o outro [...] A demonstração da dádiva seria, portanto, uma troca mútua que visa não só o estabelecimento, mas a manutenção da relação social; e sua condição seria o compromisso total dos parceiros nesta coisa particular apresentada por ocasião da dádiva e da contradádiva (HAESLER, 2002, p. 153-155)

A jornada é percebida de maneiras diferenciadas, variando no sentido do conforto ou desconforto provocado pelas práticas. Contudo, observa-se nos relatos que, de uma maneira geral, os participantes se referem ao restabelecimento de uma força em si que perpassa pelo outro, o que reforça o caminho da dádiva como a produção de uma “exterioridade de si” (de natureza simbólica) que, ao retornar, reconstitui a si para si mesmo, como também para o outro (HAESLER, 2002), confirmando a sua participação no compromisso coletivo, no “estar-aí” com o grupo, no mundo, “em jornada”, a própria subjetividade enfim.

– *A jornada é estimular a força que já existe dentro de nós e se perde em função do capitalismo, individualismo, exploradora de ideias e ideais. Cabe a nós tomarmos consciência deste moinho que nos devora e nos ajudarmos a reconhecer a força em nós, é assim...* (A., 49 anos, artista plástica, participante do grupo Shakti).

Ao se referir à jornada, A. ressalta uma identidade que não se constrói através de uma força individualizante utilitária, mas sim como uma força que se reconhece na jornada, a saber, em relação. Como intui em sua fala, a lógica utilitarista, centrada no interesse individual, é devoradora e enfraquece uma força que precisa ser reconhecida “entre nós”.

– *Eu vejo como se fosse uma dança, como se fosse um salão, todo mundo dançando e de repente a gente se vê ali no meio, chama uma a outra para uma dança, faz uma cantiga de roda, como eu gostava muito de fazer quando eu era criança. eu me vejo assim nessa roda, brincando, sorrindo, resgatando um monte de*

coisa bonita da minha vida, o resgate até disso, das buscas maiores de integração com as dimensões do ser, que eu tinha deixado de lado em minha vida, por causa da vida prática, que corta muito isso da gente. O Shakti foi o resgate do meu caminho, que me fortalece em todos os sentidos. Restabelece minha confiança na minha capacidade pessoal, profissional, a coisa da amizade... É como se eu tivesse brincando de novo na pracinha da minha infância... (M., 40 anos, odontóloga, participante do grupo Shaktí).

Na fala acima está expresso, fortemente, este entrelaçar de trocas simbólicas, dádivas de reconhecimento que selam o “cuidar do outro” como compromisso que permite o retorno da dádiva do “ser cuidado/ser reconhecido”. À “dança” do cuidar e ser cuidado, acrescenta-se a dimensão do cuidar de si, o “interesse” por si. Por este viés, ressaltamos que os CPC’s também contemplavam o domínio instrumental das técnicas corporais (MAUSS, 2003) voltadas para o autocuidado. Este “empoderamento pessoal” no aprendizado instrumental e prático requerido no interior destes grupos, resultou, para os CPC’s, algumas vezes, a reputação de “grupos de formação técnica”, mas, obviamente não se podia reduzir estas experiências a apenas um de seus aspectos.

É também pelo estabelecimento de rotinas pessoais aliado à desejada apropriação de si e à responsabilidade por si, requerida na “jornada particular”, que podíamos entrever a dimensão da liberdade. Aqui, destacamos a liberdade experimentada no trânsito entre diversos tratamentos, na adesão a novas rotinas ou, mais criticamente, em sucessivos ciclos de abandono e retomada de tratamentos que se tornavam, por seu turno, elementos significativos do “estar em jornada”. Adesões e desistências sucessivas deixavam de ser elementos apócrifos e desconcertantes, nos casos em que as pessoas se sentiam “irresponsáveis” por “não levarem os tratamentos a sério”, e se revestiam de significados quando compreendidos no interior das jornadas, que admitiam e comportavam tanto a obrigação como a liberdade e em que os atos tinham não só consequências (boas ou ruins), mas, também, significados.

– *O meu problema sempre foi disciplina, sempre fui simpatizante das terapias alternativas e procurei mas nunca tive disciplina pra seguir, pra ir até o final, acabava sempre me desvirtuando... a gente vive numa sociedade que a oferta do contrário é muito maior e todo mundo é muito cômodo então ninguém quer ter trabalho, você precisa ter mais um pouco de trabalho pra fazer essa coisa. O shaktí,*

ao mesmo tempo que é muito prazeroso de fazer, você entra num processo de autoconhecimento que perturba um pouco mas você não consegue sair dali, tem esse lado meio perturbador mesmo, de me colocar mais perto da sombra, de revelar coisas sobre si que às vezes a gente ignora, ou esquece, não dá importância, segue repetindo erros, se desgastando, sem pensar [...] É interessante ver isso agora, porque teve uma vez que um terapeuta me perguntou porque eu me boicotava tanto. Eu fiquei um pouco sem entender na época, mas com o tempo fui processando e hoje eu reconheço isso. Não é fácil reconhecer como eu faço isso e como eu poderia deixar de fazer, mas é como se estivesse no caminho (J. 39 anos, professora, participante do grupo Shaktí).

A esta liberdade, até certo ponto tolerável, inclusive nos processos de autoboicote, posto que se conformavam como elementos significativos de cada jornada, associamos a dimensão do “cuidar e criar”. Não por acaso, J., a que mais se queixou das dificuldades de sustentar os tratamentos, declarou ser alguém “*inquietada*”, “*sempre disposta a propor novidades*”, a recriar o seu ambiente. Tal situação também nos revela que é pelo mesmo movimento do risco de tudo perder, da aposta de tudo ganhar que a liberdade se insere como “elemento de incerteza estrutural e escapa da hiper-presença da obrigação” (MARTINS, 2005).

– Realizar projetos... no meu caso é a necessidade de movimento, uma necessidade de efervescência, o medo do tédio da mesmice, a vontade de ver as coisas acontecerem, se cuidar e se divertir... celebrar com as pessoas que a gente gosta [...] No meu caso então tem muito isso mesmo, a necessidade de encontrar as pessoas e de sair do tédio... (J. 39 anos, professora, participante do grupo Shaktí).

Considere-se, contudo, que, na dádiva, obrigação e liberdade se entrelaçam de tal forma que a obrigação se torna, em verdade, uma obrigação de liberdade. Uma obrigação moral perfeitamente desejável (CAILLÉ, 1998) posto que a vinculação social está condicionada à regra tripartite de dar, receber e retribuir. A cada nova doação, uma dívida é contraída pelo donatário. Então, é possível dizer que através de uma multiplicidade de doações, entrelaço-me definitivamente em uma multiplicidade de dívidas contraídas por aqueles que recebem minhas dádivas. Por estas dívidas, as pessoas se sentem obrigadas a doar e assim garantem as suas presenças. O grupo, como observamos na experiência dos CPC's, é espontaneamente obrigado. Na experiência narrada pelos seus membros estava

tanto o deleite de estar cada um para si e para o outro como também a possibilidade de “sair” do grupo, experimentada como uma crise: “*a gente não consegue sair dali*”.

No entanto, a proposição de múltiplos e diversos dispositivos de socialização e a “contração de dívidas” imprimia certa dificuldade na constituição dos CPC's, pois, nestes casos havia um excesso de incertezas. Observamos que alguns movimentos precediam a formação de CPC's, mas não garantiam a persistência do grupo. A dúvida que pairava nestes casos girava em torno das presenças, do grupo com o qual se poderia contar para a realização de algo. Uma variação muito acentuada na frequência de algum grupo de prática proposto tornava os laços estabelecidos entre os indivíduos um tanto mais frágeis. Se as presenças variavam demais, nada garantia que se poderia saldar as dívidas contraídas com pessoas em particular, processo de vinculação e compromisso tête-à-tête que tinha importância fundamental na manutenção do grupo. Esta dinâmica incerta podia resultar em poucas garantias para a “obrigatoriedade da presença” de um membro ou outro, em uma ou em outra ocasião específica. Os CPC's exigiam uma maior regularidade, o que pressupunha proporções mais equilibradas entre obrigação e prazer, interesse em si e interesse no outro.

Neste sentido, identificamos algumas características que favoreceram a formação e continuidade destes círculos, tornando-os moralmente desejáveis, e por isso mesmo fortes dispositivos de vinculações sociais e obrigações mútuas:

- a proposta fundadora era de socialização e aprofundamento em um estudo específico (ou práticas específicas);
- as reuniões eram abertas, semiabertas ou abertas inicialmente até se fechar um grupo em que todos os participantes concordassem que era a quantidade de pessoas suficiente para seguir junto;
- não havia trocas financeiras, mas os custos de material e logística envolvidos nas vivências eram divididos igualmente pelo grupo; o facilitador não era remunerado e fazia parte do círculo como praticante;
- havia uma relação explícita e alimentada entre autocuidado e cuidado coletivo: a intenção era fazer com que o fluxo de bens circulasse o mais dinamicamente possível nos dois sentidos: indivíduo–grupo e grupo–indivíduo;
- abertura para a composição: as regras eram discutidas, passíveis de transformação e se preconizava a liberação da criatividade;

- eram trabalhadas metodologias que remetiam à circularidade (da palavra, do trabalho de organização dos encontros, dos atos terapêuticos trocados entre si e com o grupo, das experiências sensoriais e cognitivas vivenciadas, etc.);
- havia o reconhecimento mútuo do *ser cuidador* – a premissa era a de que, à medida em que me cuido, me formo e me recio enquanto cuidador; este reconhecimento era vivido de maneira que o poder de cuidar/curar fosse comum a todos, ou seja, circulasse.

Nestes círculos, como já mencionamos, autocuidado e prestação de cuidado estavam associados de forma tal que o plano individual e o plano coletivo se refletiam e se alimentavam mutuamente. Na constituição dos CPC's, a noção de grupo era trabalhada, simultaneamente, como referencial simbólico para o reconhecimento em si do “ser cuidador” e, conseqüentemente, para poder “ser cuidado” (mesmo que por todos); e, ainda, como unidade que fixava regras morais.

4.1 MENSAGEIROS DO BEM-ESTAR

A proposta deste grupo surgiu como desdobramento de uma formação recebida através do Projeto Capacitar, uma rede internacional de apoio e solidariedade a povos vitimados por guerras e outras situações de vulnerabilidade social (extrema pobreza, doenças, etc.). Nas formações, são utilizadas técnicas de autocuidado simples, combinando ensinamentos do yoga, tai-chi, danças circulares, biomovimento, dentre outras. Na Bahia, o projeto contemplou além do município de Jacobina, Capim Grosso e Serrolândia (ambos pertencentes à Microrregião de Jacobina-BA) e Salvador, a capital do estado. O facilitador, Tony Sheridan, define estes círculos como “práticas de educação popular para alívio de stress e traumas”.

Durante a formação em Jacobina, no ano de 2012, muitos esforços foram empenhados no encorajamento de multiplicadores e, a partir destas primeiras mobilizações na direção da popularização de práticas de autocuidados, um grupo de participantes, que já tinha algum envolvimento em trabalhos comunitários na cidade, começou a trabalhar no sentido da formação de um círculo de praticantes do método.

Figura 49, 50 e 51 – Capacitação em Salvador-BA, 2012



Fonte: <http://capacitarrio.blogspot.com.br/>

Figura 52, 53, 54 e 55 – Prática Capacitar – Jacobina, Bahia, 2011-2012





Fonte: Acervo da autora

Figura 56 – Formação Capacitar – Jacobina, Bahia, 2011-2012



Fonte: Acervo da autora

O primeiro passo do grupo, contudo, foi o de marcar encontros fechados com os organizadores do grupo para que pudessem aprimorar os seus próprios conhecimentos acerca das técnicas aprendidas na formação Capacitar. Conforme nos relataram:

– Havia uma insegurança pra ensinar estas técnicas para outras pessoas e aí a gente preferiu aprofundar entre nós o conhecimento e os resultados na vida da gente, do que a gente conseguia alcançar pelos exercícios, se relaxava, se tranquilizava, falar assim entre a gente primeiro... Depois a gente foi se organizando

pra fazer algumas visitas, praticar junto as técnicas, falar de nossa experiência (T., 45 anos, dona de casa).

Essas “visitas”, embora prenúncios da formação do grupo, tinham um caráter fortemente assistencial sendo geralmente realizadas em abrigos e instituições com reconhecida carência. O próprio Capacitar, em si, era um projeto assistencialista, mas, paralelamente, o grupo Mensageiros do Bem-Estar, em Jacobina, construiu uma segunda proposta, que tinha o formato de uma reunião aberta, realizada na sede do Movimento de Mulheres, às sextas-feiras, e que estava mais focado na partilha e fortalecimento das práticas de apoio mútuo em particular sintonia com a história do Movimento de Mulheres em Jacobina.

A preparação para a partilha com um grupo maior era percebida como um benefício, pois isto não só demandava um aprofundamento na técnica; era uma afinação entre os coordenadores que demandava um conhecimento maior, um do outro, uma convivência maior e, desta intimidade que se criava, o apoio e benefício mútuos eram consequências. O grupo, tal como os outros CPC's que observamos, se afirmava como tal associando o trabalho de popularização de técnicas corporais à construção de sociabilidades baseadas no acolhimento, na amabilidade. A cada encontro, era possível o compartilhamento de problemas, a fala livre e temas distintos. Não eram grupos monotemáticos, não se tratava de compartilhar necessariamente problemas semelhantes, como se caracterizam os grupos de autoajuda⁷⁷.

– Então a gente percebe um futuro pra estas práticas assim no mundo como a gente vê agora. Então com o Mensageiros do Bem-estar a gente vê a possibilidade de retorno pra nós mesmas, pra nossa vida, pra o nosso benefício pessoal do grupo e também pras outras pessoas conhecerem (Z., 55 anos, professora).

O grupo “Mensageiros do Bem-estar”, em função da inspiração no método Capacitar, buscava aprofundar a noção de trauma. A localização do trauma correspondia ao reconhecimento de um ou mais sintomas e, a partir destas sondagens, era possível, ao trabalhar para atenuar os sintomas, cuidar de toda uma realidade que se manifestava a partir de si. Aqui se repetia uma afirmação comum

⁷⁷ Conforme Zimerman (2007), grupos de autoajuda trabalham com um tema/questão comum, situação em que os diversos membros do grupo expõem a sua condição e suas formas de superação do problema, que é, enfatiza, comum a todo o grupo.

no âmbito das práticas integrativas de cuidado: cuidar de si significava cuidar sempre de mais alguém, como efeito de seu próprio equilíbrio.

– Os exercícios também envolvem essa coisa de ver como cada trauma funciona em nós... como nós carregamos vários traumas. Medos. Traumas de nação que gera traumas contínuos... por isso carregamos a história de nossos ancestrais. Tem os traumas constantes, do cotidiano, violência... então estas terapias servem muito para amenizar estes traumas, buscando o conforto o desbloqueio de energias que ficam aprisionadas em situações de traumas, buscando uma melhor aceitação de certas realidades, mas claro, tem coisas que a gente não deve aceitar, mas devemos melhorar a forma como a gente lida com as questões. (T., 45 anos, dona de casa).

A dinâmica atual do círculo inclui visitas a instituições e grupos, a pessoas que individualmente precisem de apoio (em situações de trauma), reuniões abertas para a prática dos exercícios na sede do grupo de mulheres (experiência mais próxima do que definimos como CPC's) e encontros com o facilitador que transmitiu a metodologia do projeto Capacitar para o grupo.

4.2 SHAKTÍ: JORNADAS COMPARTILHADAS DE CURA E AUTOCONHECIMENTO

Este grupo se formou no Espaço yoga, basicamente em função de uma afinidade de interesses entre algumas pessoas que frequentavam o local. Motivadas pelo desejo de apoiar uma das participantes que enfrentava um quadro grave de câncer de ovário, um pequeno grupo de mulheres passou a se encontrar com regularidade, grupo que, a princípio, era aberto. Em função da necessidade de aprofundamento nas práticas de cuidado propostas, limitou-se a entrada de novas participantes para que então se iniciasse uma rotina sistemática de encontros.

A proposta dos círculos envolvia exercícios corporais e técnicas de respiração, em sua maioria referenciada em práticas meditativas trabalhadas no Espaço Yoga. Além disto, eram propostos trabalhos manuais, estudos e exercícios coletivos nos quais foi possível registrar referências a medicinas tradicionais que seguiam os princípios da alquimia e do xamanismo. Embora este grupo contasse com uma facilitadora, psicoterapeuta que se especializava pela “Escola de

Curadores”⁷⁸, com planejamento de atividades a cada encontro, a proposta norteadora era sintetizada na construção do cuidado a partir da ajuda mútua entre os participantes, especialmente no acolhimento do grupo aos dilemas vividos por cada uma no enfrentamento de doenças e desordens emocionais.

– *O Shaktí pra mim o primeiro momento foi experimentar, sem muitas expectativas, eu queria me integrar com as outras mulheres de jacobina que viam no shakti uma possibilidade de cuidar juntas. No primeiro momento eu fui pro chá de mulheres, não via muita relação, até que veio o primeiro email chamando aí foi que eu fui vendo alguma diferença. Quando a gente decidiu quem quer vai decidir agora, quem vai ficar se encontrando eu acho que eu fui meio de primeira hora assim.. eu quero... quero sim pra ver quem sabe a gente vai criar alguma egrégora interessante nesta cidade. Eu não sabia o que ia sair desse grupo. A partir do segundo encontro que a gente fez um movimento mais interior, criou o silencio da jornada, silencio maior pra me escutar , entrar em contato comigo, ouvir os meus fluidos, quando a gente fez o segundo encontro eu comecei a vibrar diferente, racionalmente eu ainda não pensava, meu corpo sentia diferente, senti palpitações no corpo, senti coisas diferentes, muitos movimentos que eu não tinha sentindo antes, isso me deixou um pouco comigo. Com a jornada shaktí é como se a gente fosse fazendo uma integração que eu não sentia em minha vida, unindo os corpus racional, físico, mental, espiritual, astral... (P. 49 anos, Jornalista).*

No relato acima, é interessante notar que o grupo “como possibilidade” é uma aposta que se faz coletivamente (e, por isto, obrigatoriamente, já que instala uma regra moral que conclama a dádiva da adesão) e livremente (“quem quer vai”), pois será preciso agir obrigatoriamente em liberdade para que o vínculo seja selado por estas dádivas. A partir deste “primeiro lance” e como uma possível obrigação moral (dar o cuidado – dádiva do cuidado) que sela os vínculos, “uma egrégora⁷⁹” de sustento pode surgir: algo pode se realizar, conclui P., trazendo à tona a aposta e a incerteza que, da confiança pode, a qualquer momento, cair na desconfiança ou,

⁷⁸ Rubi – Escola de Curadores é uma experiência de formação em práticas de cuidado, coordenada pela médica homeopata Jocete Fontes. O trabalho é fundamentado em medicinas tradicionais e espiritualistas.

⁷⁹ A expressão *egrégora* é trabalhada no grupo conforme os princípios da doutrina teosófica, que a define como um campo de forças criado a partir de emanções de um grupo de pessoas, em função dos seus padrões mentais e emocionais (“formas-pensamento”) (BAYARD, 1985).

como vimos, o risco de tudo perder na possibilidade de muito ganhar (CAILLÉ, 1998).

P. deixa claro também que a “egrégora” não se forma de qualquer jeito, que há uma preparação que, ao tempo em que convida, obriga e abre um campo de possibilidades de troca e circulação de bens de cuidado. O convite para a participação de um agenciamento terapêutico totalmente sem ônus torna o chamado para o Shaktí um primeiro dom, que, ao ser recebido, obriga à retribuição. Neste sentido, o grupo-vínculo é selado e tais alianças são conservadas à medida que se dispõem a realizar novos encontros em que circulam as dádivas.

Esta relação de co-tradução entre indivíduo e grupo (CAILLÉ, 1998), na experiência do Shaktí, parece fundamentada em uma gramática particular adotada pelo grupo, que dava sustentação àquela experiência de *co-construção do cuidado*. As principais referências a esta sustentação são traduzidas através das seguintes chaves de significação:

Jornada – Como já explicitado, é a expressão utilizada para sintetizar a história individual/coletiva da doença ou desordem emocional através de ciclos de equilíbrio–desequilíbrio–equilíbrio. Neste sentido, um *enredo* pessoal define a jornada, mas é a experiência “sustentada” no grupo que modula o reconhecimento e a percepção de si próprio como agente da própria jornada. Esta experiência é, desta forma, simultaneamente individual e coletiva, já que o grupo funciona também como suporte no processo de significação/reconhecimento da jornada. As integrantes do grupo ainda se referiam a esta experiência como uma “*jornada amparada*”.

Egrégora – A expressão reúne exatamente esta referência ao “amparo” da jornada. Mas esta egrégora, como vimos, é “produzida” pelo próprio grupo e, simbolicamente, representa as “emanações”, benéficas ou não, dos padrões trabalhados em grupo. Logo, cada experiência concreta e benéfica trabalhada em grupo (fundamentada no dom, no beneficiamento mútuo) nutria este suporte energético/simbólico que ajudava a sustentar, que amparava as experiências individuais e coletivas: “sustentar” e “amparar”, especialmente na ausência da presença física de um para o outro.

Integração – a recorrência desta expressão no cotidiano do grupo servia tanto ao propósito de considerar todos os elementos possíveis no reconhecimento da jornada (situação em que o sofrimento era percebido como ponto inicial, o “marco-zero”), como também a um trabalho de síntese, realizado de maneira ritual

pelo grupo, em que se elegiam símbolos para representar os atributos e valores nutridos em grupo. Integração significava inclusão e/ou síntese, em diferentes situações vivenciadas pelas participantes.

Sinergia Individual-Coletivo – Como desdobramento da *integração* requerida em tal experiência, a ligação indivíduo-grupo se tornava o binômio inseparável da *jornada*. Como demonstram as participantes, a *jornada* é vivenciada individual e grupalmente; é sustentada pelo indivíduo e amparada pelo grupo. Naquelas situações, observamos que o autocuidado, outrora encorajado nas sessões particulares com os terapeutas alternativos, se constituía de maneira inseparável do cuidado com o outro. Analogamente à dádiva, o cuidar aparece como elemento de reconhecimento de si, como uma exterioridade a partir de qual é possível se reconhecer (HAESLER, 2002), e a partir da qual se autoriza a outrem o cuidar recíproco.

Figura 57, 58, 59 e 60 – Vivência do Shaktí com projeção em pintura – Jacobina, Bahia, 2013



Fonte: Jeane Lima

Esta pertinência do grupo para cada membro se vê ameaçada, contudo, na condição de incerteza (indisponibilidade, perturbações). O grupo era visto simultaneamente como um lugar “perturbador-transformativo” e “acolhedor-afetivo”:

– *O Shaktí chegou para recuperar minha força interior porque numa situação dessa, de doença, a gente perde muito a força interior, fica insegura, ah me leva pra salvar, me leve pra tal lugar, o grupo resgata dentro da gente e eu muitas vezes me pego observando minha criança interior, fazendo carinho nela, dizendo que ta tudo bem, a minha estava meio acanhadinha, aí eu puxei ela pra roda pra brincar pra ser feliz, muito feliz a maior parte do meu tempo 85% do meu tempo eu to feliz, com dor e fazendo piada e rindo, mas tenho meus momentos de chorar de pedir a alguém pra não sair, pra ficar comigo, não sair de perto... Eu aprendi isso também, a pedir ajuda, eu não fazia isso eu jamais pedia ajuda... a dor ta aqui, mas eu não me fixo tanto mais nela... começamos como uma brincadeira, e foi crescendo e ta totalmente formado, eu consigo ver um novo momento para o grupo (S., 52 anos, professora).*

Certamente, não evocamos aqui a experiência dos círculos de prática cuidadoras em Jacobina, entrevendo a reprodutibilidade dessas tecnologias de cuidado. A singularidade de tais arranjos sociais nos serve para sublinhar a relação entre dádiva e cuidado, isto é, o cuidado concebido através de relações de reciprocidade, identificando nos CPC's a culminância de uma experiência de construção do cuidado, que já se efetivava na dinâmica assumida nos espaços terapêuticos alternativos da cidade e, até antes, através das mobilizações e agenciamentos que favoreceram estas construções.

Ao definirmos três dimensões da construção do cuidado em experiências coletivas/comunitárias, como registramos no âmbito dos circuitos de terapias integrativas em Jacobina, procuramos não apenas trazer à baila a natureza associativa de tais experiências cujo interesse por si não elimina o interesse no/a outro/coletividade, como também ressaltar a mobilização em torno de práticas alternativas como verdadeiros exercícios de liberdade e criatividade, em que pesem as dificuldades de generalização de tais singularidades. O aparecimento de novas propostas para a criação de grupos de práticas era algo bastante corriqueiro naqueles circuitos. Muitas foram as convocações para a criação de grupos de práticas centradas na promoção de bem-estar e promoção de saúde, desde oficinas de culinária natural e horticultura orgânica às práticas de montanhismo e ciclismo.

Estes convites/propostas estavam sempre circulando entre os participantes destes “circuitos alternativos”.

Além dos CPC's, acima destacados em função da regularidade de encontros e da estruturação de uma proposta coletiva na construção do cuidado, ainda registramos outras experiências cujas características de organização e disposição nos encontros sugerem CPC's em formação:

- Meditação – A prática da meditação é uma atividade em vias de estruturação através do grupo ligado ao Espaço Yoga. A ideia de criar um círculo de práticas meditativas surgiu em 2012 durante uma oficina promovida no espaço. A proposta do grupo é a meditação em grupo e, no que diz respeito à facilitação/condução dos encontros, a proposta do grupo é que cada integrante que tenha alguma experiência com meditação possa fazê-lo nos encontros. Atualmente, o grupo mobilizado na execução desta proposta trabalha voluntariamente na preparação da sala para prática, recolhendo e organizando livros e objetos doados.

- Grupos de estudos e práticas do livro “Um curso em Milagres” – a ideia inicial do grupo foi a de trabalhar com uma rotina de exercícios proposta no livro de referência. O trabalho é voltado para a tomada de consciência e dissolução de padrões emocionais nocivos. É um trabalho conduzido por uma das terapeutas holísticas de Jacobina, mas o fato de ela não apenas conduzir, como também compartilhar questões relativas ao seu percurso e suas práticas, garante ao grupo o aspecto da circularidade (dos dons de acolhimento, reconhecimento, apoio, etc.). As características estruturais do grupo também seguem as linhas de um CPC (encontros abertos, circularidade, ausência de trocas financeiras, proposta de estudo e exercícios coletivos, e outros). Durante os meses de trabalho de campo, o grupo passava por reestruturações e as reuniões estavam suspensas. Uma das modificações propostas era a de levar os encontros, que normalmente aconteciam no Espaço de Terapias Holísticas, para as residências dos participantes do grupo, criando assim uma alternância permanente do local de encontro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos este trabalho de pesquisa com muitas inquietações e também muitas interrogações. Os estudos prévios que fiz acerca das práticas populares de cura incitaram uma busca pelas causas ou tramas sociais que levavam àquelas procuras por “medicinas paralelas” (LAPLANTINE; RABEYRON, 1991) e, com este propósito, iniciamos a imersão etnográfica. Procurando manter certa cautela em relação às interpretações, evitei, neste percurso de pesquisa, a redução a puras causas. A integração *dádiva-cuidado* ampliou as nossas possibilidades de interpretação e compreensão, permitindo que situássemos tais fenômenos no debate contemporâneo do *cuidado*. Esta abertura favoreceu o relato etnográfico, de forma que as interpretações não foram isoladas em causas, mas trabalharam nas construções de sentidos “fio-a-fio”, que se aprofundaram à medida que o contato com os fenômenos estudados se intensificou.

Desta forma, o primeiro quadro de referências que abrimos trouxe à tona os principais problemas que, conforme nossos interlocutores, estavam associados à necessidade de construir alternativas para os cuidados com a saúde. O relato das dificuldades vivenciadas ofereceu, em verdade, um grande complexo de questões do qual participavam a precariedade dos serviços de saúde existentes, as dificuldades de acesso, a ausência de serviços básicos e a carência de humanização nos atendimentos somados às críticas ao modelo médico, à fragmentação do corpo pela ciência médica, à medicina dos órgãos e das doenças, às denúncias implícitas e explícitas ao utilitarismo econômico, que promove uma aliança entre a medicina e as grandes indústrias produtoras de drogas e tecnologias e, ainda, as preocupações com as consequências desastrosas da mineração do ouro em escala industrial.

A “cidade que adoecer”, em verdade, nos mostrou não apenas a consonância entre os problemas vivenciados em Jacobina e os problemas apresentados, em grande parte, nas pesquisas e diagnósticos do quadro geral da saúde na atualidade, mostrou, igualmente, o domínio, no senso comum, dos grandes impasses que comprometem a prática médica com a economia de mercado (MARTINS, 2003).

As reações a este cenário desfavorável revelaram, contudo, uma grande ausência de interlocução entre, de um lado, aqueles que lutam por melhores

condições de saúde (e se reúnem em protestos e encaminhamentos de denúncias a órgãos competentes) e, de outro, aqueles que, fundamentados na crítica aos métodos praticados nos serviços médicos do município e à ciência médica como um todo, propõem os métodos alternativos, protagonizando, como vimos, uma singular experiência de construção do cuidado.

É certo que estas duas perspectivas – a opinião do usuário que busca serviços e a opinião de terapeutas não médicos que traziam outras visões de corpo, saúde e doença – eram complementares. E se complementavam, justamente porque reuniam elementos extremamente importantes para formular questionamentos, acionar mudanças e propor ações integradas. No entanto, o que parecia bem marcado nas entrevistas era uma espécie de rompimento, que sublinhava as divergências de perspectivas, embora fossem apresentados e, não raras vezes, lembrados os limites éticos de atuação do terapeuta no sentido de não invadir o domínio médico.

Os prejuízos decorrentes de tal distanciamento e a ausência de interlocução entre grupos que, em verdade, se mobilizavam, de maneiras diferenciadas, mediante um cenário desfavorável comum, eram notórios. Em tempos de mobilizações, articulação e luta política ampliada pelas redes de movimentos (MARTINS, 2008), atuações isoladas tendem a perder a sua força e visibilidade. No que tange, especificamente, ao contexto das terapias integrativas em Jacobina, posições pouco gregárias e até aversivas aos sistemas oficiais de saúde impediam ou inviabilizavam qualquer tentativa de levar a público reivindicações pela adoção de políticas municipais para a implantação destes tratamentos no SUS. Percebi, ao contrário, que o fato da constituição do cenário das TI's na cidade ter sido fortemente marcado por um rompimento com os métodos convencionais, que incluía, dentre outras razões, questões pessoais profundas vivenciadas pelos terapeutas, pode ter se tornado, efetivamente, um empecilho no sentido de vislumbrar as ações articuladas.

Em contraposição à “cidade que adoce”, como vimos, corolário de uma crise que envolvia precariedades e desencontros, revelando fortes contradições para o caráter integrativo reivindicado, a cidade que cura é reveladora de um *ethos* cuidador que marca as visões compartilhadas entre clientes, terapeutas e afins. Costumes e tradições são evocados com o intuito de aproximar os terapeutas do presente aos do passado. Tais aproximações eram reconhecidas a partir de

métodos de identificação dos quais participavam uma diversidade de elementos: heranças de família (ofícios, receitas, rituais espirituais); conhecimentos ancestrais (de que se propunha um resgate ou restabelecimento); forças “energéticas”/ “espirituais” que obrigavam a atender ao “chamado” para o ofício de cuidar; e costumes de “boa vizinhança” (empréstimos, doações, agradados, apoio) refletidos nas atuais experiências comunitárias de cuidado.

Reconhecemos, ainda, na constituição da Casa de Repouso uma conjunção de elementos significativos que, na condição de primeira dádiva, deram o tom dos primeiros circuitos terapêuticos embasados em uma construção comunitária do cuidado. A emancipação pelo retorno ao natural e ao simples, o estímulo ao apoio mútuo, às redes de entre-ajuda, a transformação da realidade, eram alguns dos elementos evocados, em um breve momento de efervescência política que buscava, digamos, em termos metonímicos, curar a “cidade que adocece”.

A disposição dos espaços, as rotinas terapêuticas e as relações estabelecidas marcaram os contrapontos apresentados pelos terapeutas e gestores dos espaços, no que diz respeito ao cuidado prestado aos seus clientes. Contrastando com a falta de informação a respeito dos procedimentos médicos, a necessidade de co-atuação dos clientes nos tratamentos tornava indiscutível o esforço empenhado pelos terapeutas em deixá-los a par dos procedimentos. Imagens, mensagens, compartilhamento de informações, explicações, círculos de formação, círculos de prática e outras experiências eram, em grande parte, os recursos utilizados pelos terapeutas para permitir e instigar esta co-laboração.

Não se pode afirmar, simploriamente, que as terapias integrativas levam, necessariamente, à circulação de dádivas e atos comunitários, mas também não se pode negar que muitos elementos contribuíam para ampliar esta possibilidade: a horizontalidade na relação terapeuta–cliente, o entendimento da doença a partir de uma compreensão maior de si e da realidade externa a si, o engajamento necessário ao processo terapêutico, posto que muitas rotinas traçadas exigiam maior dedicação e tempo, entre outros aspectos citados que tornavam estas práticas obrigatoriamente alicerçadas em parcerias e que, portanto, já superavam o puro contrato de consultório. Evidentemente que havia aqueles que procuravam os espaços com vistas a um consumo pontual de um serviço terapêutico, afinal, a integração em círculos de entre-ajuda não era estabelecida de forma tirânica e sim a partir de costuras e relações de reciprocidade.

A formação dos Círculos de Práticas Cuidadoras (CPC's) propriamente ditos só foi possível, como vimos, a partir de determinados princípios organizadores que esboçavam regras e isto exigia habilidade para não cair na rigidez. Os CPC's descritos tinham um grande papel como sintetizadores de uma proposta de construção do cuidado que reunia os principais aspectos ressaltados pelos clientes e terapeutas como uma significação/apropriação das terapias integrativas no município: a necessidade de resgate de saberes tradicionais/ancestrais, a necessidade de resgatar o "comunitarismo" no cuidado, de cuidar das relações familiares e de vizinhança, de cuidar e ser cuidado, de cuidar de si, de criar, de liberar o fluxo da dádiva para circulação dos bens do cuidado, enfim. Eram experiências que permitiam o avanço e a transcendência do encerramento em si (risco possível na condição das recomendações individuais e únicas, muitas vezes trabalhadas naquelas práticas terapêuticas). Os CPC's nos permitiram uma análise mais precisa da relação proposta entre dádiva, cuidado e terapias integrativas, a partir da qual vislumbramos uma construção do cuidado que vem da base das sociabilidades.

A dádiva, com efeito, pertence ao registro das sociabilidades primárias (CAILLÉ, 1998), das relações face a face, e é por plasmar os vínculos iniciais, por ser o ponto de partida a partir do qual se formam os núcleos de sociabilidade que se pode deduzir a sua centralidade no sustento material e simbólico destes núcleos. É o dom que permite que o indivíduo possa incluir e ser incluído, fazer pertencer e se sentir pertencente, pois é através do dom, e mais precisamente pela possibilidade de circularidade de dons que ele poderá se relacionar com outros indivíduos. Pretender fazer parte de uma comunidade deve ser entendido preliminarmente como estar disposto a doar, livre e obrigatoriamente. As trocas não devem ser compreendidas como operações objetivas do tipo *toma lá da cá*. O dom carrega a promessa da retribuição, mas não a sua garantia e aí também reside o seu peso simbólico, a sua força para selar alianças.

Neste sentido é que ficam ressaltadas as características peculiares destas formas de apropriação das terapias integrativas, que, tomadas como *instrumentos de cura* preciosos a serem doados, trocados, recebidos, devolvidos, restabeleciam e recriavam também espaços de sociabilidade. A preciosidade de tais recursos só poderia ser reconhecida, contudo, compreendendo o conjunto de demandas expostas em relação ao cuidado. O cuidado que aqui se afasta do

espectro assistencial para ser reconhecido como *mote* para o encontro, para a composição de um plano de significações a ser compartilhado, que, dentre outras razões, funcionava no sentido de promover a vinculação social, ampliar essas possibilidades, restabelecer e, com propriedade, “tratar” as suas mazelas.

O olhar sob a perspectiva da dádiva ajudou a captar nos “circuitos comunitários” aspectos de circularidade que permitiram aos indivíduos transitar entre os papéis de doador e donatário, marcando fortemente o caráter de reciprocidade dos círculos e facilitando a colaboração diante das necessidades nas diversas situações vivenciadas em grupo. Assim sendo, só podemos concordar que “o sistema de dádiva, em determinadas circunstâncias, também possa ser promotor de saúde dos sujeitos e grupos sociais” (LACERDA; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 324). Valores ou necessidades comuns, ações planejadas, compartilhadas, ideias, talentos, opiniões, projetos, manifestos, etc. são dons postos em circulação, bens simbólicos que circulam nestas redes, que as fortalece, enquanto também fortalece as próprias individualidades, abrindo novas perspectivas de ação (MAUSS, 2008).

Resumimos como principais contribuições deste estudo:

- A compreensão do cuidado como ato comunitário em que todos participam do benefício e da doação, em contraposição a visões excessivamente assistencialistas que, nos termos da dádiva, tenderiam a inferiorizar aquele que se encontra na posição de receber benefícios apenas. A reabilitação do seu lugar de conhecimento, de decisão, de ação e de doação foram então características exaltadas no contexto estudado;

- Um olhar sobre as Terapias Integrativas que extrapola a circunscrição dos fenômenos de nova era em contextos urbanos, como marcadamente se destacam na literatura. Avançamos, igualmente, no sentido de extrapolar uma visão que as reduzisse a meros “recursos terapêuticos” para aplacar sintomas indesejáveis. As TI’s foram aqui exploradas, em sua expressão total, como promotoras, em grande parte, do que é defendido como cuidado integral. Mais intensamente, as TI’s, como desenvolvidas naqueles contextos, proveram referenciais cosmológicos, a partir dos quais os grupos se orientavam na construção da *experiência comunitária de construção do cuidado*;

- A superação das clássicas oposições reconhecidas no binômio saúde–doença é reafirmada neste trabalho, à medida que se reconhece a prática do

cuidado em suas múltiplas possibilidades de promoção de saúde e não apenas como um combate à doença. Soma-se, assim, à defesa do trinômio *saúde–doença–cuidado*, reconhecendo que é do humano o *cuidar* e, analogamente, o dar. Arriscamo-nos a dizer que seria mais apropriado à Sociologia reconhecer uma Sociologia do Cuidado, em contraponto à genérica e outrora instrumental Sociologia da Saúde;

Por fim, recuperamos a ideia que perpassa todas estas análises acerca do cenário jacobinense: a de que as diferentes formas de expressão das terapias integrativas (atendimento individual e coletivo; círculos formativos com pretexto de aprofundamento e/ou profissionalização e *círculos de práticas cuidadoras*), inter-relacionadas, aqui tratadas esquematicamente apenas para efeitos de análise, estão fundadas nos princípios de reconhecimento mútuo de prestígios e da circulação de bens, graças, ou curas diversas, o que não significa afirmar necessariamente uma igualdade na reciprocidade ou ausência de hierarquias sociais. Aqui também poderiam residir os dons agonísticos (MAUSS, 2003), em que a disputa de “quem dá mais” acirra os ânimos.

A confiabilidade era assim criada em um entendimento mútuo em que escuta e explicações consistiam em dádivas que viabilizavam a vinculação: confiança, aposta. É em função do estabelecimento do vínculo (propósito da circularidade de dádivas) que o tratamento se tornava possível. Ao terapeuta cabia compartilhar os seus saberes para que o cliente compreendesse o seu valor, o seu prestígio; para que fosse superada a barreira do não reconhecimento médico e se atingisse assim o reconhecimento do seu terapeuta, independente da legitimação do que é ou não científico. Caminha-se assim para um reconhecimento baseado em uma primariedade da relação terapeuta–cliente, um encontro face a face, uma vinculação e reconhecimento sob o registro da dádiva por excelência.

Concluimos, por fim, que as alianças, propostas terapêuticas alternativas e círculos de práticas cuidadoras que se formaram em Jacobina não se reduzem ao descontentamento com a prática médica, falta de eficácia, carência de serviços e nem mesmo também podem se reduzir a um fenômeno de onda tipo “nova era”, que gerou um intenso processo de transformações socioculturais nas representações de saúde, doença, cura, etc. embora estas questões tenham a sua participação, uma vez que há carências e há também uma herança das representações da “nova era” que permanece em nosso cotidiano. Mas, sobretudo, estas “alianças terapêuticas”

formadas em Jacobina estavam voltadas para a formação de alianças propriamente ditas, com o forte propósito de restaurar o *ato cuidador* como um *ato comunitário*, compartilhado, assim como, explicitado nas narrativas e destacado em pesquisas anteriores, “já fomos um dia”, antes de intercambiar o sacrifício dos saberes e arranjos populares de cuidado e cura pela segurança assentada na ciência médica.

Então o que eu destaco aqui é a dimensão comunitária do cuidado, que quer ganhar força nestes espaços, em que as pessoas se encontram para um *fazer-com* que integra o cuidar-se, o apoiar-se, o comprazer-se, o recriar-se e assim por diante.

Os limites deste estudo devem-se, principalmente, às dificuldades encontradas para o avanço destas experiências a partir de possíveis articulações com outras instâncias de sociabilidade, circunscrevendo-se, então, ao nível das sociabilidades primárias. A densidade da experiência estudada nos contemplou com o reconhecimento em potência das relações pessoa-a-pessoa, contudo as resistências e barreiras a outros níveis de articulação social as tornam perigosamente vulneráveis. É recomendável avançar neste debate, que, dentre outros proveitos, pode fortalecer as perspectivas aqui traçadas.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Kátya C. **Saberes de cura e hibridismo**: relações entre ciência, magia e saúde no Morro da Conceição, no Recife. 128 fl. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas – CFCH, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006. Disponível em: <http://www.btdtd.ufpe.br/btdtd/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=9680>.

ALEKSANDROWICZ, Ana Maria C.; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Humanismo, liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciências da natureza e ética. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 513-526, set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a02v10n3>>.

ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul./set. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/14.pdf>>.

ALVES, Paulo César. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1547-1554, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/03.pdf>>.

ALVES, Paulo César; RABELO, Míriam Cristina. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: PITTA, A. M. R. (Org.). **Saúde & Comunicação**: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

ALVES, Paulo César; RABELO, Míriam Cristina. (Org.). **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz; Relume Dumará, 1998. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/by55h/pdf/alves-9788575414040.pdf>>.

AMARAL, Leila. **Carnaval da alma**: comunidade, essência e sincretismo na nova era. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

AMARAL, Leila. Sincretismo em movimento: o estilo Nova Era de lidar com o sagrado. In: CAROZZI, Maria Julia. (Org.). **A nova era no Mercosul**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

AMARAL, Leila. Um espírito sem lar: sobre uma dimensão nova era da religiosidade contemporânea. In: VELHO, Otávio Guilherme. (Org.). **Circuitos infinitos**: comparações e religiões no Brasil, Argentina, Portugal, França e Grã-Bretanha. São Paulo: Attar, 2003.

ANDRADE, João Tadeu de. Terapias complementares em Saúde Pública: alguns aspectos do debate antropológico contemporâneo. **Humanidades e Ciências Sociais**, UECE, Fortaleza-Ce, v. 1, n. 2, p. 19-24, 1999.

ANDRADE, João Tadeu de. **Medicina alternativa e complementar**: experiência, corporeidade e transformação. Salvador: UFBA; Fortaleza: EdUECE, 2006.

ANDRADE, João Tadeu de. O herói curador e a trajetória ritual. **Revista de Humanidades**, UNIFOR, Fortaleza, CE, v. 20, n. 01, p. 67-77, 2005.

ANDRADE, João Tadeu; COSTA, Liduina F. A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade** (USP. Impresso), v. 19, p. 497-508, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29665/31537>>.

ANTONIAZZI, Alberto. **A Coordenação Pastoral Diocesana**: critérios teológicos e questões práticas. Belo Horizonte, 1999. mimeo.

AYRES, José Ricardo C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011.

AYRES, José Ricardo C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, Brasil, v. 8, n.14, p. 73-92, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>>.

AYRES, José Ricardo C. M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

AYRES, José Ricardo C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18 (supl. 2), p. 11-23, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>>.

AYRES, José Ricardo C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>>.

AZEVEDO, E. **Trofoterapia e nutraceutica**. Blumenau: Nova Letra, 2007.

BARROS, Nelson F. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva JCR**, v. 11, p. 850, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/31001.pdf>

BAYARD, Jean-Pierre. **Os talismãs**: psicologia e poderes dos símbolos de proteção. São Paulo: Pensamento, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana F. B.; TANAKA, Oswaldo Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface (Botucatu)** [online], v. 16, n. 40, p. 249-260, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1812.pdf>>.

BURDICK, John. **Procurando Deus no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

CAILLÉ, Alain. Nem holismo nem individualismo metodológicos: Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. Tradução Beatriz Perrone-Moisés. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 38, p. 5-38, out. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v13n38/38caille.pdf>>

CAILLÉ, Alain. **Antropologia do dom: o terceiro paradigma**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002a.

CAILLÉ, Alain. Dádiva e associação. In: MARTINS, Paulo Henrique. **A dádiva entre os modernos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002b.

CAMARGO JR., Kenneth R. de. A economia política da produção e difusão do conhecimento biomédico. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta; BRZOZOWSKI, Fabíola S.; HELLMANN, Fernando. (Org.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Unisul, 2010. v. 1, p. 36-48.

CAMPBELL, Joseph. **O herói de mil faces**. São Paulo: Cultrix, 1988

CAMURÇA, Marcelo. Espaços de hibridização, dessubstancialização da identidade religiosa e idéias fora do lugar. **Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião**, Porto Alegre, v. 5, n. 5, p. 37-65, out. 2003. <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/CienciasSociaiseReligiao/article/view/2254>

CANESQUI, Ana Maria. Estudo de caso sobre a experiência com a “pressão alta”. **Physis**, v. 23, n. 3, p. 903-924, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n3/13.pdf>>.

CANESQUI, Ana Maria. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 109-124, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a09v08n1.pdf>>.

CANESQUI, Ana Maria. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília S. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 13-32.

CANESQUI, Ana Maria. Produção científica das Ciências Sociais e Humanas em saúde e alguns significados. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 15-23, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/03.pdf>>.

CANESQUI, Ana Maria; BARSAGLINI, Reny Aparecida. Apoio social e saúde: pontos de vista das Ciências Sociais e Humanas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n5/a02v17n5.pdf>>.

CARNEIRO, Ana Paula S. et al. Índice de exposição à sílica na atividade de mineração de ouro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 83-91, fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27120.pdf>>.

CAROZZI, María (Org.). **A nova era no Mercosul**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

CARRARA, Sérgio. Entre cientistas e bruxos: ensaios sobre dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília S. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 33-45.
<http://books.scielo.org/id/tdj4g/03>

CECCIM, Ricardo B. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). **Caderno Saúde Mental – Saúde Mental: os desafios da formação**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. v. 3, p. 67-90. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/10/caderno_SM3_Os_desafios_da_formacao.pdf>.

CECCIM, Ricardo B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 259-278.

CECCIM, Ricardo B. Saúde é luta: lutar com a formação? [Resenha: Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.]. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2.299-2.302, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/21.pdf>>.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. v. 1. Artes de fazer.

CHAPMAN-SMITH, David. **Quiropraxia uma profissão na área da saúde**. São Paulo: Anhembi Morumbi, 2001.

CSORDAS, Thomas. **Corpo/significado/cura**. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

DELEUZE, Gilles. **Diferença e repetição**. Tradução Luiz Orlandi, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DIOCESE DE BONFIM/BAHIA. Comissão Pastoral da Terra. Mineração x comunidades camponesas: **Diagnóstico dos impactos negativos da atividade minerária sobre as 37 comunidades camponesas pesquisadas pela CPT Bonfim na microrregião econômica do Piemonte da Diamantina/BA**. Senhor do Bonfim/BA, 2012 (Relatório de Pesquisa).

DUARTE, Luiz Fernando D. **Da vida nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)**. Rio de Janeiro: Zahar/CNPQ, 1986.

FONTE, Eliane Maria M. da; MELO, Danielle D. G. de. Apoio social e sobrecarga familiar: um olhar sobre o cuidado cotidiano ao portador de transtorno mental, **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 173-194, jan./jun. 2010. Disponível em: <revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/download/344/302>.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1985a.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985b.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. (Ditos & Escritos, v. I).

GARNELO, Luiza; LANGDON, Jean. A Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, Maria Cecília S.; COIMBRA JR., Carlos. (Org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 133-156.
<http://books.scielo.org/id/w5p4j/09>

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEERTZ, Clifford. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GODBOUT, Jacques T. Introdução à dádiva. Tradução Beatriz Perrone-Moisés. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 13, n. 38, p. 39-52, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v13n38/38godbout.pdf>>.

GODBOUT, Jacques T.; CAILLÉ, A. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
GODBOUT, 1997

GODELIER, Maurice. **O enigma do dom**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GUIMARÃES, Feliciano de Sá. O debate entre comunitaristas e cosmopolitas e as teorias de Relações Internacionais: Rawls como uma via média. **Contexto int.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 571-614, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cint/v30n3/01.pdf>>.

GUIZARDI, Francini L.; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n3/30994.pdf>>.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1497-1508, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/062.pdf>>.

HAESLER, Aldo. A demonstração pela dádiva: abordagens filosóficas e sociológicas. In: MARTINS, Paulo Henrique (Org.). **A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

HELLINGER, Bert; HÖVEL, Gabriele T. **Constelações familiares**. São Paulo: Cultrix, 2001.

HORSLEY, Mary. **O eneagrama do espírito**. São Paulo: Pensamento, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico**: resultados preliminares da amostra do Censo Demográfico 2010. São Paulo; Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 2011

JUNQUEIRA, Maria de Fátima P. da S.; DESLANDES, Suely F. Resiliência e maus-tratos à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Fiocruz, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-235, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14923.pdf>>.

LACERDA, Alda. **Redes de apoio social no sistema da dádiva**: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

LACERDA, Alda; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, Francini L. Espaço público e saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. In: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. (Org.). **Polifonia do dom**. Recife: Ed. da UFPE, 2006. p. 311-332.

LALANDE, André. **Dicionário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LAPLANTINE, François. **Aprender Antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LAPLANTINE, François; RABEYRON, Paul-Louis. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**: antropologia e sociedade. Tradução Marina Appenzeller. Campinas: Papirus, 2003.

LE BRETON, David. **Antropologia do Corpo e Modernidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LEADBEATER, C. W. **Os chakras ou os centros magnéticos vitais do ser humano**. São Paulo: Pensamento, 1995.
<http://www.elfarodealejandria.org/txt/leadbeater/Textos/Leadbeater%20Charles%20-%20Os%20Chakras%20PT.pdf>

LEVI-STRAUSS, Claude. **Tristes trópicos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

LEVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

LOYOLA, Maria Andréia. **Médicos e curandeiros**: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984.

LUZ, Madel Therezinha. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, Madel Therezinha. **Arte de curar versus a ciência das doenças**: história social da homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis, 1996. 347p. v. 1.

LUZ, Madel Therezinha. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil contemporânea. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. v. 1, p. 9-20.

LUZ, Madel Therezinha. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. v. 1.

LUZ, Madel Therezinha. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 9, p. 8-19, 2008.
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2481.pdf>

LUZ, Madel Therezinha. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>>.

LUZ, Madel Therezinha. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde. **Saúde e Sociedade**, USP, v. 20, p. 22-31, 2011. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/04.pdf>

LUZ, Madel Therezinha. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento de pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina na rede de saúde do município do Rio de Janeiro. In: LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson F. (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/CEPESC-Instituto de Medicina social, 2012a. v. 1, p. 217-250.

LUZ, Madel Therezinha. Contribuição do conceito de racionalidades médicas para o campo da Saúde: estudos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson F. (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/CEPESC-Instituto de Medicina social, 2012b. v. 1, p. 15-24.

MACHADO, Lia Zanotta. Dádivas, conflitualidades e hierarquias na saúde. In: MARTINS, Paulo Henrique; CAMPOS, Roberta Bivar (Org.). **Polifonia do Dom**. Recife: UFPE, 2006.

MACHADO, Maria de Fátima A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>.

MAGNANI, José Guilherme C. O neo-esoterismo na cidade. **Revista USP**, São Paulo, v. 31, n.1, p. 6-15, 1996. Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/31/01-magnani.pdf>>.

MAGNANI, José Guilherme C. O circuito neo-esotérico. In: TEIXEIRA, Faustino; MENEZES, Renata. (Org.). **As religiões no Brasil**: continuidades e rupturas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. v. 1, p. 161-173.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Os Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1976. Coleção Os Pensadores. Disponível em: <<http://extensaoantropologia.files.wordpress.com/2013/02/malinowski-argonautas-introducao-objeto-metodo-e-alcance-desta-investigacao.pdf>>.

MALUF, Sônia W. Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da “Nova Era”. **Mana**, v. 11, n. 2, p. 499-528, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/mana/v11n2/27456.pdf>>.

MALUF, Sônia W. **Des enfants du Verseau au pays des terreiros**: les cultures thérapeutiques et spirituelles alternatives au Sud du Brésil. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – École des Hautes Études em Sciences Sociales, Paris, 1996.

MALUF, Sônia W. Da mente ao corpo? A centralidade do corpo nas culturas da Nova Era [2005]. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 147-161, 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/issue/view/547>>.

MARTINS, Daniela Maria B. **Entre-lugares; vivências de fronteira**: um estudo da experiência Comungos – conexões comunitárias. Dissertação (Mestrado em Educação e Contemporaneidade) – Departamento de Educação, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <http://www.pppeduc.com/dissertacoes/turma_4/2004_l2_daniela_m_b_martins.pdf>

MARTINS, Paulo Henrique. O paraíso, o Tao e o dilema espiritual do Ocidente: passagem do antropocentrismo moderno para o cosmocentrismo pós-moderno. **Sociedade e Estado**, v. XIV, p. 19-44, 1999

Martins, P. H. (1999) O paraíso, o Tao e o dilema espiritual do Ocidente: passagem do antropocentrismo moderno para o cosmocentrismo pós-moderno. In: Siqueira, D. E. (org.) *Sociedade e Estado–Novos Movimentos Religiosos*. Brasília, Universidade de Brasília, **14**(1).

MARTINS, Paulo Henrique. A sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação. **Rev. Crit. Ciências Sociais**, n. 73, p. 45-66, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/73/RCCS73-045-066-Paulo%20H.Martins.pdf>>.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MARTINS, Paulo Henrique. **A dádiva entre os modernos**: a discussão sobre os fundamentos e as regras do social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MARTINS, Paulo Henrique. As outras medicinas e o paradigma energético. In: LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Filice de (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ-ABRASCO, 2012, v. 1, p. 309-342.

MARTINS, Paulo Henrique. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011. p. 39-50.

MARTINS, Paulo Henrique. Usuários, redes de mediação e associações públicas híbridas em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). **Cuidar do cuidado**: responsabilidades com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

MARTINS, Paulo Henrique; CAMPOS, Roberta B. (Org.). **Polifonia do dom**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

MATOS, Aécio G. **Organização social de base**: reflexões sobre significados e métodos. Brasília: Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural – NEAD / Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável / Ministério do Desenvolvimento Agrário; Abaré, 2003.

MAUSS, Marcel. **Ensaio sobre a dádiva**. Tradução Antonio Filipe Marques. Lisboa: 70, 2008.

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

MELLO, Daniele Borges de. **Juventude e adoecimento crônico**: os significados de ser jovem com doença renal crônica no contexto das trocas de bens de cuidado. Fundação Oswaldo Cruz, 2011. 1v. 155p. (dissertação de Mestrado).

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz; Garamond, 2004.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/09.pdf>

MERHY, Emerson Elias. O mais profundo é a pele. **Interface**, v. 15, n. 38, p. 915-927, 2011. Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1590/S1414-32832011000300023?locale=en>>.

MERHY, Emerson Elias. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias: em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. **Lugar Comum**, UFRJ, v. 27, p. 281-306, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, dez. 1988. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v4n4/03.pdf>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Mudanças globais e tendências do campo da Saúde no Brasil. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 69-80, 2005. <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/3635/2505>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A autoviolência como objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. XIV, n. 2, p. 421-428, 1998. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n2/0120.pdf>

MONTAGNER, Miguel Ângelo. Sociologia médica, sociologia da saúde ou medicina social? um esforço comparativo entre França e Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 193-210, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/18.pdf>>.

MONTERO, Paula. **Da doença à desordem, a magia na Umbanda**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

MOREIRA, M. N. Dádiva, reciprocidade e associação em rede na área da saúde. In: MARTINS, Paulo Henrique; CAMPOS, Roberta Bivar (Org.). **Polifonia do Dom**. Recife: UFPE, 2006.

NAMIKOSHI, Toru. **Livro Completo da Terapia Shiatsu**. Manole, 1992.

NOGUEIRA, Maria Inês. Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluisio Gomes da (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010.

NUNES, Everardo D. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS, Gastão Wagner de S.; MERHY, Emerson Elias; NUNES, Everardo D. (Org.). **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

OLIVEIRA, Amurabi. Da Nova Era à New Age popular: as transformações no campo religioso brasileiro. **Caminhos** (UCG. Impreso), v. 9, n. 1, p. 141-157, 2011. Disponível em: <http://www.academia.edu/713641/Da_Nova_Era_a_New_Age_Popular_As_Transformacoes_no_Campo_Religioso_Brasileiro>.

OLIVEIRA, Amurabi. Corpos e corporeidade no universo da Nova Era no Brasil. **Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad**, v. 4, n. 9, p. 52-64, 2012.
<http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/viewFile/179/131>

OLIVEIRA, Gilson; KOIFMAN, Lilian; FERNANDEZ, Veronica Silva. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas do cuidado. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluisio Gomes da (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. v. 1, p. 191-20.

PEDRO, Iara Cristina da Silva; ROCHA, Semiramis Melani Melo; NASCIMENTO, Lucila Castanheira. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2013.

PELIZZOLI, Marcelo. **Saúde em novo paradigma**. Recife: EDUFPE, 2011.

PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio César F. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PHILIPPI, Sonia T. et al. Pirâmide alimentar adaptada; guia para escolha dos alimentos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 65-80, jan./abr., 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v12n1/v12n1a06>>.

PIERUCCI, A. F. Ciências sociais e religião: a religião como ruptura. In: TEIXEIRA, Faustino Luiz; MENEZES, Renata (Org.). **As religiões no Brasil**: continuidades e rupturas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 17-34.

PIMENTA, Tânia S. Barbeiros: sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28). **Hist. ciênc. saúde – Manguinhos**, v. 5, n. 2, p. 349-374, out. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2011.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde. (Org.). **Dicionário Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 73-76.

PINHEIRO, Roseni. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e os espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. v. 1, p. 105-117.

PINHEIRO, Roseni. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluisio Gomes. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ-ABRASCO, 2010. v. 1, p. 17-37.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ, 2011. p. 51-67.

PINHEIRO, Roseni. Novos padrões de institucionalidades no sistema de saúde brasileiro: a integralidade como princípio ético-político de lutas identitárias em espaços públicos. In: MARTINS, Paulo Henrique; MEDEIROS, Rogerio de Souza (Org.). **América Latina e Brasil em perspectiva**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2009. v. 1, p. 286-306.

PINHEIRO, Roseni. Responsabilidade com a integralidade das ações: por uma ética do futuro. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Org.). **Cuidar do cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. v. 1, p. 11-22.

PINHEIRO, Roseni; ASENSI, Felipe D. Apresentação: desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. **Physis**, UERJ [Impresso], v. 20, p. 15-17, 2010. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a02v20n1.pdf>

PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011. v. 1.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluisio Gomes da (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. 447p.

POUNDS, David, M.; CLAY, James H. **Massoterapia clínica**: integrando anatomia e tratamento. Barueri, SP: Manole, 2003.

QUINTANA, Alberto M. **A ciência da benzedura**: mau olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise. São Paulo: EDUSC, 1999.

RABELO, Miriam Cristina. Religião, ritual e cura. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília S. **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 47-56.

RIOS, Luis Felipe. Corpos e prazeres nos circuitos de homosociabilidade masculina do centro do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 465-475, 2008. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n2/a22v13n2.pdf>

RIOS, Luís Felipe; PARKER, Richard; TERTO JUNIOR, Veriano. Sobre as inclinações carnisais: inflexões do pensamento cristão sobre os desejos e as sensações prazerosas do baixo corporal. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 195-217, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a11v20n1.pdf>>.

SALLES, Sandra Abrahão Chaim; SCHRAIBER, Lilia Blima. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 195-202, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/21.pdf>>.

SANCHIS, Pierre. (Org.). **Fiéis e cidadãos**: percursos de sincretismo no Brasil. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

SANTA ROSA, Ana Lúcia C. **Aprendendo a caminhar na cidade**: idosos em residências terapêuticas. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp104056.pdf>.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 63, p. 237-280, out. 2002.

SANTOS, Francisco Assis da S. et al. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2916.pdf>>.

SANTOS, Milton. **Natureza do espaço**: técnica e tempo; razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

SCHEFFER, Mechthild. **Terapia floral do Dr. Bach-teoria e prática**. 12. ed. São Paulo: Pensamento, 1981.

SCHRAIBER, Lilia B. **O médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec, 2008. v. 1, 254p.

SCHRAIBER, Lilia B. Racionalidade biomédica e transformações históricas da prática médica ao longo do século XX: breves apontamentos para a reflexão crítica. In: PINHEIRO Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes (Org.). **Projeto Integralidade em Saúde – 10 anos**: por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS- UERJ -Abrasco, 2010. v. 1, p. 115-128.

SCHRAIBER, Lilia B. Ciência e transformação social na Saúde Coletiva. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 1, n. 3, p. 1-2, 2011. <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265319573001.pdf>

SCOTT, Parry. Re-assentamento, saúde e insegurança em Itaparica: um modelo de vulnerabilidade em projetos de desenvolvimento. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 74-89, dez. 2006. <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7495/9008>

Site oficial: <<http://www.ba.gov.br/>>. Acesso em: out. 2008.

Site oficial: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: out. 2008.

SILVEIRA, Celso Leonel. **Rede de apoio social dos cuidadores de familiares com doença crônica de uma comunidade remanescente de quilombos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, 2011. <http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao%20Celso%20Leonel%20Silveira.pdf>

SOUSA FILHO, Alípio. Por uma teoria construcionista crítica. **Bagoas – Revista de Estudos Gays**, v. 1, n. 1, p. 27-59, 2007.

<http://www.cchla.ufrn.br/bagoas/edic01.html>

SOUZA, Iara Maria de A. **Na trama da doença**: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.

SOUZA, Eduardo F. A. A. de; LUZ, Madel Therezinha. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 16, n. 2, p. 393-405, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n2/08.pdf>>.

SPINK, Mary Jane P. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 18-27, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/03.pdf>>.

SPINK, Mary Jane P. Comunicação sobre riscos, biopolítica e a reconfiguração possível do cuidado. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluisio Gomes da (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010.

STEIL, Carlos Alberto; CARNEIRO, Sandra de Sá. Peregrinação, turismo e nova era: caminhos de Santiago de Compostela no Brasil. **Relig. soc.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 105-124, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rs/v28n1/a06v28n1.pdf>>.

STEIL, Carlos Alberto; CARVALHO, Isabel Cristina M.; PASTORI, Erica O. Educação ambiental no Rincão Gaia: pelas trilhas da saúde e da religiosidade numa paisagem ecológica. **Educação** (PUCRS. Impresso), v. 33, n. 1, p. 54-64, 2010. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/6783/0>

STEIL, Carlos Alberto; TONIOL, Rodrigo. Ecologia, corpo e espiritualidade: uma etnografia das experiências de caminhada ecológica em um grupo de ecoturistas.

Caderno CRH, v. 24, n. 61, p. 29-49, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24n61/03.pdf>>.

TAVARES, Fátima Regina G. Os terapeutas alternativos nos anos 90: uma nova profissão? **Antropolítica**, Niterói, UFF, PPGACP-ICHF-UFF, n. 4, p. 63-83, 1998.

TAVARES, Fátima Regina G. Ascensão e profissionalização da terapêutica alternativa no Rio de Janeiro (anos 80-90). **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 75-98, 1999. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n2/05.pdf>

TAVARES, Fátima Regina G. A diversidade da rede terapêutica alternativa no Rio de Janeiro. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 325-344, 2002. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n2/a08v12n2>

TAVARES, Fátima Regina G. Terapias alternativas e diversidade terapêutica brasileira. In: SALGADO, Gilberto Barbosa (Org.). **Cultura e instituições sociais**. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2006. p. 261-279.

TAVARES, Fátima Regina G. **Alquimistas da cura: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos**. Salvador: EDUFBA, 2012.

TAVARES, Fátima Regina G. Legitimidade terapêutica no Brasil contemporâneo: as terapias alternativas no âmbito do saber psicológico. **Physis**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 83-104, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v13n2/a06v13n2.pdf>>.

TAVARES, Fátima Regina G. Religião e terapêutica na contemporaneidade: o caso do movimento nova era. **Tempo e Presença Digital**, v. 4, n. 16, p. 313, 2009. Disponível em: <http://www.koinonia.org.br/tpdigital/detalhes.asp?cod_artigo=313&cod_boletim=17&tipo=Artigo>.

TAVARES, Fátima Regina G.; DUARTE, Joelma do P.; COGNALATO, Rosana. Movimento nova era e a reconfiguração do social (da contracultura à heterodoxia terapêutica). **Antropolítica**, Niterói, v. 1, n. 28, p. 177-196, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.uff.br/index.php/antropolitica/article/view/26/pdf>>.

TEIXEIRA, Enéas Rangel. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2014.

TESSER, Charles Dalcanale. (Org.). **Medicinas complementares: o que é necessário saber (homeopatia e medicina tradicional chinesa/acupuntura)**. São Paulo: UNESP, 2010.

TESSER, Charles D. Contribuições das epistemologias de Kuhn e Fleck para a reforma do ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 98-104, 2008. <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/13.pdf>.

TESSER, Charles D.; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 196-206, feb. 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n1/23.pdf>>.

TONIOL, Rodrigo; STEIL, Carlos Alberto. Ecologia, Nova Era e peregrinação: uma etnografia da experiência de caminhadas na Associação dos Amigos do Caminho de Santiago de Compostela do Rio Grande do Sul. **Debates do NER** (UFRGS. Impresso), v. 2, n. 17, p. 97-120, 2010.

TRAD, Leny A. B. Necessidades de saúde: desafios (que persistem) no plano conceitual e da sua operacionalização nos serviços sanitários. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluísio Gomes da (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPECS; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010.

WEBER, Max. **Ensaio de sociologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

ZALUAR, Alba. **Os homens de Deus**: um estudo dos santos e das festas no catolicismo popular. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
http://nupevi.iesp.uerj.br/os_homens_de_deus.pdf

ZIMERMAN, David. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. **Vínculo**, São Paulo, v. 4, n. 4, dez. 2007.
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2101.pdf>



Sara (16.04.1960 – 03.07.2013), professora de yoga, idealizadora do Espaço Yoga, esposa de Rei, uma das maiores entusiastas das Terapias Integrativas em Jacobina e integrante do Shaktí.

A infinitude está presente em cada um de nós, enquanto potência, o que nos possibilita sermos iguais e, ao mesmo tempo, a finitude expressa-se em cada um de nós, enquanto acontecimento, o que nos faz singulares e únicos. Assim, somos iguais em potência, virtualmente, e somos singulares nos acontecimentos. Mais significativo ainda é que cada acontecimento é acompanhado pela infinitude potencial, como o lançamento de uma moeda produz um acontecimento que é acompanhado por esta. (...) E é exatamente isso que todos são, incluindo-se aí o Universo: Virtualmente eternos, sem princípio ou fim, e transitórios nos acontecimentos.

Felippe Serpa

APÊNDICE A

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

1. Identificação

- Nome
- Idade
- Tempo de atuação
- Especialidade

2. Iniciação nas Terapias Integrativas

- Como se inseriu neste campo de práticas de cuidado?
- Como se percebe no cenário atual das terapias integrativas (em Jacobina e no cenário contemporâneo de uma forma global, considerando as mudanças na legislação a partir do ano de 2006)

3. Histórico das Terapias Integrativas em Jacobina

- O que acompanhou da história das terapias no município de Jacobina?
- Como se formaram os espaços terapêuticos atuais?
- Você fundou ou participou da fundação de algum espaço terapêutico? Se sim, como foi o processo?
- Antes da formação dos espaços terapêuticos que se firmaram nos últimos 15 anos havia locais para atendimento destinados às terapias integrativas?

4. Causas relacionadas à prosperidade das terapias no local

- Como se explica a prosperidade destas práticas no município de Jacobina?
- Qual o raio de atuação? Quais municípios, além de Jacobina, em que existem terapeutas de Jacobina atuando?

5. Interação com a rede pública e/ou privada de assistência em saúde

- Há interação entre as terapias integrativas praticadas em Jacobina e as práticas oficiais de assistência em saúde do município? Se sim, como se dá? Se não, quais as principais dificuldades?
- Você trata pessoas que paralelamente mantêm tratamentos médicos? Qual a sua opinião sobre o caráter da complementaridade associado às terapias integrativas?
- As mudanças na legislação no ano de 2006, com proposta da Política Nacional das PICS, tiveram algum impacto no contexto jacobinense?

6. Interação entre os terapeutas

- Você já trabalhou ou trabalha em parceria com algum outro terapeuta? Se sim, como se estabeleceu esta parceria? Que atividades desenvolvem?
- Há organizações de terapeutas presentes no local? Existem/existiram movimentos sociais associados ao desenvolvimento destas práticas?

7. Relações terapeuta-cliente

- Como é o seu cotidiano de atendimento? Caracterize um pouco a sua prática.
- Quais as diferenças que identifica no comportamento dos seus clientes ao longo do tratamento?
- Quais as suas visões sobre saúde, doença e papéis do terapeuta e do cliente?

8. Redes de ajuda e apoio mútuo

- Você participa de atividades 'extra-consultas' junto com outros terapeutas e com clientes? Se sim, fale-me um pouco sobre estas atividades e sobre o impacto que elas têm na 'promoção da saúde' e bem-estar.

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO _____ **DATA:** ____/____/____

1- Nome: _____

2- Endereço:

3- Telefone: _____ **4- Sexo:** () M () F **5- Idade:** _____

6- Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Relação Estável () Viúvo (a) () Outros

7- Grau de escolaridade:

() Fundamental completo () Fundamental incompleto

() Médio (2º grau) completo () Médio (2º grau) incompleto

() Superior completo () Superior incompleto

(.....) Pós-Graduação. Qual -

8- Cor/etnia: () Negra () Indígena () Branca () Oriental/Asiática () Outra.
Qual? _____

9- Renda Familiar:

() Menos de 1 salário mínimo (abaixo de R\$ 545,00)

() Entre 1 e 3 salários (R\$ 546,00 a R\$ 1.635,00)

() Entre 3 e 5 salários (R\$ 1.636,00 a R\$ 2.725,00)

() Entre 5 e 7 salários (R\$ 2.726,00 a R\$ 3.815,00)

() Entre 7 e 9 salários (R\$ 3.816,00 a R\$ 4.905,00)

() Acima de 9 salários (acima de R\$ 4.906,00)

10- Tem Filhos?

() NÃO () SIM. Quantos? _____

Quantos menores de 18 anos? _____

11- Das terapias abaixo, quais as que você utiliza ou já utilizou?

() Chás ou Tinturas () Garrafadas () Bioenergia () Psicoterapia () Quiropraxia () Florais

- () Homeopatia () Acupuntura () Alimentação Natural () Massagens () Yoga
- () Tratamentos espirituais, Curas através de orações com celebrações religiosas e/ou promessas
- () Tratamento com remédio prescrito por médico () Outras. Qual(s)?

12- Nos últimos 15 dias, quais destas terapias utilizou:

- () Chás ou Tinturas. Há quanto tempo utiliza? _____ () Garrafadas. Há quanto tempo utiliza? _____
- () Homeopatia. Há quanto tempo utiliza? _____ () Acupuntura. Há quanto tempo utiliza? _____
- () Massagens. Há quanto tempo utiliza? _____ () Yoga. Há quanto tempo utiliza? _____
- () Bioenergia. Há quanto tempo utiliza? _____ () Psicoterapia. Há quanto tempo utiliza? _____
- () Quiropraxia. Há quanto tempo utiliza? _____ () Florais. Há quanto tempo utiliza? _____
- () Alimentação Natural. Há quanto tempo utiliza? _____
- () Tratamentos espirituais, Curas através de orações com celebrações religiosas e/ou promessas. Há quanto tempo utiliza? _____
- () Tratamento com remédio prescrito por médico. Há quanto tempo utiliza? _____
- () Outras. Qual(s)? _____ Por quanto tempo?

13- Você está tentando se curar de alguma doença/mal estar?

- () NÃO (PULE PARA A QUESTÃO 23) () SIM. Qual? _____

14- Há quanto tempo você sabe que está com essa doença/mal estar?

- () Menos de um mês
- () Entre um e seis meses
- () Entre seis meses e um ano
- () Mais de um ano

15- Que tratamento (s) ou terapias você procurou?

- () Apenas o tratamento médico convencional (PULE PARA A QUESTÃO 23)
- () Tratamento médico convencional e, também, tratamento não médico
- () Apenas o tratamento não médico

16- O que te levou a procurar um tratamento não médico?

17- Há quanto tempo você está no tratamento não-médico?

- Menos de um mês
 Entre um e seis meses
 Entre seis meses e um ano
 Mais de um ano

18- Você mantém tratamento com remédios de farmácia ou outro tipo de acompanhamento médico?

- NÃO SIM

19- Você realiza exames médicos?

- NÃO SIM

20- Você precisa de alguma ajuda para manter seu(s) tratamento(s)?

- NÃO. SIM. Qual? -
-

21- Sua família participa de seu tratamento?

- NÃO. SIM. Como? -
-

22- Você acredita que está se curando?

- SIM NÃO Não sabe

23 - Você já teve que se curar de alguma doença/mal estar em outro momento da sua vida?

- NÃO (**PULE PARA A QUESTÃO 29**) SIM

24- Você procurou tratamento não médico?

- NÃO (**PULE PARA A QUESTÃO 29**)
 SIM, mas nem sempre levei adiante
 SIM, e mantive o(s) tratamento(s) até o fim

25- O que te levou a procurar um tratamento não médico pela primeira vez?

26- Você manteve tratamento com remédios de farmácia ou outro tipo de acompanhamento médico?

- SIM, sempre.
 SIM, algumas vezes.
 SIM, raras vezes
 NÃO

27- Você realizou exames médicos?

- SIM, sempre.
- SIM, algumas vezes.
- SIM, raras vezes
- NÃO

28- Você se curou?

- SIM
- NÃO
- Não sabe

29- O que mais lhe motiva na procura por tratamentos ou terapias não-médicas?

- A necessidade de relaxar
- Prevenir doenças
- Curar doenças/mal estares
- Todas as alternativas acima

30- Para você, quais características são importantes para que um tratamento dê certo?

ANEXO

ANEXO A

CAPACITAR: UMA ABORDAGEM POPULAR PARA A CURA DO TRAUMA

Trabalhos com os traumatizados mostram que o método Capacitar envolve um acordar e fortalecer este “Instinto de Curar”. Porque a experiência de traumas de pessoas de origens indígenas e populares é tão vasto. Capacitar usa uma abordagem de educação popular anterior a uma abordagem terapêutica individual, colocando nas mãos do povo simples habilidades de bases corporais que, podem ser usadas para as pessoas se auto-ajudarem a relaxar do stress, lidar com emoções e viver com equilíbrio no meio dos desafios da vida. Uma chave para esta abordagem é o instinto inerente ou a sabedoria do organismo de voltar ao equilíbrio e à inteireza. A cura ocorre durante o período de relaxamento onde a energia pode fluir livremente (desacorrentada) tão bem quanto através de um fortalecimento do fluxo energético natural. Com o fluxo renovado da energia a pessoa retorna a um estado de equilíbrio e bem-estar.

Vivendo no Bem-estar

Viver no bem-estar é uma experiência muito diferente de saúde do que estabilizando sintomas ou curando doenças físicas ou mentais. Em contraste com uma visão de mundo científica de saúde que envolve “fixar ou curar”, bem-estar no oriente e em modelos indigenistas é baseado na inteireza e na harmonia na energia ou força vital de corpo, mente e espírito. Quando a energia está fluindo livremente e sem obstrução através dos canais e centros energéticos do corpo, a pessoa experimenta boa saúde, equilíbrio emocional, clareza mental e bem-estar espiritual.

As práticas oferecidas nesta ferramenta emergencial deste Kit do Capacitar ajuda a conscientizar este estado de bem-estar, providenciando ferramentas de cura de feridas do passado e para a recuperação da força interior e energia na pessoa. As práticas foram realizadas com milhares de pessoas, em 26 países e muitas diferentes culturas. Foram consideradas de grande ajuda para pessoas com stress traumático, como também para autocuidado para os que trabalham com outras pessoas. Elas foram organizadas para serem usadas para serem parte da vida diária na ajuda de recuperar o equilíbrio danificado, congestionado ou gasto excessivo de energia bem como para nutrir e construir energia nuclear. O uso regular das práticas tais como o Taichi, Pal dam, Gum, acupuntura e trabalho respiratório, ajudam a aliviar os sintomas do stress traumático, que se manifesta em dor de cabeça, dor no corpo, dor de estômago, desordens, diarreia, insônia, ansiedade e fadiga crônica. Mas não basta somente aliviar sintomas físicos e emocionais. Curar envolve uma mudança mais profunda em todo o sistema da pessoa, suas relações e seu envolvimento nos níveis das células e da energia vital.

O modo de lidar com experiências traumáticas pode ser catalisado para o crescimento e a transformação. Feridas do passado podem ser transformadas em sabedoria para viver mais plenamente. Há um retorno ao equilíbrio e à inteireza, o estado natural da pessoa e da comunidade. Como cura individual as pessoas são capazes de reagir fora de sua família, comunidade e no grande mundo trazendo saúde e bem-estar para a família humana.

Para obter outras fontes como: Manuais e CDs de práticas veja nosso Website do Capacitar: www.capacitar.org.

Estamos unidos com a terra e uns com os outros,
Com os nossos ancestrais e com todos os seres do futuro,
Para trazer nova vida à terra,
Para recriar a comunidade humana,
Para prover justiça e paz,
Para lembrar de nossos filhos,
Para recordar quem somos.
Estamos unidos como muitas e diversas expressões,
Juntos com um Mistério de amor,
Para a cura da terra e a renovação de vida em sua inteireza.

—Oração do Capacitar do orador da UN do Sabbath



KIT PARA DIMINUIR PROBLEMAS EMERGENCIAIS

Patricia Mathes Cane, Ph.D.—Capacitar Fundadora/Diretora

I Maria Noeli Bohn—Tradutora

Instrumentação para o Bem-estar

A saúde do corpo, da mente e do espírito é continuamente afetada por traumas, violência, tempo, morte, ambiente, notícias diárias, e os desafios da vida. O uso de antigas experiências de cura podem fortalecer-nos a viver com paz e bem-estar acontecendo o que quiser ao nosso redor. Os seguintes exercícios do Capacitar são oferecidos para o nosso uso quando formos atingidos por tempos de esgotamento, dispersão ou depressão. Estes instrumentos são para todos nós, sejamos sobreviventes de traumas, assistentes de saúde que trabalham com outras pessoas, sobrecarregados e stressados pela vida diária. O desafio é construir estas práticas em nossa vida e no estilo de vida que levamos até se tornarem uma segunda natureza e realmente podem ser utilizados quando sempre que, tomarmos consciência do stress traumático, perda de energia, sentimentos depressivos ou descentrados. Copie, distribua e use-os para você mesmo e com outras pessoas. Maiores práticas de uso e teoria podem ser encontrados em nossos manuais e na página da Web: www.capacitar@igc.org.

Trabalho Respiratório

Respiração é a fonte da vida, que traz energia renovada para os tecidos e células para nutrir o corpo, a mente e o espírito. Quando expiramos o ar, o stress acumulado e as toxinas são eliminados. Respirar durante um período estressante é uma forma efetiva de liberar a tensão que está acumulada no corpo. Algumas poucas respirações profundas, em momentos difíceis podem mudar completamente o modo de lidar com situações difíceis. Trabalho respiratório combinado com imagens e luz ou com a natureza podem promover sensações de paz, calma e foco.

Respiração Abdominal Sente-se confortavelmente e feche os olhos. Respire profundamente e centre-se. Deixe sair todas as incomodações e pensamentos. Coloque suas mãos sobre o abdômen. Inspire o ar profundamente através das narinas e imagine o ar penetrando corpo adentro até o seu centro em seu abdômen. Imagine seu abdômen preenchendo-se de ar como um balão. Segure a respiração por alguns momentos e depois exale vagarosamente através da boca, contraindo os músculos do estômago, deixando sair toda a tensão de seu corpo. Continue a fazer esta respiração abdominal por alguns minutos. Se os pensamentos vierem a sua mente deixe-os sair gentilmente, retornando à imagem do ar que penetrando e saindo de seu corpo.

Respirando em Meio à Natureza A natureza é uma grande fonte de cura e posicionamento. Com os pés no chão, inspire profundamente, imaginando que seus pés são longas raízes penetrando terra adentro. Inspire a energia da terra. Expire stress e depressão.

EXERCÍCIOS ENERGÉTICOS DE TAI CHI



Os Movimentos das Rochas

Coloque-se de pé com os pés separados, paralelos aos ombros e as mãos caídas nos dois lados. Erga seus calcanhares e com as palmas para cima, erga suas mãos até a altura de seu tórax. Volte as palmas das mãos para baixo enquanto for baixando os calcanhares e erga os artelhos (dedos dos pés) em forma de movimento das rochas. Continue a fazer este exercício vagarosamente movendo as rochas para frente e para trás, respirando profundamente. A cada movimento, deixe cair seus ombros, relaxe seus braços e dedos. Faça o exercício suave e lentamente. Respire profundamente e imagine que seus pés estejam seguramente plantados sobre a terra. Ao erguer suas mãos imagine ser capaz de trazer a energia do céu para limpar e preenchê-lo. Este é um exercício muito benéfico para sanar traumas e depressão.

Chuvas de Luz Com o pé esquerdo a frente, erga suas mãos acima da cabeça e depois mova-as para baixo como se delas saísse uma chuva de luz. Sinta a energia de suas mãos limpando e preenchendo seu ser. Repita o mesmo exercício com o lado direito com o pé direito à frente. Inspire a chuva de luz para dentro de seu corpo e depois exale e deixe ir toda a negatividade que há em você. Sinta a luz limpando e renovando seu ser. Este é um excelente exercício para pessoas que estão deprimidas ou que convivem com traumas da vida passada.



Deixe que o Passado se vá e Abra-se para Receber

Com o pé esquerdo à frente, as palmas levemente curvadas para baixo, empurre suas mãos para fora num arco gentil, deixando sair toda a tensão, negatividade e violência que há em você. Jogue as palmas das mãos para cima e arraste-as em direção ao tórax, inspirando paz e cura. Repita o exercício com o pé direito à frente. Expire a dor e violência. Inspire paz e cura.

Voando Através do Ar

Com seu pé esquerdo à frente, sua mão esquerda para o alto, nade ou voe através do ar. Os movimentos com os braços devem ser livres e leves com os braços e os ombros relaxados. Repita o movimento com o lado direito, iniciando com a mão direita para cima. Voe livremente pelo ar deixando sair tudo o que o puxa para baixo, sentindo a liberação de seu espírito. Abra seu coração a todas as possibilidades para sua vida e sua cura. Este é um bom exercício para relaxar dores nas costas, nos ombros e na cabeça.



www.capacitar.org © 2005

SEGURAR OS DEDOS PARA ADMINISTRAR EMOÇÕES

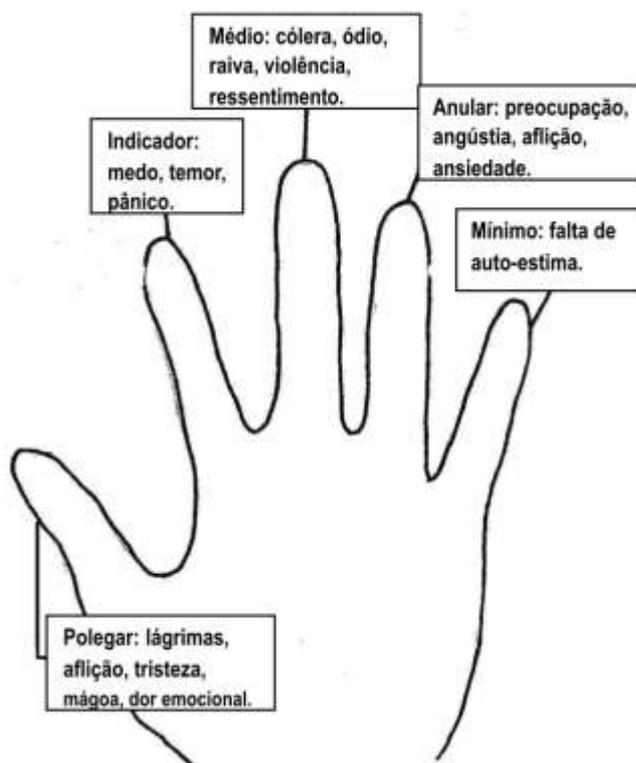
A seguinte prática é uma forma simples de trabalhar com emoções, segurando cada dedo. Emoções e sentimentos são como ondas de energia que se movem através do corpo, da mente e do espírito. Através de cada dedo corre um canal ou meridiano de energia conectado com um sistema orgânico e sua emoção contida. Com sentimentos fortes em forma de ondas que nos vencem, as energias podem ficar bloqueadas ou represadas, resultando em dor ou congestão no corpo. Segurando cada dedo enquanto respirar profundamente pode trazer relaxamento físico e emocional e cura.

O segurar os dedos é um instrumento de grande ajuda a ser utilizada na vida diária. Em situações difíceis ou desafiadoras quando lágrimas, raiva ou ansiedade surgem, os dedos deverão ser segurados para trazer paz, foco e calma para que a resposta ou ação apropriada pode ser tomada. Esta prática também pode ser feita com música ou usada antes de ir dormir para relaxar os problemas do dia e para trazer um relaxamento profundo ao corpo, à mente e ao espírito. Podemos praticar estes exercícios sozinhos ou com a ajuda de outra pessoa.

Prática de Segurar os Dedos:

Segure cada dedo com a mão oposta, de dois a cinco minutos. Você pode trabalhar com cada mão. Inspire o ar profundamente. Perceba as sensações ou emoções fortes ou perturbadoras que você está segurando em si mesmo. Expire lentamente e deixe sair. Imagine as energias negativas drenando de dentro de você através de seus dedos para dentro da terra. Inspire uma sensação de harmonia, força e cura. E expire lentamente, relaxando sentimentos do passado e problemas.

Muitas vezes ao segurar cada dedo, você poderá perceber uma sensação de pulsação quando as energias e sentimentos se movem e se equilibram. Você pode também segurar os dedos de pessoas que estão incomodadas ou descontroladas. É de importante ajuda, segurar os dedos das crianças que choram estão mal-humoradas. Pode também ser feito com pessoas muito temerosas, ansiosas, doentes ou morrendo.



TÉCNICA DA PAZ EMOCIONAL – EFT

A técnica da paz emocional(EFT) desenvolvida por Gary Craig,Ph.D. é muito útil para desbloquear e curar emoções, lágrimas,ansiedade, dor emocional,raiva, lembranças traumáticas, fobias e outras bem como para aliviar sintomas físicos e dores, tais como dores de cabeça e dores pelo corpo, em geral. A técnica é baseada na teoria dos campos energéticos do corpo, mente e espírito junto com as teorias dos meridianos da medicina oriental. Problemas, traumas, ansiedades e dor podem causar bloqueios no fluxo energético do corpo. Batendo nos pontos de acupuntura ou pressionando-os, conectados com canais dos meridianos da energia pode ajudar a mover as energias bloqueadas em áreas congestionadas e promover o fluxo saudável da energia no campo físico e mental. (Adaptado com permissão do EFT, material de Gary Flint, Ph.D. Emotional Freedom Technique)

Práticas do EFT

1. Pense num aspecto específico com o qual trabalhar e medir seu nível de ansiedade:

2. Respire profundamente e dê toques (batidinhas) de 7 a 9 vezes com o dedo indicador o dedo médio.

- . os pontos abaixo onde iniciam as sobrancelhas 1
- . pontos dos lados das sobrancelhas 2
- . pontos entre abaixo das pupilas dos olhos no osso 3
- . ponto abaixo do nariz 4
- . pontos abaixo dos lábios no queixo 5
- . pontos abaixo das axilas, aproximadamente 4 polegadas abaixo 6
- . pontos abaixo da clavícula nos lados do externo 7

3. Toque (dê tapinhas) no ponto A no lado da mão e diga:

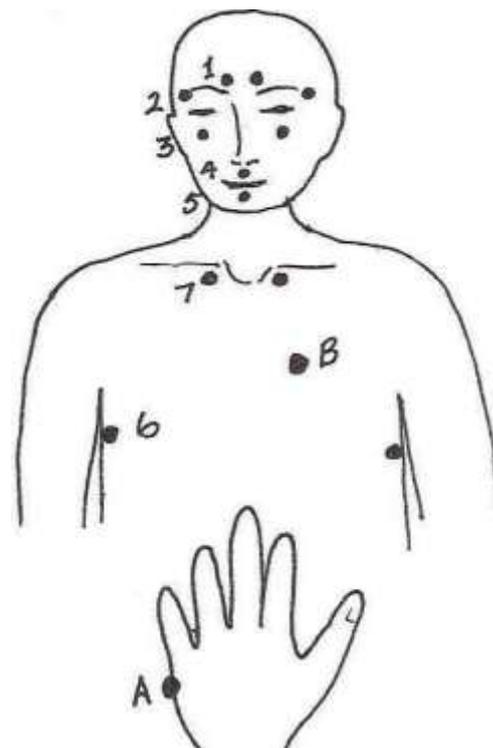
Toque a polaridade reversa – Ponto A do lado da mão enquanto afirma 3 vezes:

Apesar do fato, de eu ter este problema, eu estou OK ! Eu me aceito a mim mesmo

4. Repita a seqüência 2 e 3 tantas vezes até que o nível de ansiedade baixe até 0 ou 2.



5. Friccione ou pressione o ponto dolorido B: que está localizado no lado esquerdo do tórax, aproximadamente duas a três polegadas abaixo da clavícula 2 a 3 polegadas para o lado do externo.



OS TOQUES

Esta prática consiste em vários toques simples que podem ser feitos em si mesmo ou em outra pessoa para aliviar dor física, lembranças traumáticas, emoções fortes, tais como raiva, medo, insônia e para um relaxamento profundo. Através das energias de nossas mãos temos o poder de trazer uma profunda paz, harmonia e cura para o corpo, a mente e o espírito. Quando o praticamos conosco mesmos, mantemos no corpo e na mente uma profunda sensação de paz, luz e amplitude. Os toques podem ser feitos por vários minutos cada um acompanhado por respiração abdominal profunda para promover um relaxamento maior. O toque deve ser muito leve, e se alguém teme o toque por causa de dor ou sua história de abuso, os toques devem ser feitos com trabalho corporal nos campos energéticos. Nunca pratique o toque em alguém sem permissão da pessoa que você deseja beneficiar.



Toques Halo



Toque na Cabeça

Uma mão segura levemente a cabeça no alto da testa. A outra mão toca a base do crânio. A energia das mãos cantata com partes do cérebro relacionadas com a memória e com as emoções.

Toque na Coroa

Massagear com ambos os polegares ao mesmo tempo, tocando o centro coronário, no topo da cabeça. Com os dedos dando leves batidinhas na área transversal da testa. Com respiração profunda estes toques são usados em diversas

modalidades de trabalhos corporais para promover o relaxamento emocional.



Toques no Coração

As mãos repousam de leve sobre os ombros, o lugar no corpo relacionado com a ansiedade, excesso de carga ou responsabilidades.

Uma mão repousa de forma transversal sobre o esterno no alto do peito. A outra mão toca o alto das costas, atrás do coração. A área do coração muitas vezes segura as dores emocionais, feridas do passado, raiva ou ressentimento.

Respire profundamente e imagine a dor do coração drenando para baixo até entrar na terra. Pode-se também praticar este toque várias polegadas no corpo, respeitosamente nos limites da frente da pessoa atingida.

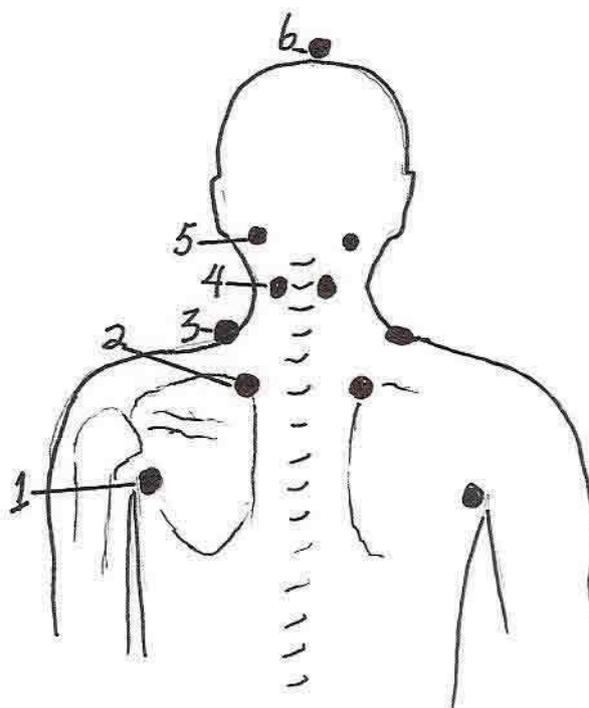


Toques nos Ombros

Para finalizar varra ou escove o campo energético com as mãos. As plantas dos pés também podem ser tocadas e massageadas para que a pessoa se posicione sobre o chão.

RELAXAMENTO DA CABEÇA, OMBROS E NUCA

Esta prática de acupuntura relaxa a dor, tensão e congestão da nuca da cabeça e dos ombros. Muitas vezes há bloqueios das energias provenientes de traumas e stress nestas partes do corpo. A maioria dos canais de energia ou meridianos fluem através destas áreas, resultando num engarrafamento da nuca de tanta tensão em algumas pessoas. Esta prática pode ser realizada facilmente sem ajuda das outras pessoas ou mesmo em outra pessoa, seja sentada ou deitada com o rosto para cima. É uma prática muito boa para a ansiedade, à noite, ou quando alguém está impossibilitado de dormir. Se praticado com outra pessoa, dê certeza de respeitar os limites desta outra pessoa. E quando perceber sua energia fluindo dentro de suas mãos imagine que esta pode subir e descer para dentro da terra. Com leves tapinhas com os dedos curvos e pressione cada ponto 1 a 6 durante 1 a 2 minutos, ou até que a pulsação da energia for, fluindo, claramente, com força. Estes pontos geralmente são muito sensíveis. Durante a prática você pode imaginara energia fluindo para coma e para fora do topo da cabeça, enquanto for respirando profundamente. Para concluir a prática imagine que seus pés estejam profundamente enraizados na terra para posicionar-se sobre a terra. Se trabalhar em alguém, você segurar as plantas dos pés e as extremidades por alguns minutos para posicioná-los (Adaptado do trabalho de Aminah Raheem e Iona Teegarden.)



Ajuste dos Pontos:

1. Aproximadamente uma polegada do lado de fora da axila na junta do ombro onde o braço conecta com o tronco do corpo.
2. No topo da curva do lado de dentro do ombro, na omoplata aproximadamente duas polegadas do centro da espinha dorsal.
3. No topo dos ombros na base da nuca no músculo trapézóide.
4. No centro da nuca nos músculos de cada lado da espinha.
5. Nas entrâncias na base da cabeça nos lados da cabeça.
6. O centro coronário no topo da cabeça.

Para Finalizar:

Segure as palmas e extremidades dos pés para posicionar-se.

Imagine que os pés estão enraizados no chão. Respire profundamente e sinta paz e harmonia no corpo, mente e espírito.

ACUPUNTURA CONTRA DOR E STRESS TRAUMÁTICO

Depressão

Estes pontos de acupuntura são contra depressão e leveza de espírito para trazer paz.



Coroa da Cabeça:

Toque suavemente o topo da cabeça. Há três pontos de acupuntura numa linha desta área.

Testa entre as Sobrancelhas:

Com as pontas dos dedos de uma das mãos toque a área sensível entre as sobrancelhas onde o nariz conecta com a testa.

Na Base do Crânio nos Lados da Cabeça:

Entrelace os dedos e coloque as mãos atrás da cabeça e com os polegares massagear e pressionar os dois pontos dos lados direito e esquerdo da base do crânio entre as entrâncias dos músculos e ossos.



ANSIEDADE, CRISES & OPRESSÃO



Ponto Externo do Punho:

Pressione o ponto no recuo, (cavinha) no lado exterior do vinca, (dobre) do punho, descendo o dedo mínimo.

Ponto no Topo dos Ombros:

Com as pontas dos dedos de ambas as mãos toque o ponto no topo dos ombros. Os braços poderão estar cruzados, se esta posição for mais confortável.

Pontos Doloridos:

Localize um ponto dolorido no lado esquerdo do peito, umas duas a três polegadas abaixo do osso da clavícula e umas duas polegadas ao lado do externo.

Abatimento, Crises & Pressão Alta:

Este ponto pode ser auto-usado ou outra pessoa poderá usá-lo quando alguém está em crise ou desânimo, desmaio, fraqueza, abatimento.



Ponto Abaixo do Nariz:

Com o dedo indicador ou com a articulação do dedo pressionar o ponto diretamente abaixo do nariz, no lábio superior.



Insônia:

O Ponto na Testa com o Ponto no Centro do Peito:

Posicione ao mesmo tempo o ponto no centro da testa e o ponto no centro do peito.

