

18º CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA

26 a 29 de Julho de 2017, Brasília (DF)

GT14 – SAÚDE, POLÍTICA E SOCIEDADE

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

DANIELA MARIA BARRETO MARTINS

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

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

Daniela Maria Barreto Martins¹
dabamartins@yahoo.com.br
Universidade do Estado da Bahia

Resumo

O trabalho propõe uma integração entre teoria da dádiva e *cuidado*, como aporte para a interpretação de experiências comunitárias de construção de cuidado à saúde, que se desenvolveram em circuitos terapêuticos alternativos na cidade de Jacobina-BA. Trata-se de um estudo de caso, de natureza etnográfica, em que se buscou identificar e compreender as formas singulares de apropriação de práticas de cuidado à saúde disponíveis no município. Foram formulados esquemas de interpretação, tendo em vista as dimensões constitutivas da teoria da dádiva (o *interesse*, o *desinteressamento*, a *obrigação* e a *liberdade*). A interação dádiva-cuidado resultou nos esquemas analíticos: “cuidar e ser cuidado”; “cuidar de si”, e “cuidar e criar”. A pesquisa, realizada entre os anos 2013 e 2014, envolveu observação participante, questionários e entrevistas com terapeutas, usuários de serviços e clientes organizadores de círculos de práticas. Este estudo contribuiu: 1. Para a compreensão do cuidado como ato comunitário de circulação de dádivas, em que todos participam do benefício e da doação; 2. Avançar na análise das Terapias Integrativas para além da redução a “recursos terapêuticos” que aplacam sintomas; 3. Compreender os círculos terapêuticos como experiências provedoras de referenciais cosmológicos, a partir dos quais os grupos se orientaram na construção coletiva do cuidado; 4. Reconhecimento do trinômio *saúde-doença-cuidado*, com a proposição de uma Sociologia do Cuidado.

Palavras-chave: Dádiva, Cuidado, Terapias Integrativas, Experiência Comunitária.

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 que é 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 sociabilidade, a que corresponde também a prestação do cuidado.

¹ Doutora em Sociologia; Professora Adjunta do Colegiado de Psicologia – DEDC I – CAMPUS I – Universidade do Estado da Bahia, Salvador-BA. Rua Silveira Martins, 2555 - Cabula, Salvador - BA, 41150-000 Tel: (71) 3117-2200

A perspectiva inspirada no paradigma da dádiva viabilizou uma análise articulada com as dimensões do auto-cuidado, 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*.

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

Jacobina é um município de médio porte, com população estimada em 79.285 habitantes², distribuídos entre a sede, quatro distritos e vinte e dois povoados. Localiza-se a latitude 11°10'50" sul e a longitude 40°31'06" oeste, e está a uma altitude de 463 metros³. Situada na região noroeste da Bahia, no extremo norte da Chapada Diamantina, Jacobina fica a 330 km da capital do estado da Bahia – Salvador, e é também conhecida como Cidade do Ouro, numa alusão às minas de ouro que atraem exploradores desde o início do século XVII.

O movimento das Terapias Integrativas (TI's) em Jacobina pareceu, a princípio, ancorado ao 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, Acupuntura e Yoga. Com o decorrer da inserção em campo, outros terapeutas tornaram-se conhecidos. Outras práticas também foram registradas: a quiropraxia⁴, a radiestesia⁵, reiki⁶, florais⁷, massoterapia⁸, dentre outras modalidades estudadas e compartilhadas entre terapeutas e clientes.

Mesmo considerando outras razões relacionadas à procura por tratamentos não médicos, nos pareceu significativo que a sensação de adoecimento e agravamento sem solução tenha sido uma razão na raro 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

² Conforme IBGE os municípios que têm de 50.001 a 100.000 habitantes são considerados municípios de médio porte.

³ Informações obtidas no <http://www.ibge.gov.br> em 16 de outubro de 2011.

⁴ 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 os efeitos dessas disfunções na função normal do sistema nervoso e na saúde geral. No Brasil, a profissão está em processo de regulamentação.

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ Terapia que se fundamenta na propriedade vibracional das flores, cujo objetivo é o equilíbrio emocional. (SCHEFFER, 1981)

⁸ Prática focalizada em massagens corporais, que pode seguir uma única linha terapêutica ou fazer associação de duas ou mais modalidades. (CLAY e POUNDS, 2003)

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, ressaltava o papel das terapias integrativas nestes quadros de sofrimento, e a necessidade de compreender melhor a “*virada no jogo*” que foi 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 isso representava 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 aqui é extrema união”.

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” (LUZ, 2007, 2008, 2009, 2012; TAVARES, 2006, 2009, 2010, 2012; AMARAL, 2003; MARTINS, 2003, 2005; MALUF, 2005, 2007; MAGNANI, 2006; OLIVEIRA, 2009, 2010, 2011, 2012; ANDRADE, 2005, 2006, 2010; STEIL, 2008, 2010, 2011, 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; 20003), 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*⁹, 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 num dado espaço de atendimento podia-se observar a predominância de indivíduos no *padrão classe média*, num outro já predominava a *classe popular*. Mas quais eram as demandas? E o que era conquistado ali?

Muitas das narrativas que acessamos nos apoiavam no sentido de perceber o *emaranhado* sócio-político 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.

Cidade que adocece.... cidade que cura....

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. É certo que as cidades do interior sofrem um pouco mais numa situação tal em que a medicina tende a se afirmar mais pelas tecnologias que faz uso do que propriamente pelo conhecimento clínico do médico (MARTINS, 2003; CAMARGO JR., 2010) Nas narrativas, boa parte da clientela dos terapeutas alternativos apresentava seus desencontros na

⁹ 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)

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.

Os usos e apropriações destas terapias em Jacobina também revelaram uma expressiva diversidade, e certamente as informações prestadas pelos usuários 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 por que procurar tratamentos médicos, ou porque “raramente adoeciam” 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 proposta 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 por métodos naturais, o tratamento médico podia ser dispensável e, se mantido concomitantemente, poderia atrapalhar o trabalho sutil no domínio da *energia*¹⁰.

Esta certeza também era alimentada por alguns dos terapeutas. Quatro deles (metade do grupo consultado), em particular, mostraram-se bastante

¹⁰ Como destacado por Tavares (2012), energia é a categoria-base no glossário das terapias alternativas. Embora esteja associado 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.

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):

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.

Conseqüentemente, na fala dos terapeutas aparecia um discurso formado, e retro-alimentado pelos pares, de crítica ao sistema médico de uma maneira abrangente e a primeira vista pouco gregário, posto que se originava de uma ruptura vivenciada, significada e traduzida em seus discursos. Enquanto os usuários queixavam-se mais de questões mais relacionadas à debilidade na organização dos serviços médicos prestados, tais como a falta de médico, 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.

A atenção prestada ao cliente evocava 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*' eram absolutamente

imprescindíveis na condução dos tratamentos, uma vez que a doença ou mal estar era 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, exigiam muitas vezes a adaptação e até 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 ter mais nada a fazer.

Somava-se a esta *disponibilidade* do terapeuta, algo que era 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 substituíam o dinheiro. Além disso, também existiam os atendimentos que eram feitos de forma inteiramente gratuita, em que os terapeutas definiam a sua doação como um *retorno de um benefício de cura que receberam do Universo* e/ou como parte de sua 'missão como curadores'.

As mobilizações em prol da formulação de políticas públicas municipais para a oferta destas modalidades terapêuticas pelo SUS foram citadas uma única vez. 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.

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 estaria oferecendo risco de saúde às pessoas. Esse 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 disso, havia uma preocupação também com a qualidade do ar, pois um dos problemas mais comuns que acometia aqueles que trabalhavam diretamente nas minas é a doença da *silicose*¹¹.

Num estudo que aprofunda as relações entre *vulnerabilidade* e intervenções no espaço¹², Scott (2006) propõe uma descrição de enfermidades, a partir das “sensibilidades sociais e culturais dos fenômenos” (SCOTT, 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”, relacionado a formação local de relações de poder). Os impactos da mineração em Jacobina, refletidos na sensação de adoecimento compartilhada entre os munícipes, traziam problemas de ordem semelhante, à medida que os

¹¹ Conforme Carneiro (2006), a *silicose* é considerada no Brasil a mais antiga e grave doença ocupacional. Está relacionada com a inalação de pequenas partículas de sílica, que ao permanecer 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.

¹² 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”

riscos só aumentavam para os moradores situados no entorno das principais áreas de mineração e as repetidas denúncias encontravam resistentes barreiras institucionais (permeadas por altos interesses financeiros) que impediam qualquer andamento na resolução dos conflitos.

O fato de Jacobina ser uma cidade que de fato se projetara a partir desta atividade econômica que lhe deu a alcunha de “cidade do ouro”, aprofundava as sensações de insegurança e vulnerabilidade das pessoas em relação à exploração do ouro. Essas *perturbações* eram marcadas por sentimentos ambíguos, em que por um lado se reconhecia o aquecimento econômico da cidade enquanto havia exploração do ouro (a vinda de técnicos de diversos lugares do país aquecia o comércio, o mercado imobiliário, a rede de prestação de serviços, etc.), e por outro lado se observava um profundo desgosto da dependência econômica de uma atividade de exploração que apenas retirava as riquezas, gerava dependências nefastas e destruía o meio ambiente, não permitindo que outros ciclos econômicos pudessem lhe substituir.

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

Independente 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”:

O contraponto de tanta intoxicação seriam então os métodos naturais? Embora não possamos afirmar assertivamente esta relação, visto que a nossa suposição se apoiava 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 tornou-se 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 sócio-ambientais 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 MTC (Medicina Tradicional Chinesa) 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 procurava as terapias integrativas em caráter de prevenção tinha uma idéia mais ou menos elaborada de que isso fazia 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 era 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” (TAVARES, 2012; AMARAL, 2000).

Estas pessoas falavam 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 era mais homogêneo, embora dominassem em diferentes intensidades a retórica/discurso que buscava oferecer cognoscibilidade ao universo das terapias integrativas, a exemplo dos conceitos de energia, holismo, entre outros (TAVARES, 2012). Era 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, buscava os tratamentos naturais como alternativa para cura. Uma parte destas pessoas apresentava com o terapeuta alternativo uma relação ainda muito baseada no esquema médico. Delegavam autoridade e esperança de cura moldadas numa ideia de que o especialista seria responsável pela sua cura e que tudo que deveriam fazer era se entregar a ele, como talvez uma última esperança. Esta esperança era na maior parte das vezes deslocada pelo próprio terapeuta para que o cliente entendesse o seu papel no tratamento.

Compreendíamos esta dinâmica terapeuta-cliente 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 entrega às rotinas terapêuticas, por parte dos clientes, surgiam de uma maneira inteiramente nova, surgiam pelo restabelecimento da importância de seu entendimento e atuação do/no tratamento. Esta reciprocidade de prestígios (MACHADO, 2006), alimentava, por seu turno, uma circulação positiva, em que se podia perceber um *processo de cura* operando, e a demanda inicial de “retirada de um sintoma/doença” tinha a sua importância um tanto quanto reduzida.

Por outro lado, a permanência numa posição centrada na figura do terapeuta (de forma análoga à posição diante do médico), em que se esperava de um agente externo (remédio, agulhas, operações corporais, etc.) a retirada dos sintomas e a eliminação da doença, aparecia, em contra-partida, 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, resumia-se 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”.

A posição da terapeuta reforçava a idéia de um ganho que só pode existir mediante uma entrega, uma entrega que podia significar mais à frente um resgate de algo muito mais precioso que se perdeu: a recompensa não poderia ser esperada como ‘algo imediato’. Pensando a partir da dádiva, era preciso uma primeira entrega (dádiva), uma entrega a princípio sem garantias de retorno. Era este *espírito de confiança* que se esperava do cliente, uma

confiança que devia sempre almejar algo maior, pois a partir de um ganho maior, muitos outros ganhos seriam possíveis.

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, passavam também a compartilhar os problemas, saberes e práticas, caracterizando emblematicamente a circularidade da dádiva.

Concluíamos 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, significava o início de um ciclo de trocas, em que os bens circulantes, conforme o sistema da dádiva, incluíam 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* de pessoas e coisas, 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 dos terapeutas individualmente, em que, até por analogia ao consultório médico, se conservava o *suposto saber* do perito especialista.

No que tange especificamente o 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 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*”, corolário de uma crise que envolvia precariedades e desencontros, revelando fortes contradições para o caráter integrativo reivindicado, a “*cidade que cura*” era reveladora de um *ethos cuidador* que marcava as visões compartilhadas entre clientes, terapeutas e

afins. Costumes e tradições eram 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 propunham um resgate ou restabelecimento); forças “energéticas”/“espirituais” que obrigavam a atender ao “chamado” para o ofício de cuidar; costumes de “boa vizinhança” (empréstimos, doações, agradados, apoio) refletidos nas atuais experiências comunitárias de cuidado ali observadas.

Reconhecemos, ainda, na constituição da Casa de Repouso uma conjunção de elementos significativos que, na condição de *primeira dívida* deram o tom dos primeiros circuitos terapêuticos embasados numa 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, num breve momento de efervescência política em torno da formação daquela casa, na segunda metade da década de 80, 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 utilizado pelos terapeutas para permitir e instigar esta co-laboração.

Não se pode afirmar, simploriamente, que as terapias integrativas levavam necessariamente à circulação de dívidas 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 alicerçada em parcerias, e que portanto já superavam o puro contrato de consultório. Evidentemente havia aqueles que procuravam os espaços com vistas num 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), espécies de grupos terapêuticos formados por clientes e terapeutas, eram experiências registradas como uma extensão do trabalho de atendimento realizados nos espaços, com um propósito de colaboração na construção de princípios organizadores que estruturavam vivências em grupo, sem perder a dimensão dos processos individuais. 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 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.

Algumas conclusões

O olhar sob a perspectiva da dádiva ajudou a captar nos *circuitos comunitários de cuidado*, registrados na cidade de Jacobina-BA, 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, concordamos 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, idéias, talentos, opiniões, projetos, manifestos, etc. foram dons postos em circulação, bens simbólicos que circulavam naquelas redes, que as fortaleciam, enquanto também fortaleciam 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 num 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 numa 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 sócio-culturais 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 ganhou força nestes espaços, em que as pessoas se encontravam para um *fazer-com* que integrava 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

AMARAL, L. . **Carnaval da Alma - Comunidade, Essencia e Sincretismo na Nova Era**. Petropolis: Vozes, 2000.

ANDRADE, J. T. . **Terapias Complementares em Saúde Pública: Alguns aspectos do debate antropológico contemporâneo**. Humanidades e Ciências Sociais (UECE), Fortaleza-Ce, v. 01, n.02, p. 19-24, 1999.

CAILLE, Alain. Nem holismo nem individualismo metodológicos: Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo , v. 13, n. 38, Oct. 1998 .

LUZ, M. Natural, **Racional, Social - Razão Médica e Racionalidade Moderna**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MACHADO, Lia Zanotta. Dádivas, conflitualidades e hierarquias na saúde. In: (Org.) MARTINS, Paulo Henrique e CAMPOS, Roberta Bivar. **Polifonia do Dom**. Recife, Ed. Universitária da UFPE, 2006

MARTINS, P.H. **A sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação**. Rev. Crit. Ciências Sociais, n.73, p.45-66, dez. 2005.]

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

PINHEIRO, Roseni . Responsabilidade com a Integralidade das ações: por uma ética do futuro. In: Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Mattos. (Org.). **Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008, v. 1, p. 11-22.

Schraiber LB . Ciência e transformação social na Saúde Coletiva. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 1, p. 1-2, 2011.

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, Dec. 2006

SPINK, M. J. P. . Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde e Sociedade** (USP. Impresso), v. 16, p. 18-27, 2007.

SPINK, M. J. P. . Comunicação sobre riscos, biopolítica e a reconfiguração possível do cuidado.. In: Pinheiro, Roseni; Silva Jr. Aluisio Gomes. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**.. 1ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2010

STEIL, Carlos Alberto and Carneiro, Sandra de Sá. Peregrinação, turismo e nova era: caminhos de Santiago de Compostela no Brasil. **Relig. soc.**, Jul 2008, vol.28, no.1, p.105-124. ISSN 0100-8587

TAVARES, F. R. G. . **Alquimistas da cura: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2012.

TESSER, C. D. (Org.) . **Medicinas complementares: o que é necessário saber (Homeopatia e medicina tradicional chinesa/acupuntura)**. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2010