

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
MUSEU AMAZÔNICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA
SOCIAL

UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO SOBRE ADOECER DE
MALÁRIA NA COMUNIDADE DO LIVRAMENTO,
AMAZONAS

DASSUEM REIS NOGUEIRA

MANAUS
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
MUSEU AMAZÔNICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA
SOCIAL

UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO SOBRE ADOECER DE
MALÁRIA NA COMUNIDADE DO LIVRAMENTO,
AMAZONAS

DASSUEM REIS NOGUEIRA

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social da
Universidade Federal do
Amazonas, como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre
em Antropologia Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Luiza Garnelo Pereira

MANAUS
2010

DASSUEM REIS NOGUEIRA

UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO SOBRE ADOECER DE
MALÁRIA NA COMUNIDADE DO LIVRAMENTO,
AMAZONAS

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social da
Universidade Federal do
Amazonas, como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre
em Antropologia Social.

Aprovado em 19 de julho de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Maria Luiza Garnelo Pereira, Presidente
Universidade Federal do Amazonas

Prof^ª Dr^ª Deise Lucy Montardo, Membro
Universidade Federal do Amazonas

Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza, Membro
Instituto Leônidas e Maria Deane

À minha avó Benedita da Silva, saudades.

Agradecimentos

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) pela concessão de bolsa de pesquisa que possibilitou a realização desse trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, nas pessoas do seu corpo docente, no qual tive a oportunidade de amadurecer esta idéia.

À Professora Dr^a Luiza Garnelo pela orientação, pelas importantes lições de Antropologia e pela confiança no meu trabalho;

Aos colegas de mestrado, em especial, a Luciano Cardenes e Clayton Rodrigues, amigos com os quais compartilho sempre bons momentos.

Às amigas Gláucia Baraúna, Silvia Baraúna, Raiana Mendes, Luana Rodrigues, Raquel Queiroz, Rosseline Tavares e Daniela Chaves, e ao amigo Emmanuel Almeida, sempre presentes.

Ao amigo Márcio Braz pela companhia bem humorada nas madrugadas insones.

À Marcelo Florido pelo companheirismo e incentivo;

Aos meus pais, Wilson e Rosário Nogueira, pelo apoio incondicional;

Ao meu irmão Enã pela boa música ao fundo das tardes de trabalho;

E, por fim, agradeço aos moradores do Livramento, especialmente, às famílias que me receberam em seu lar, pela disposição em contribuir para essa pesquisa.

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo compreender o processo saúde/doença e atenção dirigidos à malária na comunidade Nossa Senhora do Livramento, zona rural de Manaus, Amazonas. Nosso trabalho tem caráter etnográfico (a pesquisa de campo foi realizada no mês de setembro de 2009), articulamos práticas e representações a cerca do adoecimento da malária de modo processual e contextualizado à organização social particular do Livramento. Esse processo consiste no modo dinâmico pelo qual as pessoas pensam e agem diante da ocorrência da malária. Utilizamos os conceitos de representações sociais, entendido como os diferentes quadros de referências culturais que explicam e dão sentido à malária. Dentre eles, estão as formas pelas quais a medicina explicou e tratou a doença no decorrer de sua história, com os quais os moradores do Livramento interagem por meio da atuação dos profissionais do serviço de atendimento e controle da malária. Essas diferentes formas de compreender a doença coexistem e são apropriadas pelos moradores do Livramento para fazer sentido no contexto de sua realidade social. O conceito de itinerário terapêutico é utilizado para compreendermos o processo de manuseio desses quadros sócio-culturais por meio da observação das práticas dos indivíduos. No Livramento, o modo como os moradores compreendem sua realidade social influi diretamente sobre o que pensam e fazem a respeito da malária e do serviço de saúde que os atende.

Palavras-chave:

Processo saúde/doença e atenção - malária - representações sociais - itinerários terapêuticos - pesquisa etnográfica.

ABSTRACT

The purpose of this research is to understand the health / disease process and the ways of attention to malaria in the Nossa Senhora do Livramento Community, at the rural area of Manaus, Amazonas. This is an ethnographic job (the field work was realized during September 2009) and we connected the representations and practices about the sickness of malaria as a process in the particular context of the social organization of this community. This dynamic process is about the way that people think and act diant the occurrence of malaria. We use the concept of social representation, understood as the different kinds of cultural reference that explain and give meaning to malaria. Among these references, it's way that the medicine treat and explain the disease along the history and the ways wich the inhabitant of Livramento Community interact with the professionals of control and attendance of malaria. This different forms of understanding the disease coexist and are appropriated making sense in the social reality and context of life of Livramento people. The concept of therapeutic itinerary is used to understand handling process of these social-cultural references by observing the individual practices. In the Livramento Community the way of people understanding their own social reality has a direct influence with the ways of thinking and to act about the malaria and the health attendance.

Keywords: Health / disease process and attention - malaria - social representations - therapeutic itineraries - ethnographic research.

LISTA DE SIGLAS

ACISAM	Associação dos Cientistas Sociais do Amazonas
BA	Busca Ativa
BP	Busca Passiva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EJA	Educação de Jovens e Adultos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FVS	Fundação de Vigilância Sanitária
ILMD	Instituto Leônidas e Maria Deane
LVC	Lâmina de Verificação de Cura
OMS	Organização Mundial da Saúde
RDS	Reserva de Desenvolvimento Sustentável
SEDUC	Secretaria do Estado de Educação do Amazonas
SEMED	Secretaria Municipal de Educação
SEMMA	Secretaria Municipal do Meio Ambiente
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SEMULSP	Secretaria Municipal de Limpeza e Serviços Públicos
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Serviço Único de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
ZFM	Zona Franca de Manaus

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 SAÚDE, DOENÇA, ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E REPRESENTAÇÃO SOCIAL: REVENDO CONCEITOS.....	24
1.1 Bases da antropologia clássica nos estudos de saúde e doença.....	24
1.2 Possibilidades de abordagem da antropologia da saúde e da doença.....	29
1.3 Processo saúde/doença e atenção: delimitar um problema.....	36
1.3.1 Modelos etiológicos em antropologia da doença.....	41
1.4 Redes sociais e serviços de saúde.....	47
2 A COMUNIDADE NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO.....	51
2.1 Redes sociais e as instituições na comunidade.....	54
2.2 Espaços desiguais de poder: Sede e Estrada Nova.....	60
2.3 As dificuldades de pertencer a uma Reserva de Desenvolvimento Sustentável.....	65
2.4 A Associação de Moradores e a distribuição assimétrica dos benefícios.....	68
3 A EXPERIÊNCIA DO ADOECIMENTO: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS SOBRE A MALÁRIA.....	72
3.1 O serviço público de controle da doença e sua base biomédica.....	72
3.2 O “carapanã” e as outras causas da malária.....	80
3.3 Representações sobre as manifestações corporais da doença.....	85
3.3.1 “Malária para dentro” e “malária para fora”.....	89
3.3.2 “Entregar-se à doença”.....	90
3.3.3 O corpo resistente.....	91
3.4 Critérios de gravidade da doença.....	93
4 AS RELAÇÕES COM O SISTEMA BIOMÉDICO DE TRATAMENTO DA MALÁRIA.....	96
4.1 Os “remédios calmantes”.....	96
4.2 Atenção à dieta.....	99
4.3 A cura relativa: “estar bom” e “estar curado”.....	102
4.4 Vivências de malária na vida cotidiana.....	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	124

INTRODUÇÃO

Nosso primeiro contato com a temática da saúde na antropologia foi a partir de um convite para aplicar questionários da modalidade censo para o projeto “Ecologia e Saúde na Amazônia”, pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em Manaus. O projeto realizava o primeiro estudo censitário no Assentamento Rural de Rio Pardo, município de Presidente Figueiredo, Amazonas, em novembro de 2006.

O questionário continha perguntas, às vezes íntimas, como qual o lugar onde os moradores faziam suas necessidades fisiológicas, às vezes constrangedoras, quando se indagava sobre a renda familiar ou sobre a origem da água que bebiam. Acrescentou-se a esse quadro, o fato de a entrevista tornar-se muitas vezes um evento social, reunindo familiares ou vizinhos, ainda que existisse o esforço para que fosse individualizada.

Com o objetivo de tornar essa atividade o menos constrangedora possível, tanto para os moradores quanto para a pesquisadora, sentimos necessidade de conversar sobre outros assuntos da vida no assentamento para, principalmente, deixá-los falar. E o que mais as pessoas, espontaneamente, falavam diante da equipe de uma instituição de saúde era a respeito de saúde, mais frequentemente sobre a malária, a doença mais recorrente em suas vidas. Essas conversas foram anotadas em diário de campo para tentar apreender o que os questionários não conseguiriam apontar.

Em fevereiro de 2007, passamos a integrar a equipe do projeto com o objetivo de descobrir os trajetos percorridos pelas famílias em busca de água. Essa pesquisa estava ligada ao objetivo primeiro do projeto, que era investigar se havia alguma ligação entre os trajetos realizados pelos moradores e possíveis perfis epidemiológicos.

O projeto não contemplava a malária dentre seus objetivos, mas, durante o seu desenvolvimento, os moradores sempre enfatizaram a malária como um infortúnio e aproveitavam nossos encontros para falar sobre o quanto a doença lhes dificultava a vida. Diante dessa situação, sentimos necessidade de investigar por que, mesmo perante um serviço de saúde, aparentemente eficaz para o tratamento da doença, os índices de incidência da malária eram tão elevados naquele lugar.

O produto final de pesquisa a ser entregue ao projeto do ILMD era uma monografia, que foi a mesma da conclusão do curso de Ciências Sociais em 2007, na Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Enfatizamos, nesse estudo, os aspectos sociais da ocorrência da malária em Rio Pardo, principalmente, no que diz respeito à política pública de atendimento à doença: por que ela não era eficaz?

A resposta que obtivemos dos profissionais que atuavam na área foi a de que os usuários do serviço de saúde interrompiam o tratamento da malária. Mas por que alguém interromperia o tratamento de uma doença tão agressiva se haviam meios disponíveis até para o tratamento domiciliar?

As respostas que encontramos conjugavam questões sociais amplas, tais como o baixo nível de investimentos em pesquisa para novas tecnologias biomédicas que propiciassem, por exemplo, tratamentos menos agressivos; e problemas sociais específicos de Rio Pardo, como o fato de se constituir como um assentamento rural que exigia a produção agrícola como fonte de renda exclusiva, sem muitos incentivos e com burocracia desestimulante (NOGUEIRA, 2007).

Estes elementos compunham um quadro no qual os fortes efeitos colaterais dos medicamentos e a necessidade da produção agrícola faziam com que, muitas vezes, um sujeito imbuído da responsabilidade de sustentar sua família decidisse interromper o tratamento, assim que os sintomas da doença fossem eliminados, por considerar que os

medicamentos os deixavam ainda mais debilitados, embora reconhecesse que eles eram necessários para a suposta cura (NOGUEIRA, 2007).

A partir dessa pesquisa surgiram novas inquietações que enfocavam o doente ao invés da doença e que não puderam ser abordadas na monografia: como os indivíduos lidam, cotidianamente, com uma doença tão grave e tão freqüente em suas vidas? Como entendem a doença e o serviço de atendimento e controle da malária? Quais terapêuticas utilizavam além da biomédica e com quais objetivos?

Tais questões requisitaram outra abordagem teórica, cujo enfoque é a compreensão da malária como um processo social pelo qual os indivíduos concebem saúde/doença e a atenção dispensada a sua cura ou controle; privilegamos a concepção local sobre a doença como recorte ao invés do questionamento sobre a eficiência do serviço de saúde. Foi com a finalidade de responder a estas inquietações que ingressamos no curso de Mestrado em Antropologia Social da UFAM em 2008.

No mestrado, mudamos o lócus de nossa pesquisa. Primeiro, porque não fazíamos mais parte da equipe do projeto que atuava em Rio Pardo, o que dificultaria nosso acesso, pois não havia transporte comercial regular para o assentamento na época. Uma alternativa possível seria a comunidade Nossa Senhora do Livramento, dentro do perímetro do município de Manaus, capital do Estado do Amazonas, conhecida como local de ocorrência endêmica da malária. O acesso a comunidade é realizado por transporte fluvial regular e de baixo custo financeiro.

Outro fator que nos desestimulou a continuar a pesquisa em Rio Pardo foi a elevada mobilidade de sua população. Trata-se de um assentamento rural de curta história, ocupado a partir de 1996, no qual, mesmo os poucos moradores mais antigos não viviam, na época, há mais de 10 anos em Rio Pardo; seus moradores provinham, em sua maioria, de outros lugares. Desse modo, tinham experiências apenas incipientes

com a vida naquele local, com a malária e com o serviço de saúde destinado ao controle da doença. Essa pouca vivência com a endemia era agravada pelo fato de que mudavam-se do assentamento em pouco tempo, alarmados com a ocorrência seguida de muitas malárias entre os membros das famílias. Ao contrário, na comunidade Nossa Senhora do Livramento, há um longo período de tempo os moradores tanto conviviam com a malária, quanto com o serviço de saúde destinado ao atendimento dessa doença, o que consideramos mais favorável para o alcance dos nossos objetivos de pesquisa.

Nesse trabalho, propomo-nos a compreender o modo pelo qual os moradores da comunidade Nossa Senhora do Livramento concebem a malária, a atuação do serviço de atendimento e controle da doença, o tratamento biomédico e a auto-atenção à malária a partir das lógicas de vida e dos processos interativos entre os sujeitos envolvidos no processo saúde/doença e atenção direcionada à malária naquele lugar.

O interesse pela malária

A malária impressiona tanto pela sua agressividade no organismo humano quanto pelos aspectos sociais que envolvem a sua ocorrência. Segundo o conhecimento biomédico, a malária é uma doença causada pelo protozoário do gênero *Plasmodium*, um parasita, que na Amazônia ocorre com maior frequência nas espécies *P. Falciparum* e *P. Vivax*, transmitidos geralmente pelo mosquito do gênero *Anopheles*. Após penetrar na corrente sanguínea, o *Plasmodium* ataca as células do fígado e os glóbulos vermelhos, destruindo-os e causando comumente anemia. O conjunto dos sintomas da doença também inclui febre alta, dores musculares e de cabeça, além de outros sintomas gerais, que variam de acordo com a espécie de *Plasmodium* (GLOSSÁRIO DE DOENÇAS, 2006).

Entretanto, a malária não é um fenômeno estritamente biológico. Existe um contexto social amplo que propicia o seu aparecimento com maior incidência em determinados perfis populacionais. A malária ocorre com significativa incidência na África e na Amazônia, áreas de clima tropical e em contextos de pobreza econômica.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde consideram a malária uma doença negligenciada; esse conceito é uma reformulação da antiga noção de doenças tropicais que atribuía a causa de certas doenças exclusivamente ao clima tropical. As noções subjacentes ao conceito de doenças negligenciadas dão conta que existem doenças que afetam de modo restrito os países considerados em desenvolvimento e, primordialmente, as populações que vivem em contextos de pobreza em áreas de clima tropical favorecendo o seu aparecimento.

Essas doenças expressam tanto um quadro de carência sócio econômica, quanto um baixo grau de investimento dos sistemas públicos de pesquisa em saúde, porque o retorno comercial dos investimentos em pesquisas de tecnologias destinados ao seu controle (medicamentos, vacinas e diagnósticos) não é lucrativo, gerando pouco interesse da economia de mercado. São consideradas doenças negligenciadas: malária, doença de Chagas, dengue, leishmaniose, tuberculose e hanseníase (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

A malária é a doença parasitária que mais causa problemas sociais e econômicos no mundo e só é superada em número de mortes pela Aids – os casos de óbito ocorrem principalmente na África (GLOSSÁRIO DE DOENÇAS, 2006). Segundo o Glossário de Doenças (2006), “a malária é considerada um problema de saúde pública em mais de noventa países, onde cerca de 2,4 bilhões de pessoas (40% da população mundial) convivem com o risco de contágio”. Na Amazônia, a malária registra cerca de 500 mil casos por ano.

Sendo a malária um fenômeno simultaneamente biológico e social inserido em um contexto social amplo, o estudo localizado da sua ocorrência em grupos sociais específicos revela situações sociais particulares, tais como a maneira como os grupos representam a doença, as explicações que dão a sua causa e a atenção que dispensam visando à cura ou o seu controle.

A percepção dos sintomas e a sua transmissão são dadas a partir de formas sócio-simbólicas específicas. Essas formas, por sua vez, organizam procedimentos de auto-atenção e interpretações que, muitas vezes, conjugam-se com aqueles obtidos dos sistemas biomédicos de interpretação e de tratamento. Essas formas caracterizam o processo saúde/doença e atenção que pretendemos descrever.

A pesquisa etnográfica

Realizamos uma pesquisa etnográfica sobre adoecer de malária na comunidade Nossa Senhora do Livramento a fim de apreender uma compreensão diferenciada do conceito de estar doente dessa enfermidade. Esse método de pesquisa consiste em um olhar carregado de bagagem teórica e pessoal que vai a campo propondo-se observar um fenômeno social que transforma em texto, não fatos, mas idéias a respeito de um fenômeno (PEIRANO, 1992).

Desse modo, a pesquisa etnográfica constitui-se de dois momentos fundamentais: o trabalho de campo e a construção do texto etnográfico. Segundo Peirano (1992), é na pesquisa de campo, por meio do confronto de teorias, que reside o poder de renovação da teoria antropológica, que aparecerá (ou pelo menos deveria) por intermédio da etnografia. Construimos nossa pesquisa visando evidenciar esse dinamismo.

Construímos a entrada em campo para interpretar fatos e idéias a partir da proposta de Geertz (1989), que afirma ser possível interpretar culturas, materializá-las no texto etnográfico por meio de uma descrição densa. Para esse autor, a antropologia é uma ciência interpretativa em busca das teias de significados que todos nós criamos e às quais estamos amarrados, e que, em suma, é o seu conceito de cultura.

Para o autor, a cultura é pública e pode ser interpretada por meio das ações dos indivíduos. A pesquisa etnográfica consistiria em situar-nos em uma conversa com o nativo, permitindo-nos interpretar o significado daquela cultura e dos fenômenos inscritos nela (GEERTZ, 1989).

Tedlock (1985) reforça essa noção de encontro entre dois mundos no que ele chama de caráter dialógico da pesquisa etnográfica. O autor ressalta que essa noção deve ser considerada nos dois momentos da pesquisa: no trabalho de campo e na escrita etnográfica. Esse diálogo é necessário porque se trata de interação entre humanos e não haveria como escaparmos da subjetividade.

Na pesquisa de campo, ocorre o que Tedlock (1985) chama de “intersubjetividade”. O diálogo antropológico proporcionaria a compreensão entre dois mundos distantes até o momento desse encontro, mas essa compreensão não se dá entre o antropólogo e o grupo, e sim entre o antropólogo e seus registros, questionando e respondendo em um diálogo que se dá em campo. Tedlock (1985) sugere que este diálogo apareça também no texto etnográfico, mostrando o processo pelo qual a etnografia foi construída, visto que ela não descreve idéias sobre um fenômeno, constituindo-se na matéria bruta da análise teórica.

Desse modo, nossa pesquisa etnográfica sobre adoecer de malária no Livramento (como a comunidade também é conhecida) é constituída de duas etapas dinâmicas: o trabalho de campo e a construção do texto etnográfico; ambos prezam pelo

estabelecimento de um diálogo, tanto da pesquisadora com seus sujeitos de pesquisa, quanto dos dados obtidos a partir desse encontro e as teorias a partir das quais propomos compreender o fenômeno escolhido, de modo que nos esforçamos em interpretar uma cultura particular, a dos moradores do Livramento, sobre o processo saúde/doença e atenção à malária.

Etapas da pesquisa de campo

Nosso primeiro contato com o Livramento ocorreu em maio de 2009. A pesquisadora não conhecia o lugar nem seus moradores. Procuramos pelo então presidente da Associação dos Moradores da comunidade para apresentar-lhe, informalmente, nossa intenção de pesquisa e a necessidade de seu consentimento¹, que foi dado. Naquele momento, o presidente e sua família se ofereceram para hospedar a pesquisadora em sua casa para a realização do trabalho.

Até agosto daquele ano, realizamos outras três visitas, com duração de um dia, nas quais nos apresentamos aos representantes das instituições governamentais, tais como a escola e o posto de saúde, bem como a alguns de seus moradores. Em uma dessas ocasiões, pudemos participar de uma das reuniões comunitárias promovidas por sua Associação.

Durante as três primeiras semanas do mês de setembro, nos hospedamos na casa da família do presidente da comunidade, na época, localizada na sede do Livramento. Também era de propriedade da família um comércio, mercearia e bar, onde a presença da pesquisadora gerava curiosidade dos frequentadores que, após questionar sobre a

¹ O consentimento formal à realização do trabalho foi obtido da Associação de Moradores do Livramento e compôs parte da documentação requerida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – UFAM).

motivação do trabalho, mostravam-se interessados em falar sobre malária e sobre a comunidade.

Na primeira semana de pesquisa, nos detivemos nessas conversas informais e em visitas a moradores antigos da sede. A partir da segunda semana, passamos a realizar entrevistas semi-estruturadas gravadas tomando como referência pessoas que haviam estado doentes de malária recentemente. Outras vezes, escolhíamos casas aleatoriamente, estimando um número equilibrado de moradores de cada rua, pelo menos dois.

Outras entrevistas foram realizadas com os diretores da escola e do posto de saúde da comunidade, e pessoas de grande prestígio no lugar, como o ex-diretor do posto de saúde. Acompanhamos também as reuniões da Associação de Moradores e eventos sociais da comunidade.

Durante o período em que permanecemos na sede da comunidade, freqüentamos quase diariamente o posto de saúde na espera pela notificação de algum caso de malária. Mas nas duas primeiras semanas daquele período, apenas um caso foi notificado, porém não pudemos entrevistar a pessoa adoentada².

Na terceira semana de nossa pesquisa de campo, nos informaram sobre uma família, moradora do Igarapé do Diúna, que estivera no posto com malária. Até aquele momento, ignorávamos que o igarapé citado fazia parte da comunidade do Livramento, pois no mapa exposto na sede da Associação de Moradores se faziam representar apenas alguns ramais além da Sede.

Procuramos informações sobre a família no posto de saúde e a visitamos com o objetivo de entrevistar seus membros e, se consentido, morar com eles naquela semana. No caminho até a casa, pelo ramal conhecido como Estrada Nova, paramos nas casas

² Procuramos o paciente em sua residência, um jovem de 19 anos, mas sua mãe evitou a pesquisadora por dois dias seguidos, sem permitir a aproximação direta com o rapaz. Mais tarde descobrimos que se tratava de um rapaz com doença mental, fato omitido pela mãe.

para cumprimentar seus moradores e aproveitamos para perguntar-lhes sobre o percurso correto, já que, apesar do nome, tratava-se de uma trilha que em alguns momentos confundia-se com os caminhos para os roçados.

Notamos que os moradores do ramal se surpreendiam com a visita à família doente, porque supunham que a pesquisadora fosse profissional do serviço de saúde; na ocasião, ressaltavam que não recebiam atenção especial desse serviço e, até, elogiaram a ação. Esclarecidos de que a pesquisadora não pertencia ao serviço de saúde e de que o motivo da visita era uma pesquisa social, os moradores queixaram-se do serviço de controle da malária. Essas reações despertaram o interesse da pesquisadora por aquelas famílias.

Na casa de Daniel³, no igarapé do Diúna, a pesquisadora foi recebida com igual reação. Cinco de seus oito membros estavam doentes. Realizamos uma entrevista coletiva com todos os presentes na casa naquele momento. Estivemos com eles por um dia e, ao final, ofereceram-se para hospedar a pesquisadora. Na última semana daquele mês, convivemos com essa família e em sua casa pudemos acompanhar por seis dias o cotidiano dos seus doentes. Até o final da pesquisa de campo, outros dois de seus membros adoeceram de malária.

Portanto, nossa pesquisa compreende esses dois lugares de Nossa Senhora do Livramento: a Sede da comunidade e a Estrada Nova. A relação dos moradores desses diferentes lugares com o serviço de saúde é modulada pela organização social da comunidade de modo amplo e influencia no modo como os moradores apreendem a atuação do serviço e a confiabilidade atribuída a ele.

Nossos anfitriões, da Sede e da Estrada Nova, não requisitaram nenhum tipo de pagamento financeiro para a hospedagem; contribuímos com as despesas das famílias

³ Como forma de preservar a privacidade de nossos informantes, substituímos seus verdadeiros nomes por fictícios.

com uma cesta básica para cada semana de hospedagem, bem como assumimos alguns dos serviços domésticos nas casas, como forma de retribuição à sua hospitalidade.

Realizamos um total de 18 entrevistas, entre moradores e representantes de instituições locais. As entrevistas ocorreram na casa dos entrevistados ou em seu local de trabalho, onde a pesquisadora sempre foi bem recebida. Utilizamos o gravador para a coleta de parte das entrevistas; em outras ocasiões a coleta de dados foi baseada na observação e diálogos informais, com registro em caderno de campo. Na Sede da comunidade realizamos sete entrevistas semi-estruturadas gravadas e uma não gravada; na Estrada Nova, realizamos duas entrevistas semi-estruturadas gravadas e quatro não gravadas. Realizamos quatro entrevistas abertas, das quais três gravadas.

De um modo geral, tanto as entrevistas semi-estruturadas quanto as abertas tinham como questões norteadoras a experiência dos moradores com a malária, tanto quando doentes ou quando cuidando de outro doente. Em suma perguntamos-lhes sobre prevenção, sintomas, tratamento biomédico, auto-atenção e sobre situações da vida cotidiana quando doentes. Muitas vezes, as conversas travadas antes e depois dessas entrevistas eram carregadas de informações preciosas sobre esses temas, bem como sobre o serviço de saúde e a organização social e política na comunidade. Todos esses dados foram devidamente aproveitados na redação da dissertação.

As entrevistas com os representantes das instituições locais tinham como objetivo esclarecer sobre o funcionamento e atuação destas na comunidade, além de verificar se a ocorrência da malária interferia nos resultados de suas ações ou se requeria algum direcionamento especial de sua atuação.

Somados a isto, também contaram para nossa pesquisa as muitas conversas informais tidas com os moradores, anotadas posteriormente em caderno de campo. No caderno também foram anotadas as observações da pesquisadora em relação às cenas

cotidianas, os eventos sociais, à convivência com os moradores e os acontecimentos relacionados à malária.

Não nos preocupamos com a quantidade do material obtido. Em campo, nos preocupamos em responder aos nossos objetivos de pesquisa, o qual nos pareceu suficiente a partir do momento em que as respostas obtidas a partir das diferentes técnicas alcançaram alguma recorrência.

As entrevistas e o caderno de campo foram transcritos e os dados sistematizados de acordo com os temas de investigação. Na sistematização dos dados de entrevista e de observação buscamos confrontar, articular e compreender o que diziam e o que faziam a respeito da malária, do serviço de saúde e das relações sociais na comunidade.

Para a citação das falas de nossos informantes na dissertação, foi realizada uma edição que visa facilitar a compreensão do leitor sem, contudo, alterar o sentido do que foi dito pelos moradores.

Adoecer de malária no Livramento

Nossa pesquisa foi estruturada em um esforço teórico-metodológico para que fosse possível acompanhar o processo de escolha dos caminhos teórico-metodológicos que orientaram a construção e delimitação do recorte de nossa pesquisa. Nosso olhar em campo e a construção do texto partem desses fundamentos.

É no sentido desse esforço que, no Capítulo 1, *Saúde, Doença, Itinerário Terapêutico e Representação Social: revendo conceitos*, realizamos uma revisão bibliográfica que nos permite rever conceitos e discussões da antropologia clássica que inspiram os estudos de saúde e doença, assim como expõe suas possibilidades de

abordagem, avaliando seus limites de acordo com sua capacidade de responder nossas inquietações.

Apresentamos a fundamentação teórica dos conceitos utilizados no decorrer da dissertação para compreendermos o processo saúde/doença e atenção dirigidos a malária na comunidade do Livramento. Articulamos o conceito de *itinerário terapêutico*, utilizado para evidenciar as práticas relacionadas à doença, e de *representação social*, visando compreender os diferentes quadros sócio culturais aos quais recorrem os moradores do Livramento para explicar e agir sobre a malária.

Realizamos também uma breve explanação dos modelos etiológicos em antropologia da doença forjados por Laplantine (2004), que relacionamos posteriormente às práticas e representações dos moradores sobre a malária. Para o autor, os modelos etiológicos da doença difundidos no ocidente pela medicina ao longo de sua história coexistem e informam, explicam e orientam as ações dos indivíduos. Os indivíduos apropriam-se desses modelos e manejam esse conhecimento para dar sentido à sua compreensão de realidade.

Compreendido como um fenômeno social total, o processo saúde/doença e atenção não pode ser, nesse trabalho, descontextualizado da realidade social em que é produzido. Utilizamos o conceito de *redes sociais* na tentativa de abordar as vias de interação dos sujeitos envolvidos no processo em que moradores da Sede do Livramento e da Estrada Nova desenvolvem relações assimétricas de poder.

No Capítulo 2, *A Comunidade Nossa Senhora do Livramento*, descrevemos a história desse lugar contada por seus moradores, dando sentido as configurações sociais encontradas no cenário local, por ocasião de nossa pesquisa de campo. Notamos uma assimetria nas relações de poder na comunidade expressas nas redes sociais constituídas em torno das instituições que atuam na esfera local.

Veremos que essa assimetria desfavorece os moradores da Estrada Nova que se sentem desamparados, inclusive pelo serviço de controle da malária. Tratamos especialmente das redes sociais articuladas em torno da Associação de Moradores do Livramento, que intermedeia a circulação da maioria dos benefícios recebidos de outras instituições, o que termina por favorecer os moradores da Sede.

Nesse capítulo, abordamos também as dificuldades enfrentadas pelos moradores com as limitações impostas por sua condição de reserva de desenvolvimento sustentável e suas implicações na vida cotidiana. Muito do que os moradores argumentam como fatores negativos gerados pela existência da reserva influi na compreensão da experiência de malária, principalmente, no tocante as limitações de fonte de renda e da alimentação que é considerada por eles como adequada a um doente de malária.

No Capítulo 3, *A experiência do adoecimento: representações e práticas sobre a malária*, consideramos a interação entre os moradores e o serviço de atendimento e controle da malária e as informações emanadas dele. Descrevemos como esse serviço concebe a malária e como atua no Livramento, assim como as diferentes visões dos moradores sobre a sua atuação e a base biomédica de compreensão da doença.

Veremos que os moradores do Livramento se apropriam do conhecimento biomédico informado pelo serviço de saúde e das suas observações sobre a atuação dele para elaborar suas concepções sobre a malária, suas causas e terapêuticas, chegando a um conhecimento diferenciado daquele da biomedicina, de modo inventivo e imbricado em sua realidade social.

No Capítulo 4, *As relações com o sistema biomédico de tratamento da malária*, apresentamos as diferentes relações que os moradores do Livramento estabelecem com o sistema biomédico de tratamento, considerado por eles como único meio capaz de curar a doença. Contudo, assim como ocorre com a doença, a compreensão biomédica

do tratamento é recolocada para tornar-se congruente com a compreensão de mundo dos moradores. Desse modo, o tratamento biomédico é manipulado de acordo com o entendimento que fazem da doença e da cura.

A cura é compreendida por esses moradores de modo amplo e não se encerra com a alta dada pelo serviço de saúde, que considera curado o indivíduo que não apresente mais o *Plasmodium* responsável pela malária, em exame de sangue. Os moradores consideram que o evento patológico ainda não cessou e dispensam atenção além daquela recomendada pela biomédica, reinterpretando de modo ativo a compreensão biomédica sobre o tratamento da doença.

Com nossa pesquisa pretendemos contribuir para o questionamento da imagem dos moradores de área endêmica de malária, que muitas vezes são individualmente culpabilizados pelo próprio infortúnio ao assumirem posturas divergentes daquelas recomendadas pelos serviços de saúde, os quais não costumam considerar os processos sociais de tomada de decisão sobre a doença e a vida.

CAPÍTULO 1

SAÚDE, DOENÇA, ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E REPRESENTAÇÃO SOCIAL: REVENDO CONCEITOS

Esse capítulo faz parte do nosso processo de aproximação com as temáticas da saúde e familiarização com as categorias específicas da antropologia direcionada ao tema. A revisão que fizemos nesse capítulo constitui-se na própria maturação do recorte teórico metodológico pelo qual optamos.

Creemos que realizar uma revisão bibliográfica sobre as possibilidades de análise em antropologia sobre saúde e doença, bem como de seus limites, serve para que nossas escolhas teórico-metodológicas sejam circunscritas nesse amplo campo de investigação e para esclarecer como nosso estudo foi orientado. Nossa pesquisa tem cunho etnográfico e a construção do olhar que lançamos sobre nosso objeto é fundamental, pois ele orientou a investigação em campo e a análise dos quais esse trabalho é o resultado.

Estruturamos este capítulo pretendendo demonstrar como a antropologia clássica inspira os fundamentos da antropologia da saúde e as suas principais correntes de análise. Nele apresentamos brevemente as discussões que permeiam a utilização das categorias e conceitos que articulamos no decorrer de nossa pesquisa.

1.1 BASES DA ANTROPOLOGIA CLÁSSICA NOS ESTUDOS DE SAÚDE E DOENÇA

A saúde humana contempla dimensões biológicas, sociais, psíquicas e cosmológicas. Cada um desses aspectos costuma ser trabalhado por enfoques

disciplinares distintos. No estudo da relação saúde e doença, a abordagem antropológica contribui para a relativização dos conceitos biomédicos; para desvendar as estruturas das estratégias terapêuticas dos sujeitos; para mostrar relações entre saúde/doença e realidade social; para viabilizar o entendimento da contextualização social que os sujeitos produzem diante do fenômeno. Tais vertentes de investigação do fenômeno propiciam o acesso e o reconhecimento das diferentes formas de abordagem dos processos de saúde e doença (MINAYO, 2006).

O conceito de fato social total de Mauss é explorado nos estudos de saúde e doença pela característica complexa e totalizante desses eventos na vida social. Segundo Mauss (2003), os fatos sociais são acontecimentos capazes de mobilizar as instâncias familiares, técnicas, jurídicas, econômicas e religiosas, articulando, simultaneamente, fragmentos da realidade social num todo coerente. Ainda que os fatos sociais possam ser estudados de modo fragmentado, eles estão sempre referidos à totalidade da vida social.

O fato social total imprime totalidade ao fenômeno da saúde/doença porque relaciona as esferas sociais às esferas subjetiva e biológica desses eventos, ampliando a sua compreensão às afetividades e subjetividades, constituídas em suas relações e crenças refletidas a partir da experiência sobre o corpo. O fenômeno saúde/doença é carregado de significados da realidade social permite aos grupos refletirem sobre ele. Essa reflexão se produz por meio de estruturas, cultura e representações expressando totalidade (MINAYO, 2006).

Em *As técnicas do Corpo*, Mauss (2003) afirma que o uso do corpo é imposto pela sociedade aos indivíduos e que o homem faz do seu corpo um produto de suas técnicas e de suas representações. As suas considerações sobre as especificidades da corporalidade contribuem para evidenciar que as experiências corporais, do mais

ingênuo estilo de caminhar e das etiquetas do comportamento social às experiências mais dramáticas, como a doença, processos de cura e a morte, não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva. Elas estão relacionadas às formas culturais e simbólicas socialmente construídas pelos grupos que as vivenciam.

Em *Efeito físico no indivíduo da idéia de morte sugerida pela coletividade (Austrália, Nova Zelândia)*, Mauss (2003) demonstra que o medo da morte, em vários grupos, tem origem social e é capaz de criar manifestações físicas de adoecimento, o que está relacionado às normas e condutas vigentes em grupo, tais como obediência a tabus e regras de comportamento social. São casos em que a doença e a morte acontecem pela não atenção a essas normas sociais.

Essa abordagem de Mauss (2003) enfatiza o uso social da doença para exercer controle sobre os membros do grupo, o que para o autor, sustenta os indivíduos e mantém a coletividade. As considerações de Mauss, neste caso, servem para entendermos que a noção de doença é específica para cada grupo social e que não pode ser compreendida em totalidade, sem antes ser entendida e associada a essas relações singulares. O autor sinaliza que a explicação da vida em sociedade está associada também às esferas psíquicas e fisiológicas.

Em *Bruxarias, Oráculos e Magia entre os Azande*, Evans-Pritchard (2005) afirma que as explicações sobre doença ou a morte naquele grupo giraram essencialmente em torno da feitiçaria. Para os Azande, a concepção da doença e da morte passava por razões subjetivas e cosmológicas que, por fim, se exprimiam corporalmente. Ou seja, por alguma razão social ou cosmológica, quebra de tabu ou conflito, o feitiço aparecia como causa primeira da doença ou da morte.

Evans-Pritchard (2005) chamava essa articulação de *lógica situacional*, onde a situação em que se julgava alguém ter sido vítima de feitiço explicava e apontava para

uma possível solução do problema. Para o autor, esta lógica situacional era produto de um sistema de *pensamento em ação*, porque, a partir da constatação da existência de um feitiço, se iniciava um processo para combatê-lo ou para revidá-lo.

Para Buchillet (1991), esta lógica situacional é subjacente às representações, aos comportamentos humanos, à escolha das agências de cura, dos tratamentos e das estratégias concretas para a resolução de um problema de saúde, porque articula razões subjetivas, cosmológicas, sociais e, por último, a razão biológica.

Em *Introdução à obra de Marcel Mauss*, Lévi-Strauss (2003) reitera as considerações de Mauss sobre a vida em sociedade afirmando que há uma complementaridade entre o fisiológico, o psicológico e o moral que conformam uma representação peculiar que retroalimenta a coesão dos grupos.

O pensamento selvagem de Lévi-Strauss (2002) marcou a antropologia ao demonstrar que existia racionalidade nos grupos considerados primitivos e contestava a idéia corrente de que seu tipo de pensamento era exclusivamente utilitário, produzindo conhecimento apenas para suprir a sobrevivência física. Em *A ciência do concreto*, o autor afirma que esses grupos produziam um conhecimento baseado em observação e experiência que servia ao pensamento mais do que à sobrevivência dos grupos e servia à satisfação de sua racionalidade.

As proposições de Lévi-Strauss enfatizam a racionalidade intrínseca do pensamento nativo. Quando empregadas ao estudo das terapêuticas e das explicações locais de doença, acentuam a validade de um conhecimento que nasce da experiência e da vivência. Elas também permitem problematizar o modelo biomédico, tomado como explicação hegemônica. Nesse sentido, o pensamento de Lévi-Strauss contribuiu para relativizar os conceitos biomédicos referentes à concepção de saúde, de doença, de corpo, de terapêuticas e de cuidados (MINAYO, 2006).

Em *O feiticeiro e sua magia*, Lévi-Strauss (1996) afirma que a eficácia das terapêuticas mágicas depende muito do sistema de crenças que envolve o feiticeiro, o doente e o grupo social em que ambos coexistem. Existiria uma crença recíproca dos sujeitos nas competências do primeiro, no desempenho de certos papéis sociais: o feiticeiro crê na eficácia de suas técnicas, assim como o doente e os membros do grupo; cada um dos elementos dessa tríade crê no bom desempenho de seus respectivos papéis sociais. A partilha desse sistema de crenças cria a eficácia simbólica que propicia eficácia à magia.

Desse modo, podemos pensar que os sistemas terapêuticos, inclusive o biomédico, dependem da eficácia simbólica criada a partir da crença e da confiança entre o médico, o paciente e as expectativas do grupo em torno do modelo terapêutico empregado (MINAYO, 2006).

Em *Pureza e perigo*, Mary Douglas (1970) corrobora a idéia de que as categorias saúde/doença e corpo expressam visões particulares de mundo. Segundo a autora, as nossas visões de mundo influenciam as nossas expressões fisiológicas, particularmente, quando nos defrontamos com situações que desafiam a ordem social ou cosmológica que orientam nossas vidas.

Nossas visões de mundo seriam capazes de criar sensações corporais, como por exemplo, o nojo, diante de uma situação de desordem social ou cosmológica. Desse modo, as categorias sociais que mediam nosso conhecimento do mundo, também modelam a experiência física do corpo.

Isto nos inspira a reiterar a importância das interrelações entre o fisiológico, o social e o cosmológico, pois é através da cultura que atribuímos significados ao vivido, e é sempre de maneira peculiar que um grupo vivencia os problemas de saúde que surgem em seus membros.

Minayo (2006) afirma que saúde/doença são categorias centrais na vida social, carregadas de significados que possibilitam a compreensão da visão de mundo dos grupos, expressas por intermédio dos indivíduos que compõem e compartilham o tecido social; elas são meios privilegiados para perceber a relação entre os indivíduos e a sociedade.

Tal premissa vem de encontro ao que Geertz (1989) conceitua como teia de significados que os indivíduos tecem em grupo e à qual se prendem para produzir sentidos sobre o mundo e agir nele. Partindo dessa premissa para compreender a saúde e a doença, é possível afirmar que existem formas culturais que informam a visão sobre o corpo que adoece, instituem o sujeito enquanto doente para os outros, e exigem dele comportamentos específicos a serem seguidos.

É o que Minayo (2006) chama de linguagem da doença, que se dirige ao corpo, à sociedade e às relações sociais de forma histórica, por ser relacionada a um determinado contexto social.

Para Uchôa (1997):

A abordagem interpretativa vem relativizar o “naturalismo” da biomedicina, abrir nosso entendimento a outras formas culturais de construir realidades médicas e demonstrar que não existe correspondência exata entre os modelos profissionais – que geralmente orientam as intervenções em saúde – e os modelos culturais – que orientam as percepções e os comportamentos das comunidades (p.91).

1.2 POSSIBILIDADES DE ABORDAGEM DA ANTROPOLOGIA DA SAÚDE E DA DOENÇA

No tocante à análise antropológica existem duas correntes principais: A Antropologia Médica e a Antropologia da Doença, convertida na América Latina para Antropologia da Saúde. Buchillet (1991) analisa a distinção entre elas segundo as escolas clássicas da disciplina. Para a autora, existe uma diferença clara entre a

Antropologia Médica, influenciada pelas escolas antropológicas de língua inglesa (a americana e a britânica), e a Antropologia da Doença, influenciada pela escola francesa no trato da temática.

Segundo Buchillet (1991), a antropologia americana dos anos de 1940 considerava a pesquisa em saúde como antropologia aplicada. Consequência direta desse direcionamento foi a convocação de vários antropólogos norte-americanos chamados a participar da implantação de serviços de saúde considerados modernos em países tidos como subdesenvolvidos.

Garnelo (2009) afirma que essa corrente do pensamento surgiu no centro de um projeto norte-americano conhecido como Saúde Pública Internacional, traduzido pela autora como uma das faces da intervenção neocolonialista daquele país na América Latina. Tratava-se de uma política desenvolvimentista que se esforçava em inserir essas populações no mercado consumidor e afastá-las dos movimentos sociais ligados às lutas de classe, numa polaridade característica do antagonismo gerado na guerra fria entre regimes capitalista e comunista na época.

Uma das formas de atuação dessa política foi a intervenção em saúde e educação nos países considerados subdesenvolvidos. Os antropólogos facilitariam essa intervenção por meio dos chamados estudos de comunidade, que visavam conhecer a organização sócio-cultural das populações a fim favorecer a implantação do sistema ocidental de cuidados médicos (GARNELO, 2009).

A antropologia americana realizou estudos desse tipo com populações camponesas do México, da América Central, da América Latina e, posteriormente, com as minorias indígenas, negras e hispânicas dos Estados Unidos. Dessa fase, podemos citar a equipe de Charles Wagley, que realizou os primeiros estudos sobre populações amazônicas não-indígenas, com o objetivo de implantar o Serviço Especial de Saúde

Pública (SESP) na região, e resultou em obras como *Uma Comunidade Amazônica* (1988), marcada por um forte viés culturalista.

Esse tipo de abordagem não problematiza a hegemonia da medicina ocidental, nem sua validade em outros contextos sócio-culturais e nem sua aplicação como meio de dominação de uma sociedade sobre a outra. Para Garnelo (2009), essa vertente da antropologia médica aplicada está carregada de juízo de valor, ao privilegiar o moderno e científico, em detrimento do tradicional e não científico, de tal modo que o conhecimento antropológico seria usado para empreender o ajustamento dessas populações às sociedades modernas, baseando-se na noção preconceituosa da superioridade do modo de vida ocidental.

Garnelo (2009) afirma que a antropologia médica dessa época caracterizava-se pela descrição simplista e empiricista, displicente com os processos históricos, políticos e sociais. Desse modo, os processos tradicionais de saúde, doença e cura analisados de maneira descontextualizada, produziram explicações limitadas que não permitiam apreender o sentido das racionalidades intrínsecas a outras matrizes culturais e, tampouco, a aplicação de suas conclusões a outras realidades.

A autora identifica nesses enfoques a ênfase no discurso de que a boa saúde dependia do sucesso da adaptação dos homens ao meio ambiente e à sociedade. Esses estudos não questionavam a assimetria estrutural nas relações de poder que permeiam a atuação médica. Além disto, sua intervenção reforçava a idéia de hegemonia da medicina ocidental e da irracionalidade das práticas tradicionais.

Somente a partir da década de 1960, a antropologia aplicada à saúde norte-americana passou a ser denominada como Antropologia Médica. Buchillet (1991) identifica quatro eixos principais de pesquisa na escola americana:

1) “O estudo da relação entre a incidência e a distribuição das doenças (epidêmicas ou endêmicas) e as variáveis ambientais e/ou sócio/culturais: é a epidemiologia, também chamada de “ecologia médica” nos Estados Unidos”, (p.22). A epidemiologia estabelece relações entre certos hábitos, modificações do meio ambiente em consequência da atividade humana e o surgimento de certas doenças;

2) O estudo das relações estabelecidas em torno dos cuidados em instituições médicas, tais como a relação entre médicos e pacientes ou entre estes e outras categorias profissionais em saúde;

3) O estudo de problemas de saúde em geral, que explicitam os aspectos do comportamento humano, seja no que diz respeito a grupos sociais específicos, seja no tratamento de problemas contemporâneos, como a AIDS ou como o alcoolismo;

4) E, por fim, a etnomedicina, considerada por Buchillet (1991) como a mais antropológica das vertentes americanas porque “tenta estabelecer uma relação entre as representações ligadas as doenças ou ao seu tratamento com a cultura e a organização social das populações consideradas” (p. 23). A etnomedicina tem ampliado o seu campo de estudos, inclusive sobre a medicina alopática contemporânea e sua eficácia simbólica.

De um modo amplo, a antropologia americana tem como marca o enfoque culturalista em suas abordagens. Por outro lado, a antropologia britânica é marcada pela predominância do tratamento funcionalista do tema, exemplificado no seu entendimento das representações sociais como via de acesso privilegiado a um funcionamento, supostamente coerente, das sociedades. Buchillet (1991) sugere que essas características estendem-se aos estudos de saúde/doença comprometendo a sua abordagem em totalidade.

Garnelo (2009) também vê a antropologia médica americana como excessivamente ampla e pouco consistente ao considerar suas possibilidades de abordagens e interesses diversos. Como exemplo, cita os estudos centrados na análise da prestação de serviços em sistemas médicos ocidentais. Nesse caso, a antropologia americana mostra-se dedicada a temas de epidemiologia, clínica, saúde mental, abuso de drogas, treinamento de pessoal de saúde, burocracia estatal, relação médico-paciente etc.

Essa escola teria como uma de suas características principais a abordagem de problemas da sociedade ocidental. Mesmo nas linhas que tratam das sociedades tradicionais, a análise descontextualizada das concepções de saúde, doença e cura não daria o devido crédito ao caráter social destas concepções e as faria parecer irracionais, produtos da mera superstição (GARNELO, 2009).

Buchillet (1991) afirma que a antropologia francesa trata mais adequadamente a temática da saúde/doença. Buchillet (1991) e Garnelo (2009) salientam que a linha de pensamento da antropologia francesa articula as representações de saúde e doença ao contexto social onde elas são produzidas, de modo a reconhecer a sua racionalidade.

Garnelo (2009) afirma que, com essa abordagem, a antropologia francesa tanto contribui para a relativização da hegemonia da medicina ocidental, quanto para superação das polaridades entre moderno/tradicional, lógico/ilógico, científico/não-científico, enfatizadas pela antropologia médica.

Nesse modelo de abordagem, prima-se pelo reconhecimento de diferentes quadros da doença que coexistem e informam o grupo social. A explicação e intervenção dos indivíduos sobre si é o resultado da interação entre os sujeitos sociais, grupos e/ou indivíduos e as agências de cura, envolvidos no processo de adoecimento. A partir das interpretações e dos comportamentos dos indivíduos diante do fenômeno da

doença é possível demonstrar a racionalidade do pensamento tradicional (BUCHILLET, 1991).

A Antropologia francesa denomina esses estudos como Antropologia da Doença para enfatizar o trato antropológico das representações e práticas ligadas à doença e a sua abordagem nas sociedades tradicionais. Do ponto de vista político, essa denominação também é eficiente para distinguir os campos de pesquisa da medicina e da antropologia nos estudos sobre a doença, a primeira caracterizada pela perspectiva ocidental e a segunda pela abordagem holística.

Na antropologia médica norte-americana não há uma atribuição clara da formação dos profissionais que realizam estudos antropológicos, os quais tem sido realizados tanto por profissionais da biomedicina, quanto por antropólogos (BUCHILLET, 1991).

A antropologia francesa privilegia o sentido e a causalidade como categorias explicativas dos sistemas médicos tradicionais. Garnelo (2009) afirma que o estudo da causalidade é um dos pontos mais importantes desse tipo de abordagem. O entendimento dos níveis de causalidade tem implicações nas escolhas terapêuticas (os chamados itinerários terapêuticos) que articulam as formas pelas quais os grupos sociais apreendem os sintomas e lhes atribuem sentido.

Para Garnelo (2009), a doença e o infortúnio estão imbricados nas sociedades tradicionais e remetem às relações sociopolíticas dos homens tanto quanto às relações com a natureza. A antropologia da doença atribui um nível de causalidade a cada uma das esferas: o biológico, o social e o cosmológico. Nessa corrente, não há separação entre esses níveis de causalidade na concepção da doença.

É inegável que a biomedicina tenha influenciado boa parte das representações e práticas nos grupos sociais com os quais manteve forte contato. A medicina ocidental

isolou a doença e o corpo biológico dos indivíduos separando-os de seus aspectos sociais e cosmológicos, num tal isolamento que permitiu à medicina um profundo e específico conhecimento sobre o corpo humano (BUCHILLET, 1991). Mas essa característica materialista da medicina é uma das fortes razões pelas quais as populações continuam a exercer seus modos tradicionais de cura, dada a incapacidade da biomedicina em explicar o infortúnio e o sofrimento (GARNELO, 2009).

Por outro lado, na abordagem francesa da doença comumente há um eixo funcionalista que enfatiza a reprodução de representações sociais de saúde e doença, em estudos que não valorizam as contradições, as incoerências, os conflitos e a dinâmica das transformações das práticas sociais (GARNELO, 2009).

No Brasil, os estudos das ciências sociais em saúde têm como marca, a recomposição de novos campos de pesquisa em um esforço pluri ou interdisciplinar que investe na articulação dos aspectos biológicos e sociais do fenômeno saúde/doença. É este o sentido que assume ao aparecer como tema de Saúde Coletiva, considerada como inovação brasileira na concentração de esforços para realizar a pluri ou interdisciplinaridade. Embora existam dificuldades na sua efetivação, inclusive no que tange às próprias ciências sociais, isto não impede a tentativa e o esforço para fazê-lo (CANESQUI, 1997).

A Saúde Coletiva tem como marca, em pelo menos uma de suas vertentes,

... a oposição crítica ao naturalismo do saber médico hegemônico, no qual as ciências sociais foram convocadas a proceder em sua integração com o biológico, evidenciando tentativas de explicar a multicausalidade do processo saúde e doença, pela associação dos fatores biológicos, e ambientais a outros de natureza socioculturais (CANESQUI, 1997, p.13).

Leite e Vasconcelos (2003) identificam que nos estudos de Saúde Coletiva há certa dificuldade em colocar o paciente como sujeito da ação. Em nenhum estudo é considerado o direito do paciente de decidir sobre o seu corpo e sobre o tratamento que

lhe é imposto. Do mesmo modo, os saberes que ele produz sobre a doença e a sua representação não são valorizados como conhecimentos, mas, de modo pejorativo, são descritos como senso comum, beirando o irracional.

As autoras afirmam que é preciso considerar o papel do paciente no processo de saúde-doença e tratamento. Muitos estudos no campo dos medicamentos ainda desconsideram o paciente, ou o responsável por sua saúde, como ser social, dotado de expectativas, conhecimentos, interesses, e que tem valores sócio-culturais produtores de sentidos e ressignificações a respeito da adesão ou da recusa ao uso medicamentoso, particularmente em processos de adoecimento crônico. O paciente é referido como um espaço, o lócus onde um medicamento deve agir.

1.3 PROCESSO SAÚDE/DOENÇA E ATENÇÃO: DELIMITAR UM PROBLEMA

Apresentados os dois principais eixos de abordagem no trato antropológico do fenômeno saúde/doença, enfatizamos nossa predileção por aquela que preza a articulação das representações e práticas sociais, considerando a imbricação, nem sempre coerente, dos níveis de causalidade com o processo de escolha das terapêuticas na busca de solução para o problema de saúde.

Nosso trabalho tem como objetivo descrever o adoecimento de malária na comunidade Nossa Senhora do Livramento, em Manaus, Amazonas, como um processo social que envolve tanto as representações sociais e práticas da doença, quanto o contexto social em que é produzido, onde pesa a atuação do serviço de saúde e a apropriação de conhecimento e de práticas biomédicas por seus usuários. É nesse

sentido que observamos o processo saúde/doença e atenção dirigidos à malária naquela comunidade.

Um dos conceitos utilizados para a compreensão desse processo é o itinerário terapêutico, aqui entendido como o processo de escolha e utilização de terapêuticas visando sanar, amenizar ou controlar um problema de saúde, desde a constatação de uma desordem até a procura por um ou mais tipos de tratamento (BUCHILLET, 1991).

A escolha dos itinerários pelos indivíduos é definida de acordo com os níveis de causalidade elaborados a cerca da doença e, dependendo do contexto em que os itinerários são produzidos, acionam diferentes interpretações sobre ela (BUCHILLET, 1991). Para Buchillet (1991), esse conceito esclarece a lógica implícita às representações e às práticas dos indivíduos porque expõe suas ações terapêuticas como um processo socialmente construído.

Entretanto, para a autora, não é o controle do problema de saúde que define a eficiência de uma escolha terapêutica; e o fracasso de um tratamento na supressão dos sintomas não põe em questão determinada estratégia terapêutica. Nas sociedades tradicionais, a noção de eficácia terapêutica abrange esferas que vão além da superação do quadro sintomático da doença. Com frequência expressam as lógicas que operam no âmbito dos sistemas explicativos da doença e de entendimento do mundo para além da explicação da doença e da saúde.

Para Menéndez (2003), o processo de busca pela cura,

... es el medio a través del cual los sujetos y sus grupos evidencian su capacidad de acción, de creatividad, de encontrar soluciones, y en consecuencia es un mecanismo potencial – y subrayo lo de potencial – de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como de la validez de sus propios saberes. (p.204)

Para Alves e Souza (1999), o itinerário terapêutico permite caracterizar as escolhas individuais, também por meio da análise das terapêuticas disponíveis, dos seus

modelos explicativos e da utilização das agências de cura pelos sujeitos. Contudo, os autores enfatizam que sua análise consiste na articulação destas esferas com o contexto social em que o itinerário é produzido. Consideram que as trajetórias individuais ocorrem a partir de um leque de possibilidades socioculturais, que permitem elaborar e selecionar estratégias específicas que podem ser, não raro, até mesmo contraditórias.

Segundo os autores, as análises de itinerário terapêutico precisam relacionar as experiências, as trajetórias e projetos individuais produzidos num contexto histórico, social e cultural, que é específico para cada sociedade, ou seja, definir a situação e a natureza das relações intersubjetivas no processo de escolha. Para Alves e Souza (1999):

... o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por atos distintos que se sucedem e se sobrepõem, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto pré-concebido: o tratamento da aflição. No curso dessas ações, evidentemente, fazem-se presentes interesses, emoções e atitudes circunstanciais. Segundo: o itinerário terapêutico não é necessariamente produto de um plano esquematizado, pré-determinado [...] (p.133).

Para Menéndez (2003), o itinerário terapêutico é considerado parte de um processo mais amplo definido por ele como auto-atenção e costuma se desenvolver em relação, direta ou indireta, com a biomedicina. Isto se deve ao fato da busca pela cura estar relacionada à oferta de diferentes formas de atenção à saúde.

Menéndez (2003) afirma que no contexto latino-americano, as duas principais formas de atenção são a biomédica e a auto-atenção. A relação entre elas seria aparentemente conflituosa, especialmente, do ponto de vista da biomedicina e de seus serviços de saúde que relegam a auto-atenção a uma condição marginal. Contudo, o autor verifica que, no nível prático, os grupos sociais tendem a integrar formas de atenção diversificadas.

Para Menéndez (2003), a auto-atenção é a unidade básica do processo saúde/doença e atenção porque é capaz de sintetizar as ações dos indivíduos e grupos sociais neste processo. A auto-atenção amplia o alcance das ações dos indivíduos e grupos para além do momento da doença e da busca pela cura, incluindo as ações preventivas e as diferentes formas de atenção. O autor define auto-atenção como:

... las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomicen, por lo menos en términos de autonomía relativa (p. 198).

Menéndez (2003) chama atenção para o conceito de auto-cuidado, comumente apresentado como correspondente de auto-atenção. Segundo o autor, a biomedicina e o sanitarismo utilizam auto-cuidado na descrição de ações desenvolvidas individualmente e ressaltam a prevenção dentro dos parâmetros considerados positivos para a saúde. Já a auto-atenção é caracterizada por Menéndez como uma forma de valorização da autonomia social coletiva; desse modo, tanto o auto-cuidado quanto a auto-medicação seriam partes integrante da auto-atenção.

Visando compreender o processo saúde/doença e atenção também utilizamos o conceito de representação social, aqui entendida como um quadro de referência cultural em constante processo de construção e de significação. Por um lado, os sujeitos constroem significados para os acontecimentos e possibilidades da vida, para explicar e dar sentido a ela, o que envolve suas capacidades criadoras, ativas e inventivas. Por outro, essas representações são compartilhadas pelo grupo social com o qual os sujeitos

compartilham uma cultura, aqui entendida como um conjunto de significados vividos socialmente (SPINK, 1993).

Para Canesqui (1997), o uso do conceito nos estudos das ciências sociais sobre saúde/doença suscita tensões no plano do conhecimento entre objetivismo e subjetivismo, estrutura e ação, micro e macroanálise, indivíduo e sociedade, estão presentes nos estudos das ciências sociais em saúde. No que concerne aos tipos de abordagem do conceito, podem enveredar pela análise mais pragmática das práticas de saúde ou por aquelas relacionadas à subjetividade da questão.

Tal dicotomia tem suas bases nessas duas correntes de pensamento aparentemente antagônicas. Dado seu caráter totalizante, a temática da saúde comporta tanto as abordagens objetivistas quanto subjetivistas, porém existe uma dificuldade de articulação entre elas. Canesqui (1997) afirma que essa dificuldade não implica em uma crise insuperável, mas no desafio de se produzir práticas capazes de articulá-las na análise do tema.

Gomes e Deslandes (2004) sugerem que a interpretação dos significados das ações sociais, observáveis no processo saúde/doença e atenção, tanto podem ter significações diferenciadas para profissionais da saúde e para usuários desses serviços, quanto podem ser produzidas e reproduzidas no encontro dessas duas óticas.

Para os autores, a análise das representações visa compreender o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas, avaliando tanto suas interpretações quanto suas práticas. Nesse sentido, a composição da representação consiste em interpretar a interpretação dos sujeitos da ação.

Contudo, os autores enfatizam que essa interpretação não deve resumir-se naquilo que foi efetivamente dito pelos sujeitos. A interpretação do pesquisador sofrerá a influência das leituras e teorias que elegeu para entender a relação estudada e isto

configurará sua análise da representação social do grupo; o que ocorre em campo deve fazer parte da construção da interpretação do pesquisador. A análise, nesse caso, é a própria construção do processo de compreensão da representação social do grupo.

Segundo os autores,

... a interpretação não é uma reprodução, mas uma construção negociada do sentido dado pelo autor e pelo intérprete, preterindo a idéia de descoberta ou de tradução mais ou menos literal dos significados atribuídos pelos sujeitos (GOMES; DESLANDES, 2004, p.109).

A construção da representação enquanto a análise do pesquisador baseia-se nas conexões entre as situações concretas, falas e práticas, que situam essas manifestações em um dado sistema sócio-simbólico.

Os processos de adoecer são carregados de significados interpretáveis. Primeiro, porque reconhecem culturalmente a doença e o doente; segundo, porque produzem explicações para as origens da doença e para o sofrimento; e por fim, porque mobilizam a ação social em busca das ações terapêuticas (MINAYO, 2006).

Para Gomes e Mendonça (2002), a doença precisa ser entendida com base nas representações sociais e a ela relacionada e na compreensão de como tais representações são utilizadas, modificadas e ancoradas num conjunto de experiências acerca da doença.

1.3.1 Modelos etiológicos em antropologia da doença

Muitas das representações da doença estão referenciadas em modelos constituídos da medicina, elas tanto são a expressão de permanências culturais quanto o lócus da multiplicidade, da diversidade e da contradição - são campos socialmente estruturados porque fruto dos contextos criados pela comunicação da medicina, pela história e pelo imaginário social (SPINK, 1993).

Os modelos etiológicos elaborados por Laplantine (2004) sobre o modo como a medicina interpretou a doença no decorrer da história são apenas de caráter operatório, dado que não substituem à realidade empírica, mas ajudam a compreendê-la porque abstraem as representações a fim de operar sobre o processo saúde/doença e atenção, e é nesse sentido que serão utilizados em nosso trabalho.

As interpretações da doença ao longo da história das sociedades, embora pareça seguir uma escala evolutiva, no sentido em que avançam, seguem uma tendência de permanência. E estão longe de serem superadas porque coexistem a partir dos sistemas de representações que atuam tanto nos procedimentos médicos cotidianos, quanto em sua apropriação pelas populações (LAPLANTINE, 2004).

Discorreremos resumidamente sobre alguns dos modelos etiológicos elaborados por Laplantine (2004) destacando alguns de seus aspectos, intencionando compreender a sua presença no Livramento, nos níveis representacionais e práticos acerca da malária. Os modelos foram elaborados em pares aparentemente opostos e até contraditórios: Modelo Ontológico e Modelo Relacional (ou Funcional); Modelo Exógeno e Modelo Endógeno; Modelo Aditivo e Modelo Subtrativo; Modelo Maléfico e Modelo Benéfico.

Dentre esses destacaremos o *Modelo Ontológico*, centrado na idéia de um “ser” da doença, algo externo que adentra ou é adicionado ao indivíduo. Nele, as representações são orientadas pela ontologia médica “erudita” do ocidente que enfatiza o aspecto físico dos corpos. Esse modelo parte do dualismo cartesiano, que separa a alma do corpo, e destina a metafísica como via de abordagem para a primeira e a física para o segundo. Esta última atribuição é difundida, posteriormente, com a exploração da anatomia e com as descobertas microbiológicas de Pasteur. Laplantine (2004) afirma que o modelo ontológico é dominante no ocidente e constrói sistemas de representações

veiculados por ela, constituindo-se nas interpretações “eruditas” e nas reinterpretações “populares” dessa medicina.

O autor identifica três tipos de abordagem no modelo ontológico denominados de medicina das espécies, medicina das lesões e medicina das especificidades. A medicina das espécies parte do “essencialismo”. Este foi durante muito tempo, segundo Laplantine (2004), o modelo epistemológico de referência da medicina: o de catalogar as doenças em famílias, gêneros, espécies e sub-espécies, seguindo o exemplo da classificação botânica.

O essencialismo médico isola a doença a partir do doente e classifica as doenças em espécies. Para Laplantine, isto se explica porque as ciências médicas e naturais têm a mesma origem histórica, para o autor, “... o saber médico ocidental é fundamentalmente biológico” (LAPLANTINE, 2004, p.50).

A medicina das lesões é traduzida como o anatomismo (ou solidismo) e a anatomopatologia. Essa abordagem médica não se centra no “ser” da doença, mas nos danos “orgânicos”. Cada alteração funcional se traduz por uma expressão sintomática, corporal, que corresponde necessariamente a uma alteração orgânica e, a partir dela, procura-se a localização da doença no corpo humano. Para esse pensamento, não existe etiologia que não possa ser explicada pela anatomia (ou que ela não poderia explicar no futuro) (LAPLANTINE, 2004).

A medicina das especificidades seria um dos pilares do pensamento médico contemporâneo e parte do princípio de que o “ser” da doença, que provoca lesões traduzidas em sintomas, tem sempre uma causa específica. Mas, a partir das descobertas da bacteriologia, as representações da doença são apreendidas segundo as categorias de entrada e saída de agentes do corpo. O modelo terapêutico correspondente consiste em

restituir o que foi perdido ou em extrair o que entrou – a intervenção comumente será mais agressiva que a própria doença.

No modelo etiológico *Relacional (ou Funcional)*, a medicina centra suas atenções no homem doente e os sistemas de representações são conduzidos de modo relacional em termos fisiológicos, psicológicos, cosmológicos e sociais. O normal e o patológico são pensados em termos de harmonia e desarmonia e a doença é considerada um desarranjo por excesso ou falta. As representações advindas desse modelo opõem uma compreensão danosa a uma compreensão funcional e uma compreensão substancialista a uma compreensão relacional, e à noção de espaço a noção de temporalidade.

Nesse modelo, Laplantine (2004) destaca a doença como ruptura do equilíbrio entre o homem e ele mesmo, identificadas pela medicina humoral, para a qual os sintomas são apreendidos como variações dos quatro humores constituídos por sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra e não como efeito de um agente patogênico estranho ao doente.

Nesses termos, a saúde resultaria do equilíbrio proporcional entre os humores, e a doença à falta ou ao excesso de um deles. Está ligada à noção de que cada indivíduo é caracterizado por uma particularidade de equilíbrio desses humores e também pela predisposição a certo desequilíbrio igualmente particular, desse modo, cada indivíduo estaria predisposto às suas próprias doenças.

Outra variante dessa vertente é a fisiopatologia, onde o organismo é apreendido de maneira dinâmica e funcional e, desse modo, se considera os órgãos apenas em sua função no organismo. A causa da doença é buscada no esforço do organismo para responder a um agente patogênico centrando a atenção correlativamente na desordem das funções que seriam as responsáveis pelas lesões anatômicas, e não o inverso. A

doença é a própria função fisiológica desviada por aumento ou diminuição própria da natureza da vida, pois ela tende a funcionar normalmente e também a se alterar dirigindo-se naturalmente à morte.

No *Modelo Exógeno*, a doença é representada pela intervenção exterior accidental que atua de modo real ou simbólico, possuindo duas significações primárias: a) a doença tem origem na vontade má de um poder antropomorfo ou antropomorfizado, conhecidos como sistemas personalistas: feiticeiro, gênio, espírito, Deus, ou por meio da intervenção do destino. Os processos patológicos e terapêuticos são pensados em termos das relações humanas ou supra-humanas e a medicina é vista como uma sociomedicina; b) a doença tem origem em um agente nocivo considerado como natural; essas explicações são conhecidas como sistemas naturalistas que expressam uma compreensão biomédica ou ecomédica da doença, como, por exemplo, a relação do ser humano com o meio físico (como a influência geográfica, climática e meteorológica, as condições ecológicas de existência) ou a relação do ser humano com o meio químico e bioquímico (como o alimento, fraco demais ou forte demais, mal equilibrado ou “não natural” agindo sobre o organismo).

Laplantine (2004) afirma que, para o pensamento médico ocidental contemporâneo, tanto erudito quanto popular, a atribuição etiológica é orientada em dois sentidos principais, contrários e até mesmo contraditórios: uma causalidade química e uma causalidade social.

No *Modelo Endógeno*, a doença é deslocada de um agente patogênico externo para o uma causa que parte do seu próprio corpo. Essa abordagem compreende ao mesmo tempo, as noções de temperamento, de constituição, de disposições e pré-disposições, de tipo de caráter ou astral, de natureza, de organismo, de campo e de hereditariedade. Isto se configura na definição de “espontaneidade mórbida”, que

considera que uma infecção jamais é acidental, os microorganismos parasitários só podem se desenvolver a partir de predisposições orgânicas específicas.

Laplantine (2004) relaciona o par ontológico/funcional e o par exógeno/endógeno:

... a variante ontológica (ou relacional) do modelo exógeno (ou endógeno) poderá ser, por sua vez, considerada um modelo: assim, ela se tornará o modelo ontológico (ou relacional) comportando variantes (dessa vez, endógenas, exógenas) que se diversificam em vários casos (p. 89).

O autor enfatiza que essas bipolaridades são uma ficção operatória constituindo-se em abstrações que não advém de uma distinção científica, pois a doença pode ser simultaneamente pensada nos dois registros, para médicos e paciente e existe sempre uma correspondência possível entre os modelos.

O *Modelo Aditivo* é mais frequentemente encontrado em compreensões cosmológicas religiosas da doença, como a compreensão cristã da doença como punição do pecado. Dentre as possibilidades operatórias do modelo, destacamos a representação da doença mais por sua vivência do que por sua ausência. Ter a doença, ou um de seus sintomas, implica em carregar consigo algo que não lhe pertence, mas que invadiu o corpo e precisa ser carregado. Porém, não de modo simbólico, mas irremediavelmente concreto.

Para Laplantine (2004), as representações dominantes da medicina não diferem muito das populares. Para o autor, afirmar que a doença é um corpo estranho que precisa ser expulso, ou uma presença inimiga a ser eliminada, implica em não ter uma distinção claramente demarcada entre a patologia feiticeira e a microbiologia de Pasteur.

Muito do conhecimento popular sobre a doença está referenciado em modelos de pensamento médico que circulam nas sociedades onde a medicina ocidental se faz presente. As representações recorrem aos vários modelos de modo situacional, quando

buscam dar sentido aos eventos da enfermidade. Do mesmo modo, operam as terapêuticas.

1.4 REDES SOCIAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito de saúde/doença e atenção entendido como o processo pelo qual se constroem as representações sociais a respeito da saúde e da doença e o trajeto planejado para obtenção de possível cura flui por meio das interações sociais, em suas esferas formais e informais, característica das relações humanas (ALVES; RABELO, 1998b).

As representações sociais e as práticas em torno da doença são negociadas durante esse processo e referenciadas também em termos das relações sociais em torno do serviço de saúde e sua atuação. Para dar conta dessas relações, utilizamos o conceito de redes sociais.

Para Fontes (2004) as redes sociais são instrumentos de análise que reconstróem os processos interativos dos indivíduos e sua filiação a grupos a partir das interconexões pessoais construídas cotidianamente. É um conceito que articula, na prática, a relação entre indivíduo e sociedade.

Para Martins (2004), o conceito de rede social valoriza a força da associação entre os homens como recurso explicativo dos movimentos coletivos e espontâneos, sem limitar a explicação do fato social à liberdade individual ou à imposição do coletivo sobre o individual, como o faz o funcionalismo. Nesse sentido, congrega, paradoxalmente, a ação do indivíduo e a da sociedade sobre ele. Trata-os como aspectos divergentes de uma única realidade – lembrando Mauss (2003), o autor afirma que os vínculos sociais, como os fatos, são totais.

Para Martins (2004), a estruturação das relações sociais escapa a essas esferas aparentemente dicotômicas e, desse modo, obrigação e liberdade compõem um paradoxo que longe de ser contradição é a expressão polarizada da complexa realidade social.

O autor elaborou um conceito de relés de redes que permitiria compreender que cada ator social tende a se inscrever em diferentes círculos de troca, num movimento permanente, em que as redes tanto geram novos quanto renovam os antigos; os relés de redes seriam redes de redes. Desse modo, os autores elaboram uma tipologia de redes que na prática da vida social compõem um cenário complexo de relés, pois existem e atuam de modo entrecruzado. O conceito de relés de redes pretende abarcar o dinamismo e complexidade da vida social em redes. São:

- rede sóciotécnica, que aparecem no plano das organizações formais;
- rede sócio-institucional, que se reportam às parcerias entre as agências governamentais e não-governamentais;
- rede sócio-humana, que se articula num plano pré-político por meio de famílias, vizinhanças, amizades e camaradagens; permite que os indivíduos se socializem e adquiram lugar no interior do grupo de pertencimento – esse tipo de rede é estruturante da vida social.

Para Martins (2004), é no plano da ação direta onde nascem as redes sócio-humanas, tidas como o princípio das outras redes e que são fundamentos de esferas públicas e participativas. O uso do conceito de rede social considera a autonomia da sociedade, que funciona por regras próprias diferentes daquelas do estado e do mercado, onde as regras são pensadas racionalmente de modo a enquadrar os indivíduos e grupos sociais em lugares pré-determinados. Para os autores, a instituição típica do social é a rede interativa.

Segundo Fontes (2004), foi a partir da tentativa de valorização dessas redes em esfera local que a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pensada a partir da Constituição de 1988, iniciou um processo de descentralização das políticas públicas sanitárias e de saúde dos governos federal e estadual para a esfera municipal. A introdução de mecanismos de participação popular tentou aproximar as agências públicas das populações a que deveriam atender produzindo justiça social nas decisões das políticas e na fiscalização de sua execução.

É nesse contexto que aparece a figura do agente comunitário de saúde cuja principal característica é ser membro da comunidade assistida e cuja função é introduzir a prática médica no cotidiano das famílias, principalmente, com o caráter pedagógico de reforço de recomendações de higiene, profilaxia e cuidados preliminares para o encaminhamento ao profissional de saúde.

Para Fontes (2004),

... boa parte dos benefícios resultantes do trabalho dos agentes de saúde provém do fato de ele introduzir na prática médica o espírito da comunidade que encarna, a publicização dos problemas que logo descobre não serem de exclusiva natureza individual. Muitos são resultantes de estruturas de sociabilidade particulares daquela comunidade (p.130).

Acreditamos que é justamente porque encarna o espírito da comunidade em que convive, a atuação dos agentes de saúde pode ser também problemática. Não apenas desse profissional como articulador individual de suas próprias práticas, mas das redes sócio-técnicas estabelecidas a partir das unidades do serviço de saúde atuantes nas esferas locais por meio de seus profissionais.

De um modo geral, a atuação das redes sócio-técnicas ocorre de modo entrecruzado com as redes sócio-humanas. Desse modo, as redes sociais podem vir a centralizar certas ações institucionais, como as de saúde, pois os profissionais do setor

trazem consigo suas redes e sua experiência na interveniência dos locais onde vivem (FONTES, 2004).

Os processos que estruturam as redes sociais têm como origem as interações entre os indivíduos, dadas por meio da estrutura social presente em cada um dos atores de uma interação (FONTES, 2004). Essa estrutura, por sua vez, tem como base interesses diversificados, e está organizada em campos sociais por onde circulam tipos de conhecimentos específicos, como no caso de nosso objeto, sobre doenças como a malária e as terapêuticas dirigidas à ela.

A compreensão desses processos é importante para o estudo do fenômeno saúde/doença e atenção, porque possibilita correlacionar, nessa pesquisa, a atuação das redes sociais com o contexto social – a comunidade Nossa Senhora do Livramento e seus moradores – onde os eventos relacionados à malária e ao serviço de saúde são produzidos.

CAPÍTULO 2

A COMUNIDADE NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO

Nesse capítulo, apresentamos a comunidade⁴ Nossa Senhora do Livramento, buscando descrever esta cena social e suas interrelações com a produção do processo saúde/doença e cuidados dirigidos à malária. Analisaremos inicialmente as formas de organização da comunidade, suas relações sociais, formais e informais, com um olhar diferenciado para a atuação das instituições que operam na esfera local.

O processo saúde/doença e atenção, entendido como um fenômeno social não pode ser compreendido em totalidade se for analisado de forma dissociada de uma contextualização social, visto a importância que isto tem para a compreensão dos problemas suscitados pela ocorrência da malária (GONÇALVES, 2002).

O Livramento está localizado à margem do igarapé Tarumã-Mirim, afluente da margem esquerda do rio Negro, sendo considerada zona rural de Manaus. Distante apenas sete quilômetros da cidade, o seu acesso se dá exclusivamente por via fluvial. A população da comunidade, estimada em 250 famílias⁵, vai com frequência à capital, para ir ao comércio, buscar atendimento em serviços públicos e privados e lazer, bem como por manter relações de parentesco e de amizade com os moradores da cidade.

Essa ligação é tão intensa que existe transporte regular entre a cidade e a comunidade, realizado em “voadeiras” (como são conhecidas as lanchas de pequeno

⁴ Gostaríamos de fazer algumas considerações sobre o uso do termo “comunidade” nesse texto. Entendendo todo o peso da discussão teórica e das críticas já enunciadas desde que foram publicados os primeiros estudos de comunidade da Amazônia, na década de 1950, nesse trabalho o termo será utilizado apenas como categoria nativa de nomeação do lugar. No Livramento, as pessoas nomeiam o lugar onde moram de comunidade; atribuem a origem do termo à influência da igreja católica, bem como da utilização do termo pelo poder público.

⁵ A estimativa populacional de 250 famílias foi informada pela Associação de Moradores da Comunidade Nossa Senhora do Livramento, contudo, nesse número são contabilizadas apenas as famílias moradoras da sede da comunidade. As outras localidades do Livramento, como ramais e igarapés, também são ocupadas, e devem somar, aproximadamente, 100 famílias. Sendo esses números imprecisos e não havendo como obtê-los visto que não há levantamento censitário conhecido que considere essas localidades adjacentes, nos ateremos ao número de 250 famílias como referência.

porte na região) adaptadas para o transporte fluvial coletivo com mais assentos. As “voadeiras” partem da Marina do Davi, na Estrada da Ponta Negra em Manaus, e a viagem pode durar de 20 a 40 minutos, a depender da situação de enchente ou vazante das águas dos rios.

Livramento faz parte de um conjunto de localidades (Nossa Senhora de Fátima, Julião, Ebenezer, Agrovila e São Sebastião) que margeiam o igarapé Tarumã-Mirim e mantêm fortes vínculos sociais entre si. Na Figura 1 (p.53) podemos visualizar três delas: Nossa Senhora do Livramento, Nossa Senhora de Fátima e Agrovila. Cada uma das comunidades do Tarumã-Mirim possui um núcleo onde estão sediadas as instituições do Estado, tais como escola e posto de saúde, ao lado de igrejas, associação de moradores, comércios e um aglomerado de domicílios, que os moradores chamam de Sede. Algumas dessas comunidades, como Livramento e Nossa Senhora de Fátima, são mais bem assistidas em relação à infra-estrutura do que outras, favorecendo uma circulação ainda maior dos moradores das comunidades ali sediadas.

Também há moradias nos igarapés e lagos da região. As famílias que moram nesses locais se relacionam tanto com as instituições que funcionam nas sedes comunitárias, freqüentando escolas, posto de saúde e outras instituições ali dispostas, quanto com as famílias que ali residem, com as quais se relacionam de modo informal, por meio das relações pessoais, comerciais e de lazer. Em nossa pesquisa concentraremos nossos esforços no estudo da Sede do Livramento e da Estrada Nova, em destaque na Figura 1 (p.53).

A Sede do Livramento está localizada às margens do igarapé do Mari, circundada pelo igarapé Tarumã-Mirim e pelo rio Negro. Podemos observar na Figura 1 (p.53) que a Sede constitui-se em um aglomerado de moradias onde concentram-se diversos serviços públicos e privados e a maior parte da população da comunidade. A

Sede é composta por sete ruas principais, estreitas, sem calçamento e cobertas somente por areia branca. Lá encontramos instituições como igrejas, associação de moradores, instituições estatais, tais como, escola e posto de saúde, e estabelecimentos comerciais. Também é parte da paisagem da Sede a torre de telefonia celular que viabiliza a comunicação telefônica entre as diversas comunidades nessa região, além do serviço de telefonia fixa disponível apenas naquele local.

A chamada Estrada Nova, na realidade, é uma trilha estreita com mata densa por todo o caminho. Grande trecho dela foi aberto pelos próprios moradores especialmente para a instalação da energia elétrica em 2007. Todo o seu trajeto é marcado pelos postes de madeira e pela fiação elétrica. Antes disto, havia trilhas que levavam de um vizinho a outro. Os moradores concentram suas moradias às margens dos igarapés atravessados pela Estrada. Na Figura 1, abaixo, destacamos o trajeto da estrada através de uma linha vermelha. Ela inicia na margem oposta do igarapé do Mari, onde está localizada a Sede



Figura 1 – Imagem da foz do Igarapé Tarumã-Mirim

FONTE: Retirado de <www.earth.google.com> Acesso em 6 de junho de 2010.

do Livramento, e termina na fronteira com a comunidade Agrovila, no igarapé conhecido como Sem Terra. A nossa pesquisa realizou-se até a metade desse trecho, ou seja, até as moradias localizadas nas proximidades do igarapé do Diúna, destacado em linha preta na Figura 1 localizada na página anterior.

2.1 REDES SOCIAIS E AS INSTITUIÇÕES NA COMUNIDADE

Os moradores mais antigos narram que a atual ocupação da área do Livramento data da década de 1960. Os próprios comunitários, sob orientação de uma freira conhecida como Irmã Conceição, construíram a igreja de Nossa Senhora do Livramento e fundaram a comunidade. Aos poucos institucionalizaram sua organização por meio da Associação de Moradores e as instituições estatais foram chamadas a atuar. A sua população gradativamente aumentou, principalmente, na Sede. No início desse processo de organização, algumas famílias tomaram a frente das instituições ao ocuparem cargos importantes e de grande prestígio, como a escola, a igreja, posto de saúde e associação de moradores.

Realizamos uma breve reconstituição desse processo a partir da participação de três famílias, aqui representadas pelos chefes de família Diúca, Aristides e Ilmar, importantes para a compreensão da atual configuração social estabelecida na comunidade, e, principalmente, para descrevermos as relações de poder e distribuição de recursos que influenciam no processo saúde/doença e cuidados direcionados à malária.

Segundo nossos informantes, a área onde hoje é o Livramento fora propriedade particular de um conhecido dono de terras. Estima-se que toda a área onde hoje está localizado o conjunto de comunidades do baixo igarapé Tarumã-mirim pertencia a um

homem conhecido como Ferreira, sempre lembrado pela agressividade com que tratou os primeiros ocupantes.

Diúca, agricultor, foi um dos primeiros moradores. Quando chegou ao Livramento em 1964, Aristides, que veio a ser o primeiro agente de saúde da comunidade, já morava no lugar aonde viria ser a Sede. Diúca foi o primeiro presidente da Associação, no início da década de 1970, mas imediatamente seus companheiros o depuseram. Segundo ele, Aristides, então agente de saúde, lhe fez uma proposta que foi recusada. Diúca não quis dizer com clareza do que se tratava, mas deu a entender que envolvia apropriação indevida de recursos da comunidade. Em seguida, Aristides teria se articulado com os outros companheiros para depor Diúca da presidência. Desgostoso com o fato, Diúca, que havia montado uma casa na Sede para dar conta das tarefas da Associação, resolveu se retirar, e voltou a morar no Igarapé do Diúna.

Posteriormente, os moradores construíram uma escola e um posto de saúde, um ao lado do outro, cercados com varas. No dia da inauguração da escola, Ferreira teria ordenado atear fogo na construção e o incêndio também destruiu o posto. Diúca afirma que ninguém queria trabalhar na escola reconstruída receando a violência. Ilmar, professor de ensino fundamental, aceitou lecionar na comunidade depois de firmar acordo no qual os moradores se responsabilizaram por um pagamento adicional ao salário pago pela prefeitura. Mudou-se para o Livramento no início da década de 1980.

Diúca relatou que desde a fundação da comunidade, no ano de 1973, os moradores iniciaram a luta pela ocupação da área, numa iniciativa intermediada pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais. Todos os que lideraram esse movimento teriam sofrido ameaças, até o falecimento de Ferreira. Depois, segundo nossos informantes, o Estado confiscou parte de suas terras porque ele teria uma grande dívida em impostos que não foi paga por sua família. Em seguida, foi concedido aos moradores o direito de

morar e trabalhar naquela área, porém, não possuem documentação definitiva das terras onde moram e não podem, legalmente, vendê-las.

O modo como os cargos no posto de saúde, escola e associação de moradores foram ocupados na fundação da comunidade foi significativo para a configuração atual das relações sociais articuladas a partir dessas instituições. Para dar conta da complexidade dessas relações, lançaremos mão do conceito de redes sociais, tal como proposto por Fontes (2004) por ele entendidas como o “... instrumento de análise que permite a reconstrução dos processos interativos dos indivíduos e suas filiações em grupos, a partir das interconexões pessoais construídas cotidianamente” (p.12).

Desse modo, podemos afirmar que Ilmar e Aristides gozaram de prestígio tanto pela sua condição de primeiros ocupantes da área, quanto pela atuação posterior, nos cargos que passaram a ocupar. Isto lhes proporcionou uma rede de interações que exerceu grande influência na vida cotidiana da comunidade se estendendo inclusive ao âmbito das instituições formais. Podemos exemplificar esse processo a partir da família de Ilmar, cuja filha, Graça, exerce atualmente a função de agente microscopista no posto de saúde. Aristides, por sua vez, indicou Doca, o esposo de Graça, para o cargo de agente de saúde e, posteriormente, o indicou para substituí-lo como diretor do posto, quando se aposentou. Milena, irmã mais nova de Graça, ocupou o cargo de agente de endemias por dois anos, antes de deixá-lo para cursar universidade em Manaus. Dessa forma, cargos de prestígio no serviço de saúde foram ocupados por membros da família de Ilmar. Outro filho de Ilmar, Mário, é uma das lideranças do movimento indígena organizado no Livramento.

Aristides, por sua vez, exercia sua influência nas disputas pela presidência da Associação de Moradores. Segundo nossos informantes, Aristides trocava favores com políticos utilizando a sua influência como moeda de troca para conquistar votos nas

disputas eletivas. Um de seus filhos, na época de nossa pesquisa, era assessor de um vereador em Manaus e, conseguia recursos especiais que foram distribuídos pela Associação dos Moradores, visando à candidatura de Ilmar, seu pai, a presidência da Associação⁶.

Diúca foi excluído das redes sociais que acabaram controlando as instituições estatais atuantes no Livramento e direcionou sua atuação na comunidade aos movimentos religiosos. No princípio da ocupação da comunidade, participava das atividades da Igreja Católica. Atualmente, é líder de uma igreja pentecostal que atua na Estrada Nova.

Do mesmo modo, seus familiares estão fora das redes articuladas em torno das instituições estatais. Os quatro irmãos de Diúca moram em localidades adjacentes a Sede e, atualmente, são agricultores aposentados. Na Estrada Nova, os parentes de Diúca são a maioria. Dentre os dez domicílios que identificamos até as proximidades do igarapé do Diúna, cinco eram de parentes seus. Um domicílio era chefiado por um de seus companheiros da época em que lutaram pelas terras do Livramento; outro domicílio pertencia a uma moradora antiga, um domicílio funcionava como sítio e apenas dois domicílios são de famílias recém-instaladas. Excetuando-se essas duas famílias que não são parentes de Diúca, as demais famílias da Estrada Nova são aparentadas entre si, e/ou chefiadas por idosos que vivem lá desde a fundação da localidade.

Apresentada essa configuração, é preciso informar que muitas das ações dessas instituições (posto de saúde, Associação de Moradores e Escola) são ordenadas segundo

⁶ Durante o mês de setembro de 2009, a Associação de Moradores do Livramento preparava-se para a eleição de nova diretoria. Aristides chegou a montar uma chapa para concorrer à presidência. Todavia, foi impedido porque o grupo político do então presidente havia se esforçado em longos debates para aprovar no edital de convocação do pleito a exigência que impediria Aristides de concorrer: a de que todos os membros da diretoria deveriam ser moradores do Livramento e que não bastaria a promessa de que, se eleito, o candidato a diretor passaria a morar lá. Aristides não mora mais no Livramento, apesar de visitar os filhos que ainda moram lá com regularidade.

as redes sociais construídas em torno da influência das famílias de Ilmar e Aristides, das quais, a família de Diúca e as pessoas de sua rede de relação não fazem parte. Isto porque as relações estabelecidas em uma rede tanto podem proporcionar oportunidades, quanto limitações de acesso das pessoas a recursos como informação, riqueza e poder (FONTES, 2004). Podemos afirmar que as redes articuladas em torno das instituições formais da Sede excluem os moradores da Estrada, em consequência de alianças tecidas no início do estabelecimento das instituições formais na comunidade.

Atualmente, a comunidade vive um momento de mudança nas relações entre os moradores e as instituições locais, constituindo-se em um momento de transição entre o domínio de interações baseadas na esfera pessoal, para uma interação formalizada. Durante vários anos, a ocupação de cargos de importância, como professor e agente de saúde, foi definida pela influência das primeiras famílias que ocuparam Livramento. Só recentemente a ocupação desses cargos de chefia deixou de ser definida com base em relações sociais informais. A partir de 2008, esses postos passaram a ser ocupados por pessoas nomeadas após aprovação em concurso público.

Um tanto saudosa do antigo estado de coisas, uma moradora da Estrada Nova, nos relatou que antes, quando uma criança adoecia, Ilmar enviava para a casa da família latas de leite e massa para mingau retiradas do estoque da merenda escolar. Ela avalia positivamente essa atitude, entendendo que o gesto permitia que as crianças doentes se alimentassem melhor e se recuperassem mais rápido sem perder muitas aulas. Procedimento semelhante ele adotava com os idosos. Para a entrevistada, infelizmente isso é algo que não ocorre mais.

No mesmo tom, diversos moradores ressentem-se da saída de Doca da diretoria do posto. Acreditam que por ser morador da comunidade e porque a chave do posto permanecia em seu poder, ele atendia os doentes a qualquer hora que precisassem,

desde que o chamassem em sua casa. Atualmente, a chave do posto fica em posse da atual diretora e os moradores têm que esperar o posto abrir nos horários normais de expediente para procurar ajuda.

Os moradores avaliam essa mudança como um malefício. Tal postura é compreensível à luz de suas relações anteriores com essas instituições, que eram pautadas pelo parentesco e amizade lhes garantindo acesso direto aos serviços institucionais. Porém, embora existam tentativas do Estado de enquadrar a vida cotidiana no espaço público, em obediência ao formato ideal de funcionamento de suas instituições, as relações informalmente mediadas pelas redes sociais se entrecruzam também nesses espaços, direcionando recursos para certos beneficiários, em detrimento de outros. A reconfiguração dos cargos de chefia a partir de concurso público não anula as antigas redes que tendem a se reorganizar no novo contexto (FONTES; MARTINS, 2004).

Uma dessas reconfigurações ocorreu com a mudança do controle político da Associação de Moradores do grupo de influência de Aristides, para outra geração de indivíduos. Aristides, e parte de sua família, mudaram-se para Manaus e, embora visite os filhos que ainda moram na comunidade, seu prestígio não é mais o mesmo. Em parte porque, aposentado há dois anos e distante da comunidade, seu campo de influência política diminuiu. Segundo, porque nova geração de pessoas chegou ao Livramento, principalmente a partir da década de 1990, formando outros grupos, entre os quais, o que atualmente controla a Associação.

Em setembro de 2009, a Associação de Moradores era presidida por um jovem comerciante que assumira o cargo por indicação dos conselheiros incumbidos de eleger nova diretoria, após a deposição da anterior, eleita para a gestão 2006/2009. Os membros da diretoria anterior teriam se mudado para Manaus tornando-se ausentes e

displicentes com os problemas da comunidade. O então presidente e nova diretoria, todos moradores da Sede do Livramento, foram empossados em 2007 e estiveram empenhados em regularizar a situação jurídica da Associação e na discussão, tentavam aprovar e legalizar um Estatuto. Em novembro de 2009, ocorreu a eleição que elegeu a então secretária da Associação como presidente.

Esse grupo de pessoas, consideravelmente jovens (o presidente, tesoureiro e secretária tinham idades que variavam entre 28 e 30 anos), mantinha relações de mútuo apoio com Doca, ex-diretor do posto de saúde, o qual, apesar de recusar-se a envolver-se diretamente com as questões da Associação, goza de grande prestígio na comunidade⁷. Desse modo, esse grupo formava uma rede de influência cujas forças confluíam entre o posto de saúde e a Associação de moradores.

2.2 ESPAÇOS DESIGUAIS DE PODER: SEDE E ESTRADA NOVA

Nessa sessão dissertaremos sobre a vida na Sede e na Estrada Nova nos ocupando em descrever um pouco da atuação das instituições estatais e locais. A centralização da atuação das instituições e serviços na Sede tem conseqüências diretas nas condições gerais da vida nos diversos espaços da comunidade e, particularmente para os que vivem nas suas cercanias.

Na Sede, há coleta de lixo semanal realizado por via fluvial, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Limpeza e Serviços Públicos (SEMULSP),

⁷ Doca, genro de Aristides e ex-diretor do posto, goza de grande prestígio, em parte, pela função que exerceu. Era sempre chamado para presidir comissões durante as reuniões da Associação, tais como as de eleição do pleito programado; foi convidado para compor a chapa com seu grupo de aliados, mas recusou. Contudo, estava sempre presente em suas atividades ao lado do então presidente, inclusive na recepção das autoridades que visitam a comunidade, ou nas comissões encarregadas de solicitar serviços, como o de água encanada ou de policiamento. O prestígio de Doca também decorre da sua liderança na movimentação desportiva na comunidade, organizando os times de vôlei e futebol do Livramento, bem como da difusão dos acontecimentos locais por meio de uma rádio de Manaus, onde atua como repórter comunitário.

a qual mantém um gari que mora e trabalha no local. Há o programa regular do ensino fundamental dividido entre o turno matutino e vespertino na Escola Municipal São José I, sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Educação (SEMED); o ensino médio é ministrado à noite por meio do programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA) e do Telecurso, sob responsabilidade da Secretaria Estadual de Educação (SEDUC). Há também serviço privado de telefonia fixa.

Há o posto de saúde cujo funcionamento é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), que oferece serviço médico e odontológico também às comunidades do Julião e Agrovila para onde são designados dois agentes comunitários, sendo que no Livramento atuam mais dois agentes.

Em entrevista, a diretora nos informou que a malária está entre os principais atendimentos que realizam. Mesmo após a municipalização das ações de controle da malária, que antes estavam sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a diretora do posto não responde pelas ações de controle da doença. A agente microscopista, moradora da sede, é quem responde pelo diagnóstico e tratamento dos casos de malária. No período da pesquisa foi possível observar que a equipe de profissionais da FUNASA atua no mesmo prédio, mas de modo paralelo aos serviços do município.

A Associação dos Moradores do Livramento funciona em um prédio de madeira de um único cômodo. A sede da associação é chamada pelos moradores de *Secretaria* e está aberta quase todos os dias, graças ao revezamento entre os membros da diretoria da entidade. Na sede da Associação também funciona a Biblioteca Comunitária, montada em 2006 com auxílio do Projeto Água e Cidadania, da Associação dos Cientistas Sociais do Amazonas (ACISAM) e Petrobrás.

A fonte de renda dos moradores da Sede advém de salários de funcionalismo público e de comércio, além de alguns benefícios sociais, tais como aposentadoria e o Programa Bolsa Família do governo federal. Outros moradores ganham a vida prestando serviços, como o de caseiro de sítios, marcenaria, serralheria e limpeza de terrenos. Identificamos apenas quatro agricultores que mantêm terrenos e plantações de subsistência em lugares mais distantes, já que os terrenos na Sede são utilizados apenas para moradia.

Nossos informantes relataram que desde que Livramento foi incorporado à Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé (RDS Tupé), em 2004, a comunidade padece devido às restrições à derrubada e plantio, reduzindo o ânimo para a produção agrícola.

Noda *et al* (2007) afirmam que boa parte dos moradores que chegaram ao Livramento no início da década de 1990, foram até lá levados pelo desemprego desencadeado por uma crise da Zona Franca de Manaus (ZFM). Ainda segundo os autores, essa migração teria mobilizado para Livramento um conjunto de moradores da área rural, mas sem experiência com agricultura acarretando o incremento das atividades predatórias de retirada de madeira para marcenaria e para a produção de carvão, já exercidas pelos primeiros moradores.

Na Sede também é possível observar a atuação da rede social formada por famílias indígenas, especialmente por duas grandes famílias Baré e Dessana vindas do Alto Rio Negro. Em 2009, o movimento indígena estruturado em torno dessas famílias formalizou sua interveniência no cenário social por meio da criação de uma associação, provisoriamente denominada de Associação Indígena do Livramento.

Já os moradores não indígenas da comunidade observam com desconfiança a movimentação política indígena e enfatizam repetidamente suas dúvidas sobre a

autenticidade de tal identidade indígena; não raro criticam o uso – que entendem ser oportunista - da diferenciação étnica por estas famílias.

A Sede do Livramento recebe muitos visitantes nos fins de semana, atraídos pelos balneários próximos. São amigos e familiares de moradores da Sede, que os recebem e hospedam. A presença desses visitantes gera uma tensão entre o que os moradores chamam de “os de dentro” e “os de fora”.

Presenciamos uma reunião com o Comandante da Polícia Militar do posto policial da Ponta Negra que fora atender ao pedido de policiamento na Sede, onde foram enumeradas reclamações sobre comportamentos considerados inadequados desses visitantes, entre os quais foi citado: beber em excesso; usar drogas; circular pela comunidade durante a madrugada fazendo algazarra; e desencadear brigas.

Os moradores se queixavam que não podiam agir sobre esses visitantes porque depois de causarem confusões, voltavam à cidade, muitas vezes, sem que pudessem ser identificados. Esses visitantes fugiam do controle que os membros da comunidade crêem exercer uns sobre os outros.

Os moradores da Sede também nutrem desconfiança em relação aos chamados “hippies” que moram há pouco tempo na comunidade. São estrangeiros oriundos de outros países ou mesmo de outros estados do Brasil. Os que vivem há tempos em Livramento desconfiam do estilo de vida daqueles, afirmando não compreender como sobrevivem, já que não trabalham do modo como os moradores entendem que deve ser o labor adequado; esclareça-se que os “hippies” vendem artesanato na Ponta Negra nos finais de semana.

Os “hippies” moram em uma casa cedida por uma senhora moradora da Sede. A maioria deles não permanece mais que alguns meses no Livramento, mas a casa está sempre ocupada por pessoas de suas redes de relações. A desconfiança é exacerbada

pelo fato dos “hippies” não se misturarem aos moradores de Livramento e de falarem línguas diferentes pelas ruas. Mas de modo geral, os moradores têm como princípio comum, a idéia de que sempre se deve desconfiar de “gente de fora”.

Essa desconfiança em relação às redes sociais compostas pelos *outsiders* na cena social de Livramento (indígenas, visitantes, e “hippies”) caracteriza o que Fontes (2004) denomina de “posicionamento egocentrado das redes sociais”, que tende à exclusão de outros grupos sociais com quem se desenvolva algum nível de interação.

A vida na Estrada Nova é bem diferente da sede. A produção agrícola, embora restrita à subsistência, é presença marcante. Não há estabelecimentos comerciais na Estrada. Quando é necessário comprar, os moradores vão diretamente a Manaus ou às sedes mais próximas, que são Julião, Fátima e o próprio Livramento. Também aproveitam para fazer compras quando vão à escola ou a posto nessas sedes.

Observamos que as relações dos moradores da Estrada Nova, inclusive as formais que mantêm com posto de saúde e escola, são estabelecidas preferencialmente com outras sedes comunitárias que não a do Livramento. Interrogados sobre as razões dessa preferência, os entrevistados expressaram sua insatisfação com o que consideram descaso e falta de apoio da Associação de Moradores. Desse modo, estudam e freqüentam posto e comércios de outras sedes, ainda que estejam mais distantes. A única instituição sediada na Estrada Nova é a Igreja evangélica liderada por Diúca.

Uma das principais fontes de subsistência dos moradores da Estrada é a aposentadoria dos idosos e os roçados. Além disso, há a extração de madeira e a produção de carvão que, atualmente, ocorrem como prestação de serviço dos moradores em outras localidades, já que estas atividades estão proibidas no Livramento. Também ocorre um comércio incipiente de pescado, caça e produtos dos roçados, já que, quando um vizinho os tem em excesso, oferece ao outro para que compre.

2.3 AS DIFICULDADES DE PERTENCER A UMA RESERVA DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Em 2004, a comunidade foi incorporada à RDS Tupé e tem boa parte de suas rotinas administradas pela Secretaria Municipal do Meio Ambiente (SEMMA). Dentre as restrições impostas estão: proibição de caça e pesca (exceto se para subsistência), desmatamento (exceto se para pequenos roçados e com autorização da SEMMA), retirada de madeira (apenas permitida para a construção de pequenas casas de comunitários com autorização da SEMMA); retirada de pedra, areia e seixo. Além disto, por pertencer ao município de Manaus, a comunidade é obrigada a seguir o Código Ambiental do Município de Manaus, em vigor desde 2001, que proíbe, entre outras coisas, queima de lixo e poda de árvores (sem autorização da SEMMA).

As restrições impostas para atender essas condições incomodam os moradores. Além disto, segundo nossos informantes, a incorporação se deu sem o consentimento de todos, porque somente poucas pessoas teriam participado, de modo informado, dessa decisão, dado que a maioria não tinha idéia sobre as regras do funcionamento de uma RDS.

Segundo nossos informantes, antes que Livramento se tornasse parte da RDS, sua população mantinha atividades de caça, pesca, roçado, extração de madeira para serralheria e produção de carvão. A população era estimada em 500 famílias na Sede, e 30 famílias na Estrada Nova. Após a incorporação pela RDS, a população se reduziu pela metade nas duas localidades, pois anteriormente a maior fonte de renda era decorrente da extração de madeira e a produção de carvão, atividades que passaram a ser proibidas para a comercialização.

As reclamações sobre essa situação são pauta de todas as reuniões da Associação de Moradores. Um dos problemas que mais incomoda é a necessidade de pedir licença ambiental⁸ para a feitura dos roçados e demora e a grande dificuldade em obtê-la. Muitos moradores reclamam que não obtêm nenhuma resposta aos pedidos de autorização para abrir roças. Tais obstáculos prejudicam significativamente o sustento dos moradores da Sede porque, impedidos de plantar, ficam dependentes dos benefícios do governo.

Os moradores da Estrada Nova sofrem menos porque, como vivem em locais mais distantes da Sede, conseguem fazer seus roçados sem que haja tanta fiscalização. Entretanto, os conflitos internos entre os moradores da Sede também inibem as tentativas de fazer o roçado sem a licença ambiental, já que receiam ser denunciados por seus antagonistas; temem a multa que não teriam meios para pagar, e mesmo a apreensão de instrumentos que lhes são indispensáveis à subsistência, como os implementos agrícolas e motosserras.

Durante o trabalho de campo foi possível acompanhar uma reunião com o então recém-nomeado administrador da RDS Tupé. Este fora se apresentar aos moradores com promessas renovadas de agilidade no processo para obtenção da licença ambiental, para falar-lhes sobre a importância das RDS e da mudança de certos hábitos considerados inadequados à postura preservacionista esperada de seus moradores. Citou o hábito de queima do lixo que, segundo ele, poderia ser substituída pelo ensacamento.

A sugestão gerou polêmica na reunião e os moradores enumeraram as nuances de sua inviabilidade, entre as quais o custeio das sacolas de lixo, tendo em vista a

⁸ Para realizar os roçados os moradores precisam pedir uma licença ambiental, que pode ser feita de próprio punho e que deve ser encaminhada a Associação de Moradores. A licença deve conter os dados básicos sobre o morador (o qual precisa ser sócio da Associação), o terreno e o roçado pretendido. Essa licença deve ser entregue ao presidente da associação para que seja encaminhada a SEMMA. O órgão deve enviar técnicos ao local onde se deseja realizar o roçado e avaliar o pedido. Somente após todos esses trâmites, a autorização pode ser emitida e encaminhada de volta a Associação e, finalmente, retornando ao morador. A realização de roçado sem licença ambiental incide em multa. O tempo gasto nesse trâmite é muito elevado e, em geral, inviabiliza a possibilidade de efetuar o plantio agrícola.

grande quantidade de folhas que recolhem diariamente. Na ocasião, o administrador afirmou que várias campanhas educativas já tinham sido empreendidas na área, e que chegara a hora da fiscalização.

Os moradores, por sua vez, contestavam o que entendiam como uma cobrança arbitrária. O Estado exigia uma postura condizente com uma RDS sem dar-lhes condições de executá-las, pois não conseguiam sequer plantar para subsistência diante da burocracia inábil do pedido de licença ambiental, tampouco para gerar renda.

Os moradores citaram as várias tentativas - consideradas por eles como frustrantes de alternativas sustentáveis - de geração de renda, tais como agricultura familiar, criações de bichos de pequeno porte, artesanato de recicláveis, produção de hortaliças em canteiros. Segundo os moradores, vários cursos foram realizados, contudo, sem o incentivo efetivo do Estado era impossível escoar tal produção ou mesmo mantê-la.

Segundo os moradores, a existência da burocracia para a realização dos roçados e a falta de alternativas de geração de renda desestimularam muitas famílias que optaram por se mudar para outras áreas localizadas fora da RDS. Os que obtinham seu sustento da extração de madeira ou da produção do carvão e permaneceram no Livramento, mas tiveram que mudar de atividade, ou continuam desenvolvendo esses serviços em outros locais, fora da RDS.

Uma consequência direta dessa situação é o grande número de famílias que passou a depender exclusivamente dos benefícios governamentais, tais como aposentadoria e Bolsa Família, para garantir seu sustento, principalmente na Sede. Outra consequência perceptível é o elevado consumo de enlatados, embutidos e bebidas artificiais na dieta dos moradores da Sede, compelidos a comprar esses alimentos pela impossibilidade de produzir sua própria comida. Situação contrária observamos na

Estrada Nova, onde a dieta é baseada em pescado e produtos de roçado, como macaxeira, feijão e melancia.

2.4 A ASSOCIAÇÃO DE MORADORES E A DISTRIBUIÇÃO ASSIMÉTRICA DOS BENEFÍCIOS

Estrada Nova e Sede estão formalmente ligadas pela Associação de Moradores da comunidade de Nossa Senhora do Livramento, à qual devem se filiar para tentar obter a concessão do pedido de licença ambiental. A Associação também é o meio necessário para se habilitar ao recebimento de certos benefícios governamentais ou aqueles advindos de outras instituições que a reconhecem como entidade representativa dos moradores. Contudo, a distribuição desses benefícios é um dos pontos de tensão entre as redes sociais da comunidade.

Para Fontes e Martins (2004), são as redes sociais que capilarizam a comunicação e a mobilização dos recursos nos níveis locais e supralocais, privilegiando as suas redes de relações em detrimento das outras na distribuição concreta dos benefícios adquiridos por meio da atuação dessas instituições. Os moradores da Estrada Nova reclamaram abertamente da falta de interesse da Associação de Moradores pelos seus problemas locais e acusaram-na de excluí-los de certos benefícios.

Nossos informantes relataram que diretores (presidente e o secretário) da associação, numa gestão que se encerrou em 2009, visitaram cada casa pedindo os dados dos moradores, visando cadastrar as famílias para o auxílio destinado às vítimas da cheia daquele ano. Ainda que, segundo eles, tivessem sido cadastrados para o recebimento, os moradores da Estrada Nova só receberam a última das quatro parcelas de 50 reais porque não foram comunicados que o recebimento já estava sendo realizado

por meio da associação. Além disso, segundo os entrevistados informaram, algumas famílias da Sede que não foram vítimas da cheia havia sido indevidamente cadastradas, já que moravam em locais que não alagavam, e, apesar disso, receberam todas as parcelas do auxílio.

Alguns moradores da Estrada Nova reclamaram que, com frequência, o então presidente da associação telefona ou vai até as casas dos moradores para dar avisos, ou solicitar sua participação em trabalhos ou reuniões comunitárias, mas que não procede da mesma forma para distribuir os benefícios.

Situações similares que teriam ocorrido em outras administrações também foram relatadas. É o que ocorreu por ocasião da realização de vários cursos de capacitação em alternativas sustentáveis de renda, por ocasião da incorporação à RDS Tupé. Os moradores da Estrada Nova não foram avisados e não puderam participar, pois quando foram informados já não havia mais tempo hábil para que se inscrevessem.

Por ocasião de nossa permanência na Sede tivemos a oportunidade de presenciar uma distribuição de cestas básicas e roupas destinadas às vítimas da cheia de 2009. Essa atividade estava sob responsabilidade da Associação de Moradores e obedeceria a uma lista de famílias mais necessitadas.

No dia da distribuição soltou-se um foguete no porto da sede como aviso que a atividade havia iniciado. Somente aqueles que ouviram os foguetes e chegaram primeiro ao local conseguiram sua cesta. A lista com o nome das famílias vitimadas não foi obedecida e ouviram-se reclamações de que muitas pessoas com melhor condição econômica retiraram mais de uma cesta, ao passo que grupos familiares muito necessitados foram excluídos da distribuição.

Dos moradores de Estrada Nova apenas um recebeu uma cesta, porque trabalhava na distribuição delas. Os outros não foram comunicados com antecedência e não tiveram como chegar a tempo na Sede.

Também presenciamos um evento da Igreja Batista que levou missionários para realização de trabalho social e evangelização. Os moradores da Estrada Nova sequer souberam do evento apesar da Igreja ter comunicado com antecedência sua visita à Associação.

Do mesmo modo, nunca souberam ou participaram dos eventos realizados por uma faculdade privada sediada em Manaus que desde 2006 leva alunos de direito e turismo ao Livramento, para distribuírem cestas básicas e prestar assessoria jurídica, quatro vezes ao ano.

O cadastramento do programa Bolsa Família do governo federal é realizado pelo posto de saúde e beneficiou apenas as famílias que pertencem às redes sociais estabelecidas a partir dele. Um agente comunitário de saúde, morador do Igarapé do Mari, nos relatou que fora encarregado de recolher os dados dos moradores para o cadastramento. Contudo, apesar de ter incluído apenas famílias com o perfil exigido pelo programa, observou que moradores que não correspondiam a esse perfil também foram cadastrados pelo posto de saúde.

Segundo ele, alguns cadastrados sequer tinham filhos, ou gozavam de melhor poder aquisitivo (eram comerciantes), ao passo que moradores em situação de carência econômica que precisavam receber o auxílio não o obtiveram.

Apresentamos os aspectos gerais das condições de vida na Sede e na Estrada Nova na comunidade do Livramento na intenção de que eles sirvam para contextualizar e dar sentido às ações de seus moradores diante do acontecimento da malária nessa cena social específica.

A versão local da história da comunidade permite compreender a recente configuração social, que dá oportunidades de articulação, acesso a informação e benefícios sociais a alguns de seus membros, ao mesmo tempo em que limitam o acesso de outros, configurando uma atuação assimétrica das instituições governamentais, cuja atuação passa a ser moldada pelas redes sociais.

Dentre essas instituições formais, a Associação de Moradores é mediadora de muitas das ações públicas e privadas ao repassar benefícios, muitas vezes de modo desigual, inclusive – como veremos – algumas das ações relacionadas ao controle da malária. Do mesmo modo, atua o posto de saúde quando colocado como mediador na distribuição de outros benefícios governamentais, como ocorreu no cadastramento do Programa Bolsa Família. Ao mesmo tempo, é por meio desses profissionais de saúde ligados ao posto que os moradores obtêm informações sobre a malária e é sobre esses profissionais que recaem, ou não, os créditos de confiança no serviço de saúde.

De modo paralelo, as restrições estabelecidas pela condição de fazer parte de uma RDS implicam diretamente sobre as condições de vida da população do Livramento de modo geral, principalmente pela diminuição das opções de geração de renda. Quando confrontados com a ocorrência da malária, tal configuração influencia diretamente nas escolhas que fazem os moradores, quanto ao que irão ou não fazer, pois atuam a partir das possibilidades objetivas e redes sociais de que dispõem.

CAPÍTULO 3

A EXPERIÊNCIA DO ADOECIMENTO: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS SOBRE A MALÁRIA

Nesse capítulo buscamos descrever o que os moradores do Livramento compreendem como sendo malária e estar doente dessa enfermidade, buscando explicitar o sentido de suas explicações sobre a experiência do adoecimento, as causas e origem da doença. Do mesmo modo, descrevemos os aspectos contextuais ligados a sua ocorrência, tais como a presença e a atuação do serviço público de saúde responsável pelo controle e atendimento da doença.

3.1 O SERVIÇO PÚBLICO DE CONTROLE DA DOENÇA E SUA BASE BIOMÉDICA

Antes de entrarmos no âmbito das representações sociais produzidas em torno da malária na comunidade do Livramento, precisamos considerar a sua caracterização biomédica enquanto doença. Ao estudarmos o que significa estar doente de malária em uma comunidade que convive há muito tempo com o serviço de saúde, precisamos considerar a circulação de informações deles emanadas, sobre os sentidos de estar doente de malária, dado que, em grande medida, os moradores se apropriam dessas informações e as modulam segundo seus próprios entendimentos da experiência do adoecimento.

A malária é compreendida pela biomedicina como uma doença causada pelo protozoário do gênero *Plasmodium*, um parasita, cujas diferentes espécies geram algumas diferenças na forma como a doença irá se manifestar no corpo humano. No

Brasil, ocorrem principalmente três espécies: *Plasmodium. Falciparum*, *Plasmodium. Vivax* e *Plasmodium. Malarie*, que são transmitidos pelo mosquito do gênero *Anopheles*. Para sua reprodução no interior do corpo, o *Plasmodium* ataca as células do fígado e os glóbulos vermelhos; particularmente os últimos são destruídos em grande quantidade em decorrência da multiplicação do protozoário no organismo da pessoa doente (GLOSSÁRIO DE DOENÇAS, 2006).

O *P. Falciparum* é considerado o tipo mais agressivo, causando anemia e pequenos coágulos que podem levar a problemas cardíacos. Os sintomas mais comuns são calafrios, febre alta (inicialmente contínua e depois de três em três dias), dores de cabeça e musculares, taquicardia, aumento do baço, mal-estar geral e sensação de fraqueza (GLOSSÁRIO DE DOENÇAS, 2006).

Uma pessoa acometida de malária pelo *P. Falciparum* tem uma chance em dez de desenvolver malária cerebral. Nesse caso, os sintomas são o aparecimento de ligeira rigidez na nuca, perturbações sensoriais, desorientação, sonolência ou excitação, convulsões, vômitos, podendo chegar ao coma. A malária cerebral é responsável por cerca de 80% dos casos de óbito ligados a esse agravo (GLOSSÁRIO DE DOENÇAS, 2006).

A malária causada pelo *P. Vivax* raramente leva à morte, mas é mais difícil de tratar porque tende a gerar recaídas da doença. Na malária por *P. Vivax* o parasita demora mais tempo incubado no fígado, portanto, não circula imediatamente na corrente sanguínea. Isto faz com que os sintomas da doença pareçam mais amenos (GLOSSÁRIO DE DOENÇAS, 2006).

Os doentes costumam sentir mal-estar, dores de cabeça e febre ligeira podendo evoluir para temperaturas de 39° a 40°C; o quadro febril tende a se repetir de dois em dois dias, cursando com suor intenso e dores musculares. A malária causada pelo *P.*

Malariae é parecida com a *P. Vivax*, mas é pouco freqüente no Brasil. (GLOSSÁRIO DE DOENÇAS, 2006).

É com base nessa definição biomédica de malária que o serviço público de saúde orienta suas ações e é essa a fonte do conhecimento transmitido aos seus usuários por meio dos profissionais de saúde que atuam nas instituições públicas responsáveis. No Livramento, a responsabilidade pelo atendimento e controle da malária está dividida entre a FUNASA, a SEMSA e a Fundação de Vigilância em Saúde (FVS).

A FUNASA mantém uma agente microscopista que atende a comunidade em uma sala independente, mas no mesmo prédio do posto de saúde e em parceria com a sua administração. A agente microscopista da FUNASA é responsável pelo diagnóstico e tratamento dos casos confirmados de malária, bem como encaminhamento dos pacientes com resultados negativos da doença e casos considerados mais graves aos profissionais do posto de saúde.

Os profissionais do posto de saúde são responsáveis pelo tratamento de eventuais complicações da doença, tais como as reações alérgicas aos medicamentos, e pelo encaminhamento dos casos mais graves para a Fundação de Medicina Tropical, conhecida pelos moradores como “Hospital Tropical”.

A FVS é responsável pela atuação dos agentes de endemias que realizam os procedimentos de Busca Ativa e Termonebulização na comunidade. A Termonebulização, por sua vez, é indicada pela agente microscopista da FUNASA a partir dos dados de notificação de casos e da identificação das áreas com maior incidência da doença.

A ação do serviço público de controle da malária no Livramento se dá por meio de:

1) Busca Ativa (BA), que consiste nas visitas regulares de agentes de endemias da FVS, a moradores escolhidos aleatoriamente para realizar o exame diagnóstico para malária e, desse modo, identificar possíveis casos assintomáticos, ou seja, de pessoas que não apresentam os sintomas, mas podem portar o *Plasmodium* contribuindo – ainda que involuntariamente – para a transmissão da doença;

2) Busca Passiva (BP), que equivale à busca espontânea, por parte dos moradores, pelos serviços de saúde em busca de realização do exame diagnóstico de malária a partir da auto-identificação dos sintomas;

3) Lâmina de Verificação de Cura (LVC), que consiste no exame de sangue do doente tratado. Pode ocorrer mediante a ida espontânea ou induzida pelos profissionais ao posto de saúde para realização do exame diagnóstico de malária no oitavo dia após o término do tratamento farmacológico. Essa averiguação do efeito do tratamento costuma ser recomendada pelos agentes de endemias (FVS) ou agentes de saúde comunitários (SEMSA) que atuam em Livramento;

4) Borrifação Intradomiciliar, que consiste em borrifar veneno visando matar o mosquito transmissor da malária nas paredes das construções, realizada pelos agentes especializados da FVS;

5) E, por fim, a Termonebulização, conhecida na comunidade como “fumacê”, ou seja, o veneno destinado a matar o mosquito transmissor é aspergido nas ruas e quintais da comunidade; esta ação também é realizada por agentes especializados da FVS.

Contudo, os moradores da Sede e da Estrada Nova têm visões diferenciadas sobre os profissionais de saúde e sobre a atuação desse sistema. Na sua avaliação os moradores consideram prioritárias questões como a confiança estabelecida entre eles e esses profissionais, quando acionam ou são acionados pelo serviço de saúde.

As reclamações recaem, principalmente sobre os agentes de endemias da FVS. Estes saem de sua base em Manaus numa equipe de três pessoas (dois agentes de endemias e o motorista da “voadeira”) e percorrem as comunidades do Tarumã-Mirim para realizar a busca ativa de doentes. Contudo, esses agentes volantes de endemias não gozam da confiança dos moradores que colecionam histórias de enganos cometidos por eles no atendimento aos pacientes. Tais erros teriam gerado descrédito a atuação desses profissionais, principalmente para os moradores da Estrada Nova.

Como exemplo desses equívocos, um morador da Estrada narrou que os agentes chegaram à sua casa para realizar a busca ativa. Todos realizaram o exame, mas após coleta, os agentes da FVS esqueceram uma das lâminas com sangue sobre um tronco de árvore exposto ao sol. Lá a lâmina permaneceu esquecida e, somente no final da tarde os agentes de endemias retornaram para apanhá-la. Daí por diante o morador passou a desconfiar da legitimidade dos resultados dos exames por entender que havia desleixo no manejo das lâminas coletadas.

Outra moradora da Estrada narrou que algumas semanas depois de coletarem exames em sua casa, os agentes retornaram com remédios para malária destinados a seu filho Juliano. Ela se preocupou porque o rapaz não apresentava nenhum sintoma e decidiu não lhe dar os remédios antes de realizar um novo exame no posto da Sede do Livramento.

O resultado deste exame deu negativo. Ela então adotou como procedimento desconsiderar os resultados dos exames realizados pelos agentes de endemias oriundos de Manaus. Segundo a senhora, a microscopista da FUNASA do posto do Livramento lhe teria confirmado que os resultados dos exames realizados por esses agentes eram pouco confiáveis.

A entrevistada narrou também, que após investigar um pouco, descobriu que os remédios erradamente enviados a seu filho deveriam ter sido entregues a uma vizinha chamada Juliana, a qual realmente apresentava sintomas de malária. Para a moradora, não há justificativa para tal erro porque, apesar de seus nomes serem homônimos, os sobrenomes das duas pessoas examinadas eram muito diferentes.

Outra entrevistada, também moradora da Estrada, afirma que seu filho recebeu diagnóstico de malária *Falciparum* apresentado por esses agentes, recebeu remédios e fez o tratamento. Contudo, embora o rapaz cumprisse corretamente o tratamento, seu estado de saúde piorava visivelmente. A mãe resolveu realizar novo exame para confirmar a doença, pois passou a desconfiar que seu filho não estivesse com malária e que a piora ocorrida fosse consequência do uso indevido dos remédios.

O novo exame realizado no posto da Sede de Livramento apontou malária *Vivax* e o jovem teve que ser tratado novamente. Segundo essa moradora, a partir daí ela passou a desacreditar da atuação desses agentes. Atualmente, só aceita iniciar o tratamento da malária após confirmação do diagnóstico por novo exame realizado em posto de saúde.

Por outro lado, na Sede, as impressões sobre esses agentes eram, principalmente, em torno de sua postura profissional. Censura especial era dirigida a um dos agentes de endemias que ouve um pequeno rádio a pilha e dança enquanto trabalha; tal atitude é mal vista pelos moradores que julgam não ser ela congruente com trabalho sério. Essa mesma observação foi feita por alguns moradores da Estrada que crêem ser essa postura considerada pouco séria a responsável pelos enganos que cometem.

O fato de andarem em grupo de três pessoas também intriga os moradores que avaliam que tal trabalho não requer mais do que um profissional por casa e que, caso se dividissem, poderiam cobrir um número maior de domicílios. Atribuem tais

inadequações no trabalho ao fato de que seus superiores ficam baseados em Manaus, impossibilitando que sejam supervisionados. Essa observação foi mencionada tanto pelos moradores da Sede quanto da Estrada Nova.

Na Estrada Nova, os moradores não aceitam a alegação de problemas técnicos como falta de combustível ou “voadeira” quebrada como justificativa para o grande intervalo de tempo entre as visitas de busca ativa nos domicílios. Os comunitários crêem que, com mais esforço, os agentes de endemias poderiam realizar seu trabalho a pé, ou encontrar alternativas que garantissem seu transporte, ao invés do deslocamento exclusivo na “voadeira” de suas instituições.

Os moradores da Estrada Nova também se queixaram da falta da realização da termonebulização em seus domicílios. Eles nos relataram que o procedimento nunca ocorreu no lugar. Por outro lado, observamos que a termonebulização foi realizada no mês de nossa pesquisa (setembro de 2009) três vezes por semana com regularidade na Sede do Livramento, ao amanhecer a ao anoitecer. A realização da termonebulização é pautada por questões administrativas que consideram as médias de incidência de malária como condição para a sua realização. Contudo, talvez por ignorarem tal condição, os moradores da Estrada sentem-se desfavorecidos por um tratamento considerado por eles como desigual.

Podemos considerar esse sentimento de desfavorecimento em comparação à Sede como componente do contexto social mais amplo, descrito no capítulo anterior. Porém, o direcionamento das ações de controle da malária para a Sede, não contribui para que os moradores da Estrada sintam-se amparados pelo serviço.

Podemos citar como exemplo, a campanha de distribuição de mosquiteiros impregnados de repelente contra o mosquito transmissor da malária, intermediada pela

Associação de Moradores, em maio de 2009. Os moradores da Estrada Nova queixaram-se de não terem recebido tal produto, ao contrário dos moradores da Sede:

Anita: Nós fizemos, não foi Seu Bruno? [Preenchemos] umas fichas que eram, dizendo eles [presidente e tesoureiro da Associação de Moradores], pra ganhar uns mosquiteiros. Mas nunca chegaram. Ainda ontem a doutora perguntou “e os mosquiteiros que vieram?”. [Eu] disse “Ah, mana! Sinto muito doutora, mas pra lá não chegou. Não pra nós”. [Ela respondeu:] “Ah! mas era pra área de vocês; não era nada pra ficar aqui no Livramento [Sede]”.

Daniel: Foi uns cortinados, que deram, né?.

Anita: Que era pra área que fica mais no mato, né?

Daniel: [Aqui] Ninguém ganhou, não. Lá pro Fátima ganharam.

Anita: Pra cá não. Não veio ninguém aqui; nessa área ninguém ganhou.

Daniel: Lá pro Fátima, todo mundo foi e pegou; até as médicas [pegaram mosquiteiros].

Pesquisadora: mas por que a senhora acha que os mosquiteiros não vêm pra cá?

Anita: Ah! Porque eles só vêm aqui fazer as inscrições. O presidente vem fazer todinhas, mas quando chega [o bem a que as inscrições fizeram juz] eles não avisam ninguém. Aí despacham pra lá mesmo, aqui ninguém sabe. Quando nós vamos saber já acabou tudo. Aí é cruel! Sempre os daqui ficam de fora. Ontem eu falei com ele [presidente]: “você nos procura no fim do mês, que é pra gente pagar a associação, mas as coisas que vêm tu não divide com o povo de lá”. Falei isso ontem pra ele, [daí ele respondeu]: “Porra, Anita, tá pegando pesado comigo”. Eu disse: “não é pesado não! Eu digo o que é verdade. Quando é fim do mês, o Seu Diúca vai, o Seu Bruno vai, o Daniel vai; vai tudo quanto é pai lá [pagar a mensalidade devida a Associação]. Mas quando chega alguma coisa vocês esquecem e tiram nós de dentro. [Depois], quando querem outra coisa, correm lá com a gente. Estamos prontos para servir vocês. Mas do jeito que vocês tão fazendo não dá não!”. Digo: “não é porque vivemos no mato que vamos ficar esquecidos”.

Joana: nós vivemos no mato, mas não somos bicho. (Trecho da entrevista com a família do Sr. Daniel, moradores do igarapé do Diúna).

Observamos a insatisfação dos moradores da Estrada Nova com a não distribuição dos mosquiteiros em sua área. A queixa, no entanto, não recai diretamente sobre o serviço de saúde, mas sobre a diretoria da Associação dos Moradores que teria favorecido sua própria rede de relações na Sede da comunidade. Esses moradores

entendem que estão mais expostos ao mosquito transmissor da malária por estarem em área de mata e que teriam preferência no recebimento dos mosquiteiros.

3.2 O “CARAPANÃ” E AS OUTRAS CAUSAS DA MALÁRIA

Para prevenir-se da malária, os moradores mencionaram evitar as margens dos igarapés por volta do anoitecer, manter a água de beber sempre tampada, o uso de mosquiteiro para proteger-se, e o uso do ventilador para afastar o mosquito transmissor da doença.

Contudo, foi mencionada a impossibilidade de evitar a beira do igarapé ao anoitecer porque esse é o horário em que as pessoas retornam de suas atividades laborais, domésticas ou de lazer e banham-se nos igarapés. Outra dificuldade citada foi a de manter as crianças sob o mosquiteiro no horário recomendado, seja pelo forte calor, ou pelo comportamento inquieto dos pequenos.

Na Sede, os moradores apontaram que a permanência nas ruas ao anoitecer seria um comportamento inadequado que expõe a pessoa à doença. Essa atribuição de causalidade está ligada a um julgamento moral, porque é associada à ociosidade ou desocupação; se refere principalmente aos jovens que jogam futebol diariamente no final da tarde e se demoram no espaço público. O comportamento entendido como ideal para evitar a malária seria o recolhimento nas casas a partir do anoitecer, o que é especialmente desobedecido pelos mais jovens e crianças.

A impossibilidade de obedecer às recomendações de não se expor ao mosquito nos horários de maior risco congrega também a representação da doença como infortúnio; como algo inevitável, que acontece porque “tem que acontecer” ou, “por sorte”, como nos disse uma moradora:

Agora, como a gente não tem cuidado mesmo (risos), a gente pega. [É] como eu te falei no começo: a gente toma banho e tal, não está nem aí, né? Então não pega [malária] mesmo por sorte (risos); não dá pra dizer que é porque a gente não quer. (Milena, 31 anos, moradora da Sede).

O cuidado em manter os recipientes de água tampados aponta para a noção de que a malária também pode ser adquirida pela ingestão de água contaminada pelas larvas do mosquito ou pela ingestão de água suja. A idéia de que o mosquito *anophelino* é o único responsável pela transmissão da malária não convence os moradores do Livramento, como podemos observar no trecho, transcrito abaixo, de entrevista feita com moradores do Igarapé do Diúna:

Pesquisadora: e como é que vocês pegaram malária?

Anita: o pessoal diz que é o mosquito, mas eu não sei se é isso.

Pesquisadora: como é que a senhora acha que pega a doença?

Anita: não sei se é porque a gente bota nossa televisão pequena aqui [fora da casa], né? A gente fica até tarde aqui porque lá dentro é quente que só. Aí nós ficamos aqui [referindo-se à cozinha externa]. Agora [os profissionais da saúde] dizem que é a gente que procura mesmo a tal de doença. (risos). Daí eu falo: “ah, mano! Se a gente for procurar a doença, nós estamos ferrados, porque a gente não quer mesmo adoecer” (risos). Se tiver que pegar, nós vamos pegar de qualquer jeito. [Os profissionais de saúde]: “Ah! mas vocês ficam até tarde naquela casinha lá”. O pessoal [profissionais da saúde] diz que é o mosquito, né, Seu Bruno?

Notamos que a representação sobre o modo de adquirir e de se prevenir da doença é influenciada pelas informações sobre o mecanismo de transmissão, advindas da biomedicina, via serviço de saúde. Porém, o reconhecimento dessa causalidade coexiste com a inviabilidade prática de execução dos procedimentos recomendados para prevenção da malária; a causalidade é reclassificada no nicho da má sorte. Esse último movimento retira a possibilidade de agência do sujeito, que é representado como impotente frente ao infortúnio:

Olha, eu não sei [como adquire malária]. Eu acho que é do carapanã porque a gente não sai daqui [do igarapé do Mari]. (...) A gente não

sabe qual dos mosquitos é ele. Eu acho que quando tem que ter, tem!
(Josefa, 56 anos, moradora do Igarapé do Mari).

A representação da doença como infortúnio remete a uma das vertentes do modelo etiológico definido por Laplantine (2004) como exógeno, no qual a causalidade da doença é representada pela intervenção exterior que atua de modo acidental, podendo possuir também um caráter simbólico. Nesse caso, a causa etiológica está no nível cosmológico representada pela má sorte. Ainda segundo o autor, esse tipo de compreensão foi amplamente marginalizado pela medicina após a difusão da microbiologia, tanto nos campos da medicina erudita quanto popular. Contudo, é uma atribuição amplamente difundida entre nossos entrevistados em Livramento.

Os dados de campo mostraram um entrelaçamento entre a atribuição cosmológica da má sorte e a explicação causal biomédica da malária. A informação advinda da biomedicina afirma ser a picada do mosquito geradora da doença, mas ela é reinterpretada pelos comunitários que a consideram como uma das causas, mas não de modo exclusivo. À picada do mosquito soma-se a possibilidade da ingestão de água poluída por ele, e igualmente capaz de gerar doença. São informações provavelmente advindas dos programas de combate à malária, cujos materiais educativos informam que o mosquito deposita suas larvas em poças de água parada e limpa, passíveis, portanto, de serem ingeridas, o que reforça a reinterpretação dos comunitários:

Pesquisadora: Como é que o Sr. pegou a doença?

Janjão: a doença eu acho que eu pegava, assim como eu te falei, do descuido da água, né? O meu cálculo é esse. Porque eu vim aprender isso pela informação de um homem que também mora lá dentro [Estrada conhecida com do “Trabalhador”, no Livramento], ele falou “rapaz, se não reservar a água num local bem tampado mesmo, você só vive com malária”. Ele também era assim [vivia com malária]. Aí depois que eu aprendi, foi isso: cuidado só com a água. Tanto que quando eu passei pra cá [Sede do Livramento], a água já é em freezer, tudinho em garrafa. E nunca mais deu malária na gente [família]. (Janjão, 54 anos, morador da Sede)

A representação de um organismo vivo específico que invade e prejudica o organismo emana de um dos modelos etiológicos identificados por Laplantine (2004): o modelo ontológico da medicina das especificidades é amplamente difundido e entende a doença a partir de um “ser” específico da doença que invade o organismo. Redimensionado, o modelo se faz presente tanto na idéia de ser o mosquito um agente de transmissão por inoculação, quanto pela ingestão da água contaminada com suas larvas.

A instalação da energia elétrica na comunidade permitiu o uso do ventilador e os moradores passaram a adotá-lo como medida preventiva para evitar o pouso e a picada do mosquito enquanto dormem. Isto sugere que os moradores do Livramento não distinguem o mosquito comum (mosquito doméstico) do mosquito transmissor da malária, cujos hábitos de vôo são distintos, apesar das informações repassadas pelo serviço de saúde:

Porque ele [o mosquito] está em todo o lugar, né? Nessa área, ele está em todo o lugar, apesar do pessoal borrifar e fazer aquilo tudo; mas não conseguem [controlar a população de mosquitos]; sempre eles estão por aí, e a gente está sempre sujeito a picada dele. (José Tavares, 56 anos, morador da sede)

Embora alguns afirmem a existência de um mosquito transmissor específico (“o carapanã da malária”), de um horário específico (“o anoitecer”) e de um lugar (“a beira do igarapé”), quando perguntados sobre as medidas preventivas utilizadas para evitá-lo, os moradores afirmam que evitam expor-se aos mosquitos em geral, não havendo medidas específicas de proteção contra aquele (o mosquito transmissor da malária) que circula em determinadas horas e em diversos lugares. Estabelece-se uma relação direta entre a presença de uma quantidade significativa de mosquitos visíveis (quaisquer que sejam suas espécies) e a intensidade da transmissão da malária.

Porém, os moradores entendem que a malária ocorre sem que haja a presença visível de mosquitos. Tal situação reforça a idéia de que o mosquito é parte integrante da transmissão da malária, mas não é a única via para explicar a ocorrência da doença. Desse modo, as outras teorias de causalidade, como a ingestão de água poluída pelas larvas do mosquito ou por sujeira comum, são acionadas para explicar o aparecimento da doença.

A termonebulização, aplicada pela FVS, é vista como meio eficaz para eliminar o mosquito, e os moradores de Livramento constatam que os casos de malária diminuíram após a intensificação dessa ação na Sede da comunidade. Igualmente bem recebida foi a campanha recente de distribuição de mosquiteiros impregnados com repelente. Izane, 47 anos, moradora da Sede, falou de sua satisfação:

E, ultimamente, tem dado pouca malária no Livramento. Antigamente, era uma epidemia. Agora, graças a Deus, tem dado pouquíssima! Pouquíssima malária! Porque tem o pessoal [profissionais da FVS] que trabalha, né? Eles vêm, fumaçam de madrugada e fumaçam de noite. Distribuíram mosquiteiro com veneno pro pessoal [moradores do Livramento]. Dizem que o mosquito da malária bate nele e morre. Mas melhorou bastante. Não tem mais dado muita malária. Antigamente, quando começava a secar [as águas do rio] era a fase mais perigosa da malária. E esse ano, graças a Deus, tem dado bem poucos casos. [Era] o que a menina estava dizendo hoje, lá do posto. Ih! Há anos atrás, quando era uma época dessa, Deus me livre! Se sentia febre e frio, podia jurar que era malária. E agora não. Ela disse que tem dado bem pouca malária. Graças a Deus por isso, né? Eu espero que ela desapareça, (risos) que ela suma daqui; que vá embora e nunca mais volte.

De modo similar, na Estrada Nova, a ausência da termonebulização foi associada à grande quantidade de mosquitos. Os moradores da Estrada Nova reclamam ter sido desfavorecidos nas ações de combate a malária. É o que ocorreu, por exemplo, no caso da campanha dos mosquiteiros que não alcançou aquele local.

3.3 REPRESENTAÇÕES SOBRE AS MANIFESTAÇÕES CORPORAIS DA DOENÇA

Uma das características da malária no Livramento é a compreensão das manifestações corporais em totalidade, frente à presença da doença. A partir do momento em que percebem um mal-estar em seu corpo, que suscita a suspeita de malária, todas as manifestações anômalas percebidas daí para frente tendem a ser atribuídas e classificadas como sintoma de malária. Com frequência, esse procedimento produz um agrupamento de manifestações corporais que, do ponto de vista biomédico, não costumam ter relação direta com a malária.

Por um lado, esta incongruência é compreensível se considerada a representação da malária segundo o modelo ontológico, conformado por uma das vertentes da medicina: existe um “ser” da doença que invade e ataca o corpo em decorrência de um agente específico (LAPLANTINE, 2004). Em sua reinterpretação, os moradores do Livramento, por compreenderem o corpo como totalidade e acreditam que se há algo atuando sobre o corpo, este “ser” da doença pode se manifestar como um amplo leque de possibilidades que não se restringem às explicações biomédicas.

Ou seja, a compreensão da doença pelos indivíduos tanto está imbricada nos aspectos biomédicos, quanto nos sociais. Desse modo, a representação da doença e de suas manifestações é totalizante, porque adoecer rompe globalmente o cotidiano dos sujeitos; o juízo que se faz da doença não se restringe aos sintomas entendidos pelos serviços de saúde como sendo típicos da malária. Em consequência, todo tipo de mal-estar que acomete o doente é agrupado num conjunto único de manifestações que transtornam o seu dia a dia (GONÇALVES, 2002).

Algumas manifestações corporais que os moradores do Livramento reconhecem como indicativos de malária são referidas apenas como demarcadores de sua presença no corpo. Embora deixe o indivíduo em um estado de alerta, já suscitando providências terapêuticas, a malária ainda não é reconhecível aos olhos dos outros, e nem o doente é socialmente enquadrado como tal. Segundo nossos informantes, estas primeiras manifestações diferem para cada corpo:

...Ela [a malária] dava logo uma tosse, começava com uma tosse meio seca em mim, uma gripe dessas de tosse seca. Aí não demorava, a malária se apresentava. Mas vem logo uma moleza, um frio, um tremor (...) a Maria [esposa do entrevistado], não. A Maria é diferente de mim. Quando a Maria sente a malária, ela sente uma dor, um frio no espinhaço subindo assim [fez um gesto com uma das mãos de baixo para cima das costas]. Já é malária! É diferente de mim. (Janjão, 54 anos, morador da sede).

Nem sempre é possível descrever as manifestações corporais que caracterizam a malária no momento em que os entrevistados passam a suspeitar que adoeceram dela. São experiências entranhadas no corpo e que os indivíduos reconhecem como sendo a doença:

A febre da malária, ela sempre vem acompanhada de uma dor no corpo. Vem aquela febre, aquele mal estar. [Dá] um sono, uma dor no corpo. Aí se você vai tomar banho, o corpo não pede água, fica aquele friozinho; então você sente que não é uma coisa normal. Ele [o frio] é mais pra malária do que pra outro tipo de febre natural. A febre de gripe é uma febre mais simples. A febre da malária sempre vem acompanhada com uma coisa mais pesada. Você sente no corpo o peso daquela dor, os ossos começam a ferroar, aquele negócio todo. (...) É tipo um reumatismo, dá aquela agonia nos ossos. [Se] ferra hoje, daqui a uns dias você já começa a sentir [a malária]. Porque geralmente ela [a malária] não dá no mesmo dia que eles [os ossos] ferram. Você vai sentir daqui a três, quatro dias. Aí você já sente aquela coisa no corpo [sintomas característicos de malária]. (José Tavares, 56 anos, morador da sede).

Outras manifestações corporais são apontadas como mais características da doença. O aparecimento da febre e/ou do tremor institui fisicamente a presença da doença e institui o papel social de doente. Isso ocorre quando não é possível realizar

nenhuma atividade da vida cotidiana; o desempenho do papel de doente institui uma ruptura com a vida cotidiana considerada normal; a partir de então esta passa a ser conduzida com base na experiência com a doença e na busca pela cura (GONÇALVES, 2002).

Em vários momentos, a febre e o tremor foram expressos como sendo a própria malária: “quando vem a malária” ou “quando a malária ataca”:

Mas vem logo uma moleza, um frio, um tremor. Quando ela [a malária] chega dá logo o tremor. Tremor, dor de cabeça, essas coisas que ninguém escapa, de jeito nenhum! Vem logo! Mata o cara! Assim você não pode nem andar. (Janjão, 54 anos, morador da sede).

Ainda que tenhamos encontrado relatos de pessoas que afirmam conseguir conduzir sua vida normalmente mesmo durante a malária, parando apenas nas horas de febre e tremor e retomando em seguida suas atividades, essas situações são consideradas exceções; são façanhas que realçam a regra. Os momentos de febre e tremor se apresentam como uma condição marcadora, uma manifestação que expressa um limite irrefutável entre a condição de sadio e de doente, de vida e de morte:

...com dor de cabeça tu não anda, com dor de cabeça forte, né? A pessoa quer saber de estar só na rede. Aí o tremor é o que mata. Quando, por acaso, na malária, tu tremer dois dias – suponhamos hoje – aí amanhã tu tem [tremores], aí tu já está ficando liquidado. É um frio, rapaz, e com tremor! É o mal que mata, é o tremor! (Janjão Silva, 54 anos, morador da sede).

Agregadas a essas manifestações mais características da malária podem aparecer também aquelas que a biomedicina entende como possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, tais como dor de estômago, vômito e alergias. Para nossos entrevistados tais eventos são parte integrante do quadro geral da doença. São entendidos como eventos esperados e inevitáveis, inerentes à condição de estar doente de malária. A dinâmica da interpretação em Livramento pode levar a uma realocação discursiva

desses eventos, ora vistos como uma manifestação da malária, ora como reação ao medicamento.

Entretanto, ainda que reconhecidos como efeitos colaterais, eles não são algo exterior à malária, mas sim uma parte integrante do evento patológico. Isto porque a doença não é representada apenas como um conjunto de manifestações correspondentes às alterações corporais, e sim vista como um evento totalizador, que tem em suas principais características a capacidade de inabilitar o indivíduo para a realização de suas atividades cotidianas e relegá-lo à condição social de doente (GONÇALVES, 2002).

Segundo a lógica do serviço de saúde, a conclusão do tratamento e a confirmação diagnóstica da ausência do *Plasmodium* na LCV são marcadores suficientes para definir que o indivíduo não está mais doente. Porém, para os informantes do Livramento a condição de doente e as limitações intrínsecas a ela não se encerram com a alta dada pelo serviço de saúde.

Existe uma malária socialmente reconhecida que impõe ao indivíduo certas restrições e prescrições características de uma condição liminar, ainda que ele não esteja desempenhando plenamente o papel de doente, já que não está mais neutralizado na capacidade de conduzir a vida. Dito de outro modo, o indivíduo ainda está com malária, mas não está doente.

Dentre as sutilezas dessa interpretação deve ser entendido que o sujeito atravessa uma fase em que vai retomando gradativamente sua vida cotidiana, à medida que diversas estratégias e processos terapêuticos (que descreveremos no quarto capítulo) são adotados. Outro patamar de interpretação é a idéia de que a malária está recolhida no interior do corpo do indivíduo, portanto ele ainda pode voltar a adoecer, devendo se proteger de uma recaída.

3.3.1 “Malária para dentro” e “malária para fora”

Os moradores do Livramento sempre referem-se à malária como uma entidade viva: “a malária”, “ela”. Esta personificação da doença emana de sua compreensão como um agente que desorganiza a vida. Contudo, há dois momentos em que a sua representação de “ser” se modifica à luz das experiências da doença vividas pelos moradores.

A malária “para fora” é caracterizada pela presença de seus sintomas característicos. Diz-se no Livramento que “a malária sai” quando manifestações como febre, tremor, dor de cabeça e dor no corpo se exteriorizam espontaneamente, ou quando são externalizadas pelo remédio que a combate.

Nesse caso, entende-se que há a ocorrência de uma fase assintomática e, após o início do tratamento, a malária seria “posta para fora do corpo”, assumindo a forma do conjunto sintomático que lhe é típico. Manifestações alérgicas como coceiras e bolhas também são consideradas como manifestações da malária posta “para fora” pelo medicamento.

Já a malária “para dentro” é correlata aos momentos que antecedem o aparecimento de eventos característicos da doença, tais como a febre e o tremor. Entende-se que há malária “para dentro” quando algumas manifestações, ainda vagas, já indicam sua presença dentro do corpo do indivíduo.

Do mesmo modo, a malária pode retomar a condição de “para dentro” quando o conjunto de manifestações que a caracteriza desaparece após o emprego das terapêuticas. Nesse caso, o desaparecimento das manifestações não é considerado cura, pois entende-se que a malária está recolhida “para dentro” do corpo, e ainda pode voltar

a aparecer. A obediência às prescrições e restrições a serem seguidas nessa fase é que definirá a cura.

Ambas as definições podem ser compreendidas a partir de dois modelos ontológicos. A “malária para fora” tem três agentes patogênicos: a picada do mosquito transmissor, a ingestão de água poluída e os medicamentos para a doença, também capazes de fazê-la se apresentar. Estes se configuram como agentes específicos causadores da doença, segundo a reinterpretação feita pelos moradores de Livramento.

Já a representação de “malária para dentro” deriva do modelo ontológico da medicina das lesões, que desloca o eixo de compreensão do agente patogênico para as lesões; estas seriam causadas pela agência do “ser” da doença e se expressam por meio de sintomas que podem levar à sua localização no organismo doente. Desse modo, no entendimento dos moradores do Livramento, sua experiência corporal lhes diz que algo foi lesionado e, portanto, ainda há doença mesmo após a alta dada pelo serviço de saúde (LAPLANTINE, 2004).

3.3.2 “Entregar-se à doença”

No discurso masculino sobre as percepções do corpo adoecido surge a idéia de que as mulheres seriam mais sensíveis às manifestações da malária do que os homens, especialmente, em relação à dor de cabeça. Alguns informantes referem-se a elas como “moles” ou “fracas”.

Ao contrário, no discurso sobre si mesmo, os homens enfatizavam o enfrentamento corajoso da doença: a malária é algo a ser enfrentado sem “moleza”, à qual o indivíduo não deve “se entregar”. Nesse caso, a expressão “se entregar” significa viver socialmente o papel de doente, romper com o cotidiano. Repousar e reclamar das

manifestações da doença seriam sinais de fraqueza. Ao mesmo tempo, os homens reconhecem a gravidade dos sintomas afirmando que “não há quem agüente”.

3.3.3 O corpo resistente

A má alimentação foi citada como fator que torna o corpo suscetível à doença e que influencia no gradiente de intensidade das manifestações corporais da malária. Segundo alguns depoimentos, uma dieta à base de enlatados e embutidos deixaria o corpo frágil frente à doença. Já um corpo bem nutrido e resistente, propiciaria maior resistência à malária.

Tal representação decorre da reinterpretação do modelo etiológico exógeno, que compreende a doença como causada por uma intervenção exterior acidental, nesse caso, real, em um sistema de compreensão ecomédica da doença centrado na relação do indivíduo com o meio químico ou bioquímico. Segundo este modelo, a causa da doença é uma consequência natural de um agente nocivo constituído, por exemplo, pelo alimento “não natural” (LAPLANTINE, 2004).

A má alimentação entendida como um fator que favorece a doença também recorre ao modelo etiológico relacional, que explica a doença como um desarranjo causado por excesso ou falta de algo no organismo. Desse modo, o corpo enfraquecido pela alimentação considerada inadequada, gera condições para a perpetuação da malária.

Embora a má alimentação não seja representada como uma causa da malária, ela é representada como uma condição facilitadora da sua ação no corpo humano. A dificuldade em manter uma alimentação considerada pelos moradores como adequada,

principalmente na Sede do Livramento, foi apontada também como sendo uma condição de suscetibilidade.

Um de nossos informantes era diabético e da última vez que adquiriu malária passou um ano inteiro doente. Segundo ele, o fato de sua glicose estar acima dos níveis desejados impedia a sua cura. Primeiro, diz ter sido necessário reduzir o açúcar no sangue para conseguir sucesso no tratamento da malária. A impossibilidade de manter uma alimentação adequada à sua condição o forçou a mudar-se da Sede do Livramento para a cidade de Manaus há quatro anos. Segundo seu relato, só depois disto conseguiu controlar sua glicose e, finalmente, curar-se da malária. Voltou ao Livramento, após a instalação da energia elétrica em 2009, atraído pela possibilidade de congelar alimentos considerados por ele como adequados à sua condição de doente.

Há também a idéia de que o corpo cria resistência à malária à medida que se adoce muitas vezes. Os moradores do Livramento chamam de “resistência à malária” o abrandamento das manifestações da doença após vários episódios, quando conseguem conduzir sua vida cotidiana normalmente, ainda que acometidos de malária. Estando os sintomas mais amenos, não mais são obrigados a desempenhar o papel de doentes.

Nessas condições, crêem que se tornaram resistentes à doença porque não a vivenciam socialmente; o seu cotidiano não é rompido, apesar de portarem o *Plasmodium* e, por vezes, se tratarem com a medicação específica. “Quando você é novato, a malária ataca mais; depois acostuma”, nos explicou Gabriel, 70 anos, morador do Igarapé do Diúna. Para os moradores do Livramento, a ocorrência persistente da malária também pode tornar o corpo imune⁹: “Já tive tanta malária que ela chega em mim e passa direto”, (Gabriel, 70 anos, morador do Igarapé do Diúna).

⁹ Tal entendimento guarda franca contradição com a explicação biomédica, para a qual não existe um estado de imunidade à malária.

A resistência também seria potencializada pela realização de alguns procedimentos preventivos, tais como a utilização de certos chás fortificantes e de algumas receitas que prometem proteger da malária aqueles que utilizá-las:

O Professor Arnaldo tinha muita malária, a malária não deixava ele. Agora ele toma constantemente a pílula da copaíba. Nunca mais teve malária! Eu tomei uma época o fel da traíra [denominação de um peixe] com saco e tudo pra espocar lá dentro, é como uma pílula. Nós nos descuidamos mesmo. Se tomássemos o remédio, efetivamente, estávamos todo o tempo nos prevenindo. (Josefa, 56 anos, moradora do Igarapé do Mari).

Outros relatos falam da “limpeza” freqüente do intestino por meio da utilização de purgantes, tais como a magnésia, como procedimento que impede a ocorrência da malária. Em entrevista, Flaviana, 46 anos, moradora da Sede, afirmou que, por vezes, a primeira malária é gerada pelo mosquito transmissor, mas as seguintes surgiriam em decorrência do acúmulo de impurezas no estômago advindas do tratamento medicamentoso ou de sujeira comum encontrada na água. Portanto, seria possível evitar esse tipo de malária com a “limpeza” regular do estômago utilizando purgantes.

3.4 CRITÉRIOS DE GRAVIDADE DA DOENÇA

Os critérios de gravidade da doença encontrados nas narrativas apontam que, além de ser calculada em termos biológicos de percepção da intensidade dos sintomas no corpo, também há interveniência de outros critérios, como a dificuldade na obtenção do diagnóstico de malária, a qual é avaliada pela distância percorrida até o local do exame. Por exemplo, se as tentativas de diagnosticar a malária no posto de saúde da comunidade se esgotam e é necessário ir até a Fundação de Medicina Tropical, em Manaus; nesse caso, se for diagnosticado, o caso de malária é visto como mais grave do

que aquele que foi imediatamente identificado ao se fazer a lâmina no posto da comunidade.

O tipo de exame necessário para a obtenção do diagnóstico também é critério de gravidade. Desse modo, a malária diagnosticada por meio da retirada de sangue da veia é considerada mais grave do que aquela diagnosticada pelo exame do sangue coletado na ponta do dedo do indivíduo:

A pessoa não sente nada. Fica com aquele sintomazinho, mas pensa que não é nada. Você fica tomando remédio assim [analgésicos], ela [a malária] fica só destruindo por dentro. Aí você vai ter que procurar o [Hospital] Tropical, você tem que tirar o sangue da veia pra fazer um exame mais detalhado pra detectar ela. E aí o tratamento vai ser mais demorado. (José Tavares, 56 anos, morador da Sede do Livramento).

A perda de apetite durante o tratamento também é um indicativo de gravidade. Estando a alimentação relacionada à resistência do corpo à doença, o déficit alimentar é apontado como agravante do desenvolvimento da doença e dificulta uma possível cura.

O não cumprimento do tratamento medicamentoso e da dieta especial que os doentes de malária devem seguir, também é entendido como agravante do problema, especialmente quando há uso associado de bebida alcoólica. Diversos relatos afirmam que se houver melhora dos sintomas após primeiros dias de tratamento e o indivíduo, crendo estar “bom”, interrompa o tratamento, a malária tende a retornar em seguida, com maior gravidade.

Ressaltamos que a concepção de malária obtida dos moradores do Livramento reflete a circulação da concepção biomédica, e não somente no que se refere ao conhecimento específico sobre esta doença, mas também a modelos etiológicos diversos difundidos ao longo da história do ocidente pela medicina. No entanto, esse conhecimento é ressignificado para se fazer coerente com o entendimento de mundo dos moradores e com suas experiências sensíveis de estar, ou ter estado doente de malária.

A compreensão da malária pelos moradores recorre também ao próprio funcionamento do serviço de saúde ao estabelecer como critério de gravidade da doença a distância e o tipo de atendimento necessário à realização de um diagnóstico. Recorre à credibilidade atribuída aos profissionais de saúde e à sua atuação, para gerar a compreensão de que são desfavorecidos e expostos à malária e que sua vulnerabilidade se agrava em decorrência dela. A agência na atribuição de sentidos também se expressa quando desconfiam dos resultados gerados pelos serviços de saúde e na condenação de posturas profissionais que considerem inadequadas.

Estes movimentos de compreensão partem do conhecimento biomédico, e do serviço de saúde pelo qual ele é veiculado, mas, não se limitando a eles, incorporam, de modo ativo e de acordo com sua compreensão de mundo, as experiências sensíveis da doença e as condições concretas da vida dos moradores do Livramento.

CAPÍTULO 4

AS RELAÇÕES COM O SISTEMA BIOMÉDICO DE TRATAMENTO DA MALÁRIA

Entre os moradores do Livramento, há a compreensão de que não é possível curar a malária sem a utilização de medicamentos específicos adquiridos do posto de saúde. Contudo, a possibilidade do controle dos efeitos da doença coexiste com a possibilidade da cura. Estas são negociadas de acordo com as condições sociais de vida dos indivíduos no momento em que experimentam a doença. A partir disto, manejam diversas explicações e recorrem a diferentes ações terapêuticas que, por vezes, são apropriações da compreensão médica de explicar e tratar a doença. Nesse capítulo, dissertaremos a respeito da compreensão dos moradores do Livramento sobre tratar-se de malária e os modos como manejam terapêuticas e cuidados.

4.1 OS “REMÉDIOS CALMANTEs”

Nossos informantes mencionaram a utilização do que denominaram de remédios “calmantes”. São analgésicos e antitérmicos de baixo custo e fácil aquisição que podem ser comprados inclusive nos comércios das sedes das comunidades. São utilizados pelos moradores a partir do momento em que percebem que estão com malária, como estratégia para administrar a doença no próprio cotidiano. Encontramos relatos desse tipo principalmente entre homens, chefes de família, que utilizam esses medicamentos ao suspeitarem estar adoecendo de malária.

O recurso a estes medicamentos deve ser entendido como uma tentativa de organizar (ou evitar que se desorganize) a vida laborativa e postergar o momento em

que são forçados a desempenhar o papel de doente. Também notamos a predominância desses relatos entre os moradores das localidades com dificuldade de acesso ao serviço de saúde; eles também permeavam a memória dos moradores da Sede para descrever momentos anteriores à sua mudança para aquele local, quando residiam em lugares distantes do serviço de saúde.

A auto-medicação não está ligada à recusa ao tratamento ou à submissão ao diagnóstico de malária. Os moradores do Livramento se automedicam porque entendem que há doença e que precisam amenizar os seus sintomas. Tal compreensão está ligada a idéia de que precisam suportar a doença para assegurarem que o seu papel de chefe de família continuará sendo cumprido, não apenas no sentido utilitário da sobrevivência, mas também no caráter moral e de prestígio inerentes a ele.

A auto-prescrição dos remédios calmantes também é utilizada nos momentos em que não é possível ir, de imediato, ao posto de saúde, como ocorre, por exemplo, nos finais de semana e feriados, em que o serviço de saúde não atende. Desse modo, quando a pessoa suspeita estar com malária nessas situações, caso não tenha tempo de reorganizar-se para comparecer ao posto, só receberá atendimento no próximo dia útil. Quando isto ocorre, lança mão dos remédios calmantes para suportar a espera.

Pudemos acompanhar por ocasião de nossa pesquisa de campo, o adoecimento de Andressa (descrito na página 108), 15 anos, moradora da Estrada Nova. No momento em que consolidou-se a suspeita de malária, as pessoas da casa onde Andressa morava preocuparam-se em realizar o exame diagnóstico no posto de saúde; porém era sexta-feira e todos na casa estavam ocupados com atividades que consideravam inadiáveis.

As pessoas utilizaram remédios destinados à malária, que havia na casa e que não tinham sido utilizados por outra pessoa que não completara seu tratamento; essa foi

a alternativa encontrada para amenizar o seu sofrimento até a segunda-feira seguinte, quando então poderia buscar tratamento.

Em nossas entrevistas, os moradores consideram que a primeira atitude a ser tomada quando há suspeita de malária, é a realização do exame de sangue no posto de saúde para confirmação do diagnóstico. Como observamos, esta atitude pode variar de acordo com as condições da vida do indivíduo naquele momento.

Não ser necessário ir até Manaus para buscar um diagnóstico de malária é considerado um fator positivo, principalmente, pelos mais velhos, que conheceram o Livramento antes que essa alternativa estivesse disponível:

Hoje, está uma beleza! Aqui [no Igarapé do Diúna], naquela época, não vinha pessoa [profissional de saúde] aqui assim. A gente ia lá a Manaus no [Instituto de Medicina] Tropical. Ia lá se tratar porque aqui não tinha! Agora não, está uma beleza aqui. Quando dá uma malária, você vai ali pra cima [comunidade Ebenezer], corta o dedo, faz a lâmina. Você vai pro Livramento, faz lâmina. Você vai pro Fátima, faz lâmina. Tudo aqui pertinho. Naquele tempo era duro, era um sacrifício. Nem todo mundo tinha rabeta¹⁰. Hoje em dia, todo mundo tem rabeta. Mas naquele tempo ninguém tinha. A vida aqui foi difícil. (Diúca, 69 anos, morador do Igarapé do Diúna.

Mas, apesar da diminuição da distância e do custo de locomoção até o posto, os remédios calmantes permanecem sendo utilizados, como podemos observar na fala de nosso informante:

[Eu utilizava] só o calmante, só o calmante! Porque eu tava lá dentro [no sítio distante da Sede]. Às vezes estava ocupado demais, a gente não quer sair, [se] destacar pra vir [ao posto de saúde da Sede], às vezes não tinha dinheiro pra ir até a cidade [Manaus]. Aí ficava aguentando, tentando ali [suportar a doença]. [Eu] sabia que era malária, mas ficava tentando agüentar lá dentro [no sítio] pra ver se fazia o serviço. E o cara morre às vezes por isso, né? Não quer parar de trabalhar. (Janjão Silva, 54 anos, morador da sede).

Nesses casos, a utilização desses remédios serve como estratégia para garantir o desempenho de uma ou outra atividade que confere prestígio a determinado papel

¹⁰ Denominação regional para motor de popa de pequeno porte.

social, no sentido de que possibilita manejar as condições de vida existentes no momento do adoecimento.

4.2 ATENÇÃO À DIETA

Outros tipos de cuidados dirigidos aos doentes de malária dizem respeito à alimentação. Antes de tudo, há a preocupação de que a pessoa se alimente, dado o risco de enfraquecimento, que possa dificultar a possível cura. Em alguns casos, nos foi relatado que alguns doentes se alimentam quase normalmente porque sentem fome. Há os que afirmam comer porque é necessário, mas não sentem fome; e há os que precisam comer, mas não conseguem fazê-lo, mesmo fazendo grande esforço. Na tentativa de estimular a alimentação prescreve-se a utilização de mingaus, caldos de peixes não considerados reimosos e chás. Tais alimentos são priorizados por serem vistos como alimentos de fácil digestão.

A importância da dieta também é percebida na representação de que o organismo enfraquecido por uma má alimentação e maus hábitos prévios (como fumar e beber) é particularmente sujeito a um desfecho negativo do evento. Entende-se que o organismo bem nutrido e preservado por bons hábitos, sofre menos com os danos provocados pela malária. Esta também seria uma condição imprescindível para uma recuperação rápida e definitiva:

É assim: quando a malária pega você com o organismo bem fraco mesmo, você não tem condições [de realizar atividades cotidianas sem ajuda], tem que ter uma pessoa pra tratar de você. Mesmo que você queira levantar pra fazer alguma coisa, você não tem como reagir, você está com o organismo muito fraco. Mas à medida que você começa a tratar, ela [a malária] vai maneirando e você vai tendo condições [de retomar a vida], depende de você começar a se alimentar bem. (José Tavares, 56 anos, morador da Sede do Livramento).

A preocupação com a falta de apetite, com a oferta de uma alimentação regular, e considerada adequada, e com a necessidade de facilitar a digestão é congruente com a idéia de que a malária se localiza, ou lesiona os órgãos considerados por nossos informantes como partes do sistema digestório, principalmente, fígado, estômago e baço; a isso associa-se a idéia de que o medicamento da malária causa dano à digestão. Portanto, os moradores dispensam cuidados especiais a esses órgãos, já que pretendem garantir uma alimentação capaz de amenizar os danos associados à doença e seu tratamento.

Com essa finalidade são utilizados tanto os remédios caseiros, quanto os remédios industrializados, seguindo orientação de balconistas de farmácias ou conselhos de outras pessoas que tiveram experiência positiva com esses medicamentos nas ocasiões em que estiveram doentes ou cuidaram de outros nessas condições.

Os moradores do Livramento representam o remédio caseiro, e certos remédios industrializados, como aqueles que auxiliam no tratamento da malária, porque ajudam o corpo a suportar a agressividade da medicação específica para tratar dessa doença. Tais terapêuticas coexistem com a biomédica e são consideradas imprescindíveis para a cura:

A gente costuma sempre tomar remédio caseiro. Por exemplo, o chá da raiz do açai, o chá do cipó tuíra (que é muito conhecido aqui), o chá do cajurú, todos esses tipos de remédio caseiro são essenciais pra você tomar juntamente com o remédio da malária, né? Porque a gente sabe que esses remédios são uma espécie de antiinflamatório. Aí a gente sempre toma que é pra ajudar o remédio [específico para malária]. Mas tem remédio também da farmácia que é bom. Uma vez eu tomei o Hepatilon¹¹, ela [a esposa] também tomou e se sentiu muito bem. Ele é usado pro fígado, ele tanto combate a inflamação como ele fortifica. E tem outros remédios da farmácia que são bons. Mas aí, muitas vezes, tem o recurso [financeiro] no meio, né? Aí, ao invés de você ir pra Manaus comprar esse tipo de remédio, você faz o remédio caseiro. (José Tavares, 56 anos, morador da Sede).

¹¹ Hepatilon é o nome comercial de um medicamento fitoterápico registrado pelo laboratório Hertz, que utiliza o princípio ativo *Pneumus boldus*.

Os moradores consideram que esses remédios não causam efeitos colaterais e que lhes propiciam uma recuperação mais rápida, sendo ambas condições muito bem vistas como nos informou a senhora Josefa, 56 anos, moradora do Igarapé do Mari:

Pesquisadora: Como a senhora se sente com o remédio do posto?

Josefa: A gente fica doidinha! A visão fica longe, branca, dá tontura, parece que a gente está num banzeiro; até de levantar a gente fica confusa! Dá cansaço, um desânimo de fazer as coisas.

(...)

Pesquisadora: Como a senhora se sente quando toma remédio caseiro?

Josefa: Vai refrescando, tirando o peso, agente sente. É o mesmo que tomar água da geladeira, a gente sente que vai fazer bem. O remédio da malária faz mal, muito mal.

A atuação desses remédios ocorreria na fortificação do sangue e desinflamação dos órgãos do sistema digestório, considerados como os mais afetados; efeitos igualmente valorizados seria sua contribuição para o retorno do apetite, possibilitando a adoção mais rápida de uma alimentação que produza cura e evite a recaída.

Notamos também a associação entre o gosto amargo ou “travoso” dos remédios e sua eficácia na recuperação dos órgãos considerados mais afetados. É o caso, por exemplo, do chá de boldo e da carapanaúba. Também observamos a associação entre coloração avermelhada e a ação de fortificar o sangue, como é o caso do chá de crajirú e da raiz de açáí.

Após o término do tratamento biomédico esses remédios auxiliares e os cuidados com a alimentação passam a atuar também como medidas preventivas da recaída, a qual, segundo nossos informantes, é pior do que a doença inicial. A combinação da dieta desprovida de gordura e de alimentos ácidos é decisiva:

[O tratamento biomédico] inflama mesmo o fígado e o baço. Enquanto a pessoa não estiver curada de vez, não pode comer certos frutos, coisa remosa, se não ela [a malária] volta na hora. Suco de caju é essencial para o tratamento da malária, é uma fruta mais medicinal do que alimento, tem muita vitamina. Tudo que é travoso é bom para malária. (José Tavares, 56 anos, morador da Sede do Livramento).

Desse modo, o indivíduo encontra-se em um estado liminar entre a doença e a cura, apesar de ter cumprido com o tratamento biomédico. Para os moradores do Livramento, a cura depende da experiência sensível de bem estar total dos órgãos considerados mais afetados, o que nem sempre coincide com a alta dada pelo serviço de saúde.

4.3 A CURA RELATIVA: “ESTAR BOM” E “ESTAR CURADO”

Segundo os relatos dos nossos informantes, a cura depende de certas condições do estado do corpo e da condução adequada da terapêutica medicamentosa e dos outros cuidados. A cura pode ser total ou parcial.

Há preocupação em não adquirir malária várias vezes em seguida, dado o receio de que os remédios que tratam a doença causem danos permanentes nos órgãos do sistema digestório. De acordo com os informantes, se houver dano permanente nos órgãos deste, a cura pode não ser plena; o doente terá assim uma cura incompleta, tendo em vista que irá requerer cuidados para toda a vida à frente. Há, também, a preocupação de que a malária se “transforme” em hepatite.

Em alguns casos, o medo de que essa debilidade se agrave pode culminar na mudança do Livramento para outro local considerado mais seguro, dando tempo ao organismo para que se recupere e possa ser cuidado, sem o risco de adquirir uma nova malária, ou de uma recaída.

Os moradores do Livramento reconhecem as épocas em que a malária incide com maior intensidade, que seriam as de enchente e de vazante das águas dos rios. Vários moradores que tiveram experiências seguidas com a doença nos relataram sobre momentos em que desejaram ou precisaram mudar do Livramento nessas épocas para

conseguirem se recuperar dos danos causados por essas experiências, ou para romper o ciclo de aquisição da doença:

Dessa última vez [em que adoeci, me] deu um desespero tão grande, um desânimo daqui [do Igarapé do Mari], que eu queria ir embora. Falei pro Nêgo [esposo] que a gente veio pra cá, mas não foi pra morrer de malária. Chorei. Chorei mesmo, não tenho vergonha de dizer, fiquei desesperada mesmo. Ai não deu mais [malária] e eu me acalmei. O Nêgo disse que ia arrumar um lugar pra gente dar um tempo. Quando desse o tempo da malária, a gente ia pra lá. (Josefa, 56 anos, moradora do Igarapé do Mari)

Francisca, 66 anos, moradora da Estrada, não queria voltar a morar no

Livramento:

Dessa ultima vez [que tive malária] tomei chá de folha de abacate com chá de cipó tuíra para dar sangue. Depois procurei o posto. Não gosto de furar o dedo, mas foi o jeito. Tomei as pílulas. Quando estava melhorando da malária, peguei virose. Então fui para Manaus não sei nem como. Fiquei na casa da minha filha. Fiquei como morta mesmo, não podia nem andar. A malária já tinha me cacetado, não comia nada. A febre parecia que cozinhava a minha cabeça. Passei dois meses fraca. Não queria mais morar no Tarumã porque a mãe morreu de malária aqui. A mãe era velha, enjoada, não queria tomar remédio. Se tomasse, ainda estava viva. Eu já tive malária, tomei remédio e estou viva. Toda doença tem cura. No começo, né? No final não tem mais.

A possibilidade de cura pode se expressar nos estados descritos como “estar bom” e “estar curado”. O entendimento de que a malária ataca nos primeiros dias e que os sintomas desaparecem após o uso de medicação é sintetizado na descrição de que o indivíduo “está bom”. Porém, o termo não indica a cura, mas apenas que ele está apto a retomar suas atividades; ele ainda não está totalmente curado. A evolução de seu caso vai depender da obediência à dieta adequada a condição de doente de malária, o que nem sempre está ao seu alcance.

O “estar curado” também diz respeito ao reconhecimento do bem ou mal-estar do sistema digestório. A presença de “inchaço” na barriga, comum aos que adoecem de

malária, é entendida como um malefício causado pelo remédio; é algo que os moradores não conseguem descrever com precisão, mas que consideram perfeitamente perceptível. A sensação de que algo foi afetado e danificado se estende após a conclusão do tratamento. Portanto, uma pessoa só se considera curada quando as sensações de dano e mal-estar desaparecem.

Do mesmo modo, encontramos relatos que indicam que quando essas sensações se prolongam por muito tempo, fica impossível ser curado. Nesses casos, os cuidados especiais devotados ao sistema digestório são prolongados por toda a vida. Ainda que a condição de doente não seja plena, a doença persiste no interior do corpo, que requer cuidados, para evitar que se exteriorize.

Os moradores entendem que estão “bons” da malária, mas que persistem os danos no sistema digestório. Como a doença é entendida de modo totalizante pelos moradores, todo mal-estar que surge nesse cenário é, de um modo ou de outro, atribuído à malária. A idéia é que o remédio cura a malária, mas danifica o sistema digestório, e, ao fazê-lo, converte tais danos em manifestação malárica:

Depois de uma semana [do término do tratamento biomédico], você faz lâmina de novo. Se der negativo, a pessoa não está cem por cento curada. A pessoa ainda sente os efeitos negativos da doença e tem que continuar tomando o remédio caseiro para evitar que ela [a malária] fique nos órgãos que ela mais gosta: o fígado e o baço. Quando passam os sintomas, você pensa que está curado, mas ela [a malária] está lá. Ela [a malária] pode voltar a crescer. Aquele remédio que você percebe que faz bem, você continua tomando. O pessoal daqui [moradores da Sede] sofre muito com a malária porque não conhecem os remédios. Depois vem a bebida e não tem como ficar bom. O álcool não deixa o remédio curar. O álcool pára o remédio. Quando a pessoa pára de beber, ela [a malária] volta. (José Tavares, 56 anos, morador da sede do Livramento).

Como efeito dessa descrição de eventos, há a demanda de limpeza do sistema digestório do doente, a qual se realiza por meio de remédios caseiros e de procedimentos purgantes, combinados com medicamentos industrializados. Considera-

se que essa limpeza deve ser feita antes de iniciar o tratamento da malária para facilitar a atuação do medicamento, mas também depois, para limpar os seus resíduos e preparar esses órgãos para o recebimento de remédios fortificantes do sangue e reparadores do sistema digestório. Só assim poder-se-ia alcançar a cura plena.

4.4 VIVÊNCIAS DE MALÁRIA NA VIDA COTIDIANA

Na memória dos moradores, há registros de tempos passados quando havia recusa a usar os comprimidos de malária. Falam de pessoas que escondiam remédios para não tomarem e de algumas que morreram por recusar o tratamento. Tais falas reforçam a idéia de que a cura passa essencialmente pelo tratamento biomédico. Contudo, no plano da vida prática observam-se diversas formas de reinterpretar a prescrição médica, tais como a interrupção, alternância de uso dos comprimidos e outras formas de manejo do tratamento. Tais estratégias atendem especialmente às necessidades da vida cotidiana.

Os resumos dos casos apresentados a seguir resultam de nossa convivência com a família do senhor Daniel e suas experiências de adoecer de malária, narradas por eles e/ou observadas pela pesquisadora. Relataremos quatro dos sete casos de malária que ocorreram na família. Eles demonstram como as representações sociais da malária se expressam no cotidiano dessas pessoas.

A família era composta pelo casal Daniel e Anita, seus quatro filhos, avó e Andressa, que morava com a família. Seu terreno estendia-se da Estrada Nova até o igarapé do Diúna, onde mantinham um roçado para subsistência. Continha uma casa de madeira e uma construção sem paredes, só com telhado e chão de terra, que funcionava como cozinha, onde passavam a maior parte do tempo. Havia também uma cacimba de

onde obtinham água para uso doméstico e, ao lado desta, um girau onde lavavam roupa e tomavam banho.

Na casa onde dormiam, os cômodos internos eram divididos apenas por meia parede. A família não possuía mosquiteiro e seus membros tinham como hábito assistir televisão na cozinha aberta. Os profissionais do serviço de saúde com os quem tiveram contato por ocasião da doença apontaram serem estes os fatores que contribuíram para exposição ao mosquito transmissor da malária *Falciparum*, que infectou sete, dos oito moradores da casa. Contudo, além destes fatores, os membros da família tinham outras explicações para o evento.

Daniel, 45 anos, serralheiro:

Daniel já perdera a conta de quantas vezes adoeceu de malária durante a vida. Morou, quando recém-casado com Anita, no ramal do Brasileirinho, zona rural de Manaus. O local era considerado área endêmica e ali adoeceu mais de quinze vezes. Mudou-se de lá, acompanhando a família da esposa, para um bairro de Manaus após o falecimento do seu sogro, em consequência de complicações da malária.

Era morador do igarapé do Diúna desde 2007 e contraiu malária duas vezes neste local, sempre no mês de setembro. Em tom descontraído, afirmou que a doença não era um ponto negativo da vida no Livramento, onde tinha malária apenas uma vez por ano; isso porque no ramal do Brasileirinho tinha adquirido sucessivas malárias.

Daniel nos narrou que, quando adoeceu em 2009, “agüentou” a febre de malária por dezoito dias. Dada a condição de RDS de Livramento, ali é proibido retirar madeira comercialmente; assim sendo, Daniel trabalha por contrato em outras áreas. Quando os sintomas da malária surgiram, estava no meio de seu acordo de trabalho; caso parasse de trabalhar, perderia o contrato.

A febre sempre lhe “atacava” ao meio dia; como solução, ele se expunha ao forte calor do sol na clareira aberta na mata pela extração de madeira, buscando suar até parar a febre. Depois disto, sentia-se bem, como se não tivesse doente, e continuava então a trabalhar.

No décimo oitavo dia, a febre o atacou no meio do rio, quando voltava do trabalho. Como a Sede do Livramento localizava-se no caminho para sua casa, decidiu parar no posto para realizar o exame de malária. Daniel afirmou heroicamente: “Passei dezoito dias com febre! Mas eu venci a malária, eu venci ela”.

Conhecemos Daniel no último dia de sua medicação para malária *Falciparum*. Visivelmente abatido e pálido por conta da doença e sem conseguir acompanhar sua família no trabalho de roçado e impossibilitado de percorrer grandes distâncias a pé. Três de seus quatro filhos e sua sogra também haviam adoecido. Uma semana após o término de seu tratamento, Daniel voltou a trabalhar no roçado

A família apontava a sogra como aquela quem levava a doença para a casa da família, pois ela não morava lá, mas visitava os parentes com frequência. Considerando que Daniel sentiu febre por dezoito dias antes de tratar-se, e que sua filha e sua sogra adoeceram depois desse período, poder-se-ia dizer que foi ele quem adoeceu primeiro e quem, provavelmente, disseminou a malária entre os membros de sua família.

Contudo, ninguém apontava Daniel como sendo o primeiro doente. Notamos que a família só considerava como doente aquele que é forçado a se distanciar de suas atividades cotidianas e a desempenhar o papel de doente. Assim sendo, sua sogra e sua filha foram identificadas como aquelas que adoeceram primeiro.

Daniel se enaltecia por ter “agüentado” dezoito dias com febre, a fim de atender suas responsabilidades como chefe de família e não perder a sua maior fonte de renda. Além disso, caso os membros de sua família adoecessem, necessitariam de cuidados

especiais, que implicavam em custos com locomoção e alimentação especial, com os quais Daniel não poderia arcar se parasse de trabalhar.

Joana, 66 anos, viúva, aposentada, sogra de Daniel:

Joana morava em Manaus e visitava a filha com frequência. Afirmava que tinha adquirido malária da neta Deise, 10 anos, na casa da filha, no igarapé do Diúna. A senhora já tinha vasta experiência com a doença porque morou no ramal do Brasileirinho, de onde mudou-se, descontente, após o falecimento de seu último esposo. Este tivera malária várias vezes seguidas e, no entendimento da família, em decorrência disto, teria desenvolvido anemia crônica que, por sua vez, teria evoluído para leucemia, que o levou a óbito.

Quando a conhecemos estava no último dia de seu tratamento para malária *Falciparum* e regressaria para Manaus. Uma semana depois, a senhora retornou à casa da filha e foi possível ver que na pele de suas mãos e braços apareceram bolhas secas que ela acreditava ser consequência do fígado castigado pelos remédios.

Ela trazia da cidade o remédio Figatil¹² que comprara por iniciativa própria e aconselhada por um balconista de farmácia. A caixa do remédio ainda estava lacrada e ela pediu para que a pesquisadora lhe lesse a bula. Teria que tomar o medicamento três vezes ao dia. Sua intenção era tratar o fígado: ela entendia que recuperando o órgão sua pele voltaria ao normal. Cozinhou chá de carapanaúba e sua intenção era tomá-lo para ajudar a recuperar o sangue porque se considerava com anemia e para desinflamar seu fígado, porque o considerava inflamado.

Observamos que nos primeiros dias, Joana tomava o chá em pequenas doses com frequência e ingeria o Figatil em menos vezes do que recomendava a bula. Adotou

¹² Figatil é nome comercial de um medicamento fitoterápico registrado pelo laboratório Catarinense que tem como princípio ativo *Cynara scolymus* e *Pneumus boldus*.

uma dieta que pretendia eliminar a ingestão de gorduras de qualquer espécie, fazia mingau da caridade¹³ quase todas as noites para jantar e se alimentou quase exclusivamente de caldo de peixe.

Joana não obedeceu à sua dieta com rigidez. Certa manhã, a senhora comeu abacate e foi pega em flagrante pelo neto. Este estava doente de malária *Falciparum* e também quis desobedecer à dieta. Ela o repreendeu afirmando que o abacate era fruta reimosa¹⁴ e que o neto prejudicaria a sua cura se comesse. Como ainda se considerava com malária, ela se corrigiu: “eu comi, mas não pode”, expressando constrangimento.

No oitavo dia após o término do seu tratamento, os agentes de endemias da FVS passaram na casa da família para realizar exames de busca ativa e Joana aproveitou para realizar sua lâmina de verificação de cura. Os agentes perguntaram da senhora por onde tinha andado e ela respondeu-lhes que estivera em seu sítio, no Igarapé do Paulista, zona rural de Manaus, e adiantou-se afirmando que tinha adquirido malária de sua neta, no Livramento.

Os agentes perguntaram várias vezes sobre as datas de idas e vindas de Joana e concluíram que ela havia adquirido a doença no igarapé do Paulista e que disseminara a malária na família da filha. Segundo eles, não havia casos no Livramento, mas havia notificações no Paulista. As afirmações de que Joana teria levado a doença para a família se dava em tom descontraído já há uma semana antes da visita dos agentes. Joana afirmava que adoecera depois da neta e a família replicava que a neta adoecera depois da avó.

¹³ O mingau da caridade é muito conhecido na região amazônica e é administrado como fortificante. Faz-se o mingau basicamente com farinha de mandioca, alho, sal, água e pimenta do reino. Existem variações, entre elas, a de acrescentam uma pequena quantidade de margarina ou manteiga ou leite. Na receita da Sra. Joana havia apenas margarina que, enquanto gordura, foi retirada porque não é recomendada para quem está com malária receando-se a má reação do fígado, que seria perceptível através da dor.

¹⁴ A “reima” é um termo muito utilizado na Amazônia para designar certos alimentos gordurosos e maléficis, que entende-se que dificultam a cura de certas moléstias, principalmente, aquelas que implicam em cicatrização. Contudo, cada local possui repertório próprio de alimentos “reimosos” e que também varia de acordo com a moléstia (GALVÃO, 1976).

Na medida em que observava que sua pele não melhorava, Joana foi deixando de tomar o Figatil com regularidade, tomava dia sim e dia não. Perguntou à pesquisadora, que não tem formação na área da saúde, se deveria mesmo tomá-lo. Obteve como resposta que o Figatil deveria servir para o fígado e não para a pele, mas a senhora reafirmou que o problema da sua pele decorria do órgão.

Dias depois, a pele dos seus lábios ressecou e rachou. Joana passou a usar batom para amenizar o problema, inclusive antes de dormir. No entanto, embora tenha se empenhado em tomar o chá de carapanaúba com regularidade no início do seu problema de pele, com o passar dos dias foi descuidando de tomá-lo até que parou com essa terapêutica e com o Figatil. Resolvera que tomaria magnésia como purgante porque seu fígado deveria estar sujo e acreditava que a “limpeza” iria lhe curar.

Joana se angustiava com a pele grossa porque coçava e relatava à família e à pesquisadora os procedimentos que tomava para tratá-lo, e a sua falta de resultado. Buscava conselhos para solucionar o problema. Em uma dessas conversas, sua neta mais velha contou-lhe que o remédio para malária lhe causava coceira nas mãos e que a médica no posto lhe prescrevera pílulas antialérgicas que resolviam o seu problema.

A neta quis dar as pílulas antialérgicas para a avó e foi apoiada pela mãe. Mas, em seguida, reavaliou que não seria uma atitude adequada: “A gente não pode ficar tomando remédio assim sem saber”, e foi retrucada pela mãe que afirmava saber que o problema de Joana, certamente, era alergia.

A senhora ficou empolgada com a possibilidade, mas desistiu de se automedicar dessa vez. Aproveitaria que o neto que estava com malária iria ao posto para buscar tratamento para bolhas que apareceram em sua barriga e iria com ele. Joana não tomou as pílulas antialérgicas de sua neta, mas também não foi ao posto de saúde como

pretendia. O neto que lhe acompanharia ao posto também adiou a ida, pois teve que auxiliar o pai na construção de uma nova canoa para a família.

Na véspera do décimo quinto aniversário do neto, Joana planejava fazer vatapá. Lamentava-se, ao mesmo tempo em que os outros lhe lembravam em tom de brincadeira, que ela não poderia comê-lo porque o alimento era reimoso. A senhora replicava: “Deixa só eu me curar dessa malária pra ver se eu não como”.

Joana havia terminado de tomar a sua medicação há mais de uma semana, mas por causa das bolhas secas nos braços e mãos, ainda se considerava com malária e, portanto, obrigava-se a obedecer à dieta de restrição de gordura. Para curar-se, recorreu a terapêuticas diferenciadas, que experimentava segundo os resultados observados e reelaborando teorias sobre as possíveis causas da persistência das bolhas secas em sua pele.

Quanto à insistência da família em apontar Joana como quem disseminara a malária na casa, veremos que há uma tentativa de negar a responsabilidade da doença a partir de atitudes da família e atribuí-la sempre como evento de causa exterior.

Andressa, 15 anos, estudante, moradora do Igarapé do Diúna:

Fazia pouco mais de um ano que a mãe de Andressa morrera de leucemia. Ela é a segunda irmã de um total de oito meninas. Sua irmã mais velha mora em Manaus e é quem sustenta as outras seis com a ajuda da avó. Andressa é filha de um morador do Livramento e tem como padrinhos o senhor Diúca e a senhora Plácida, sua esposa. O pai nunca assumiu a paternidade e não mantinha interação com a filha.

Depois da morte da mãe, os padrinhos a convenceram a morar com eles. Andressa acreditava que seria mais fácil concluir os estudos no interior e, mudando-se poderiam diminuir as despesas da irmã e da avó. Em troca, comprometeu-se em ajudar

os padrinhos idosos no roçado. Cursava o oitavo ano do ensino fundamental na escola da Sede do Livramento. No momento, morava com a família de Daniel e Anita porque tivera problemas com os padrinhos.

O seu estado anterior à malária já preocupava a família. Andressa sentia dores no estômago com frequência e não conseguia comer, todos acreditavam ser gastrite. Além disto, também sentia fraqueza e tontura que todos acreditavam ser anemia. A garota não se tratava de nenhum modo para solucionar estes problemas de saúde e isto irritava as pessoas a sua volta.

Anita sempre repreendia Andressa na frente de todos para que ela se tratasse da possível anemia com certos chás que não representariam nenhum custo. Também insistia para que a garota procurasse um médico. Sua preocupação era que, alimentando-se pouco, a suposta anemia se agravaria e Andressa poderia ter o mesmo fim de sua mãe. Anita lamentava-se por não poder obrigá-la a se tratar porque não era sua filha.

Aos sábados, normalmente, a garota cozinhava o almoço dos trabalhadores de um sítio vizinho que fabricava pés-de-moleque, para manter-se. No sábado em que estivemos em companhia da família de Daniel, Andressa retornou a casa por volta das dez da manhã porque não haveria trabalho naquele dia. Apanhou livros e cadernos para estudar para uma prova decisiva de inglês marcada para a segunda-feira - estava de dependência nessa disciplina e a prova seria sua última chance de ser aprovada.

Sentou-se à mesa com a pesquisadora e Joana. Não aparentava sentir-se mal até o momento em que revelou que acreditava estar com malária: “acho que eu estou com malária, meu corpo está querendo doer todo, acho que eu estou com febre”. Joana a tocou no braço e constatou que estava com a temperatura elevada. A pesquisadora repetiu o gesto. A partir de então, Andressa se calou, encostou sua cabeça no braço sobre a mesa e tentou concentrar-se em estudar.

Presenciamos o nervosismo de Joana ao especular como Andressa teria adoecido de malária se quase não havia mosquito naquela semana, ao contrário das semanas anteriores quando os outros adoeceram. Joana e Andressa concluíram que a garota adquiriu a doença ao ingerir água poluída da cacimba porque suspeitou que a sua limpeza não fosse realizada desde que ficara submersa na última enchente.

Joana e Andressa quiseram adicionar água sanitária na cacimba como procedimento de limpeza sem avisar a filha Anita que não estava em casa. Decidiram esperar pela confirmação de que não havia sido feita a limpeza da cacimba. Mais tarde, após a confirmação de Anita, Joana repreendeu a filha pelo que considerou um grave descuido com a saúde.

Andressa insistia em estudar na mesa da cozinha, lembrando a todo o momento sua preocupação com a prova de segunda-feira, afirmando que a faria em qualquer estado de saúde. Depois passou a afirmar que não estava mais agüentando permanecer ali, descansava dos estudos por um momento, mas insistia em manter os livros abertos.

A garota lembrou-se de sua única experiência anterior com a malária quando já vivia no igarapé do Diúna e afirmou que o pior de estar com malária era não conseguir se alimentar porque agravava a sua dor no estômago: não se alimentando sentia dores, mas alimentando-se sentia dores porque havia se alimentado. Joana e a pesquisadora insistiram para que Andressa repousasse, até que a garota rendeu-se ao mal estar e repousou na casa onde a família dormia.

Quando todos retornaram de suas atividades na hora do almoço, Joana informou-lhes sobre o estado de saúde de Andressa. A notícia provocou surpresa apesar de todos os outros membros da família terem adoecido de malária (exceto Anita). Juliano

imediatamente afirmou: “essa malária não é daqui!” (referindo-se ao igarapé do Diúna) e os outros membros concordaram.

A causa da doença apontada pelos outros moradores da casa incidiu sobre o hábito considerado inadequado da garota de banhar-se nas águas próximas da Sede ao anoitecer, quando saía às sextas-feiras das aulas de dependência do inglês. Após as especulações em torno da doença de Andressa, que não saiu de casa durante o almoço, as pessoas presentes iniciaram uma conversa onde sobrepunham as suas experiências com malária.

Andressa só poderia realizar o exame de malária na segunda-feira, exceto se fosse à sede da comunidade de Nossa Senhora de Fátima, onde o posto funcionava aos sábados. Mas naquele dia, aqueles que pilotavam a velha canoa da família estavam ocupados com a construção de uma canoa nova e não poderiam levar Andressa. A família manifestou preocupação especial com o estômago da garota porque ela reclamara de dor a semana toda e previam que a dor se intensificaria com a doença.

Quando todos voltaram ao igarapé para acompanhar a construção da canoa, a pesquisadora permaneceu ao lado de Andressa que sentia tonturas ao se levantar da rede e se locomovia com lentidão. Quando os outros voltaram para preparar o lanche da tarde, Andressa ia e vinha tomar água na cozinha expondo-se ao sol. Anita e Joana a repreenderam porque a exposição ao sol lhe faria mal. Eram cinco da tarde, quando todos retornaram para casa, e Anita providenciou uma rede na cozinha para Andressa deitar na companhia de todos.

Os fogos de artifício na comunidade de Fátima anunciavam à festa para a qual Andressa se preparou a semana toda. A garota se lamentava por ter adoecido naquele dia e os outros lhe lembravam em tom de brincadeira que ela tinha inclusive preparado a roupa que pretendia usar. Lamentava-se também que não poderia participar do

aniversário que iria acontecer na casa no dia seguinte nem comer das guloseimas da festa.

Domingo também era o aniversário da irmã de Andressa. A garota lastimava-se porque seu telefone celular estava bloqueado e não poderia telefonar para parabenizar a irmã. Planejava desculpar-se argumentando estivera muito doente de malária e, desse modo, a irmã não pensaria que ela havia esquecido a data, desse modo, fazendo uso social da doença para aliviar sua dívida fraterna.

Jogar futebol era a atividade de lazer que Andressa mais gostava. As crianças da casa adoravam brincar com ela. Sem Andressa, as crianças chatearam-se e improvisaram brincadeiras alternativas. Andressa os apreciou tristemente e, nesse momento, lamentou não poder jogar futebol no domingo com a bola nova que tinham prometido ao aniversariante.

Andressa se alimentou de uma fatia de pão naquele dia. Joana sempre se alimentava de mingau da caridade no jantar e aconselhou que a garota também o fizesse, mas Andressa não quis. Recomendaram-lhe suco de genipapo para tratar da anemia e ela também não aceitou. Com a mesma finalidade, aconselharam-na a tomar o chá de carapanaúba que Joana fazia quase todos os dias, e ela também recusou. Certa hora, Anita protestou: “eu quero te ajudar; me ajuda a te ajudar; você não quer, fica difícil”. A garota aceitou apenas chá de canela para “não ficar com o estômago vazio”.

Andressa sentia forte dor de cabeça e pediu analgésico, mas não havia na casa. Denise, filha de Daniel, sugeriu que lhe dessem o “remédio vermelho da malária” que seria o responsável por combater os sintomas da doença. Possuíam uma cartela desse medicamento consumida pela metade, o que indica que alguém na casa não concluiu o tratamento. Deram-lhe a medicação com a expectativa que Andressa suportasse a espera até segunda-feira, quando então poderia ir ao posto de saúde. Andressa permaneceu em

repouso na rede atada na cozinha enquanto a família ocupou-se com atividades ao seu redor.

Nas memórias sobre a experiência de doença da família de Daniel, havia casos de anemia associados à leucemia e morte de parentes muito próximos (o esposo de Joana e a mãe de Andressa) por isso a preocupação com a possível anemia da garota e o seu agravamento com a malária. Ao mesmo tempo, a recusa persistente de Andressa às terapêuticas disponíveis os irritava. Por não ser membro da família, as pessoas ao seu redor não se sentiam à vontade para obrigá-la a tratar-se.

Andressa foi a última a adoecer, já na época em que a quantidade de pernilongos havia diminuído consideravelmente. Os moradores da casa não entendiam como a garota teria adquirido a doença sem a presença de quantidade visível de pernilongos. Diante disto, duvidavam da explicação de que a malária seria adquirida pelo mosquito transmissor, pois não a consideravam coerente com a realidade observada.

Levantaram duas explicações possíveis: 1) a de que a garota teria adquirido malária pela ingestão da água suja da cacimba; 2) a garota teria adquirido a doença em outro lugar por meio do comportamento de banhar-se ao anoitecer por lazer, ao invés de retornar imediatamente para casa depois da aula de sexta-feira.

Notamos nisto uma tentativa de negar que a origem da malária estivesse no comportamento da família que costumava assistir a televisão na cozinha aberta conforme diziam os profissionais de saúde. Tendiam a atribuir a causa da doença ao comportamento de um membro externo ou a eventos fora de sua responsabilidade.

Juliano, 15 anos, estudante:

Juliano era o filho mais velho de Daniel e Anita e estava às vésperas de completar quinze anos. O conhecemos em seu terceiro dia de medicação para malária

Falciparum. Juliano sempre tomava os remédios antes de dormir como medida preventiva para não sentir enjoos: dormindo não havia como senti-los. Contudo, levantava-se várias vezes durante à noite para beber água e urinar porque os remédios lhe provocavam muita sede. Um dos sinais da doença era o seu tom de pele amarelado. Enquanto esteve doente, quando a mãe lhe repreendia, entre outros adjetivos, lhe chamava de “amarelinho”.

Aparentemente, Juliano mantinha suas atividades cotidianas sem sofrimento. Mas o rapaz vacilava nas atividades que requeriam esforço físico. Em uma partida de futebol no quintal com os irmãos e Andressa, Juliano não desempenhava a sua função de jogador como esperado. Normalmente, Juliano e Andressa eram os líderes dos times. Os outros irmãos exigiram que melhorasse sua atuação, porque ele estava visivelmente mais lento que de costume, ele respondeu: “Vocês não sabem como estou aqui. Minha cabeça está rodando”. Ainda assim, jogou duas partidas antes de desistir.

O rapaz comia pouco, segundo a família, em consequência do tratamento; porém não admitia os cuidados da mãe ou da avó que lhe preparavam alimentação especial, como mingau da caridade e caldo de peixe, argumentando que não lhe agradavam. Preferia os sucos e doces que lhe ofereciam; além destes, não ingeria outros alimentos.

Certa vez, o rapaz quis comer abacate e foi censurado pela avó porque ainda tomava os medicamentos para malária; estava proibido de alimentar-se de produtos reimosos para evitar comprometer a sua cura. Contudo, Juliano continuava a freqüentar a casa da namorada. A mãe contestava o desempenho incoerente no seu papel de doente, pois alegava que para namorar o filho tinha ânimo, mas para alimentar-se não.

No quarto dia de tratamento, o abdômen de Juliano se encheu de bolhas avermelhadas. O rapaz se queixou para a avó Joana, ela lhe explicou que se tratava de uma reação do medicamento, que “colocaria a malária para fora”. Juliano quis ir ao

posto consultar-se no mesmo dia, mas não foi porque se ocupou em ajudar o pai na construção da canoa nova da família.

Tomar o medicamento antes de dormir foi uma estratégia utilizada por Juliano não só para minimizar os efeitos físicos dos remédios, mas de tentativa de controle sobre o próprio corpo. Do mesmo modo, ele esforçava-se para manter suas atividades, ainda que seu corpo estivesse irremediavelmente debilitado, na tentativa de controle sobre sua vida normal. A mãe, por outro lado, lhe cobrava um desempenho mais coerente com o seu papel de doente, que consiste justamente na ruptura com a vida cotidiana, ao que ele se recusava.

Esses casos narram um pouco das estratégias comumente adotadas pelos moradores no enfrentamento da malária. A utilização dos remédios “calmantes” e auxiliares explicita estratégias de manejo do conhecimento e do tratamento biomédico que representam tentativas de manutenção do controle sobre suas vidas, dentro das possibilidades de agência disponíveis.

Um tipo de conhecimento específico é produzido no confronto e na articulação entre o conhecimento biomédico e as experiências sensíveis de estar doente, resultando numa concepção local sobre adoecer, tratar, controlar ou curar a malária. Observamos que tais conceitos são tão flexíveis quanto as ações deles derivadas, tendo em vista que nem sempre os moradores do Livramento fazem aquilo que entendem ser correto fazer em relação à malária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Afirmamos na *Introdução* que nossa motivação para a realização da presente pesquisa foi a possibilidade de ampliar o leque de compreensão do adoecimento de malária, deslocando nosso interesse da preocupação com a eficiência do serviço de saúde destinado ao seu atendimento e controle, para o interesse sobre como as pessoas que moram em áreas endêmicas de malária entendem a doença e como fazem para lidar com ela em suas realidades sociais.

No *Livramento*, centramos nossos esforços em compreender o adoecimento de malária como um processo que implica na capacidade de agência dos moradores na busca de solução para os seus problemas de saúde, inseridos em um campo de possibilidades concretas na comunidade. Desse modo, demonstramos o modo particular como os moradores do *Livramento* concebem a doença e suas possibilidades de cura e controle. Assim, encaramos o fenômeno saúde/doença de modo processual.

Primeiro, reconhecemos que a sua compreensão pelos indivíduos está referenciada tanto às suas experiências corporais da doença quanto às representações sociais que dão sentido a elas. Essas representações, por sua vez, são reinterpretações de quadros de referências sócio-culturais partilhadas pelos moradores, dos quais os conhecimentos e procedimentos da biomedicina são parte integrante.

Constatamos que as diferentes formas pelas quais os moradores do *Livramento* compreendem a doença e as práticas relacionadas a ela, estão, de modo direto ou indireto, relacionadas à biomedicina. Trata-se da apropriação e reinterpretação de modelos explicativos de doença utilizados pela medicina ao longo da história.

Segundo, reconhecemos o protagonismo da apropriação e reinterpretação de alguns desses modelos, pois não consiste na aceitação passiva da lógica biomédica pelos moradores do *Livramento*. Ao contrário, esses modelos são a todo instante manobrados

para atender às necessidades concretas de suas vidas e de sua compreensão de mundo. Esta é a razão pela qual dedicamos um de nossos capítulos a compreender o cenário social onde essas representações e práticas são manejadas.

A comunidade Nossa Senhora do Livramento, longe de ser um conjunto harmônico de relações sociais, trata-se de um lugar permeado por conflitos que se renovam com o tempo e com os impactos de acontecimentos externos e internos. Dentre eles, destacamos aqueles relacionados às limitações impostas aos moradores por fazerem parte da RDS Tupé. A partir de 2004, as principais fontes de renda dos moradores do Livramento – retirada de madeira e produção de carvão – foram proibidas. Somando-se a esse fato, a pouca experiência dos moradores com a agricultura como atividade geradora de renda, limitaram-se ainda mais as suas possibilidades de sustento, e, desse modo, tornaram-se mais dependentes dos benefícios sociais, sejam governamentais ou não governamentais.

Após a incorporação à RDS Tupé foram gerados dois cenários sociais diferenciados no Livramento: na Sede, a dificuldade de manterem uma alimentação considerada por eles como adequada, ou seja, distanciada de alimentos industrializados; na Estrada Nova, a limitação da fonte de renda à prestação dos serviços em áreas onde retirar madeira ou produzir carvão não são proibidas. Em ambos, há a possibilidade dos benefícios governamentais como fonte de renda.

Ao adoecerem de malária, os moradores do Livramento se defrontam com estas duas situações. Por um lado, por conceberem que a malária localiza-se nos órgãos do sistema digestório, a alimentação considerada pelos moradores como adequada é também apontada como influenciadora dos diferentes estados de saúde, definidos pelas expressões “estar bom” e “estar curado”. Por outro, por estarem restringidos a atividades pouco rentáveis, os moradores manipulam as terapêuticas e manobram as

manifestações corporais da doença de acordo com suas necessidades básicas de sustento.

Outro destaque da organização social do Livramento é que, mesmo a concessão de benefícios sociais a que estão, economicamente, mais dependentes, está sujeita às relações de poder em torno das instituições que atuam em esfera local; dentre as quais, destacamos a Associação de moradores e o posto de saúde; desse modo, produzindo uma assimetria na distribuição de benefícios e informações entre Sede e Estrada Nova. Uma de suas conseqüências é o sentimento de desfavorecimento pelas instituições dos moradores da Estrada Nova em relação aos da Sede, também no que toca às ações de controle da malária.

Tentamos compreender o processo saúde/doença e atenção dirigidos à malária de modo a contextualizar a realidade social onde a doença é gerada, também em aclarar a interação entre os sujeitos envolvidos nele, ou seja, moradores do Livramento e o serviço de saúde, representado pelos funcionários que ali atuam. É por meio dessa interação que fluem as informações que dizem respeito às representações e práticas em torno da malária.

Essas informações partem da conceituação biomédica de malária e de seu tratamento, orientando a atuação do serviço de controle, ao mesmo tempo em que informam sobre a doença no Livramento. As representações e práticas biomédicas são apropriadas e recolocadas pelos moradores em uma compreensão diferenciada do que seja estar doente; pois diferente da compreensão biomédica, que é específica ao combater o *Plasmodium* causador da malária, a compreensão dos moradores é ampla e concebe o problema não apenas a partir do corpo, mas o relaciona à suas vidas como uma totalidade.

A própria compreensão das manifestações corporais da doença extrapola os sinais e sintomas definidos pela medicina como característicos da malária. Isso ocorre porque essa compreensão ampla de adoecer agrega para si todas as manifestações corporais capazes de romper com o cotidiano normal dos indivíduos, que é em si, a definição de estar doente concebida por esses moradores.

Assim como a compreensão de doença, a de cura também é ampla. Esta se estende de acordo com as sensações corporais de dano causado pela doença e pela ação dos medicamentos, que não são sanadas quando o *Plasmodium* da malária deixa o organismo. Dessa maneira, os moradores entendem que ainda estão doentes, mesmo após a alta do serviço de saúde, e realizam procedimentos que visam curar efetivamente a malária, segundo o seu entendimento de adoecer.

Com essa finalidade, recorrem tanto a medicamentos industrializados quanto caseiros, prescritos por eles próprios de acordo com um repertório de experiências anteriores acerca da doença. Ao continuarem tratando-se, colocam para si a condição social de doente, embora não em sentido pleno; mesmo que não haja mais ruptura com a vida cotidiana, a malária ainda se faz presente na rotina de suas vidas por meio da atenção dada à cura, buscada em seu sentido pleno.

No decorrer de nosso trabalho, tanto no momento da pesquisa de campo, quanto na construção do texto etnográfico, nos esforçamos em ressaltar o protagonismo da compreensão e atuação dos moradores do Livramento diante do fenômeno saúde/doença. Ainda que sempre de modo relacional com a compreensão biomédica, a doença é vivenciada de modo totalizante pelos moradores, congregando tanto aspectos biológicos e sociais; o entendimento local da malária expõe um repertório de nuances de interpretações, tais como as noções de “malária para dentro” e “para fora”, “estar bom”

e “estar curado”, que se constituem em outro tipo de conhecimento sobre a doença, ao qual nos concentramos em compreender.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Paulo César, RABELO, Miriam Cristina. O status atual das Ciências Sociais em saúde no Brasil: tendências. In: _____, _____. *Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ FIOCRUZ, 1998a. p. 13-28.

_____. Repensando os Estudos Sobre Representações e Práticas em Saúde/Doença. In: _____. _____. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Editora Fiocruz, 1998b. p. 107-121.

ALVES, Paulo César, SOUZA, Iara Maria A.. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Maria Cristina, _____, _____ (Orgs.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 125-138.

BOURDIEU, Pierre. Compreender. In: BOURDIEU, Pierre (Coord.). *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 693-732.

BUCHILLET, Dominique. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: _____. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CEJUP/UEP, 1991. p. 21-44.

CANESQUI, Ana Maria. Introdução: Os novos rumos das Ciências Sociais e Saúde. In: _____ (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1997. (Coleção Saúde em debate)

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. *Os diários e suas margens: Viagem aos territórios Terêna e Tukúna*. Brasília: Editora da UnB, 2002.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1970.

FONTES, Breno. Sobre trajetórias de sociabilidade: a idéia de rede de saúde comunitária IN: MARTINS, Paulo Henrique, _____ (Orgs.). *Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas*, Ed. UFPE: Recife, 2004. p. 121-140

EVANS-PRITCHARD, Edward Evan. *Bruxarias, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

GARNELO, Luiza. *As correntes da antropologia na análise da doença e da saúde*. (texto não publicado), 2009.

GARNELO, Luiza, WRIGHT, Robin. Doença, cura e serviços de saúde: Representações, práticas e demandas Baníwa. In: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 2, n.17, Rio de Janeiro, 2001. p. 273-284.

GALVÃO, Eduardo. *Santos e Visagens: um estudo da vida religiosa de Itá, Baixo Amazonas*. 2ª ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional / Brasília, Instituto Nacional do Livro, 1976.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989. (Coleção Antropologia Social).

_____. Do ponto de vista dos nativos: a natureza do entendimento antropológico. In: _____ *O Saber Local: Novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 85-107

GLOSSÁRIO DE DOENÇAS. FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=191&sid=6&tpl=printer view>> Acesso em: 6 jun. 2010.

GOMES, Romeu, DESLANDES, Suely Ferreira. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: Notas teóricas. In: BOSI, M.L.M., MERCADO, F.J. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2004. p. 99-121.

GOMES, Romeu, MENDONÇA, Eduardo Alves. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, Maria Cecília S., DESLANDES, Suely F. (Orgs.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 109-132.

GONÇALVES, Helen. *A peste branca: um estudo antropológico sobre a tuberculose*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2002. (Coleção Academia)

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. In: *PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento), 2005. p. 54-70.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. 3ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004. (Coleção Biblioteca Universal).

LEITE, Silvana Nair, VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 8, n.3, São Paulo, 2003. p. 775-782.

LÉVI-STRAUSS, Claude. A ciência do concreto. IN: _____. *O pensamento selvagem*. Campinas: Papyrus, 2002. p.15-49.

_____. A eficácia simbólica. IN: _____. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. p. 215-236.

_____. Introdução à obra de Marcel Mauss. IN: MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif, 2003. p. 11-46.

_____. O feiticeiro e sua magia. IN: _____. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. p. 193-213.

MALINOWSKI, Bronislaw. *Os argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril, 1978.

MANAUS. *Código Ambiental do Município de Manaus*. 2001. Disponível em: <www.manaus.am.gov.br/porta/secretarias/.../codambmanaus.pdf> Acesso em: 6 jun. 2010.

MARTINS, Paulo Henrique. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. IN: _____, FONTES, Breno (Orgs.). *Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas*, Ed. UFPE: Recife, 2004. p. 21 -48

MARTINS, Paulo Henrique, FONTES, Breno. Construindo o conceito de redes de vigilância em saúde. IN: _____, _____, Ed. UFPE: Recife, 2004. p. 103 – 120

MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.1, n. 8, Rio de Janeiro, 2003, p.185 – 207.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G.W.S et al. (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 189-218.

_____. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: _____, DESLANDES, S. F. (Orgs.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 83-107.

MINISTÉRIO DA SAÚDE investe em pesquisas de doenças negligenciadas. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=2491> Acesso em 6 de junho de 2010.

MOREL, Carlos M. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. In: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 8, n. 22, Rio de Janeiro, 2006, p.1522 - 1523.

NODA, E. A. N. et al. *Alternativas para o Fortalecimento da Agricultura Familiar nas Comunidades do Tarumã Mirim, Manaus - AM*. Disponível em: <www.cnpat.embrapa.br/sbsp/anais/Trab_Format_PDF/79.pdf> Acesso em: 06 jun. 2010.

NOGUEIRA, Dassuem R. *Interfaces da malária: o caso do Assentamento Rural de Rio Pardo*. Manaus: UFAM, 2007. Monografia (Ciências Sociais), Universidade Federal do Amazonas, 2007.

PEIRANO, Mariza G. S.. A favor da etnografia. *Série Antropologia*, n.130, Brasília, 1992. p. 2-16.

QUEIROZ, Marcos de Souza. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: BARATA, Rita B., BRICEÑO-LEÓN, Roberto (Orgs.). *Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 27-46.

ROZEMBERG, Brani. Representação social de eventos somáticos ligados à esquistossomose. In: *Cadernos de saúde pública*, vol. 1, n. 10, Rio de Janeiro, 1994. p. 30-46.

SAHLINS, Marshal. O pessimismo sentimental e a experiência etnográfica: Por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção. In: *Mana*, vol. 1, n.3, Rio de Janeiro, 1997. p. 41-73.

SPINK, Mary Jane. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P., JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 117-145.

_____. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 9, vol. 3, jul/set, 1993. p. 300-308.

TEDLOCK, Dennis. A tradição analógica e o surgimento de uma antropologia dialógica. In: *Anuário Antropológico 85*, Rio de Janeiro, 1986. p. 183-203.

UCHOA, Elizabeth. Epidemiologia e Antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1997. p. 87-109. (Coleção Saúde em debate)

WAGLEY, Charles. *Uma comunidade Amazônica: estudo dos homens nos trópicos*. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1988.