

32º Encontro Anual da ANPOCS

GT 38: Subjetividade e emoções

Corpo, emoção e religião como agenciamentos possíveis

Fátima Regina Gomes Tavares

Introdução

Buscar novas possibilidades de se conhecer traduz um desafio antigo, mas que vem ganhando novos contornos na prática antropológica contemporânea, que tem problematizado modelos dicotômicos fundamentados em premissas coletivizantes versus individualizantes e que, no limite, assentam-se na ruptura entre linguagem e mundo. O próprio estatuto dos conceitos no âmbito das ciências sociais adquire novos contornos, perseguindo não exatamente uma aproximação com o mundo nos moldes do modelo tecnológico de conhecimento cumulativo, mas sugerindo novas possibilidades de experimentação das condições do pensamento (STRATHERN, 2006, p. 49-50).

É imbuído desse espírito que novas proposições vêm sendo feitas no sentido de produzir um deslocamento das metáforas representacionais para uma pragmática das ontologias ou modos de ser no mundo, levando-nos a uma postura bem mais “cautelosa” diante das nossas possibilidades compreensivas do que costumamos chamar de “alteridades”.

O tratamento da “diferença” – central na antropologia – passa por experimentos que procuram desafiar os limites das nossas alegorias delineadas na proeminência da substância por contraste à relação. Perseguindo essas possibilidades, novas percepções da diferença podem ser aventadas: como acentua Viveiros de Castro a partir da leitura de Deleuze, “para determinar o que há a pensar como diferença intensiva antes que como substância extensiva” (2007, p. 98). Os “devires”, enquanto relações intensivas não podem constituir coisas nem “entidades” independentes das relações que são engendradas, ou como diz Latour (2006), constituem-se como modos de inscrição do mundo e não pontos de vista sobre o mesmo.

Nessa perspectiva, não há entidades da mesma forma que não há totalidades sistemáticas ou tipológicas: há relações que fazem fazer, ou seja, não relações entre unidades que construam semelhanças ou oposições, mas “devires” como pontos de fuga possíveis. Assim, nas multiplicidades temos outra perspectiva de se compreender a relação, já que é justamente esse conceito que se encontra em xeque. Uma nova compreensão da relação perseguindo as suas formas intensiva e extensiva de construir diferenças, enviando sempre a formas diferentes (assimétricas) de construir diferenças (VIVEIROS DE CASTRO, op. cit.).

É com essa inspiração inicialmente apontada que pretendo abordar a questão dos afetos implicados nas experimentações terapêuticas na contemporaneidade. Quando velhas dicotomias orientam a investigação dos processos de cura, o resultado reforça a

emergência de fronteiras rígidas e artificiais entre terapêuticas convencionais (biomedicina), “alternativas” (terapêuticas “nova era”) e religiosas populares (“tradicionalistas”). Mas o crescente movimento de valorização das terapêuticas ditas “alternativas” não reconhece essas fronteiras: ao invés de delinear um conjunto de práticas e orientações, sob a proteção desta “etiqueta” podemos encontrar movimentos que caminham em direções variadas. O que temos chamado de “alternativo” comporta, assim, entrecruzamentos variados: de temporalidades (práticas milenares, “tradicionalistas” e modernas), geográficos (práticas orientais e ocidentais) e de origem social (“populares” e “nova era”). São entrecruzamentos e reapropriações que, atravessando cada um dos eixos indicados, acabam implodindo as tentativas mais obstinadas de elaboração de esquemas classificatórios. Se alguma paisagem pode ser evocada, certamente não é a da placidez de identidades bem delineadas, mas a de um movimento centrífugo que evoca, a todo o momento, novas experimentações possíveis.

Neste trabalho desenvolvo a hipótese de que os modelos interpretativos ancorados em dicotomias, distinções e classificações que buscam delinear “grupos” a partir de essencialismos identitários pouco auxiliam na investigação das mediações mobilizadas nas experimentações terapêuticas contemporâneas. Para isso, apresento algumas situações etnográficas da prática terapêutica no âmbito da “Estratégia Saúde da Família” - uma política federal implementada e gerenciada nos municípios brasileiros - numa cidade de porte médio do Estado de Minas Gerais.

Considerando a viabilidade da perspectiva de rede desenvolvida por Latour, discuto as mediações que são produzidas nas trajetórias terapêuticas, em especial nas terapêuticas religiosas. Procuro, através desse fio condutor, construir uma abordagem que não “congela” e nem mesmo busca compreender a experiência terapêutica religiosa a partir dos limites implicados em contextos rituais pré-definidos (com suas crenças, especialistas e técnicas específicas), possibilitando, assim, a investigação do trabalho dos mediadores (humanos e não humanos) aí envolvidos.

Agências e itinerários terapêuticos religiosos

As abordagens cujo enfoque recai nas agências terapêuticas (religiosas ou não) concentram-se na investigação dos tratamentos disponíveis a partir de seus modelos explicativos e do grau de legitimidade social de que desfrutam para se compreender os processos de “escolha”. No caso das terapêuticas religiosas, esse enquadre, bastante recorrente, acaba trazendo alguns problemas adicionais. Duas premissas (implícitas)

orientam a percepção de que para se compreender a escolha por um tratamento religioso é preciso situá-la no seu referencial cosmológico: (a) a “escolha” implica, em algum grau, uma “adesão” (no limite, uma “conversão”) a esse referencial; e (b) a “adesão” funciona como uma espécie de “contexto explicativo” para a compreensão dessa escolha, pois, de outra forma, ela se tornaria incompreensível ou marcada pela irracionalidade.

As diferentes cosmologias que orientam os modelos terapêuticos religiosos são muitas vezes compreendidas como universos de significação claramente discerníveis, comportando recursos terapêuticos específicos. No fim das contas, reedita-se um velho modelo: a(s) escolha(s) do(s) tratamento(s) depende, fundamentalmente, de disposições culturalmente adquiridas e que devem ser compreendidas no âmbito das representações sociais (e que orientariam as práticas).

Mas quando se trata de investigar o processo de cura enquanto transformação de pessoas, corpos e afetos é preciso problematizar tanto as delimitações de fronteiras identitárias, como os sincretismos que as atravessam. Ambas as perspectivas são decorrentes da centralidade conferida às terapêuticas religiosas enquanto agências, tomadas como modelos “fechados” (comportando cosmologias, doutrinas e recursos terapêuticos) e “alternativos” à intervenção terapêutica da biomedicina (MONTERO, 2006).

Aqui, a antropologia da religião pode trazer contribuições importantes para a problematização dessas categorias. Particularmente a questão da conversão religiosa pode nos ajudar na compreensão da relação entre crenças e práticas: as práticas não decorrem de uma reorientação consciente das crenças no “enquadramento” cosmológico oferecido pela nova religião. Observa-se, antes, uma relação dinâmica, conjuntamente articulada, entre esses dois níveis. Na medida em que a conversão implica necessariamente num engajamento corporal, a crença passa a ser compreendida não como um projeto acabado, previamente existente, mas a possibilidade de uma nova forma de ser-no-mundo (RABELO ET AL, 2002).

Mas considerar que se devam fazer escolhas entre a ênfase nas representações ou nas práticas revela também as condições nas quais, nós, pesquisadores, temos sido treinados. Essa é a advertência feita por Carozzi (2002) ao enfatizar que o que chamamos de “crenças” e “práticas” religiosas não são mais do que reificações decorrentes das práticas clássicas de investigação a que temos nos habituado. Assim,

ênfatiza da autora, a separação do discurso em relação à ação advém do nosso treinamento escolar, que finca raízes profundas na tradição cristã.

No jogo social empreendido pela pesquisa de campo, é considerada uma prática legítima o “isolamento” dos nossos “nativos” do seu ambiente social, produzindo uma interrupção no fluxo de sua vida cotidiana para que se possa elaborar uma narrativa da sua (deles) experiência. Nessas condições, constitui a nossa atitude “natural” (dos pesquisadores) tomar o discurso enquanto crença, fruto do que as pessoas narram no contexto da entrevista, para alçá-lo a uma categoria distinta das demais práticas. A produção do discurso constitui, portanto, decorrência de um treinamento que visa identificá-lo em proximidade com o “eu” por oposição à resistência supostamente imprimida pelo hábito corporal:

A habilidade adquirida na escola e nos rituais modernos de produzir discursos sobre discursos e discursos sobre ações raramente é concebida como um hábito corporal, como as características do impulso, disposição afetiva, identificação e poder sobre nós mesmos que os hábitos “do corpo” supõem. (CAROZZI, 2002, pp.83-84, tradução minha)

As reificações engendradas no processo da pesquisa e que estabelecem dicotomias entre ação e discurso, práticas e representações, parecem decorrer das nossas diferenças de atenção, que tendem, além de separar, a hierarquizar as práticas sociais de forma a reconhecermos nos discursos emitidos por nossos informantes uma dimensão central para a compreensão dos processos observados, tidos como separados da ação, da participação, da experiência, da sensação (CAROZZI, 2002, p. 87).

É o que também acentua Favret-Saada (2001) quando problematiza as condições de realização da pesquisa antropológica assentada na pressuposição da existência de um discurso neutro sobre o qual poderíamos compreender a diferença. Em sua pesquisa sobre crenças em bruxaria entre camponeses franceses, ela insiste na inadequação desse conceito para retratar outros mundos possíveis. Mundos onde a linguagem interdita a construção de um enfoque representacional sobre as coisas, mas ela mesma seria compreendida segundo outras condições de possibilidade. Nas palavras da autora: “Ora, a bruxaria é palavra, mas uma palavra que é poder e não saber ou informação” (p. 26, tradução minha)

Mas o “rastros” da experiência deixa entrever processos de significação que dificilmente podem ser enquadrados nos limites de modelos pré-estabelecidos. A criatividade – no sentido wagneriano – reside justamente na capacidade de “subverter”

expectativas, promovendo deslocamentos e metaforizações que estendem as significações para além dos seus domínios convencionais.

É o que se pode observar atualmente com o conceito de “terapêutica. A extensibilidade que essa noção vem adquirindo pode ser compreendida nessa perspectiva (TAVARES, 2006). O “terapêutico” não se restringe ao conjunto de mediações técnicas que caracterizam os procedimentos e efeitos mobilizados na cura, sejam eles religiosos ou não (biomedicina, terapêuticas alternativas, religiosas e tradicionais). O “terapêutico” também pode adquirir uma conotação de “valor” que se deseja cultivar mobilizado através de um engajamento que compreende uma transformação dos afetos: nesse caso buscam-se os efeitos decorrentes de práticas que, a princípio, não seriam propriamente terapêuticas (práticas alternativas como a biodança, jogos divinatórios, técnicas de meditação etc.). O seu campo semântico envolve, assim, um leque ampliado de experiências que também podem delinear “estilos” de vida. O mesmo diagnóstico também vale para a proliferação da heterogeneidade dos mediadores aí envolvidos, estendendo-se além das mediações técnicas para incorporar muitos outros humanos e não humanos (LATOUR, 2001).

Para se investigar os processos terapêuticos, deve-se, então, partir em direção à experiência aí mobilizada. No âmbito das ciências sociais as abordagens iniciais, centradas no comportamento do enfermo, ancoravam-se numa perspectiva voluntarista da ação. Estas foram posteriormente problematizadas através dos estudos de minorias culturais (concepções de etiologia e do comportamento do doente); das análises sobre redes sociais e saúde, e do conceito de “sistema de cuidados com a saúde”, de Kleinman, numa tentativa de incorporação da dimensão cultural envolvida nesses processos (ALVES E SOUZA, 1999).

No campo da antropologia da saúde, tem se destacado um conjunto de trabalhos que buscam uma revisão teórico-metodológica. Passando por uma ampla crítica às dicotomias conceituais (indivíduo-sociedade; corpo mente; objetivo-subjetivo), abre-se a possibilidade para que as abordagens compreensivas (fenomenologia, interacionismo simbólico, etnometodologia) ganhem espaço nos estudos (CANESQUI, 2003). Intensificou-se, assim, a crítica às abordagens “objetivistas”, que acabam por “explicar” a diversidade das concepções de doença e seus modos de ação a partir de variáveis sociológicas situadas no âmbito da estrutura social. Nessa perspectiva, ficaria descoberta a compreensão do intrincado processo de significação da experiência do adoecer em sociedades tão heterogêneas como a nossa. Como esclarece Canesqui em

análise sobre a produção na área de antropologia da saúde durante os anos 90:

Se por um lado a abordagem do sujeito ou da ação passaram a ser privilegiados, seja na construção da realidade, sempre em busca dos sentidos na intersubjetividade, seja para desprovê-lo de sua automática submissão às estruturas, por outro buscaram-se mediações entre as estruturas e a ação, mediante abordagens que procuram um construtivismo menos radical (2003, p.111)

No âmbito da perspectiva fenomenológica, alguns estudos procuram atentar para os processos mesmo pelos quais as significações da saúde e da doença são elaboradas pelos agentes, rompendo com a dicotomia entre significados culturais (já dados, portanto, “objetivos”) e a dimensão subjetiva, a partir do conceito de intersubjetividade. Nessa linha o que ganha centralidade são os processos de significação, como, por exemplo, nos trabalhos de Paulo César Alves e Mirian Rabelo (1998; 2004) autores representativos dessa tendência no Brasil. No âmbito dessas discussões, destaco três momentos importantes das redefinições conceituais propostas: a crítica à proeminência do conceito de representação sobre o de prática social; as redefinições conceituais de pessoa, corpo e experiência, a partir de uma abordagem não dualista; a ênfase no conceito de itinerário terapêutico.

1. Representações x práticas sociais

Os estudos centrados na investigação das representações sociais são numerosos, conformando uma tradição na antropologia da saúde. Embora o emprego desse conceito tenha sofrido algumas variações, parece consensual a idéia de que o seu uso indiscriminado fez dele uma meta-noção muito pouco problematizada (CANESQUI, 2003). Em artigo bastante conhecido, Herzlich (1991) defende o seu uso a partir da ênfase no caráter socialmente construído da doença, ultrapassando, assim, as fronteiras da concepção medicalizada. A investigação das representações como recurso interpretativo dos comportamentos sociais, inferindo-se a questão do sentido nesse esforço, tem como objetivo principal delinear as imagens produzidas no âmbito da sociedade que, longe de serem consensuais, constituem objeto de disputas entre diferentes grupos. Respondendo às críticas freqüentemente dirigidas à utilização desse conceito, a autora enfatiza que o estudo das representações sociais não visa à predição das condutas individuais, mas antes à investigação dos códigos de significação que

orientam as práticas, trabalho este que deve ser feito pelo pesquisador na medida em que, para o nativo, as representações são percepções que não evidenciam o seu caráter socialmente construído.

Ainda que continue sendo largamente utilizado, a tradição francesa na qual se ancora o conceito de representação social não deixa de ser problematizada. Alves e Rabelo (1998) fazem uma crítica à proeminência das representações sobre as práticas na investigação dos processos de adoecimento. Isso por que as abordagens centradas no estudo das representações sociais tendem a reproduzir uma dicotomia clássica, ao suporem a anterioridade daquelas sobre as práticas, o que reifica, no final das contas, uma abordagem que subsume as práticas à mera reprodução de significados subjacentes, ou seja, que já se encontrariam dados anteriormente à elaboração de significados no contexto mesmo da experiência do adoecer.

Como enfatizam os autores, é preciso uma redefinição das “relações entre pensamento e ação; consciência e corpo; cultura e individualidade” (1998, p.108), considerando-se que o fundamento dessas problematizações reside na própria crítica à dicotomia fundante entre abordagens objetivistas e subjetivistas. O redirecionamento do significado da ação social proposto visa justamente eliminar o pressuposto de que ela se desenrola a partir de “determinantes” externos para localizar a investigação no seu caráter situacional e processual. Assim, a produção dos significados passa a ser investigada no âmbito mesmo do desenrolar da ação, tida como “criadora” e não apenas como “atualizadora” de sentido.

2. Pessoa, corpo e experiência

A relevância do contexto nos quais as significações são construídas pode ser verificada na ênfase concedida à dimensão das práticas sociais. É no curso da ação social que se elaboram as referências culturais. Para a compreensão desse processo três discussões são especialmente importantes:

- a) Redefinição do conceito de pessoa: A concepção de um sujeito reflexivo, cuja identidade é compreendida através da idéia de permanência vem sendo substituída por uma perspectiva mais dinâmica, afinada com uma problematização dessa concepção de subjetividade. O que se propõe é o abandono de uma concepção de sujeito enquanto um núcleo autônomo, para

considerar “[...] o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e como grupos.” (AYRES, 2001, p.65). Assim, nesse paradigma observa-se uma revisão das abordagens centradas no “eu” como dimensão reflexiva sem considerar a sua mediação com o corpo, instância pré-reflexiva de produção de conhecimento. Como desdobramento dessa concepção mediada do sujeito, desenvolve-se uma crítica da dicotomia entre projeto (como ação racional) e hábito (como resistência corporal), reconhecendo-se essas dimensões enquanto relação dinâmica. O hábito passa a ser compreendido como um saber radicado no corpo, que oferece uma forma de engajamento do sujeito em qualquer contexto de ação, inclusive naqueles que mobilizam a intencionalidade de um projeto racional. Por outro lado, os projetos de ação nunca são exatamente claros, mas, antes, imagens e possibilidades que são mediadas pelo hábito; sendo este compreendido como fruto de um projeto anterior, onde se processou um engajamento corporal. Projeto e hábito, dessa forma, devem ser compreendidos como dimensões não excludentes da ação, mas que se imbricam continuamente (ALVES e RABELO, 1998).

- b) O saber radicado no corpo: o corpo passa a ser considerado “não apenas como a matéria em que se inscreve o texto da cultura – e que, portanto, pode ser lida ou decifrada – mas também como produtor de sentido, lócus em que se articulam formas de conhecimento e intervenção sobre o mundo.” (RABELO e ALVES, 2004, p.175). A partir da abordagem fenomenológica, que estabelece uma relação entre consciência e mundo, a dimensão pré-reflexiva é fundamentalmente considerada através do corpo, percebido, então, como “corpo vivido”. Não se deve operar, portanto, uma cisão entre o saber radicado no corpo (que nas abordagens dualistas consideram-na como uma experiência do sensível, sem a produção de sentido) e as representações sociais tidas como a expressão da cultura, da cognição do mundo.
- c) A centralidade da experiência: Nas abordagens tradicionais, a singularidade do evento não é pensada como produtor de sentido, sendo desconsiderada em favor da investigação dos “padrões”, recorrentes, que subjazem à especificidade dos contextos onde se desenrolam as práticas. Inversamente, o conceito de experiência ganha centralidade heurística na perspectiva aqui observada, pelo fato de que nele se entrecruzam dimensões que nas

abordagens objetivistas são tratadas enquanto dicotomias conceituais: “O conceito de experiência visa justamente superar a cisão entre sensação e sentido, percepção e cognição, natureza e cultura, apontando para uma cumplicidade originária com o mundo e com os outros que é condição para que algo possa ser posteriormente representado.” (ALVES e RABELO, 2004, p.193). A partir da prioridade concedida à situação em que se processam os significados, a experiência aparece como um “ponto de partida para a compreensão da enfermidade” (ALVES, 1993, p. 268). Aqui a experiência deve ser considerada não apenas como a emanação de sensações corporais difusas: ela precisa ser organizada numa totalidade significativa para o agente e esse processo é logrado no contexto da intersubjetividade da vida cotidiana.

3. O itinerário terapêutico

O conceito de experiência compreende também uma dimensão processual (e não apenas o aspecto da mediação, eliminando dicotomias), o que significa considerar as hesitações, indefinições e mudanças de escolhas no curso de uma experiência de enfermidade. O conceito de itinerário terapêutico procura explicitar essa dimensão de transitoriedade. Como sugere Alves, “A produção de significados é resultante não de um instante pontual do ‘eu’, mas de toda uma história do ‘eu’.” (1993, p.269). Em sociedades como as nossas, marcadas fortemente por uma hegemonia do modelo biomédico, por um lado; e por uma pluralidade de sistemas terapêuticos concorrentes e/ou complementares ao modelo hegemônico, é necessário, para se compreender o processo de significação da experiência da enfermidade, considerar sua dimensão temporal. Essa temporalidade compreende não apenas a idéia de que há um desenrolar do significado que implica alterações de escolhas, mas também a percepção de que nesse processo nem sempre se observam sínteses bem elaboradas de adesão a um ou outro tratamento; pelo contrário, muitas vezes são as indefinições e as sínteses parciais e provisórias que conferem a tônica de uma trajetória (RABELO ET AL, 1999).

Numa análise crítica aos trabalhos que abordam a questão do itinerário terapêutico, Alves e Souza argumentam acerca da inadequação dessas abordagens por se fundamentarem em premissas explicativas:

Assim, a interpretação das ações que as pessoas desenvolvem para lidar com suas aflições é subsumida a uma lógica meramente explicativa, característica de um determinado modelo do conhecimento científico. Acreditamos que considerar a interpretação e a explicação como equivalentes e intercambiáveis acarreta sérios problemas epistemológicos que objetivam explicar as ações de indivíduos ou grupos sociais” (1999, p.130).

Na medida em que os modelos explicativos fundamentam-se na busca de significados considerando-os como subjacentes à experiência social, esses modelos não podem captar de forma adequada as elaborações de sentido que são processadas nos contextos, sempre marcados pela intencionalidade, circunstancialidade e dialogia. A explicação deve, assim, ser considerada como um segundo momento que só ocorre quando a abordagem compreensiva se processou.

“Descer”, portanto, ao nível das experiências sociais compreende, como sugere Alves nesse texto, o reconhecimento de algumas considerações teórico-metodológicas: a) a escolha e avaliação dos tratamentos no curso da enfermidade não estão condicionadas por uma única estrutura cognitiva, mas muito pelo contrário, pautam-se pelo entrecruzamento de diferentes tipos de conhecimentos formulados dentro de um campo de possibilidades; b) o processo de escolhas terapêuticas implica no compartilhamento de variadas possibilidades oriundas de um “estoque de conhecimentos” adquirido ao longo de uma trajetória de vida. Essas duas considerações buscam delinear um quadro de referência nos estudos sobre itinerário terapêutico, considerando-o como um conjunto de atos que se desenrolam em diferentes “níveis” implicando planos, estratégias e projetos no tratamento da enfermidade, “níveis” estes que não compõem um esquema pré-determinado. Dessa forma, nos processos de escolha e decisão intervêm atos, discursos, imagens que vão compor, dentro do campo de possibilidades dos agentes sociais, as “possibilidades problemáticas” que não são pré-estabelecidas, mas decorrentes das virtualidades implicadas na experiência:

Portanto, não se pode confundir, na análise dos processos de escolha e decisão, os “campos de possibilidades”, um fenômeno sociocultural, com “possibilidades problemáticas”, que não são alternativas pré-construídas, mas decorrências de construções de indivíduos. Uma análise que se atenha apenas à descrição das alternativas e possibilidades oferecidas pela sociedade/cultura não poderá compreender como são construídos em contextos específicos os complexos processos de escolha de decisão e tratamento (ALVES, 1999, p.134).

Novas configurações do itinerário terapêutico

A abordagem centrada na experiência não pretende reeditar falsas dicotomias decorrentes da opção pelas teorias da ação em contraste às teorias da estrutura. Procura, antes, compreender a singularidade, a provisoriedade e ação criadora de sentido sempre implicadas nos itinerários terapêuticos.

Inspirando-me em Latour, penso, no entanto, que reconhecer a incerteza oriunda da complexidade envolvida nesses processos de ação pode reeditar uma nova dicotomia que confina a imprevisibilidade exclusivamente ao domínio da intencionalidade humana (intersubjetiva), deixando de fora a contingencialidade que atravessa a configuração do social. Recusando esse caminho, Latour (2006) aponta as incertezas que atravessam o social, ao mesmo tempo em que o constitui:

Ainda que eles [os fenomenólogos] tenham tido razão de insistir nas incertezas, eles se equivocaram no momento em que quiseram localizar as suas fontes. Os humanos capazes de intenção, as pessoas dotadas de intimidade, as almas dotadas de individualidade não são os únicos agentes interpretativos num mundo de fatos indiscutíveis e privados de toda significação. (p. 353, tradução minha)

O conceito de experiência, central nas novas abordagens da antropologia da saúde, pode ser pensado à luz das contribuições mais recentes de Latour (2006), quando argumenta sobre a necessidade de perseguirmos as redes de construção do social. Segundo ele, um problema implicado na concepção fenomenológica de experiência reside no reconhecimento de que os processos de significação são elaborados somente nas relações face a face, suspeitando de toda e qualquer proeminência do contexto (considerado como a instância que constrange a ação), o que tornaria a ação mera repetição de estruturas que lhes são anteriores. Recusando também o contexto como uma instância hierarquicamente anterior e determinante ao curso da ação, Latour (2006, p.353) constrói uma outra linha de investigação, recusando a exclusividade heurística das abordagens centradas nas relações face a face, pois justamente não reconhecem que as fontes da incerteza encontram-se distribuídas por uma extensão muito mais ampla. Assim, penso que a potencialidade do conceito de experiência poderia ser melhor aproveitada situando-a no processo de confecção das redes de mediadores, ou seja, recusando planos explicativos subjacentes à ação, mas ao mesmo tempo, alargando o campo de visão para além das abordagens micro na medida que a extensão das redes produzem muitas pequenas mas fundamentais diferenças no social que continuamente se redesenha.

Parece-me, então, que um deslocamento pode ser sugerido na abordagem do itinerário terapêutico, não mais enfocando exclusivamente os processos intersubjetivos – impliquem eles decisões, hesitações, expectativas, desejos, imagens – mas um leque bem mais amplo de mediações possíveis que caracterizariam toda e qualquer atividade do mundo. Nos mundos possíveis que emergem dessa perspectiva a criatividade não constitui um atributo situado no âmbito da cognição humana, mas configuraria uma potencialidade inscrita na ontologia dos mundos, ou como diria Ingold, atributos na forma de *skill*, intrinsecamente articulado à feitura dos corpos.

Redistribuindo as incertezas ao longo do fluxo de mediações que perfazem o social, pode-se sugerir uma nova paisagem de configuração do espaço público de mediações terapêuticas: espaço de multiplicidades, atravessado por associações rizomáticas que desafiam a todo o momento os dispositivos de hierarquização e controle envolvidos nos processos de territorialização (DELEUZE e GUATARRI, 1997).

Assim, parece-me mais promissor investigar o processo de “disseminação” das terapêuticas alternativas a partir dessa concepção, realizando-se através de uma dinâmica rizomática, que “subverte” o modelo “arbóreo” de estruturação das terapêuticas convencionais no âmbito dos sistemas de saúde público e privado. As terapêuticas alternativas atravessam o espaço público, mas não configuram um sistema estruturado, alternativo ao oficial: mobilizando sempre novas conexões, têm imprimido um novo dinamismo à paisagem terapêutica contemporânea.

Observam-se atualmente técnicas de diagnóstico e práticas de tratamento que são disponibilizadas no sistema de saúde oficial (acupuntura e outras técnicas da medicina chinesa; homeopatia, fitoterapia), que comparecem “oficiosamente” através do trabalho de médicos e enfermeiros (tratamentos espíritas e/ou espiritualistas e alternativos) ou “paralelas” ao sistema oficial (terapêuticas religiosas); práticas complementares (florais, reiki, aromaterapia, cristais); práticas de efeitos terapêuticos (jogos divinatórios, meditação e relaxamento, frutoterapia, tai chi chuan); práticas populares ou “tradicionais”, muitas das quais vêm sendo resignificadas (é o caso da fitoterapia, praticada tradicionalmente por erveiros e benzedeadoras) (TAVARES, 1998)¹.

Como se vê, o espectro é variado e resistente às tentativas de classificação se tomamos como referência as relações estabelecidas com o sistema de saúde oficial na

¹ Atualmente observa-se uma estruturação que se contrapõe à dinâmica rizomática. Muitos terapeutas alternativos ou holísticos vêm buscando organizar esse movimento através da promoção de cursos de formação bem estruturados e de associações profissionais (como o sindicato dos terapeutas holísticos), visando uma “moralização” da atividade. Cf. Tavares, 1998, 1999, 2003.

sua estrutura hospitalar. No entanto, quando investigamos a dinâmica das mediações terapêuticas no âmbito da “Estratégia de Saúde da Família” (ESF), esse quadro se complexifica bastante, devido à configuração rizomática das práticas terapêuticas que atravessam o sistema, provocando “ruídos” variáveis ².

Em pesquisas anteriores (BONET E TAVARES, 2006, 2007, 2008) já foi indicado ser preciso considerar a coexistência de redes de cuidado à saúde que atravessam a territorialização promovida pela ESF. Uma primeira rede seria delimitada pela territorialização que a ESF estabelece na comunidade através do cadastro da população residente no âmbito do trabalho de uma equipe de saúde. Uma segunda rede se refere a cada unidade de cadastro, quer dizer as unidades familiares. Sobre essas duas redes se realizam as intervenções de cuidado terapêutico da ESF. Mas essa estruturação da ESF tem que conviver na prática com outras mediações que não apenas a rede comunitária mais ampla e a rede das relações familiares.

Vejamos, por exemplo, alguns problemas que atravessam o cotidiano de um dos mediadores desse sistema, que é o agente comunitário de saúde (ACS). Dentre as obrigações profissionais desse mediador definidas pelo Ministério do Trabalho, duas podem ser aqui destacadas: “educar” as famílias de sua área de atuação para que ocorra uma utilização adequada dos serviços de saúde e levar aos membros da equipe informações sobre as atividades e hábitos da comunidade atendida. O ACS torna-se, assim, um mediador fundamental entre usuário e equipe, transformando o conhecimento médico de forma prática, através do acolhimento ao usuário que também se processa no campo dos afetos. Em relação à equipe, a sua “tradução” compreende não apenas o relato desencarnado dos problemas de saúde dos usuários, mas o rastreamento das mediações – anteriores e posteriores - desencadeadas no processo do adoecimento, intervindo, junto ao médico, para o estabelecimento de relações de cuidado mais satisfatórias.

² A ESF surge como um modelo substitutivo da rede básica tradicional, de cobertura universal, com o compromisso de assumir o desafio do princípio da equidade. Sua estratégia prevê um contato maior dos profissionais de saúde com as famílias, com vistas à humanização do atendimento. Propõe a criação de uma relação de confiança entre a equipe de saúde e a população. A proposta do programa é trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, tendo como base programática à organização de atividades em um território definido, com o propósito de propiciar a resolução dos problemas identificados.

A ESF foi pensada para reformular o contexto onde são estabelecidas as relações entre os agentes de saúde e os usuários, procurando superar a percepção “tradicional” da prática médica que intervém sobre o indivíduo não-situado. Pretende-se, agora, complexificar esse modelo reconhecendo esse indivíduo enquanto situado no mundo.

Situado nessa via de mão dupla, os ACS costumam transitar entre duas concepções identitárias: a do “profissional” e a da “doação”. Por um lado, a postura “profissional” do agente de saúde remete a uma concepção de mediação na gestão mais ampla da saúde pública, promovendo-se uma democratização do seu acesso e o incremento da qualidade do cuidado disponibilizado. Nesse referencial, o agente é visto como um profissional da área de saúde, que busca melhor atender os usuários inspirado num ideal de emancipação do sujeito. Enquanto “vigilante”, ele se torna, ao mesmo tempo, zelador da saúde pública e educador, incorporando o saber médico na prevenção e orientação da população atendida. Nessa concepção compreende-se a questão da vocação profissional como uma ética própria de trabalho que exige uma capacitação adequada.

Entretanto, na experiência cotidiana do trabalho, esse ideal fica comprometido. As dificuldades são muitas, atravessando várias dimensões do cuidado. Um dos problemas mais evidentes reside nos limites operacionais dessa rede: os agentes freqüentemente se queixam quando, ao serem procurados pelos usuários, não conseguem atendê-los de forma satisfatória. Medicamentos de alto custo que não se encontram disponíveis, atraso no repasse de medicamentos de uso contínuo, dificuldades para a obtenção de transporte adequado até a UBS ou outra unidade especializada, dentre outras. Mas eles também apontam problemas decorrentes de uma certa “resistência” por parte dos usuários em se adequar às orientações recebidas. Contrariando prescrições médicas, muitos recorrem a formas alternativas de cuidado, como chás, rezas, simpatias, “passes”, quando não substituem um tratamento por outro: uma reclamação freqüente entre os agentes é a ingestão de chás para o controle da hipertensão, ora por recusa do medicamento, ora por medida de “economia” (já que a oferta do medicamento é irregular).

Configurações rizomáticas também atravessam o espaço territorializado das reuniões da equipe com usuários de grupos de risco. É o que pode ser observado, por exemplo, no relato de D. Maria, mãe-de-santo umbandista que costuma participar das reuniões não exatamente para receber cuidado, mas para cuidar. Ela vê nessas reuniões uma possibilidade de ajudar os outros participantes do grupo, já que, para ela, muitas pessoas costumam “puxar doença”, comprometendo a harmonia do ambiente.

Mas esses “ruídos” estendem-se para além dos espaços delimitados de atuação da equipe de saúde, evidenciando experiências diferenciadas na forma como é vivenciado o cuidado sobre corpos e afetos. Mais uma vez aqui o relato de D. Maria

explicita questões importantes: sua hipertensão é por ela reconhecida, mas a sua causa decorre da sua experiência de mediunidade. A entidade que D. Maria recebe é um caboclo que consome, diariamente, dois a três litros de cachaça. Embora ela afirme não sentir nenhum sintoma decorrente da ingestão diária de álcool, o tratamento da hipertensão é por ela ambigualmente considerado. Avesa a “drogas” de toda ordem, incluindo-se aí os medicamentos alopáticos (eles “enfraquecem o corpo”), D. Maria não reconhece a necessidade de tratamento para um problema de não considera ser seu: cultivando hábitos saudáveis, ela afirma que não possui a nenhuma resistência ao consumo de álcool.

Considerar, portanto, os desafios vivenciados na experiência de cuidado do ESF implica abrir mão de um enfoque estritamente intersubjetivo para incorporar novas possibilidades de perseguir o fluxo de mediações aí disponibilizados. Mediadores não humanos que atravessam as relações face a face características do trabalho cotidiano dos ACS e que são de fundamental importância para que possamos compreender a natureza do seu trabalho. Mediadores não humanos que se estendem, na experiência de D. Maria, por exemplo, do medidor de pressão que lhe atribui um diagnóstico ao “caboclo” que, no seu trabalho cotidiano de “encorporação”, redistribui as fronteiras do seu corpo e das emoções.

A proliferação dos mediadores terapêuticos

O itinerário terapêutico, sendo processual, comporta hesitações, indefinições e mudanças de escolha no curso de uma experiência de enfermidade, envolvendo inúmeras mediações que se desenrolam numa temporalidade específica.

Assim, premissas explicativas como as apontadas anteriormente de nada valem se quisermos compreender o desenrolar desses processos, já que as práticas sempre desencadeiam possibilidades não previstas antecipadamente. Se a experiência da enfermidade é acessível através dos itinerários terapêuticos, estes também apontam as delicadas mediações (e suas fontes de incerteza) que atravessam extensas redes de cuidado como é o caso do ESF.

Mas em que medida as mediações processadas no âmbito do ESF podem desencadear novos dilemas na prática do cuidado? Articulado aos conceitos de territorialização e desterritorialização, pode-se evocar os conceitos de espaço liso e estriado, propostos por Deleuze e Guatarri (1997). A estruturação do ESF está ancorada numa perspectiva de cuidado que processa um estriamento específico na

territorialização do seu campo de ação. O problema é que esse estriamento não leva em consideração que esses espaços encontram-se atravessados por redes rizomáticas (intersticiais) de cuidado. Do ponto de vista formal, essas redes não são consideradas, mas no trabalho cotidiano, as equipes acabam por reconhecê-las, desencadeando situações ambíguas de convivência. Ou seja, é o espaço liso que se deixa estriar, mas ao mesmo tempo, não deixa de produzir linhas de desterritorialização, linhas de fuga (as redes intersticiais construídas pela população) que contestam o estriamento do espaço realizado na ESF³.

Mas para se pensar esses processos de desterritorialização como linhas de fuga possíveis é preciso considerar seriamente a proliferação dos mediadores envolvidos nos itinerários terapêuticos. É preciso reconhecê-los em sua característica essencial: transformar processos acrescentando algo ao curso das ações. No âmbito do ESF não se pode denegar o seu papel, priorizando apenas aqueles considerados legítimos. Uma abordagem que siga essa orientação fica limitada à compreensão das intervenções realizadas pela equipe de saúde, considerando com periféricos outros processos que desencadeiam um leque muito amplo de afetações. Da mesma forma, mediadores não legítimos passariam ao largo da investigação: é o caso da miríade de espíritos da umbanda, do candomblé e do kardecismo; dos santos, rezas e promessas; dos chás e das receitas caseiras, para citar apenas alguns deles.

Mas não se trata apenas de considerar os mediadores religiosos. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) a questão do acolhimento é sempre muito debatida pelos profissionais do ESF que procuram mobilizar novas estratégias de cuidado. No espaço onde se desenrola inicialmente o atendimento, por exemplo, o “balcão” de acesso é freqüentemente citado pelos usuários. O balcão configura uma imagem recorrente nas narrativas de tensão entre usuários e profissionais. Alguns profissionais queixam-se, inclusive, da sua existência devido aos limites que se interpõem entre estes e os usuários, contribuindo, inclusive, para as dificuldades de acolhimento. Quanto aos usuários, muitos alegam sentirem-se constrangidos quando precisam ir até o balcão solicitar informações devido ao distanciamento e frieza percebidos nos funcionários do atendimento. Dessa forma, pode-se sugerir que, como aponta Latour (2006) mais do que apenas um intermediário, a existência do balcão acaba constituindo-se enquanto um

³ Bonet e Tavares (Op. Cit.) já mostraram a importância do reconhecimento da relação entre a ação da ESF, a condição da vizinhança e da família como redes de apoio.

mediador de relações hierarquizadas, produzindo uma ruptura no fluxo das relações de acolhimento desejadas por muitos profissionais do ESF.

Assim, investigar as mediações construídas nessas redes intersticiais é central para que se possam compreender os dilemas envolvidos no trabalho das equipes do ESF. Através do itinerário terapêutico é possível perseguir as mediações processadas nas redes de cuidado, “vasculhando” os rastros deixados ao longo do processo de cuidado em toda a sua extensão, seja nas situações de “proximidade” (relação médico-paciente; “curador”-paciente; “médico”-curador etc.), seja nas de “distanciamento” (processadas através de inúmeros mediadores de gerenciamento, técnico, educacionais, de controle, entre outros).

Ao perseguirmos a prática da atividade humana não precisamos nos enredar na defesa da teoria da ação, mas sim levar em conta a infinidade de atuantes envolvidos, considerando-se aí também os atuantes religiosos. A emergência de híbridos de humanos e não humanos estão implicados nas habilidades desenvolvidas, tomadas enquanto capacidade de ação e percepção corpo-mente (INGOLD, 2000, p.5) e nas mediações sucessivas entre o mundo e as representações que a técnica desencadeia, produzindo um circuito por onde a verdade é transportada (LATOUR, 2001, p.86). Habilidade e técnica não são tomadas nas acepções do senso comum. A técnica não se restringe à dimensão legitimada da ação instrumental por oposição à simbólica: ela desencadeia a ação através de mediações, deslocamentos e transformações que propiciam a circulação da verdade. No que se refere aos processos de cura, a técnica não se limita, portanto, a sua apropriação pela ciência, reivindicação antiga do saber médico, mas abrange todo e qualquer recurso mobilizado na ação curativa, incluindo-se aí as performances religiosas e/ou rituais. É necessário também, nessa investigação, observarmos a extensão das conexões desencadeadas nas práticas de cura - sua rede - de forma a podermos compreender o grau de mobilização implicado pelos mediadores. Podemos assim reconsiderar a qualquer momento os nossos limites conceituais, não apenas do que deve ser compreendido como “saúde e “doença”, mas também como “cura”, “técnica” “milagre”, “cuidado”, “atenção”, dentre outras possibilidades.

Dos itinerários aos agenciamentos terapêuticos

Se a problematização das dualidades no paradigma da experiência não redistribui, como vimos, as incertezas através do social, parece-me necessário realizar

um segundo deslocamento: compreender os itinerários enquanto agenciamentos terapêuticos. A contingencialidade que caracteriza a experiência do adoecer, marcada por indecisões, dilemas e expectativas quanto ao desenrolar do processo de cura, coloca em evidência a subjetivação aí implicada. Mas, uma vez que ela não está “dada” (anteriormente à experiência) e nem se encontra “desencarnada” (sendo elaborada no curso mesmo do processo), pode-se considerá-la enquanto um agenciamento.

Contrariamente à noção de que nós somos nossos corpos, nós fazemos nossos corpos. A partir desse deslocamento sugerido por Annemarie Mol e John Law (2003) é possível problematizar as relações entre emoção, corpo e religião considerando as diferenças intensivas ou “devires” apontadas no início deste trabalho. Recusando a *démarche* tradicional que opõe emoção e afeto (ausência de significação) ao conhecimento (produção reflexiva), essas “dimensões” encontram-se necessariamente implicadas nos processos de ação. Essa idéia pode ser desenvolvida através do conceito deleuziano de agenciamento, que interdita qualquer dualismo (como desejo e instituição, individual e coletivo): as expressividades e seus regimes de enunciação são atravessados por movimentos de territorialização (molares) e de desterritorialização (moleculares). Assim, os agenciamentos concretos (e o indivíduo se constitui num agenciamento) são necessariamente instáveis, já que processam em graus variáveis esses dois movimentos, onde as “afecções” não são tomadas como “ruídos” desestabilizadores das ações, mas possibilidades de desterritorialização de agenciamentos estabilizados, redefinindo corpos e enunciados.

Duas idéias podem então ser operadas na investigação das relações entre corpo, emoções e religião: a) as transformações aí operadas não configuram um domínio específico dos processos de ação, mas apresentam-se como virtualidade em qualquer agenciamento concreto; b) uma característica que atravessa a diversidade terapêutica religiosa contemporânea refere-se à intensificação dos agenciamentos moleculares, mobilizando a desterritorialização através da transformação performática dos corpos e emoções.

Referências bibliográficas

ALVES, Paulo C. e SOUZA, Iara Maria A., Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Mirian C. RABELO, Paulo C. ALVES e Iara Maria SOUZA, *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 1999.

ALVES, Paulo César, A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), jul/set, 1993, pp. 263-271..

ALVES, Paulo César e RABELO, Mirian C., Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: Paulo C. ALVES e Mirian C. RABELO (org) *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ/ Ed Relume-Dumará, 1998.

ALVES, Paulo César e RABELO, Mirian C., Corpo, experiência e cultura. In: Annette LEIBING (org) *Tecnologias do corpo. Uma antropologia das medicinas no Brasil*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004.

AYRES, José Ricardo de C. M, Sujeito, interj-subjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1), 2001, pp. 63-72.

BONET, Octávio; TAVARES, Fátima. O usuário como mediador. Em busca de uma perspectiva “ecológica” sobre os condicionantes sociais da saúde. In: Roseni Pinheiro e Ruben Mattos (orgs) *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro, CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008

BONET, Octávio; TAVARES, Fátima. O cuidado como metáfora nas redes de prática terapêutica. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

BONET, Octávio; TAVARES, Fátima. Redes em redes: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em Redes. práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. pp. 385-400.

CANESQUI, Ana Maria (2003), Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 2003, pp.109-124.

CAROZZI, Maria Julia, Crencias: lo que no es cuerpo para las ciencias sociales de la religión. *Religião & Sociedade* 22 (1), 2002, pp. 77-92.

DELEUZE, G. e GUATARRI, F., *Mil Platôs*. V. 5, São Paulo, Ed. 34, 1997.

FAVRET-SAADA, Jeanne. *Les mots, la mort, les sorts*. Paris, Gallimard, 2001.

HERZLICH, Claudine, A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *PHYSIS-Revista de Saúde Coletiva* 1 (2), 1991, pp. 26-36.

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

- LATOUR, Bruno. 2006. *Changer de société. Refaire de la Sociologie*. Paris: Éditions la Découverte.
- LATOUR, Bruno, *A esperança de Pandora*. Bauru, SP, EDEUSC, 2001.
- MOL, Annemarie e LAW, John, Embodied action, enacted bodies. The example of hypoglycaemia. (on-Line papers), *Center for Science Studies Lancaster University*, 2003.
- MONTERO, Paul, religião, pluralismo e esfera pública no Brasil. *Novos Estudos* 74, março de 2006, pp. 47-65.
- RABELO ET AL, Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo. *Religião & Sociedade* 22 (1), 2002, pp. 93-122.
- STRATHERN, Marilyn, *O gênero da dádiva*. Campinas, SP, Ed UNICAMP, 2006
- TAVARES, Fátima. Usos e significados da terapêutica no contexto religioso. *Religião e Sociedade* 26 (2), 2006, pp. 187-199.
- TAVARES, Fátima, Legitimidade terapêutica no Brasil contemporâneo: as terapias alternativas no âmbito do saber psicológico. *Physis. Revista de saúde coletiva* 13 (2), 2003, pp. 321-342.
- TAVARES, Fátima, Ascensão e profissionalização da terapêutica alternativa no Rio de Janeiro (anos 80-90). *Physis. Revista de saúde coletiva* 9 (2), 1999, pp. 75-98.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo, Filiação intensiva e aliança demoníaca. *Novos Estudos* 77, março de 2007, pp. 91-126.