

ALTAMIR TREVISAN DUTRA

É DO QUE SOMOS FEITOS: Corpo e Experiência para Usuários da Estratégia da Saúde da Família.

**SÃO PAULO
2013**

ALTAMIR TREVISAN DUTRA

É DO QUE SOMOS FEITOS: Corpo e Experiência para Usuários da Estratégia da Saúde da Família.

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira.

**SÃO PAULO
2013**

Dutra, Altamir Trevisan

É do que somos feitos: corpo e experiência para usuários da estratégia da saúde da família. / Altamir Trevisan Dutra. -- São Paulo, 2013.

xiii, 203f.

Dissertação (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Analysis of the efficacy of different stretching applications and their relations to delayed onset muscle soreness (DOMS).

1. Corpo. 2. Experiência. 3. Saúde da Família.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA**

Chefe do Departamento: Prof^ª. Dr^ª. Rebeca de Souza e Silva

Coordenador do Curso de Pós-graduação: Prof^ª. Dr^ª. Suely Godoy Agostinho Gimeno

ALTAMIR TREVISAN DUTRA

É DO QUE SOMOS FEITOS: Corpo e Experiência para Usuários da Estratégia da Saúde da Família.

Presidente da Banca:

Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Prof. Dr. Marcos Cláudio Signorelli

Prof. Dr^a. Myriam Aldana Vargas Santin

Prof. Dr. Elcio Nogueira dos Santos

Para minha mãe Amália e ao meu pai Clarindo (*in memoriam*).

E para minha esposa Sandra.

*Havia um Deus de costas, nu e sobre o lustre
Na sala mais íntima das minhas almas.
Chamei-o pelo nome e ele dissolveu-se
no espaço agora definido pelo corpo
da minha natureza a celebrar desejos
não mais divinos porque imensamente humanos.*

*A vida se liberta ao libertar a alma do fogo
maior que o medo de dar nome aos deuses.
Chega de fantasmas! Vamos ficar nus, vamos ser
inteiramente o corpo que somos
porque é no chão sem fim do que é o desejo
que o universo planta em nós a sua voz. E mora.*

Moacir Félix.

AGRADECIMENTOS

Orientar. Desorientar. Reinventar a forma. Achar um jeito próprio de escrever e de pesquisar. Buscar o simples no que parecia complexo. Eis a finalização de um percurso relevante e, portanto, momento de agradecer a todos que contribuíram para sua realização:

Ao Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira pela disponibilidade e pelo acompanhamento de todo o processo dessa tese. Por vezes, prazeroso, por outras, doloroso. Entretanto, sempre momentos de muito aprendizado.

Às pessoas pertencentes às comunidades da Linha Cachoeira, Linha Almeida, Nossa Senhora de Lourdes, Quadros, Carneiro e Beira Rio.

Aos profissionais da equipe de saúde e aos usuários do Centro de Saúde da Família, pela paciência e delicadeza com que sempre me receberam.

Aos meus companheiros de trabalho: Eudes, Alício, Marlete, Isidoro (*in memoriam*), José, Rufina, Albino, Ivani, Catarina, Honorino e Rosa pela amizade, ajuda e estímulo nas minhas diferentes necessidades.

À equipe de saúde: Ivânia, Cleonice, Dr. João, Enzo, Sirlei, Elísia, Fernando e Rose, pela ajuda e compreensão da importância da presente pesquisa.

À Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, por ter me proporcionado participar do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - PPSC.

Relevante ainda tecer alguns agradecimentos, de maneira especial, à minha família:

À minha mãe Amália Francisca, exemplo de vida e de viver e ao meu pai Clarindo (*in memoriam*) pela lembrança deixada de fé e de dedicação ao trabalho. Quando telefono e pergunto: como está, mãe? – *Cada vez melhor*, é a resposta. Ambos incansáveis no prover e no amar.

Aos meus irmãos Airton, Cleidi e Cleonice, que apesar da distância, a lembrança e a ajuda são uma preocupação constante.

À minha esposa Sandra Marafon Dutra, pelo companheirismo. Sábia e amante sempre.

Ao meu filho Rodrigo, querido e determinado em busca do máximo em tudo. E à minha filha Thaís, responsável e alegre no seu andar pela vida.

Por fim, a Deus que me auxiliou na “[...] *busca de um coração sábio*.”

Dele busquei a sabedoria, a hora e a maneira certa de agir” (EC8:5).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa das Mesorregiões do Brasil com Destaque para a Mesorregião da Grande Fronteira MERCOSUL (Sudoeste do Paraná, Oeste de Santa Catarina e Noroeste do Rio Grande do Sul)	28
Figura 2 – Mapa dos Municípios do Oeste de Santa Catarina que Compreendem a GERSA- Chapecó- SC	29
Figura 3 – Kaingang.....	33
Figura 4 – Brasileiros	36
Figura 5 – Os “De Origem”	39
Figura 6 – Vista Aérea de Chapecó	41
Figura 7 – Rio Uruguai em Goio-Ên: Divisa entre os Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul.....	43
Figura 8 – Geoprocessamento: Equipamentos de Saúde da Cidade de Chapecó ..	45
Figura 9 – Geoprocessamento: O Distrito de Goio-Ên	47
Figura 10 - Placa do Posto de Fiscalização Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina.....	49
Figura 11 – O Centro de Saúde da Família- Linha Cachoeira.....	53
Figura 12 – A Incrível Máquina.....	57
Figura 13 – Mapa das Áreas 1 e 2 do CSF- Linha Cachoeira	75
Figura 14 - Leilão das Pedras	107
Figura 15 - Corrida de Cavalos em Cancha Reta.....	109
Figura 16 - Chegada de Corrida de Cavalos em Cancha Reta.....	111
Figura 17 - Jogo de 48	113
Figura 18 – Churrasco.....	116
Figura 19 – Cacheta	118
Figura 20 - Matinê na Serrinha	121
Figura 21 - Sr. José na trilha do Lajeado Carneiro.....	170

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Denominações Atribuídas aos Índios da Região Oeste de Santa Catarina.....	34
Quadro 2 – Termos Atribuídos aos Caboclos	37
Quadro 3 – Denominações Conferidas aos Colonos “De Origem”	39
Quadro 4 – População de Chapecó, Área Territorial e Média de Moradores em Domicílios Ocupados, durante o ano de 2010	42
Quadro 5 – Organização dos Serviços do CSF- Linha Cachoeira	55
Quadro 6 – Reuniões Realizadas na Área de Abrangência do CSF- Linha Cachoeira.....	70
Quadro 7 – Visitas Realizadas no Campo de Estudos	72
Quadro 8 – Estrutura do Caderno de Campo.....	73
Quadro 9 - Identificação do Nome dos Cavalos e Número para as Apostas	107
Quadro 10 - Quadro com as Apostas e os Respectivos Valores em Três Rodadas.....	108
Quadro 11 - Ficha para Visita Domiciliar	110

LISTA DE ABREVIATURAS

AMAI	Associação dos Municípios do Alto Irani
AMAUC	Associação dos Municípios Alto Uruguai Catarinense
AMEOSC	Associação dos Municípios do Extremo Oeste de Santa Catarina
AMOSC	Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BPC	Benefício Previdenciário Continuado
CIDASC	Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina
CLS	Conselho Local de Saúde
COOPERALFA	Cooperativa Regional Alfa
COOTRAVE	Cooperativa de Trabalho Folha Verde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CSF	Centro de Saúde da Família
CTG	Centro de Tradições Gaúchas
EBM	Escola Básica Municipal
EPAGRI	Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FASC	Fundação de Assistência Social
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
HIPERDIA	Hipertensos e Diabéticos
IFDM	Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal
INMETRO-SC	Instituto de Metrologia de Santa Catarina
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MA	Microárea
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OIE	Organização Internacional de Epizotias
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PR	Paraná

RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

A presente tese teve como objetivo compreender e dar visibilidade à construção da noção de corpo descrita por meio das experiências compartilhadas entre os usuários das ações e dos serviços do Centro de Saúde da Família Linha Cachoeira, localizado no município de Chapecó- SC, entre os anos de 2010 a 2012. A etnografia foi utilizada como método de pesquisa e a observação participante foi uma técnica adotada para atender ao objetivo proposto. Para tanto, utilizou-se referenciais teóricos vinculados às ciências sociais com ênfase na perspectiva antropológica de Thomas Csordas enfatizando a dimensão do corpo como uma condição existencial e essencial da vida, fonte de agência e intencionalidade, bem como terreno intersubjetivo da experiência. Assim, os achados em campo analisados a partir da fala dos usuários, indicaram o corpo como um processo ambíguo de transformação contínua entre a sede e a condição existencial das performances próprias dos usuários como resultado da cultura e do lugar de agência dos modos da vida cotidiana e, ao mesmo tempo, um processo de fabricação e de mediação, observado em cada uma das experiências compartilhadas. Tais performances revelam e registram, portanto, os estilos e os modos de viver e, neste sentido, evidencia-se a necessidade de uma estratégia que oportunize reinventar as relações de poder, de pensar, de sentir, de agir e de resistência. A equipe de Atenção Básica demonstrou uma perspectiva pedagógica, que pode ser compreendida como uma forma de construção social. Em linhas gerais, a abordagem adotada nesta tese levantou questionamentos, e apontou o corpo como um ponto de vista metodológico para entender os modos de vida de usuários e suas relações estabelecidas com profissionais, em um contexto específico da saúde da família.

Palavras-chave: corpo - experiências - saúde da família.

ABSTRACT

This thesis aimed to understand and provide visibility to the construction of the notion of the body described through shared experiences between users actions and services of the Center for Family Health Line Cachoeira, located in Chapecó- SC, between from 2010 to 2012. Ethnography was used as a research method and participant observation technique was adopted to meet the objective. Therefore, we used theoretical frameworks linked to the social sciences with an emphasis in anthropological perspective of Thomas Csordas emphasizing the size of the body as an essential and existential condition of life, source of agency and intentionality, and inter-subjective ground of experience. Thus, the findings in the field of speech analyzed from users indicated the body as an ambiguous process of continuous transformation between the seat and the existential condition of the users' own performances as a result of the culture and the place of agency modes of everyday life and at the same time, a manufacturing process and mediation observed in each of the shared experiences. Such performances reveal and record, so the styles and modes of living and, in this sense, high lights the need for a strategy to reinvent the power relations, thinking, feeling, acting and resistance. The Primary Care team demonstrated a pedagogical perspective, which can be understood as a form of social construction. In general, the approach adopted in this thesis raised questions, and pointed to the body as a methodological point of view to understand the ways of life of users and their established relationships with professionals in a specific context of family health.

Key words: body - experiences - family health.

RESUMEN

Esta tesis tuvo como objetivo comprender y dar visibilidad a la construcción de la noción del cuerpo se describe a través de experiencias compartidas entre los usuarios de las acciones y servicios del Centro de Salud Familiar Línea Cachoeira, ubicado en Chapecó-SC, entre 2010-2012. La etnografía se utilizó como método de investigación y se adoptó la técnica de observación participante para cumplir el objetivo. Por lo tanto, hemos utilizado los marcos teóricos vinculados a las ciencias sociales, con énfasis en la perspectiva antropológica de Thomas Csordas enfatizando el tamaño del cuerpo como una condición esencial y existencial de la vida, fuente de la agencia y la intencionalidad, y el suelo de la experiencia intersubjetiva. Por lo tanto, los resultados en el campo de la palabra analizada de los usuarios indicaron que el cuerpo como un ambiguo proceso de transformación continua entre el asiento y la condición existencial de las propias actuaciones de los usuarios como consecuencia de la cultura y el lugar de los modos de la agencia de la vida cotidiana y al mismo tiempo, un proceso de fabricación y la mediación observaron en cada una de las experiencias compartidas. Estas actuaciones ponen de manifiesto y registro, por lo que los estilos y modos de vida y, en este sentido, destaca la necesidad de una estrategia de reinventar las relaciones de poder, pensar, sentir, actuar y resistencia. El equipo de atención primaria demostró una perspectiva pedagógica, que puede entenderse como una forma de construcción social. En general, el enfoque adoptado en esta tesis plantea cuestiones, y señaló el cuerpo como un punto de vista metodológico para comprender las formas de vida de los usuarios y sus relaciones establecidas con los profesionales en un contexto específico de la salud familiar.

Palabras clave: cuerpo - experiencias - salud de la familia.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	V
Agradecimentos.....	VII
Lista de Figuras.....	VIII
Lista de Quadros.....	IX
Lista de Abreviaturas.....	X
INTRODUÇÃO	18
1. O CAMPO DE ANÁLISE E A QUESTÃO CORPO DO USUÁRIO DO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA- LINHA CACHOEIRA	26
1.1. Recortes Territoriais na Região de Chapecó- SC	27
1.2. Breve Histórico Sobre os Grupos Étnicos Pertencentes à Região de Chapecó	30
1.2.1. Índios, Caboclos e os “De Origem”	31
1.3. O Município de Chapecó e o a Questão da Saúde.....	40
1.3.1. A Estratégia da Saúde da Família no Município de Chapecó	44
1.3.2. O Distrito de Goio-Ên.....	46
1.3.3. A Entrada para a Linha Cachoeira.....	49
1.4. O Centro de Saúde da Família-Linha Cachoeira, Suas Ações e Serviços.....	51
1.4.1. O Corpo e as Narrativas de Autodeterminação do Usuário das Ações e Serviços do CSF- Linha Cachoeira	58
2. CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	65
2.1. O Campo, as Linhas e o Panorama Rural	65
2.2. Tempos, Lugares e Caminhos Percorridos	69
2.3. A Etnografia e o Panorama da Corporeidade	76
3. REFLEXÕES ACERCA DO CORPO: A PERSPECTIVA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS.....	83
3.1. O Corpo na Perspectiva Antropológica	83
3.1.1. Aspectos da Antropologia Contemporânea	87
3.1.2. As Contribuições de Thomas Csordas.....	90
3.1.2.1. O Projeto Filosófico de Merleau-Ponty.....	91
3.1.2.2. O Corpo na Perspectiva de Thomas Csordas.....	94
3.2. Corporeidade como Paradigma Fenomenológico Cultural	97
4. AÇÕES E SERVIÇOS DO CSF- LINHA CACHOEIRA: AS PERFORMANCES DOS USUÁRIOS	100
4.1. As Performances dos Usuários	100
4.1.1. A Cachoeira, Causos e Rapadura	101
4.1.2. A Carreira de Cavalos em Cancha Reta e Outras Atividades.....	104

4.1.2.1. A Carreira de Cavalos em Cancha Reta	104
4.1.2.2. As Apostas	107
4.1.2.3. É Hora da Corrida.....	110
4.1.2.4. O Jogo de 48.....	113
4.1.2.5. O Churrasco.....	115
4.1.2.6 A Cacheta	118
4.1.2.7. A Matinê.....	120
4.1.2.8. Roda de Chimarrão.....	123
4.1.2.9. A Cultura de Mandioca	128
4.2. As Performances e o Corpo	132
4.3. Os Usuários e as Atividades em Grupo	133
4.3.1. Quem Tem a Dor é que Tem que Gemer.....	133
4.3.2. Corpo, Banha e Quebra-Pedra	139
4.3.3. Corpo Pesado.....	143
4.3.4. Corpo e a Idade Madura	145
4.3.5. O Corpo e os Grupos	147
5. AS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS FRENTE AS AÇÕES E OS SERVIÇOS DO CSF- LINHA CACHOEIRA	150
5.1. Usuários: Necessidades e Pontos de Encontro	150
5.1.1. O Corpo, a Pedra e o Acidente	151
5.1.2. Remédio para Cabeça e Pele Queimada	155
5.1.3. Vergonha: A Trava do Corpo	157
5.1.4. O Pé e o Peito de João Maria.....	159
5.2. Os Encontros com os Usuários e a Questão do Corpo	163
5.3. O Processo Saúde-Doença e as Experiências dos Usuários	164
5.3.1. Corpo e Outra Pedra	164
5.3.2. Tempo Bom é o de Agora, o que Passou, Passou	166
5.3.3. Angicos Pálidos	167
5.3.4. O Corpo e a “Pontada”	169
5.3.5. Corpo que Dói e Anda na Vida	171
5.3.6. Leite de Pedras.....	173
5.3.7. Tempos D’Antes e o Olho	176
5.3.8. Entre o Olho e o Olhar.....	179
5.3.9. O Ouvido da Vizinha.....	183
5.4. O Corpo na Saúde e na Doença	185

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	187
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	193
APÊNDICES.....	200

INTRODUÇÃO

Corpo é o complemento do ser. Partes e membros: orelha, nariz, pé, mão, cabeça. Todas as partes juntas formam o corpo. A prevenção da saúde é para este corpo. O que deveria consumir e o que não deveria. É uma máquina. Se faltar alguma coisa, terá problema. Estragou uma peça, pronto! O corpo é um emaranhado de sistemas. Sr. Albino, usuário do CSF- Linha Cachoeira.

A citação feita de saída pelo Sr. Albino representa de maneira sucinta o que a presente pesquisa buscou realizar. O objetivo central foi situar e descrever as experiências compartilhadas pelos usuários em relação às ações e aos serviços desenvolvidos pela Estratégia de Saúde da Família- ESF com o intuito de apreender como estas experiências demonstram a perspectiva de uma construção sobre a noção de corpo realizada pelos usuários.

O Sr. Albino é um dos moradores da Linha Cachoeira, área localizada no distrito de Goio-Ên, município de Chapecó, oeste do Estado de Santa Catarina. Como outros, ele é um dos usuários das ações e dos serviços do Centro de Saúde da Família CSF- Linha Cachoeira. Ele era o líder da comunidade quando a estrutura física deste centro de saúde foi construída. Em diferentes falas ouvidas ao longo das pesquisas de campo foi possível perceber o corpo expressado de maneira visível e vivido por meio de suas experiências. Nesta direção, há uma percepção do corpo relacionando-o no contexto da saúde.

Emaranhado foi a palavra pela qual o Sr. Albino expressou sua noção de corpo quando argumentava sobre a necessidade de haver um modelo de saúde na sua comunidade mais voltado para a prevenção. Ele manifestou esta concepção, cujas partes (peças) se comunicam de uma forma muito complexa, como sendo um “emaranhado de sistemas”.

Sr José, outro morador da Linha Cachoeira, afirmava que no ombro esquerdo trazia as marcas do trabalho duro na roça. Mostrava o ombro e relatava as experiências que vivera. O título adotado partiu inicialmente da fala deste usuário, quando ele se referia ao corpo dizendo que “é do que somos feitos.” Para Sr. José o corpo está impregnado de marcas da sua existência e, neste caso particular, ele falava sobre as marcas existentes em seu ombro, resultado de muitos anos de trabalho no campo. Foi considerando a perspectiva do usuário do centro de saúde que o presente estudo foi realizado, buscando compreender a percepção sobre o fenômeno corpo construída a

partir do ponto de vista dos usuários do CSF- Linha Cachoeira. Nesta perspectiva, buscou-se perceber este fenômeno por meio de aspectos biológicos, sociais e culturais.

Dentre os usuários optei por trabalhar com adultos e idosos, incluindo mulheres e homens, porque estas pessoas demonstraram ao longo da pesquisa de campo uma necessidade de falar sobre suas vidas e, por meio de suas experiências narradas, foi possível uma compreensão sobre o lugar, bem como os elementos históricos e culturais, além de considerar o corpo como *locus* da cultura.

Durante a pesquisa de campo foi observado várias cenas cujos personagens eram jovens ou mesmo crianças, mas optei pelo uso das narrativas das pessoas adultas e mais velhas da Linha Cachoeira para poder pensar as mudanças vividas e compreendidas por elas. No entanto, vale salientar que o objetivo não se atrelou a uma perspectiva sobre o envelhecer naquele distrito, mas tomar a fala do idoso como uma estratégia utilizada para perceber aspectos de mudança social, econômica e histórica presentes em suas experiências compartilhadas.

Outro elemento a ser destacado, refere-se ao fato de que não tive nenhuma intenção de salientar uma discussão que tomasse as questões de gênero como fenômeno central, busquei dentro desta perspectiva, as narrativas de homens e mulheres com o intuito de que cada um deles compartilhassem suas experiências na tentativa de compreender o sentido do corpo construído diante das ações e serviços oferecidos pelo centro de saúde. Nesta direção, cabe frisar que as terapias alternativas bem como a ideia de espiritualidade, apesar de aparecer nas entrevistas de maneira *an passant*, não são foco de análise da presente tese.

A pesquisa foi balizada numa perspectiva de metodologia descritiva na qual foi possível situar o objeto de análise, percorrer caminhos em campo além de observar, para posteriormente, descrever as narrativas dos usuários. Nesse sentido, cabe ressaltar que a ESF tomou aqui o lugar de campo de análise enquanto a questão da construção de uma noção sobre o corpo para usuários constituiu-se como objeto de análise da presente pesquisa.

Nesta busca, pode-se salientar que, muitas vezes, a noção de corpo é construída como uma coletividade constituída, ou ainda, como um encontro entre aspectos sociais e biológicos.

Foi com este propósito que a experiência vivida pelos moradores, atendidos pelo centro de saúde pesquisado, foi relevante para as análises empreendidas. Assim,

deve-se ressaltar que a experiência¹ vivida, é corporificada e compreendida como “[...] ponto de partida para analisar a participação humana em um mundo cultural” (Csordas, 2008, p. 368). Orientado por esta perspectiva, buscou-se apresentar as experiências de usuários das ações e serviços da Estratégia de Saúde da Família como um registro existencial, ou de outra forma, aquilo que eles viviam e sentiam, porém percebido, em um dado momento do trabalho de campo etnográfico. Por meio desta noção de experiência, foi possível apresentar não somente o que era ou deveria ser um usuário, um morador de uma comunidade rural, um cidadão, mas também as formas pelas quais eles mesmos vivenciaram e interpretaram seus modos de estar na vida.

O objetivo desta tese, neste sentido, foi o de buscar compreender e dar visibilidade à construção do corpo por meio da descrição de experiências compartilhadas² pelos usuários das ações e dos serviços da Estratégia de Saúde da Família- ESF. As experiências foram descritas de acordo com a forma pela qual as atividades cotidianas dos usuários se manifestaram durante o trabalho de campo etnográfico. E, nesta direção, cabe salientar que a ESF surge aqui como campo de análise e, não exatamente, o objeto de análise em questão, como já mencionado anteriormente.

O CSF- Linha Cachoeira possui uma estrutura física rural sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde e está localizado em Goio-Ên, distrito pertencente ao município de Chapecó- SC.

De acordo com o Plano Municipal 2010-2013, a rede assistencial deste município foi integrada e referenciada com a Atenção Básica³, contendo a Estratégia de Saúde da Família⁴ como prioritária para a organização de ações e serviços de cuidados primários em saúde (Chapecó, 2009). Promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde- SMS estão estabelecidos no CSF - Linha Cachoeira e priorizam a prevenção às doenças e a promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como base os princípios do

¹ A compreensão de experiência empregada nesta tese é apoiada também pelos estudos de Joan W. Scott. A autora emprega o conceito de experiência como processo pelo qual a subjetividade é construída (Scott, 1991, p. 782). Ela faz uma contundente crítica sobre a proposição de que a experiência ofereceria uma evidência na qual alguma coisa fosse se tornar concreta e chama a atenção para outros processos de construção de categorias tais como gênero, classe social, raça, etnicidade e identidade.

² A expressão “experiências compartilhadas” foi utilizada para demonstrar minha participação nas experiências vivenciadas, ou narradas pelos sujeitos deste estudo.

³ Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo. Abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL; PNAB, 2006).

⁴ Atualmente, no município de Chapecó, a ESF possui uma cobertura de 71%, com uma meta pactuada em 75%.

Sistema Único de Saúde- SUS. O objetivo principal de tais ações é a melhoria da eficácia do SUS municipal com impacto positivo na saúde de todos os seus usuários. Incluindo a perspectiva do usuário para identificar suas necessidades de saúde como um dos fatores prioritários na organização do processo de trabalho da SMS deste município.

Em Chapecó, a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS é denominada Centro de Saúde da Família. Essa estrutura representa a “porta de entrada” preferencial (Starfield, 2004) das ações e serviços de saúde dos usuários do SUS municipal, podendo encaminhar (referenciar) para serviços de média e alta complexidade em ambulatórios de especialidades e hospitais. O CSF representa a forma como a saúde da família tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS brasileiro.

Este estudo almejou, portanto, colaborar para a qualificação dos debates realizados em torno das ações e dos serviços da ESF, apresentando possibilidades para compreender melhor seus usuários na busca de um melhor atendimento e ações efetivas.

A escolha deste CSF se deu após minha visita para realizar vivências interdisciplinares e multiprofissionais, acompanhando estudantes dos cursos de graduação da área da saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - SC, instituição na qual sou docente. Como professor da Unochapecó, participei em 2003, de uma ação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde-PRÓ-SAÚDE como iniciativa desta universidade comunitária. Ao ter a demanda de objeto de estudo para minha tese de doutorado, recorri à comunidade – Linha Cachoeira – porque ela havia se mostrado modelar para aquilo que pretendia estudar. Apesar das vivências do PRÓ-SAÚDE terem sido organizadas para identificar aspectos do Sistema Único de Saúde- SUS, minha observação foi tomada pelo modo de viver dos usuários, referenciado pelos fazeres e saberes próprios daquele contexto específico. Dessa forma, vislumbrei que tais experiências poderiam ser significativas, simbólicas e, ao mesmo tempo, particulares para retratar o corpo no contexto da saúde que se pretendia analisar. Destarte, o conjunto de ações e de serviços utilizados pelos usuários e desenvolvidos pelo Centro de Saúde da Família - Linha Cachoeira pode representar o cotidiano vivido por outros usuários da Estratégia de Saúde da Família no Brasil.

Segundo Albuquerque e Oliveira,

[...], a história da saúde e da doença é, desde os tempos mais longínquos, uma história de construção de significações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e, ainda, sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente (2002, p. 2).

Neste sentido, as políticas de saúde, desde os fundamentos para um movimento de medicina social⁵, desenvolvidas inicialmente por Foucault (1985),⁶ buscam a coerência de paradigmas que considerem as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade (Nunes, 2009). A partir deste movimento, o modelo de Atenção Básica da saúde brasileira procura considerar determinantes sociais, envolvidas no processo saúde-doença em sua organização a partir de ações e serviços, operacionalizados pela saúde da família.

A Estratégia da Saúde da Família é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão – democráticas e participativas – sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios definidos, e seu processo de trabalho é organizado com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade, resiliência (Brasil, 2011). Partindo desta perspectiva, buscou-se aqui chamar a atenção para o reconhecimento do corpo e das experiências vividas pelos usuários e a possibilidade de sua consideração como um elemento integrante das ações da equipe para a solução dos problemas de saúde identificados.

Os estudos com usuários da Estratégia de Saúde da Família permitem a atualização de numerosos questionamentos sobre a relação corpo, saúde e doença que insistem em nos afligir. Assim sendo, esta tese tem como foco de estudo a construção da noção de corpo descrita pelos usuários durante as ações e os serviços de saúde do CSF-Linha Cachoeira, buscando compreendê-la tanto no cotidiano ou quanto durante a busca por cuidados, e cabe lembrar que a escolha dos usuários destacados nesta tese não está relacionada com uma doença específica.

A pesquisa foi realizada entre os anos de 2010 a 2012 e, durante este período, pude observar ao realizar o levantamento de publicações, no banco de dados Scielo, que a maioria dos temas que trazem em seus títulos a palavra corpo relacionado com o contexto dos serviços e ações de saúde evidenciavam tecnologias, ou faziam referências

⁵ Medicina social pode ser compreendida como um “[...] movimento no nível da produção de conhecimentos que, reformulando as indagações básicas que possibilitaram a emergência da Medicina Preventiva, tenta definir um objeto de estudos nas relações entre o biológico e o psicossocial” (Arouca, 2003, p. 150).

⁶ Na conferência *O nascimento da medicina social*, Michel Foucault questionava se a medicina sempre foi social, coletiva e não centradas no indivíduo. O autor faz uma análise na qual o capitalismo teria transformado a medicina privada em social, entre os séculos XVIII e XIX e, assim, investiu primeiro no âmbito biológico, somático e corporal na medida em que “socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho” (Foucault, 1985, p. 80). Posteriormente, no controle das pessoas e das ideologias.

aos serviços especializados para situações de ausência de saúde, mais especificamente, conforme estudos de Zorzaneli (2011), Souto (2010), Cintra; Pereira (2012). Entretanto, vale salientar que pesquisas sobre o tema corpo no contexto da ESF ainda são pouco exploradas.

O desenvolvimento de estudos sobre este tema é de fundamental importância, na medida em que as concepções sobre o corpo modificam-se historicamente e, de acordo com as experiências singulares, os usuários podem manifestar um conjunto integrado de comportamentos que pode influenciar as ações e os serviços de saúde.

É na esteira destas considerações iniciais que procurei considerar que as experiências pessoais dos usuários devem integrar o conjunto de informações organizadas pela equipe de trabalhadores da ESF a fim de melhor compreender as situações nas quais estes se encontram.

O aprofundamento de investigações sobre o corpo está sendo promovido em diversas áreas, tais como antropologia, educação, arte, comunicação e psicologia, assim como nas demais profissões da área da saúde. A corporeidade, como objeto de estudos de olhares diversos, constitui-se em uma “[...] perspectiva metodológica que visa a encorajar a releitura de dados existentes e propor novas questões para a pesquisa empírica” (Csordas, 2008, p. 101).

Mesmo o corpo sendo contemplado no decorrer da história da humanidade, o Século XX restaurou e aprofundou estudos sobre ele em uma perspectiva acentuadamente diferente da que havia até então. Como objeto de investigação histórica, Corbain (2008) e Courtine (2008) apresentam uma série de estudos que descrevem a maneira como o corpo passou de um papel secundário até o final do Século XIX, com uma tradição filosófica dominada pelo cartesianismo, para o de realidade construída contemporaneamente.

Estudos na perspectiva antropológica vêm destacando o tema aqui tratado – em estreita relação com representações de doença – com disciplinas que transitam entre a antropologia da doença, da saúde e do corpo. De fato, os estudos sobre corpo e saúde, de forma crescente, aproximam-se da compreensão daquele como veículo portador de saúde ou ausência deste em distintos momentos do tempo e de estágios do desenvolvimento civilizatório (Leibing, 2004), (Kruse, 2003) e buscam identificar a percepção de corpo na concretude da doença (Pereira, 2006), (Ferreira, 2001), (Canesqui, 2003) e (Canesqui, 2007). De outra forma, exemplos da doença também foram utilizados por Merleau-Ponty para mostrar a “unidade concreta do corpo”

(Moutinho, 2006, p. 137). Este estudo, por sua vez, priorizou investigar modelos teóricos sobre o corpo com ênfase na trajetória da perspectiva antropológica, sobretudo a partir daqueles realizados por Thomas Csordas (2008).

Nesta tese, adotei as terminologias corpo e corporeidade⁷, a partir deste autor, para assinalar pontos de vista que possam superar os limites da dimensão biológica e que estejam vinculados à dimensão social. Pois, o corpo é tido como condição existencial e essencial da vida, fonte de agência e intencionalidade, terreno intersubjetivo da experiência (Csordas, 2000). Nesta direção, a adoção do termo corporeidade tem o sentido de ponto de partida para a análise cultural, na medida em que marca uma perspectiva metodológica para melhor descrever as experiências dos usuários observadas no campo de estudo. Para apresentar os achados em campo, denominei de experiência compartilhada⁸ aquilo que vivenciei com os meus interlocutores. Tais vivências foram selecionadas com certo nível de consenso entre o tema que pretendia estudar e um núcleo de sentidos evidenciados pelos usuários das ações e dos serviços do CSF- Linha Cachoeira.

Com esta perspectiva metodológica, busquei descrever as experiências a partir de ações corriqueiras e técnicas, sendo expressas nos achados em campo. Quando digo ações corriqueiras, faço referência àquelas do dia-a-dia: fatos triviais, vividos pelos usuários em um contexto rural. Quando escrevo sobre as técnicas, faço referência a um conjunto de comportamentos formais, procedimentos e regularidades adotadas pelos usuários de acordo com as atividades realizadas. Ambas foram cumpridas por meio da observação local e direta do modo de vida e de uma tentativa de descrição mais “densa” possível (Geertz, 1978).

Ao esboçar uma pesquisa etnográfica, considerei este viés o mais adequado para entender o universo do usuário, orientando a observação do sensível, dos significados, das performances, enfim, dos achados considerados importantes para aquele grupo. Assim, como esta metodologia requer, busquei percorrer o distrito além de situar todos estes caminhos bem como pude observar e descrever aos leitores o lugar onde vivem os usuários em questão. Dessa forma, foi possível observar como a vida

⁷ Corporeidade foi a escolha do tradutor para o termo *embodiment*, utilizado por Thomas Csordas (2008). Dessa forma, o autor buscou descrever como homens e mulheres tornam corpo as normas, os valores e os estilos sociais.

⁸ Apesar de Csordas utilizar o termo “experiência corporificada” como “ponto de partida para analisar a participação humana em mundo cultural” (2008, p. 368), preferi utilizar o termo experiência compartilhada como forma de retratar o que pude perceber no campo de estudos por meio dos meus interlocutores.

acontece naquela comunidade e escrever as experiências narradas e compartilhadas pelos usuários das ações e dos serviços da ESF. Tal procedimento significou o interesse por questões que por um lado, puderam dar conta do impacto proporcionado pelas experiências vivenciadas por eles a partir dos cuidados desenvolvidos pela ESF e, por outro, perpassava uma metodologia que incluía a própria pessoa como parte de um processo metodológico a partir da materialidade do corpo, dos sentidos e intencionalidades.

A presente tese foi dividida em cinco capítulos. No primeiro capítulo, encontra-se exposto o local onde foi realizado o estudo. Nele, apresento a região de Chapecó, o distrito de Goio-Ên e a forma como está organizada a ESF no município. Além disso, introduzo alguns elementos da história do oeste de Santa Catarina que podem auxiliar na compreensão das experiências compartilhadas. Logo depois, exponho os usuários das ações e dos serviços do CSF- Linha Cachoeira. No segundo capítulo, procurei mostrar a etnografia realizada, elucidando como iniciei e desenvolvi os estudos. No terceiro capítulo, evidenciei a teoria que subjaz aos estudos, principalmente, a antropologia de Thomas Csordas.

Os achados em campo foram apresentados nos capítulos 4 e 5. No quarto capítulo, apresentei as performances dos usuários, observadas em campo, narrando as experiências com os usuários das ações e dos serviços do CSF- Linha Cachoeira. No quinto capítulo, expus inicialmente as necessidades de saúde dos usuários observadas durante visitas domiciliares e, logo após, relatei as experiências compartilhadas com três famílias de usuários do CSF- Linha Cachoeira, relacionadas com o processo saúde-doença. Para por fim, nas considerações finais, registrar as respostas ao objetivo das indagações aqui empreendidas.

1. O CAMPO DE ANÁLISE E A QUESTÃO CORPO DO USUÁRIO⁹ DO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA- LINHA CACHOEIRA.

A maneira como descrevo o cenário geográfico da região de Chapecó está conectada com informações políticas e econômicas. Nesta exposição, percorro desde a organização da Mesorregião Grande Fronteira do MERCOSUL até a apresentação do distrito de Goio-Ên e do Centro de Saúde da Família denominado Linha Cachoeira. A região de Chapecó é apresentada integrada aos elementos da organização de serviços e ações de saúde no Estado de Santa Catarina, estabelecidos no município e no CSF- Linha Cachoeira. A intenção dessa breve incursão é destacar alguns fatos históricos e recortes territoriais desenhados nesta região. Para a seleção de tais informações, ponderei importante expor algumas políticas territoriais que influenciaram o modo de vida dos meus interlocutores, com o intuito de apresentar a relação destas políticas com os serviços da Estratégia de Saúde da Família- ESF.

Neste sentido, julguei relevante apresentar a história e os grupos étnicos ali pertencentes, procurando expor algumas narrativas de pesquisadores que estudaram o oeste catarinense, avaliando e relacionando com as experiências dos meus interlocutores. Dessa forma, busquei um elo com os referências teóricos que concebem o corpo não apenas como algo biológico, mas como resultado de uma construção social. Esta maneira de apresentação do campo de estudos e dos usuários foi motivada pelos referências teóricos de Thomas Csordas, que apresenta o corpo como um modo de estudar as culturas, definindo-o como concretude construída histórica e culturalmente. A partir desta perspectiva, apresento brevemente um conjunto de hábitos, costumes, crenças e tradições que caracterizam tais interlocutores ajudando-me a entender melhor suas experiências relacionadas com a área da saúde. E, no final deste capítulo, exponho meus principais interlocutores, por meio de autodenominações.

⁹ Denomino corpo de usuários para qualificar o conjunto de usuários de ações e serviços de saúde de uma unidade de saúde. Assim, trata-se de referência semelhante a outras denominações tais como corpo de baile, corpo discente e corpo docente.

1.1. Recortes Territoriais na Região de Chapecó- SC.

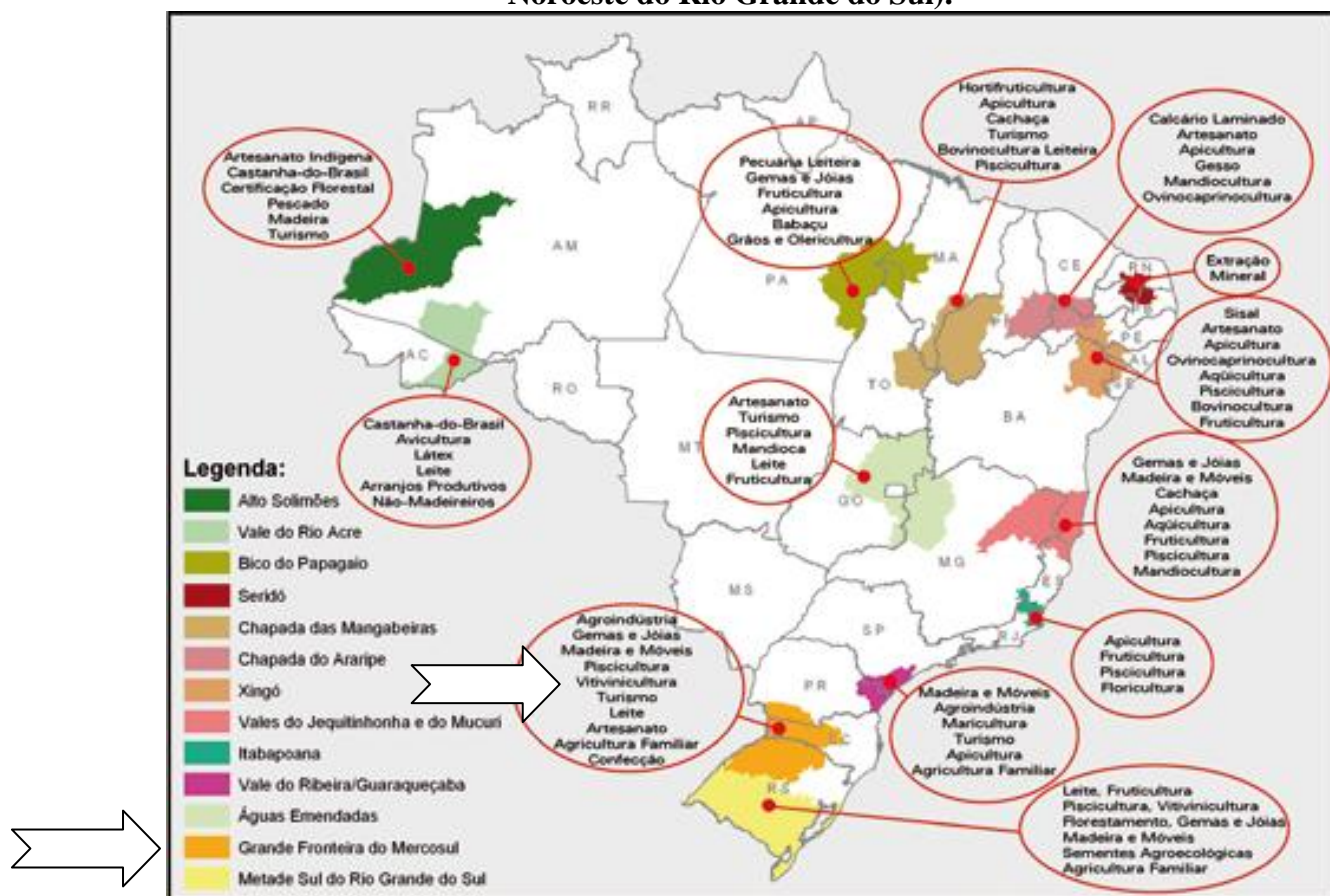
A região de Chapecó está situada no sul do Brasil, conectada e articulada a uma organização social com maior nível de complexidade: a Mesorregião Grande Fronteira do MERCOSUL (MRGFM). Constituída por 412 municípios situados no oeste de Santa Catarina, sudoeste do Paraná e noroeste do Rio Grande do Sul, busca a redução das inaceitáveis desigualdades sociais e regionais a partir, principalmente, da potencialização de atividades desenvolvidas em mesorregiões diferenciadas.¹⁰ Para além do município, da paisagem e da cultura, o território oeste catarinense¹¹ é palco de algumas iniciativas que promoveram a integração de políticas públicas setoriais, governamentais e não governamentais. Compreender conexões intersetoriais, identificar embriões de arranjos produtivos locais, tornar o oeste catarinense um mercado competitivo por meio de potencialidades regionais foram alguns dos objetivos das estratégias territoriais adotadas.

Para compreender melhor a forma de organização geopolítica que busca superar os limites municipais, apresento a seguir o mapa das mesorregiões brasileiras, com destaque para aquela em que os municípios do oeste de Santa Catarina fazem parte.

¹⁰ Uma mesorregião diferenciada é uma área formada por diversos municípios independentemente do pertencimento ou não destes a um mesmo Estado, e ainda que se localizem em áreas fronteiriças com outros Estados ou países (Brasil, 2009).

¹¹ Referência à denominação adotada pelo Programa Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Territórios Rurais, coordenado pela Secretaria de Desenvolvimento Territorial do Ministério do Desenvolvimento Agrário (SDT/MDA).

Figura 1 – Mapa das Mesorregiões do Brasil com Destaque para a Mesorregião da Grande Fronteira MERCOSUL (Sudoeste do Paraná, Oeste de Santa Catarina e Noroeste do Rio Grande do Sul).



Fonte: BRASIL, 2009.

A MRGFM, como organização territorial, está em consonância com a trajetória das políticas públicas catarinenses que incentivam a criação de associações de municípios, as quais se fundamentam em um processo histórico integracionista e de associativismo, com uma perspectiva municipalista unida a características culturais. O município de Chapecó faz parte da Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina- AMOSC, que congrega 21 municípios.

Trata-se de uma entidade registrada como personalidade jurídica de direito privado, reconhecida como de utilidade pública, sem fins lucrativos e com estatuto próprio. No setor da saúde, os usuários cadastrados na atenção básica dos municípios da AMOSC utilizam serviços especializados, organizados pela Gerência Regional de Saúde- GERSA e pelo Consórcio Internacional de Saúde- CIS- AMOSC.

As diretrizes de atenção à saúde da Secretaria Estadual de Saúde- SES estão orientadas para “[...] efetivar a Atenção Básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias para assegurar qualificação na assistência e no

Junto com as demais unidades de saúde dos municípios que integram a GERSA, o da CSF- Linha Cachoeira é uma unidade de saúde que busca atender à meta da Secretaria Estadual de Saúde. As equipes de saúde da família devem promover a cobertura de 90% da população do Estado (Santa Catarina, 2007). Além disso, o CSF- Linha Cachoeira está alinhado à política de saúde estadual na medida em que suas ações e seus serviços buscam fortalecer a atenção básica e o desenvolvimento de práticas alternativas a atenção hospitalar e a racionalização da utilização das tecnologias médicas. Essas são vistas como essenciais para a reorganização da prática assistencial e melhoria das ações e serviços prestados pelo SUS catarinense.

1.2. Breve Histórico Sobre os Grupos Étnicos Pertencentes à Região de Chapecó.

No campo de estudo, observei e descrevi as experiências dos usuários de forma relativa ao evento que escolhido para tal ação, considerando alguns aspectos de fronteiras sociais criadas por situações que foram denominadas ou autodenominadas, durante minhas experiências com os sujeitos em questão. Sem querer aprofundar-me sobre a construção da identidade do oeste catarinense, mencionei alguns aspectos da história da região que me auxiliaram no entendimento das experiências dos usuários apresentadas no último capítulo desta tese. Com esta incursão, compreendi melhor os xingamentos e as piadas, a forma e a preparação das comidas e a escolha de atividades de lazer, dentre outras atitudes.

A origem dos moradores das áreas adstritas do CSF- Linha Cachoeira é marcada fortemente pela presença de caboclos, seguidos pelos ítalo-gaúchos e alguns poucos alemães. Em campo, não percebi evidências significativas que demonstrassem padrões de comportamento de meus interlocutores, referenciados por uma etnia específica. O que ficou notório foi uma mescla de diferentes formas de se falar, de organizar a propriedade, de escolher e preparar os alimentos, de manifestar sua religiosidade, suas performances e a forma com que percorrem itinerários em busca de cuidados referentes à saúde. Isso ficou manifesto na autodenominação pronunciada por Eudes¹³, 42 anos: “Eu sou o negão da cachoeira. Uma mistura [...]” (Sr. Eudes, out., 2010). O que mais ouvi dos usuários que corroborou esta noção de mistura foi a fala: “sou brasileiro”.

¹³ O Sr. Eudes foi considerado um informante chave por representar os pontos de vista da coletividade.

A história da conformação dos grupos étnicos no distrito de Goio-Ên (e na região oeste catarinense) foi formada, em grande medida, por aquela construída pelas famílias que se alternavam no domínio de terras dessa localidade. Para Renk (2004), aspectos da descendência comum, reforçados pela experiência partilhada¹⁴ do processo de colonização, foram conformando uma identidade brasileira em oposição à dos colonizadores. Os sentimentos, a solidariedade e as técnicas culturais eficientes foram evidenciados em campo e, assim, tornou-se possível perceber experiências de relações de poder, de saberes, de práticas e percepções próprias daqueles moradores.

Como forma de situar as descrições – a partir da observação do campo –, apresento alguns elementos dos grupos étnicos que fizeram parte da história comum do oeste catarinense (parecida com a dos moradores do sudoeste do Paraná e noroeste do Rio Grande do Sul). Tais elementos foram mencionados nas observações no campo de análise pelos interlocutores. A intenção, neste sentido, é apresentar a crescente literatura que há sobre a história do oeste catarinense.

1.2.1. Índios, Caboclos e os “De Origem”.

A abrangência de um território está relacionada com as práticas de interação entre as políticas governamentais e as vivências das pessoas que moram em um determinado lugar, constituindo a base para a existência de uma região. De acordo com Renk (2004), a região oeste catarinense foi assim denominada a partir do Estado Novo. Anteriormente, constava nos mapas como zona desconhecida, despovoada e era tratada ora como sertão nacional, contrapondo-se aos campos de Palmas¹⁵, ora como área inóspita e limítrofe (com fronteira internacional em disputa). Até a década de 1920, o interior catarinense era denominado região serrana. De acordo com Renk (1997), oeste catarinense é a “[...] área compreendida nos limites fixados em 1917 aos municípios criados, de Cruzeiro (atual Joaçaba) e Chapecó, que corresponde atualmente às regiões coloniais do oeste e do rio do peixe, na divisão utilizada pelo IBGE” (*Idem Ibidem*, p. 29).

¹⁴ A autora refere que “[...] o processo de colonização representou uma experiência partilhada, permitindo a construção da identidade brasileira em oposição aos colonizadores” (Renk, 2004, p. 59).

¹⁵ O oeste catarinense era considerado uma extensão dos campos de Palmas- PR.

Para Poli (2006), a região oeste pode ser visualizada em três fases de ocupação¹⁶ a saber: fase de ocupação indígena (meados do século XVI) marcada principalmente pela etnia Kaingang; fase cabocla; fase de colonização marcada pela penetração de imigrantes alemães e italianos, vindos do Rio Grande do Sul.

Apesar da dificuldade na obtenção de dados, Rossetto (1989) descreveu que a população nativa que teve uma presença marcante na área foi a dos índios kaingang pois, o oeste catarinense era uma parte do imenso território que constituía o *habitat* indígena. Os kaingang viviam na ocupação da mata araucária e em campos intermediários. E, ao longo dos grandes rios e nas bordas dos grandes campos, viviam os guaranis. Havia ainda a presença de tribos xokleng (D'Angelis, 2006).

Missões jesuíticas foram criadas no Paraná e no Rio Grande do Sul, principalmente, com os indígenas guaranis. Além dos jesuítas, havia a presença constante de bandeirantes paulistas em busca de escravos, especialmente, guaranis, kaingangs e xoklengs não representavam valor ante a superioridade daqueles. O valor era creditado pelos bandeirantes devido aos hábitos sedentários, ao domínio da agricultura e, principalmente, ao mais fácil entendimento da língua guarani.

No final da segunda década do século XVI, vários ataques de bandeirantes às missões jesuíticas foram efetuados. Assim, eles se tornaram escravos e foram levados para São Paulo mais de 60 mil índios guaranis (*Idem Ibidem*). Os ataques promovidos na região provocaram mudanças na distribuição de indígenas pelo território, com reflexos até a região do rio Uruguai.

As expansões da indústria extrativista (mineração de Minas Gerais) e posteriormente, da lavoura cafeeira (Rio de Janeiro, Espírito Santo e Vale do Paraíba-SP), exigiam o aumento dos “campos de criar”¹⁷, até então restritos ao Rio Grande do Sul. Dom João VI assinou, em 1808, um documento oficial “suspendendo os efeitos de humanidade” e considerou como principiada a guerra aos índios bugres ocupantes de terras em torno do rio Paraná e nas cabeceiras do rio Uruguai (Renk, 2000, p. 79).

¹⁶ A escolha pela descrição da história do oeste de Santa Catarina foi realizada por meio de textos clássicos que abordavam este tema a partir de diferentes perspectivas, durante as festividades de comemoração do Centro de Memória do Oeste Catarinense- CEOM. Os autores pesquisados foram, principalmente, Bellani (2006), Poli (2006), D'Angelis (2006) e Renk (2006). Não se pretende retratar de forma fiel a sequência dos fatos e da história especificada da região, mas sim, apresentar – de forma deliberada – elementos para compreender processos históricos vivenciados pela população dessa região que possibilitem orientar para o objetivo deste estudo.

¹⁷ Refere-se à criação de gado, no século passado, em extensas áreas de campo, ocupadas, apossadas, tiradas dos índios pelos grandes proprietários que vieram de São Paulo para o sul (Renk, 2000, p. 79).

Os conflitos surgidos com a penetração portuguesa em território kaingang (1812) dividiram o povo indígena entre os favoráveis e os contrários à aliança e à aceitação dos brancos. Em meio a tal conflito, foi sendo construído o trânsito pelos passos do Iguassu, Chapecó e Goio-Ên. O comércio de muares, a navegabilidade do rio Uruguai, a existência de ervais nas proximidades dos rios e a maior facilidade de criar colônias e outros estabelecimentos em torno dos caminhos criados foram os fatores determinantes para a constituição do caminho mais conveniente de São Paulo para o Rio Grande do Sul (Poli, 2006, p. 159).

Figura 3 – Kaingang



Fonte: <http://wp.clicrbs.com.br/diariodooeste/2011/05/24/kaingang-resgatam-a-festa-do-kiki>.

Na foto acima, detalhe de índio kaingang na festa do kiki.¹⁸ Na sua testa, há uma pintura feita com carvão registrando no corpo as marcas kamé (traços) e kairu (bolas) que representam as duas metades da tribo.

A distribuição da população indígena no território oeste catarinense concretizou-se como uma reação à forma como se deu a ocupação das terras pelos não indígenas. Os que eram favoráveis, aproximavam-se da estrada Palmas em Goio-Ên, os contrários à ocupação refugiavam-se mais longe da estrada, embrenhando-se no mato. Outro fator que provocou a diminuição destas terras foi a pressão exercida sobre o governo por fazendeiros que reivindicavam a expansão de seus campos particulares de criação. Cumulativamente a isto, está o fato de que o Serviço de Proteção ao Índio- SPI reconhece mas não defende os direitos dos indígenas (D'Angelis, 2006).

¹⁸ Festa na qual se realiza um ritual de culto aos mortos.

Como forma de reverter o processo de expulsão dos índios da região e a diminuição de seu território, na década de 1980, teve início um processo de regularização fundiária de terras indígenas. Conflitos com agricultores, legislações fundiárias e políticas locais do município de Chapecó foram fatores que auxiliaram no reconhecimento da história indígena no município. O processo de retomada das terras indígenas kaingang culminou com a constituição do Toldo Chimbangue e da Aldeia Condá. A terra indígena Toldo Chimbangue (antiga sede Trentin) foi parcialmente demarcada em 1986 – a cidade de Chapecó é a terra tradicional dos kaingangs da Aldeia Condá –, como tentativa de reterritorializá-los e foi construída uma aldeia urbana em um terreno próximo ao centro da cidade de Chapecó. Hoje indígenas da região vivem das roças administradas pela FUNAI, bem como das familiares, da venda de seus artesanatos e da prestação de serviços para produtores rurais.

Os estudos sobre a presença de índios no território oeste catarinense permitiram perceber várias formas de denominar assim como de identificar entre a população, os indígenas que vivem na região. A seguir, exponho um quadro com as denominações selecionadas de acordo com os autores pesquisados.

Quadro 1 – Denominações Atribuídas aos Índios da Região Oeste de Santa Catarina

Índios aldeados ou mansos	Aqueles que se submeteram aos aldeamentos. Muitas vezes tinham acesso a armas.
Submetidos ou dominados	Submetidos pelo colonizador, tinham a função de neutralizar a resistência e a reação dos demais indígenas no território.
Mestiços	Pessoas com a ascendência indígena imediata (mãe indígena e pai branco ou negro e vice-versa).
Capitão e bugreiro	Militar com direito a soldo e fardamento oficial. Pertencia à horda dos kaingangs que havia aceitado a convivência pacífica com os fazendeiros.
Insubmissos, Arredios, selvagens	Índios que se recusavam a viver nos aldeamentos ou reservas.
Escravos de valor	Os guaranis para os bandeirantes paulistas.
Pacificados	Indígenas que aceitaram a presença dos brancos em suas terras.
Rebeldes ou vadios	Índios que se opunham ou que levantassem dúvidas sobre a oportunidade ou vantagem de se vender madeiras (Poli, 2006, p. 203).

Fonte: Poli *et al*, 2006.

Em meio ao conflito de território vivenciado pelo período que foi denominado por Poli (2006), como fase de ocupação indígena, teve início a fase cabocla. Estes, são considerados os luso-brasileiros e foram os pioneiros na penetração e no desbravamento do sertão catarinense (*Idem Ibidem*).

Assim, para ser considerado caboclo:

[...] - precisa apenas ter sido criado no sertão, ter hábitos e comportamentos de sertanejo em pele cor mais ou menos escura;
 - a maioria dos caboclos era o que se poderia classificar de pobres, possuíam 5,6 ou no máximo, 8 alqueires de posse;
 - viviam em ranchinhos de pequenos troncos, cobertos com folhas de bambu. Muitos cobriam com taboinhas lascadas, normalmente de pinheiro, por serem mais fáceis de rachar;
 - geralmente possuíam cavalo encilhado, roupa para vestir nos domingos [domingueira], duas pistolas e facão (Wachowics *apud* Poli, 2006, pp. 98-99).

Conceituar o termo caboclo é uma tarefa difícil. Pois, “na realidade, o caboclo do oeste não é simplesmente originário de cruzamento racial puro, mas do cruzamento de indivíduos já miscigenados” (Poli, 2006, p. 99). É muito mais definido pela sua condição social e econômica do que pela racial. Neste sentido, se melhorasse a condição de vida, deixava de ser caboclo. Portanto, não se trata de uma definição biológica, mas sim social.

Seu modo de viver entrava em conflito com a forma de ocupação do território oeste catarinense. A preocupação do governo sempre foi motivada pela promoção de ações necessárias para garantir a posse e o desenvolvimento do território. Por meio de decreto governamental, a Colônia Militar de Chapecó (1882) poderia distribuir títulos de terras e promover a colonização da região. A partir de então, para que houvesse a comprovação de tratar-se de terras brasileiras, foi realizado o mapeamento de toda a área. Para que o título de propriedade fosse definitivo, era necessária a efetiva ocupação e exploração da terra. Muitas destas áreas voltaram a ser devolutas por não terem sido demarcadas e por não terem tido confirmados os seus registros.

Custos altos de demarcação, declínio do comércio da erva-mate, analfabetismo, entraves burocráticos e conflitos com a perspectiva capitalista foram fatores que dificultaram a propriedade da terra por parte dos caboclos. Estes vendiam por preços baixos e buscavam outras. Entretanto, cabe ressaltar que na verdade, eram pressionados a isso, já que “não podiam aproveitá-las” (*Idem Ibidem*, p. 86). Com a venda, os caboclos transitavam como posseiros por onde acampavam. Arranjos entre posseiros constituíam outros mapas das terras e, por meio da palavra e do respeito, eram feitos acordos sobre as divisas das terras possuídas.

As reações dos caboclos à colonização foi quase de acolhida. A maioria deles respeitava os colonizadores madeireiros por estes serem mais instruídos e terem condições de dar-lhes algum dinheiro em troca de trabalho.

Em terras que não prestavam para a exploração pecuária ou para atividades agrícolas mais racionalizadas, os caboclos caçavam, pescavam, constituíam sua morada e a roça cabocla era dividida em terras para o plantio de milho, feijão, arroz, batata-doce, mandioca e batatinha bem como para a criação de porcos, vacas e mulas (*Idem Ibidem*, p. 89). Dessa forma, cada vez mais, eram empurrados para o interior, sempre fugindo da colonização e da institucionalização da propriedade privada da terra. Como o caboclo não produzia excedente, eram raras as vezes em que conseguia dinheiro suficiente para comprar uma propriedade e construir uma casa mais confortável.

A maioria das formas de referência aos caboclos eram pejorativas. A presença deles na região motivou a identificação de características que lhes são próprias e próximas das dos índios.

No que diz respeito às relações em sociedade, no entanto, não diferiam dos superiores pecuniários. O casamento retratado pela figura a seguir é de um parente do Sr. Eudes. Foram muitas as fotografias que observei tanto da família, quanto do acervo da escola da Linha Cachoeira e da Linha Almeida em que havia o registro de situações da vida que levavam. Na foto abaixo, aparecem o Sr. Otaviano, já falecido, pai de Sr. Eudes e de D. Isabel, sua mãe, em pé a esquerda.

Figura 4 – Brasileiros



Fonte: Acervo da Família de D. Isabel Rosa.

A seguir, apresento um quadro com denominações atribuídas aos caboclos da região.

Quadro 2 – Termos Atribuídos aos Caboclos

Posseiro	Homens sem terra construíram toscas moradias em áreas devolutas e tinham na coleta da erva-mate seu principal ganha-pão (Auras <i>apud</i> Poli, 2006, p. 178).
Intruso	Caboclo que ocupa a terra alheia.
“cani, negri e corvi, tutti compagni” (cachorros, negros e corvos, todos iguais) (Renk, 2006, p. 39)	Forma de referência entre aqueles de origem italiana.
Solidário, leal, parceiro, trocas	Características do caboclo.
Brasileiros da “velha estirpe”	O cortador e arrastador do mato até as serrarias, a barranca ou a canhada ¹⁹ do rio.
Frente-da-frente	Por não se adequar às normas de títulos de terras, muitos caboclos seguiam para regiões mais afastadas, promovendo uma importante atividade para a colonização (pequenas roças e criação de pequenos povoados).
Negro, despossuído	Terminologia regional.
Agregados	“Nas grandes propriedades havia os agregados que ali residiam com suas famílias. Arrebanhar os animais, criados soltos[...] consistia no dia a dia desses homens. As chances de ascensão eram praticamente nulas” (Auras <i>apud</i> Poli, 2006, p. 177).
Pobre	Devido à sua condição de viver toscamente.
Inferior	Não trabalhavam da mesma forma que os “de origem” (descendentes de alemães, italianos e poloneses) por serem normalmente pobres.
Parece gente branca de tão bom que é.	Expressão utilizada para descrever os caboclos que não são arruaceiros (Poli, 2006).
Caboclos colonos	Caboclos que possuíam e cultivavam a terra e comercializavam o excedente.
Ervateiros e tarefereiros	Caboclos com trabalho assalariado, extraindo erva-mate por tarefa (Renk, 2006, p. 38).
Agricultores não índios, colonos e brasileiros.	Terminologia regional.

Fonte: Renk *et al*, 2006.

Pensar tais categorizações associadas às observações realizadas durante as ações da ESF fez-me perceber que criar ou nomear ou ainda buscar diferenças nas identidades regionais era um determinante para o estabelecimento de uma hierarquia

¹⁹ Planície estreita entre montanhas.

para acesso à posse de terras. Jeitos de viver e lidar com a fala e com a escrita que eram construídos em uma perspectiva de relação de poder. A fase colonizadora da região oeste – cujos estudos indicam que os colonos foram privilegiados pela forma com que foi organizado o processo de colonização – afastou, sistematicamente, o caboclo da posse da terra. Este era visto como mão de obra barata, posseiro, arrendatário, no máximo como pequeno proprietário.

Considerando tais argumentos vale salientar a questão dos colonos, pois, a região oeste de Santa Catarina passou a ser conhecida dos colonizadores europeus e de seus descendentes a partir de 1641, com a passagem do primeiro grupo de bandeirantes paulistas a caminho do Rio Grande do Sul. A fase de colonização, porém, segundo Rossetto (1989), ocorreu somente por volta de 1916, após o final da Guerra do Contestado. A luta armada, iniciada em meados de 1912 e que durou cerca de quatro anos, é um marco histórico de extrema importância no processo de evolução e transformação da estrutura socioeconômica de toda essa imensa região colonial catarinense.

O oeste e o extremo oeste deste Estado não se constituíram do ponto de vista geográfico-espacial, em palco dos combates violentos e sangrentos da Guerra do Contestado. Do ponto de vista histórico-cultural, fazia parte da região contestada pelos Estados do Paraná e de Santa Catarina.

Além e em função disso, o Oeste e o Extremo Oeste catarinense só passaram a ser efetivamente ocupados por imigrantes gaúchos depois que a guerrilha foi sufocada pelas forças regulares do governo, o que equivale a dizer que a área foi efetivamente varrida dos remanescentes caboclos que poderiam reivindicar o uso e a posse daquelas terras, como representantes ou descendentes dos primeiros ocupantes (Rossetto, 1989, p. 12).

Quando os gaúchos iniciaram o processo de emigração para o oeste de Santa Catarina, a população indígena e a de caboclos já haviam sido reduzidas. Migrantes do noroeste do Rio Grande do Sul – em regra, descendentes de imigrantes, particularmente italianos e alemães – deslocavam-se para o interior de Santa Catarina. Mediante a ocupação dos campos de Palmas, foi aberto um caminho de tropas que ligava o Paraná ao Rio Grande do Sul (Bellani, 2006).

Figura 5 – Os “De Origem”.



Fonte: Foto do pesquisador, fev., 2012.

A figura acima apresenta o Sr. Altair, morador desta região, um dos assadores do “costelão” em um dia de confraternização no salão de eventos da Linha Cachoeira. Ele veste boina de feltro, guaiaca de bombacha salientando sua origem riograndense. As denominações aos gaúchos, na maioria descendentes de italianos, são mais restritas, atribuindo uma perspectiva de primeiridade (Renk, 2006).

A seguir, mostro um quadro com denominações atribuídas aos colonos da região.

Quadro 3 – Denominações Conferidas aos Colonos “De Origem”.

“Colono de origem” ou simplesmente “de origem”	Categoria nativa para a população da área rural, descendente de europeus (Renk, 2006).
Colono pioneiro	Primeiros a migrar para determinada área legalizada.
Bárbaros	Fazendeiros que trucidaram nativos e espoliaram as terras que foram acordadas como indígenas.
Colonos italianos	Compradores das glebas de terra da companhia.
Gringo	De origem italiana (Renk, 2006).
“Polenteiro”	Agressão verbal dirigida aos gringos que adotaram a polenta como prato típico da cozinha italiana (Renk, 2006).
Gente de boa qualidade	As terras de boa qualidade deveriam ser vendidas para pessoas que pudessem pagar (de qualidade). Geralmente os “de origem”.

Fonte: Renk *et al*, 2006.

Pensar tais denominações orienta a busca de elementos históricos da região oeste catarinense permitindo auxiliar-me no entendimento de como as experiências estabeleceram formas de identificação e de pertencimento ao lugar vivido. As histórias vividas pelos diferentes coletivos da região compuseram, gradativamente, a base para a formação de uma identidade regional. Segundo Renk (2003, p. 27), a identidade

regional é a “[...] matéria de percepção moldada e colorida pelo mundo social”. Um “oestino” pode ser entendido como uma categoria que se identifica em oposição aos outros (litorâneos), reafirmando sua identidade e incorporando sua cultura, mas também se situando no mundo a partir da construção socioespacial regional.

Durante as atividades em campo, pude perceber o aspecto marcante de transições culturais por meio da identificação das características físicas e dos comportamentos presentes nas experiências narradas e observadas. Nesta direção, as características culturais mais evidentes referentes a noção de corpo por parte dos usuários estudados refere-se ao fato de viverem no campo e, por isso, tais vivências foram atreladas ao trabalho próprio do meio rural promovendo certa semelhança entre as histórias de vida ali narradas. A confecção dos quadros com as denominações dos grupos étnicos teve como objetivo apresentar um ponto de partida para salientar elementos que auxiliassem na compreensão de quem são os usuários das ações e dos serviços do Centro de Saúde da Família- Linha Cachoeira. As interações com tais interlocutores demonstraram que o contexto vivido está mais relacionado com atitudes e ações particulares, exigindo atenção do observador.

1.3.O Município de Chapecó e a Questão da Saúde

A configuração do município de Chapecó – cuja bandeira consta a data de 25 de agosto de 1917 como ano de emancipação – é fruto do processo histórico de desmembramento de sessenta municípios do “velho Chapecó” (Renk, 2004). Essa cidade, que tem os primeiros moradores ligados a paulistas em marcha para o sul do Brasil e que naquele período, era conhecida como parte oeste catarinense, não possui limites político-administrativos bem definidos. Dentre os povoados que ficavam neste caminho, pode-se destacar o Passo Bormann. Conhecido também como Passo dos índios ou Lajeado dos Índios (atual cidade de Chapecó) que representava o caminho obrigatório entre as vilas de Passo Bormann (atual distrito de Chapecó, que faz divisa com o de Goio-Ên) e Xanxerê, terra considerada indígena.

Após a concepção do município, as fazendas de criação e o extrativismo da madeira e da erva-mate foram as principais atividades econômicas. A madeira (extração, beneficiamento, comércio interno e exportação) foi o produto principal da economia na região do município. O comércio madeireiro com os países da prata

utilizava o rio Uruguai como meio de transporte. E, “[...] com suas cheias constantes, serviu de caminho para o escoamento de madeiras para a Argentina, em forma de balsas” (Bellani, 2006, p. 74).

Chapecó é uma palavra de origem kaingang e origina-se dos termos echa + apê + gô, que, na língua dos nativos, significa "onde se avista o caminho da roça".²⁰ Distante da origem de seu nome, a figura a seguir apresenta uma vista aérea da cidade. Do lado esquerdo é possível ver a catedral Santo Antônio e, nela, encontra-se o marco central da cidade.

Figura 6 – Vista Aérea de Chapecó.



Fonte: <http://turismo.culturamix.com/nacionais/sul/cidade-de-chapeco>.

O município é considerado como um polo do oeste catarinense, região em que existe cerca de duzentos municípios, os quais somados representam mais de dois milhões de habitantes. É considerada também a capital latino-americana de produção de aves e centro brasileiro de pesquisas agropecuárias relevante, exportando produtos alimentícios industrializados de natureza animal. Muitas vezes, denominado também de município mãe na medida em que deu origem às divisões político-administrativas que compõem atualmente as microrregiões catarinenses da AMOSC, da Associação dos Municípios do Extremo Oeste de Santa Catarina- AMEOSC, da Associação dos

²⁰ Há outras versões sobre a origem do nome da cidade, tais como “chapadão alto” e “chapéu feito de cipó”.

Municípios do Alto Uruguai Catarinense- AMAUC e da Associação dos Municípios do Alto Irani- AMAI. A sua antiga extensão territorial ia desde o município de Joaçaba até a fronteira com a República Argentina, tendo como divisor o rio Pepery-guaçu. Atualmente, fica localizado em meio a um entroncamento de rodovias federais e estaduais, com acesso fácil aos países do MERCOSUL, funcionando como um ponto estratégico para negócios transfronteiras no sul do Brasil.

Lá estão as sedes das principais empresas processadoras e exportadoras de carnes de suínos, aves e derivados da América Latina (Brasil *Foods*, antiga Perdigão S.A., que incorporará em breve a empresa Sadia; Cooperativa Central Oeste Catarinense e Cooperativa Central Alfa), convergindo para vários empreendimentos rurais em torno do complexo agroindustrial. Todavia, em sua área rural, o município é caracterizado pelas pequenas propriedades, com agricultura familiar diversificada.

Hoje, o parque industrial de Chapecó está diversificado, com destaque para os setores de metalmeccânico (que vem se especializando na produção de equipamentos para frigoríficos), de plásticos e embalagens, de transportes, de móveis, de bebidas, de *softwares* e de biotecnologia. A construção civil e o comércio são também importantes fontes de renda. A região tem grandes perspectivas derivadas da posição central no MERCOSUL, do alto potencial e da disponibilidade de energia elétrica, das condições favoráveis para a produção agropecuária, dentre outros fatores.

O quadro a seguir exhibe os dados sobre a população de Chapecó referente ao ano de 2010.

Quadro 4 – População de Chapecó, Área Territorial e Média de Moradores em Domicílios Ocupados, durante o ano de 2010.

População total	183.530
População residente urbana	168.113
População residente rural	15.417
Área da unidade territorial (km ²)	624,304
Densidade demográfica (habitantes/m ²)	293,98
Média de moradores em domicílios particulares ocupados	3,10 moradores

Fonte: IBGE, 2011.

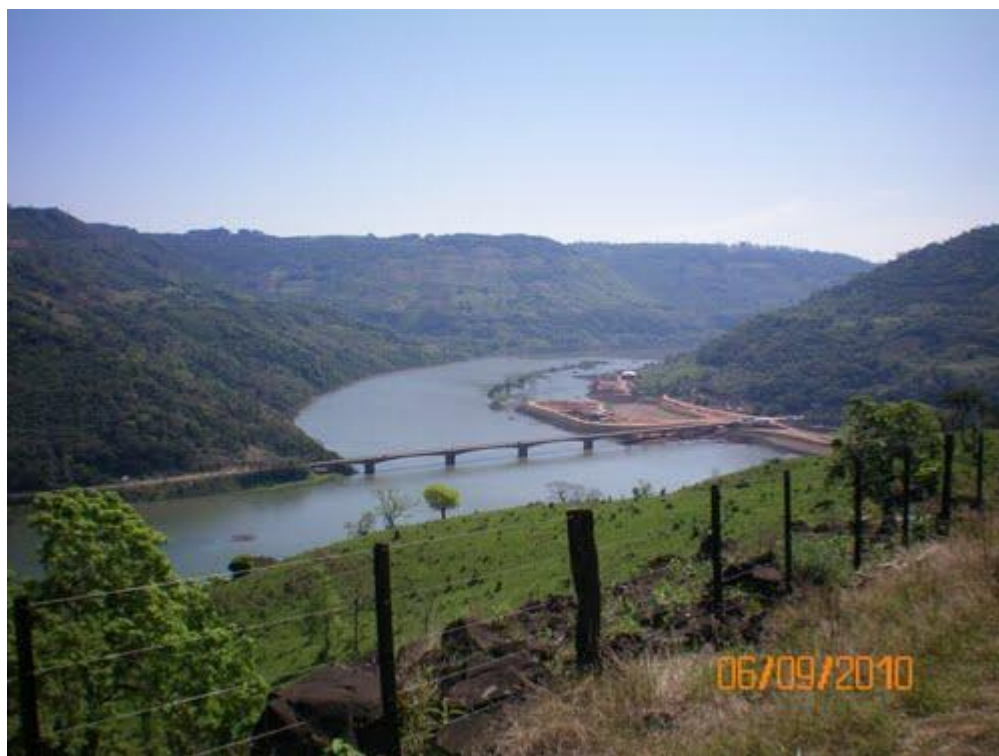
A sua infraestrutura inclui o aeroporto municipal Serafin Enoss Bertaso, que possui linhas áreas regulares, tendo voos diários realizados por várias companhias aéreas. O setor hoteleiro é bastante desenvolvido, com trinta e nove empreendimentos, há ainda dois hospitais regionais, duas emissoras de televisão, quatro rádios FM e duas rádios AM, quatro jornais diários locais. No setor educacional, conta com duas

universidades comunitárias, uma universidade estadual e uma federal, além de centros de ensino superior. Dessa forma, o município assume sua condição de polo regional, com a oferta de serviços especializados nas mais diversas áreas (IBGE, 2011).

A região próxima de Chapecó tem grandes perspectivas de desenvolvimento, motivadas pelo alto potencial hidrelétrico e pela disponibilidade de energia elétrica. Metade do canteiro de obras da usina hidroelétrica Foz do Chapecó fica no município de Águas de Chapecó- SC; a outra metade no município de Alpestre- RS. Com a construção da usina hidrelétrica de Foz do Chapecó, foram atingidos sete municípios gaúchos e seis catarinenses. Em Chapecó, mais especificamente, no distrito de Goio-Ên, o lago do reservatório tomou parte das terras na margem do rio Uruguai em toda a sua extensão. O alagamento provocou o desencadeamento de diferentes processos sociais, dentre eles a alteração da área de abrangência do CSF- Linha Cachoeira, especificamente, nas linhas Beira Rio e Carneiro.

A foto abaixo apresenta o rio Uruguai, a ponte entre Nonoai, município do Rio Grande do Sul (esquerda) e o distrito de Goio-Ên em Santa Catarina (direita), início sul do município de Chapecó.

Figura 7 – Rio Uruguai em Goio-Ên: Divisa entre os Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul.



Fonte: <http://www.tripmondo.com/brazil/estado-de-santa-catarina>.

A urbanização de Chapecó é um processo relativamente recente. Em 1960, a população rural representava 68% do total de habitantes do município (IBGE, 2000).²¹ A mudança acentuada da predominância rural para a urbana foi um fator relevante para ser analisado durante os estudos da organização dos serviços de saúde e na caracterização dos sujeitos desta pesquisa. Na medida em que considerando o ponto de vista do SUS, os municípios são considerados terceiros entes federativos, para onde é direcionado o processo de descentralização; o *lócus* onde se instala a relação das necessidades de saúde dos usuários com os serviços oferecidos. No entanto, pensando a partir de meus interlocutores, Chapecó é um local onde as ações e os serviços de saúde acontecem e, ainda, o direito à saúde parece ser exercido.

1.3.1. A Estratégia da Saúde da Família no Município de Chapecó.

A rede de Atenção Básica deste município é composta por 27 centros de saúde, sendo que destes, 25 atuam no modelo de ESF e dois no modelo de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Possui 32 equipes de saúde da família, com uma cobertura de 71,1% da população. Soma-se a esta estratégia a atuação de 25 equipes de saúde bucal, com 67% de cobertura.

A expansão das ações de ESF em Chapecó tem provocado mudança significativa nos indicadores da Atenção Básica, tais como:

porcentagem de crianças com aleitamento materno exclusivo – de 81,2% em 2002 para 84,3% em 2007; Cobertura de consultas de pré-natal que em 2002 era de 81,2% passando a 84,35% em 2007; Taxa de mortalidade infantil por diarreia que caiu de 1,7% em 2002 para 1% em 2007; Prevalência da desnutrição que caiu de 11,2% em 2002 para 0,9% em 2007; Razão de exames cito patológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos que passou de 0,28 em 2003 para 0,39 em 2008 (Chapecó, 2009, p. 25).

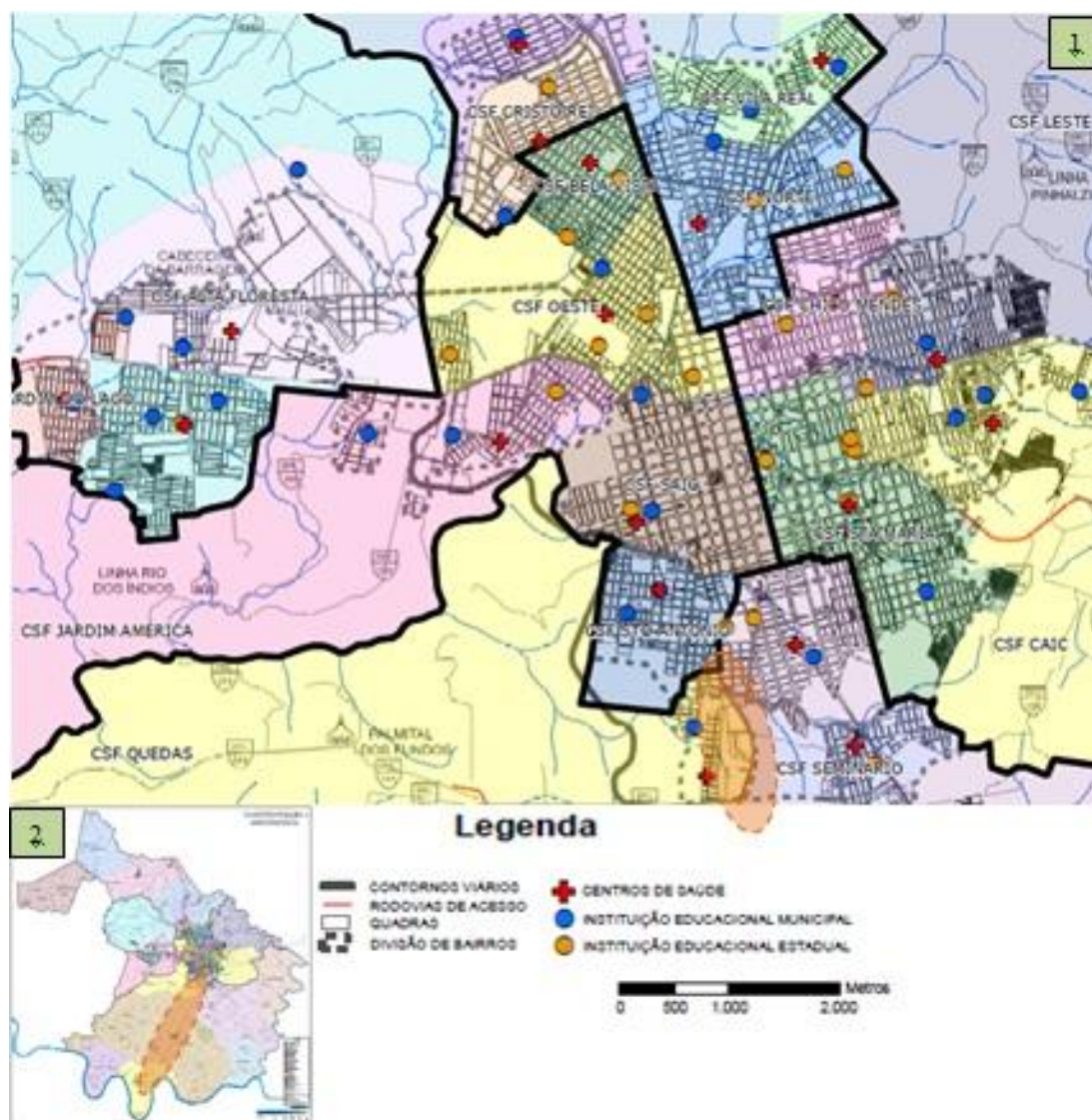
Os indicadores de saúde demonstram os impactos gerados pela prática da Atenção Básica, operacionalizada pela ESF. Esta foi adotada em 80% do município e possui também uma estrutura organizada com ações e serviços que integram assistência, prevenção e promoção com atendimento multiprofissional a partir de prioridades

²¹ Desde o censo de 2000, houve um aumento significativo do perímetro urbano do município de Chapecó- SC. Sua urbanização expressa as mudanças que ocorreram na população brasileira a partir do processo de industrialização, deixando de ser predominantemente rural no período 1960-1970.

epidemiológicas da área adscrita. Dessa forma, busca-se reduzir a demanda por serviços hospitalares e ambulatoriais, tanto no segmento urbano quanto no rural.

O mapa, a seguir, retrata os equipamentos públicos da cidade. Os círculos coloridos sinalizam as instituições municipais de ensino, os retângulos, prédios, praças e parques, e a cruz vermelha sinaliza os centros de saúde. Uma elipse tracejada destaca o início da estrada que liga a cidade de Chapecó ao distrito de Goio-Ên. Na Figura 9, tem-se de forma diminuta o município de Chapecó com outra elipse tracejada para destacar a estrada que liga o centro da cidade ao CSF- Linha Cachoeira.

Figura 8 – Geoprocessamento: Equipamentos de Saúde da Cidade de Chapecó.



Fonte: Secretaria de Planejamento de Chapecó- SC, ago. 2011.

Como forma de delimitar o horizonte do campo da saúde, busquei a opção pelos usuários de ações e serviços de saúde da ESF que, nesse estudo, é entendida como

um lugar²² no qual, as necessidades de saúde dos usuários se depararam com a oferta de ações e serviços. Nesta direção, lugar é onde a percepção dos meus interlocutores pode ser projetada no horizonte, ou no mundo vivido em que cada pessoa compõe suas experiências. Apesar do foco não estar nos serviços de saúde, o território de abrangência da ESF é entendido como lugar privilegiado para a compreensão das experiências vivenciadas pelos usuários. É esta a rede de atenção em saúde que está organizada para atender aos interlocutores deste estudo, moradores do distrito de Goio-Ên.

1.3.2. O Distrito de Goio-Ên.

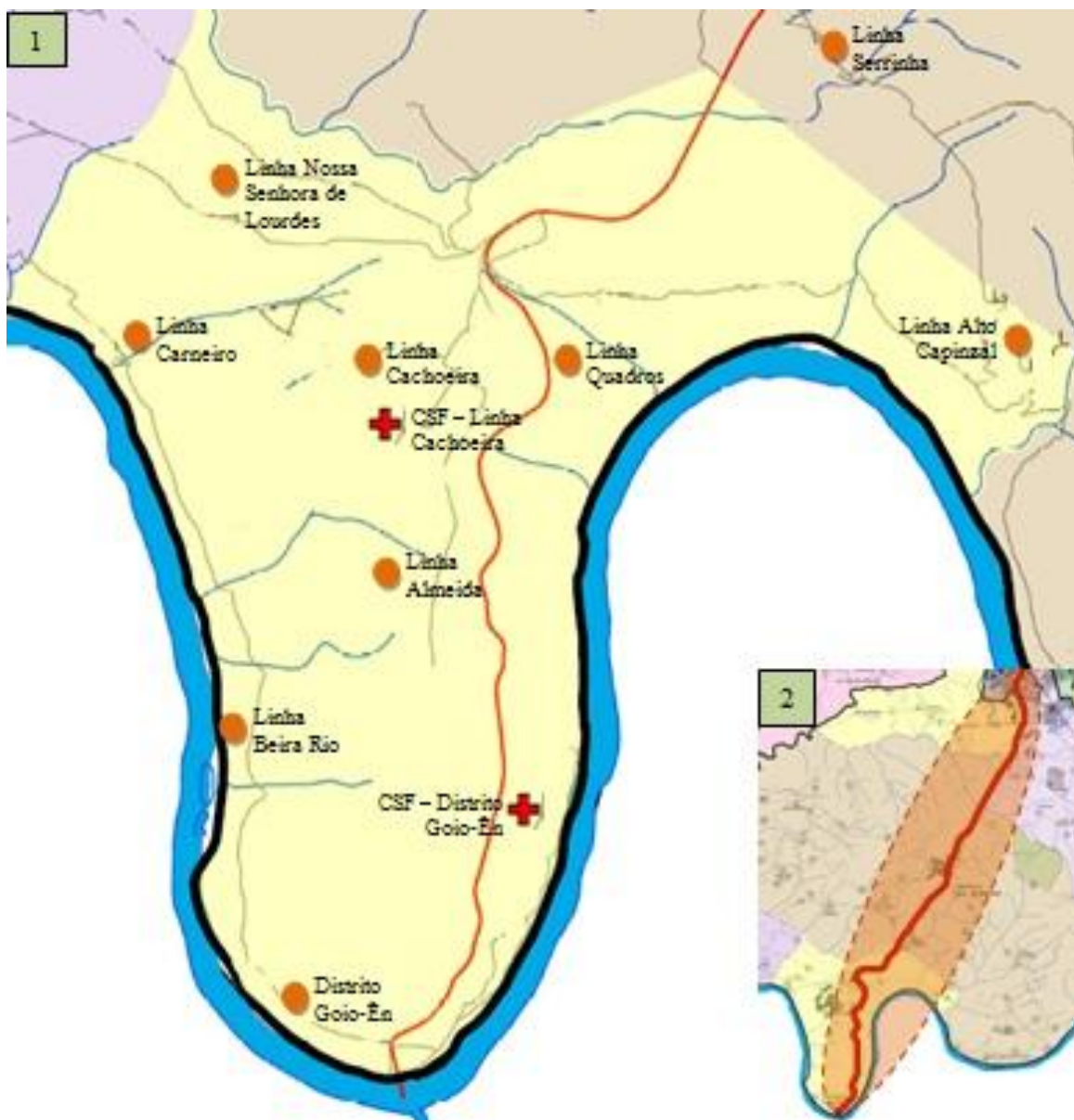
Os distritos que fazem parte do município de Chapecó são os de Marechal Bormann, Sede Figuera, Alto da Serra e Goio-Ên. Este último tem como limite, ao sul, o rio Uruguai; a leste, a BR 480; a oeste, o rio Chalana; ao norte, o distrito de Marechal Bormann. É no distrito de Goio-Ên que está situada a Linha Cachoeira e demais linhas onde vivem os sujeitos que fizeram parte deste estudo.

Com aproximadamente 1550 habitantes e distante 18km de Chapecó, o distrito de Goio-Ên é conhecido pelas belezas naturais, principalmente, pelas praias fluviais, banhadas pelo rio Uruguai, e pela história de seus pequenos agricultores. Do total de habitantes, 278 residem no perímetro – considerado urbano – próximo à ponte que liga Santa Catarina ao Estado do Rio Grande do Sul; 1.273, na área considerada rural (Chapecó, 2004). O distrito de Goio-Ên possui uma área de 51,70km² e localiza-se no limite sul do município de Chapecó.

A Figura 09 destaca o distrito de Goio-Ên e a localização do CSF- Linha Cachoeira e do CSF- Goio-Ên, Linha Almeida, Nossa Senhora de Lourdes, Quadros, Carneiro e Beira Rio.

²² Lugar deve ser compreendido aqui como forma de apresentar onde o usuário vive e estabelece sua relação com a ESF, de forma diferente do conceito de território, ou territorialização, utilizado para planejamento das ações e dos serviços de saúde.

Figura 9 – Geoprocessamento: O Distrito de Goio-Ên



Fonte: Secretaria de Planejamento, Chapecó - SC, agos. 2011.

Como divisão administrativa do município de Chapecó, Goio-Ên não possui autonomia política, jurídica ou financeira, permanece como um dispositivo político que busca a descentralização, a identificação das prioridades locais e maior facilidade para a vida dos usuários dos serviços públicos. Foi considerado distrito por meio da Resolução n. 6/57, de 16 de agosto 1957²³, e foi subdividido como distrito do município de

²³ Em dezembro de 2003, o distrito de Goio-Ên juntamente com o de Marechal Bormann promoveram uma frustrada consulta plebiscitária no município de Chapecó para a criação de um novo município. Os manifestantes pró-emancipação alegavam que a região estava desassistida de serviços públicos há várias gestões municipais.

Chapecó pela sua distância da área urbana principal, assim como pelo processo histórico do próprio município.

Em tupi-guarani, Goio-Ên significa “que vem de rio fundo”. Como já mencionado, o distrito foi o lugar inicial da cidade de Chapecó. Devido à sua localização, fez parte dos caminhos utilizados pelo comércio e pelas migrações do oeste de Santa Catarina. Era o ponto de partida das balsas de madeiras que eram derrubadas e transportadas pelo rio Uruguai até São Borja e Uruguaiana, no Rio Grande do Sul par depois, serem vendidas para a Argentina.

Atualmente, a comunidade de Goio-Ên vem sofrendo processos de mudança em sua densidade demográfica. O número de habitantes está diminuindo devido à venda de pequenas propriedades e à consequente constituição de médias propriedades por granjeiros. Outro fator que demonstra o processo de mudança na densidade populacional é o fato de que parte do distrito foi alagada, recentemente, reflexo da construção da hidrelétrica Foz do Chapecó. A população vive hoje as consequências do processo de indenização de áreas de terra junto e próximas ao leito do rio Uruguai. A comunidade passou pelo processo de valorização da infraestrutura das propriedades por parte do Consórcio Volta Grande, contratado para a execução das obras da hidrelétrica.

Segundo moradores, as famílias que tiveram suas propriedades alagadas receberam indenizações e compraram moradias em diferentes cidades das regiões oeste de Santa Catarina e noroeste do Rio Grande do Sul, poucas permanecem nas proximidades. Ao mesmo tempo, com a perspectiva de incremento da área de turismo no distrito, cresceu o número de projetos de loteamentos. Outro fator que poderá provocar mudanças é um projeto do poder municipal que visa à urbanização e ampliação do perímetro próximo à ponte Goio-Ên.

As migrações e as relações com o espaço neste momento de mudança provocada pela construção da hidroelétrica são fatores que, neste estudo, também influenciaram a forma de descrever os registros nas atividades do campo do estudo, assim como as narrativas dos moradores, apresentadas no capítulo 5.

O território rural não se restringe ao setor produtivo de alimentos. É mais do que dimensão econômica, é geopolítico, histórico, cultural e social. O rural diferencia-se do urbano pelo maior grau de elementos naturais e menor densidade populacional. “[...] foi-se o tempo em que podíamos diferenciar o rural como produtor e o urbano como espaço de consumo [...]” (Eudes, dez., 2010). “Aqui tinha muito comércio de produtos produzidos nesse lugar. Hoje compramos quase tudo [...] tanto produto como os

serviços” complementa. Por meio de tais narrativas fica implícito que a diferença entre rural e urbano é vista envolvendo vários fatores.

1.3.3. A Entrada para a Linha Cachoeira

Figura 10 - Placa do Posto de Fiscalização Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina.



Fonte: Foto do pesquisador, jun., 2012.

Entre a cidade de Chapecó e a entrada para a Linha Cachoeira, localiza-se um marco representacional de limites impostos aos territórios. Uma placa anuncia um posto de fiscalização do trânsito de animais, vegetais e produtos agropecuários. A Figura 10 apresenta uma placa que indica a condição de Santa Catarina como único Estado brasileiro considerado pela Organização Internacional de Epizotias- OIE zona livre de febre aftosa sem vacinação. A principal função do posto de fiscalização, ou barreira, é garantir a condição de sanidade animal e vegetal ostentada por Santa Catarina, pois é preciso vigiar para que não circulem livremente bovídeos, equídeos, suídeos, aves e produtos agrícolas que possam prejudicar a saúde e os negócios catarinenses.

Para alguns de meus interlocutores, os barreiristas são vistos como uma oportunidade de investimentos e diminuição da concorrência no comércio de produtos na cidade e, para outros, como provocadores do aumento de custos para a produção. Para Sr. Bodignon, 52 anos, com essa barreira, “[...] a Cachoeira e comunidades

vizinhas ficaram prejudicadas para a comercialização de produtos agrícolas. Os moradores do Bormann não precisam passar pela barreira” (Bordignon, fev., 2010). Assim, os moradores da Linha Cachoeira comentavam sobre as exigências legais para a produção e comercialização de carnes *in natura*, embutidos, defumados, queijos e outros produtos da agricultura.

Segundo os moradores, a barreira deveria ficar junto à balança, na entrada de Santa Catarina, próximo ao rio Uruguai, “lá embaixo”.²⁴ O posto localizado na entrada para a Linha Cachoeira foi constituído de forma separada porque havia muito gado atravessando ilegalmente o rio para ser comercializado no Estado. Com o alagamento do rio Uruguai, a travessia tornou-se ainda mais difícil.

A barreira da Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina- CIDASC tornou-se um símbolo de como são constituídos contingentes geográficos que limitam e compõem dicotomias, divisões geográficas que necessitam de legislação e vigilância. De forma semelhante à gestão da CIDASC, a gestão da Estratégia de Saúde da Família persegue uma perspectiva de adscrição de clientela e delimitação de territórios para planejar suas ações e serviços.

De outra forma, a Estratégia da Saúde de Família no distrito está delimitada pelas áreas de abrangência da ESF- Linha Cachoeira e da ESF- Goio-Ên. Trata-se de territorializar pessoas, descrever fluxos e protocolos para organizar procedimentos de saúde. Essa estratégia parece compor outra faceta de barreiras, agora humanas. As experiências de vida das pessoas em sua relação com os processos de saúde-doença estão intimamente ligadas à noção de poder e à arbitrariedade de delimitações. Principalmente, a delimitação do território junto com ao alcance das ações e dos serviços de saúde.

Quando ultrapassava a barreira, nos meus caminhos percorridos, sentia como parte de um modo de vida mais simples, cuja entrada corresponde a uma fuga – de espaço (da cidade para o campo), de tempo (do rápido para o mais lento) e de ação (do trabalho para o lazer) –. Hoje, eu diria que sinto um misto entre fuga e combinação de papéis: pesquisador, pesquisado, professor, profissional de saúde, visitante e cidadão. Depois de várias idas a campo, percebi as estações do ano de outra forma. Compreendi os tempos de plantar e de colher, de comer e de beber, de vacinar, de “tirar cria” e de controlar pragas. Ouvei contar sobre o prazer que é o tempo em que se está carpindo uma

²⁴ Entre os Estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina também há um posto de fiscalização.

roça de milho e, assim, compreender a vida separada em períodos do ano. De outra forma, ouvi muitos comentários sobre o sofrimento provocado pela espera do atendimento médico que, muitas vezes, se dá não pela doença em si, mas muito mais pela angústia da espera e pelo trabalho a ser feito no retorno para casa.

Assim, encerrou-se a minha idealização do modo de viver campesino, como um ambiente imaginário de paz, saúde e de perfeição. A vida no campo, da forma utópica que a concebia, representava a harmonia do homem com a natureza, um verdadeiro lugar para se viver em um “estado dinâmico de bem-estar”. A vida no campo existencial aparece com a realidade vivenciada, tempo e espaço de labuta e de prazer, verdadeiro lugar para elogiar a saga humana da singularidade, da comunidade e de compreender as experiências humanas. Não temos a vida no campo, temos a vida de Albino, de Catarina e de José (assim como a de outros) que vivem ali, cada um, do seu jeito, vivendo e enfrentando seus problemas da forma mais coerente com sua maneira de perceber o corpo, seu pensar, sua forma de sentir e de agir.

Com esta seção, busquei apresentar as dificuldades da familiarização com o ambiente e a necessidade de estranhar o suficiente para que o método etnográfico prevalecesse. As experiências dos usuários serão descritas no capítulo 5, a particularidade refere-se à construção de um viver como usuário demarcado pela contingência rural. Percebi que usuários, trabalhadores da saúde e pesquisador estão em uma condição de interdependência e, constantemente, são redefinidos pela mudança das circunstâncias e pelo contexto.

1.4. O Centro de Saúde da Família-Linha Cachoeira, Suas Ações e Serviços.

A Linha Cachoeira é uma comunidade situada no distrito de Goio-Ên e desta forma faz parte da unidade administrativa do município de Chapecó, e os serviços de atenção básica, especializados, de urgência e emergência estão sob a responsabilidade e são estabelecidos pela secretaria municipal de saúde. Neste distrito, a Atenção Básica está organizada em 2 Centros de Saúde da Família: o CSF- Goio-Ên e o CSF- Linha Cachoeira. A área de abrangência deste último foi o lugar onde me situei no campo de estudos com os usuários, percorrendo as trajetórias de facetas destas pessoas, observando e descrevendo as lembranças, os causos, as experiências, as impressões, as dúvidas, para posteriormente proceder as daquilo que me afetou. A descrição presente

neste trabalho é resultado de uma revisão do que pude observar por meio do trabalhado em campo. A escrita das experiências que vivenciei com meus interlocutores foi influenciada por ordenações, direcionamentos, classificações e algumas interpretações orientadas por teorias, métodos e diálogos com meu orientador.

O distrito de Goio-Ên possui duas estruturas físicas de saúde, denominadas Centros de Saúde da Família- CSF Goio-Ên e Linha Cachoeira. Entrevi sobre as experiências dos usuários deste último. As experiências compartilhadas são significativas e simbólicas, ao mesmo tempo, particulares para retratar as experiências de vida e a percepção de corpo que pretendia estudar.

O CSF- Linha Cachoeira tem moradores cadastrados em duas Áreas²⁵, de acordo com a proximidade das moradias. Os usuários cadastrados na Área 1 são os moradores das Linhas Quadros, Cachoeira, Nossa Senhora de Lourdes e de parte da Linha Erculano Vailon, ou da Sirlei²⁶. Os moradores de parte da Linha Vailon, das Linhas Almeida, Beira Rio e Barra do Carneiro perfazem a Área 2, ou da Elísia. O corpo de usuários referidos nesta tese são aproximadamente 1545 pessoas, e o número de famílias cadastradas no CSF- linha Cachoeira é de 466 (SIAB, 2010).

A Figura 11 apresenta a estrutura física do CSF- Linha Cachoeira. As cores azul e branco são as utilizadas pela atual prefeitura na maioria dos prédios públicos municipais. Na fachada está uma placa com a inscrição do nome CSF- Lindolfo Valeriano da Cunha²⁷, antes da indicação da localidade Linha Cachoeira, e abaixo a bandeira estilizada do município de Chapecó. À esquerda, está situada a área coberta da entrada do CSF e à direita, o estacionamento de veículos.

²⁵ O termo “área” na Atenção Básica refere-se à abrangência geográfica onde vivem os usuários das ações e serviços promovidos pela equipe de saúde.

²⁶ Menção utilizada pelos usuários para se referirem à área de abrangência das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade da Agente Comunitária de Saúde.

²⁷ O nome escrito do CSF faz menção a um ilustre morador, participante ativo da comunidade. Apesar de todos referirem ao CSF como Linha Cachoeira, ou somente “Cachoeira”.

Figura 11 – O Centro de Saúde da Família- Linha Cachoeira



Fonte: Foto do pesquisador, nov., 2010.

O termo linha é empregado para designar os centros de saúde corresponde à ligação por via terrestre da sede do município às comunidades e, ao longo do caminho, às moradias rurais. Nesse sentido, linha pode ser compreendida como a própria comunidade. O termo cachoeira faz referência a uma queda d'água, distante da comunidade (município de Nonoai, Rio Grande do Sul) e cujo som das águas os primeiros habitantes ouviam, acreditando que a localização era próxima.

Em 2010, a média de atendimentos médicos por mês foi de 383, sendo estes 204 atendimentos de enfermagem, 735 procedimentos odontológicos e 1300 atendimentos por nível médio, totalizando 2622 atendimentos. Foram realizadas também visitas domiciliares: 29 visitas médicas, 22 da enfermeira, 29 de nível médio e 482 por agentes comunitárias de saúde, totalizando uma média de 562 visitas por mês.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2010), das casas adscritas ao CSF- da linha Cachoeira, 61,37% são de madeira e 27,04% de tijolos, 74,38% das famílias usam água de poços ou nascentes e 24,03% usam água de rede pública. Das famílias que usam água de poços ou nascentes 85,84% não submetem a água a nenhum tipo de tratamento, 11,80% colocam cloro nela, 1,72% fervem-na, apenas e somente 0,64% filtram a água.

Com relação à destinação do lixo, tem-se que 57,94% são queimados ou enterrados, 38,63% são coletados pelo poder público e 3,43% ficam a céu aberto.

Quanto ao destino do esgoto, 96,14% vão para fossas, 3,22% para céu aberto e 0,64 para um sistema de esgoto. Outro dado se refere ao fato de que 95,28% das residências possuem energia elétrica.

O CFS- Lindolfo Valeriano da Silva, mais conhecido por CSF- Linha Cachoeira, é uma construção recente e possui uma placa de metal afixada na entrada informando da inauguração, em 29 de maio de 2009. Antes da construção do CSF- Linha Cachoeira os atendimentos de saúde eram realizados na escola da comunidade.

A equipe de saúde é composta por um médico 40 horas, uma enfermeira 40 horas, duas auxiliares de enfermagem 40 horas cada, um cirurgião-dentista 40 horas, uma auxiliar de consultório odontológico 40 horas, duas auxiliares de serviços internos (limpeza) 20 horas cada e quatro agentes comunitários da saúde 40 horas cada. O médico e a enfermeira deste CSF prestam serviços em períodos que correspondem a 20 horas semanais (cada). As outras 20 horas são prestadas no CSF- Goio-Ên.

Os avisos e as normas de funcionamento do CSF- Linha Cachoeira são afixados na porta de entrada. O atendimento da equipe de saúde ocorre de segunda a sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino. Os pedidos de receita de remédios controlados são entregues nas segundas e terças-feiras – os medicamentos podem ser retirados somente as quintas e sextas-feiras, no período da tarde. A coordenadora informou que as normas de atendimento foram determinadas para melhor acolhimento e maior segurança da população da Linha Cachoeira.

Um dos avisos fixados na porta de entrada chama a atenção para pacientes agendados, indicando que, para eles, serão reservadas duas fichas e que os agendamentos são estabelecidos exclusivamente a critério médico (somente este decidirá a data), respeitando o limite de dois agendamentos por dia, caso sejam necessários.

Apresento a seguir um quadro com a descrição da organização das ações e dos serviços de saúde desempenhado pela equipe de saúde.

Quadro 5 – Organização dos Serviços do CSF- Linha Cachoeira.

Horário de funcionamento	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã 8h-11h	Dentista	Médico: 7 consultas pré-natais e/ou puericulturas ²⁸	Médico	Dentista	Médico: 10 consultas clínicas gerais
		Enfermeira	Enfermeira	Médico: preferencialmente 4 visitas domiciliares ²⁹	Enfermeira
	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem
	ACS	ACS	ACS	ACS	ACS
Tarde 13h30-11h	Médico: 10 consultas clínicas gerais	Dentista	Dentista		Dentista
	Enfermeira				
	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem
	ACS	ACS	ACS	ACS	ACS

Fonte: Organizado pelo pesquisador.

Durante os primeiros dias de observação em campo, eu ficava muito tempo na sala de espera, anexa à farmácia. Essa disposição espacial permitiu que a auxiliar de enfermagem pudesse acolher os usuários, controlando a entrada e dispensando os medicamentos. Nas primeiras observações, meu foco de atenção era dirigido ao espaço do CSF e à sua forma de organizar o fluxo percorrido pelos usuários. A parte interna da unidade, no sentido dos fundos para frente, é composta por uma cozinha, uma copa, um banheiro para a equipe, uma sala para esterilização com autoclave, um consultório de odontologia, um consultório de enfermagem e um consultório médico do lado direito do corredor. Em frente aos consultórios, pode-se ver a sala de vacinas, a de curativos e a de sinais vitais. Na sala de espera, estão o banheiro masculino e o feminino, a sala para a farmácia, o balcão de recepção, nove cadeiras, um mural, uma televisão, um relógio e

²⁸ Caso a soma das consultas pré-natais e de puericultura não completem sete, neste caso, as consultas restantes podem ser marcadas como de clínica geral.

²⁹ Caso haja menos do que quatro visitas, complementa-se o quadro com consultas clínicas gerais (não excedendo a cinco procedimentos no dia. Inclusive as visitas domiciliares realizadas).

um pedido de silêncio escrito em uma folha fixada na parede. No corredor, estão mais três cadeiras e o calendário nacional de vacinação.

A parte externa é cercada por tela. O pátio é coberto por grama, e o estacionamento, do lado direito, com um pouco de brita. À frente, a calçada que dá acesso ao CSF está ligada a uma estrada de terra. Um toldo protege os usuários em dias de chuva e debaixo dele, ficam dois bancos para que os usuários aguardem a chegada dos profissionais. Na entrada do CSF, há uma grande porta de vidro com grades, que muitas vezes tem a função de mural, com avisos de serviços, horários, mudanças e até suspensão de atendimento. É por meio desta porta que se dá o acesso à sala de espera, lugar onde permaneci durante boa parte da minha permanência ali.

Em frente ao CSF, há uma igreja católica construída com tijolos à vista, com detalhes brancos, telhas de barro e uma pequena área à frente. Na entrada, existe uma porta grande de vidro, centralizada, uma janela do lado esquerdo e uma do direito, num total de dez janelas em todo prédio. A igreja é toda cercada por calçada e, no restante do terreno, há grama e uma pequena árvore do lado direito do jardim. Na parte superior, há uma placa anexada à parede com algumas informações, ali fica também a Igreja Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, inaugurada em 09 de junho de 2002, e uma cruz acima da placa de mais ou menos um metro de altura.

Ao lado esquerdo do CSF, encontra-se o pavilhão comunitário. Sem pintura, somente com o reboco aparente, é um lugar espaçoso, ampliado recentemente, tendo como marca o seu centro. Do lado esquerdo do centro do pavilhão está localizado o prédio do pavilhão antigo e à direita, a parte nova, ampliada. No local, ocorrem cursos, palestras, reuniões da Secretaria de Saúde, da Fundação de Assistência Social etc., e é também onde o grupo de idosos se reúne. Lá acontecem almoços, bailes, matinês (bailes vespertinos) e velórios. Na parte posterior do pavilhão, há uma churrasqueira com capacidade para assar cerca de 1000 kg de carne.

Atrás do pavilhão comunitário, fica uma quadra de esportes – onde acontecem as aulas de educação física da escola que está em frente – construída há bastante tempo. A quadra é de concreto, com linhas demarcadas sendo que, atrás dela, permanece um cemitério, onde sessenta pessoas da comunidade estão enterradas. Segundo alguns moradores, “o espaço do cemitério está pequeno. Sua ampliação é uma prioridade da comunidade” (Sr. Eudes, mar., 2011).

Ao lado esquerdo do CSF, fica a Escola Básica Municipal Ascendina Brasinha Dias onde existem vários projetos que buscam a integração da saúde com a educação.

A maior parte de sua construção é de madeira e está pintada de azul e branco³⁰ e localiza-se em frente à igreja católica. Oferece, além das séries iniciais do ensino fundamental, cursos de informática, teatro e violão para a comunidade. É composta por uma biblioteca e sala de vídeo anexa, sala de artes, sala de informática, sala da direção, além das salas de aula. Há ainda um banheiro feminino, um masculino e um para os funcionários, refeitório e cozinha, além das salas de aula.

A foto abaixo apresenta uma situação de aprendizagem pela experiência. Trata-se de um projeto de estudos coordenado pela professora de educação infantil com o título *A incrível máquina: o corpo*. De olhos vendados, os alunos apalpam alguns alimentos tentando descobrir por meio do tato, do olfato e do paladar de se trata e, logo em seguida, eles deverão descrevê-lo.

Figura 12 – A Incrível Máquina



Fonte: <http://ebmascendina.blogspot.com/feeds/posts/default>.

Evânia, diretora da escola (irmã do Sr. Eudes), é muito empenhada em envolver as ações de saúde com o projeto pedagógico da escola. Ela afirma que:

a escola no campo cumpre um papel social relevante, impedindo o êxodo rural. Os pais participam do desenvolvimento escolar dos filhos e em sua escola as crianças aprendem desde cedo a importância de se ter uma saúde de qualidade. Na escola acontecem muitas atividades que são articuladas com o posto de saúde (Evânia, abr., 2011).

³⁰ Todos os prédios públicos municipais são pintados das mesmas cores, demonstrando de maneira explícita o marketing político.

A intersetorialidade perseguida pelos ordenamentos do Sistema Único de Saúde foi percebida no campo de estudo em várias ações de articulação entre assistência social, políticas agrícolas, educação e saúde.

1.4.1. O Corpo e as Narrativas de Autodeterminação do Usuário das Ações e Serviços do CSF- Linha Cachoeira.

Os usuários possuíam uma vivência longa e profunda com diferentes modos de vida, com diferentes valores e sistemas de relações sociais. Muitas vezes, as questões do estudo e os fatos corroborados em campo pareciam conduzir para um processo desconexo. De forma gradual, minha interação com o que as pessoas falavam e viviam foi se conformando em significados e sentidos durante as ações desenvolvidas.

No campo da saúde, a pessoa que utiliza as ações e os serviços é denominada usuário. Conforme o art. 2º, parágrafo 1º da Lei 8080/1990 em se tratando de saúde, é quem acessa de forma “universal e igualitária às ações e aos serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990, p.1). É cada um daqueles que usam um benefício coletivo, um direito ligado a um serviço público ou particular ou que deles desfrutam (Ferreira, 2006). No caso deste estudo, usuário é aquele que tem disponibilidade de acesso ao uso dos serviços de Atenção Básica ofertados pela ESF.

Do ponto de vista da renda familiar, as características dos usuários da área adscrita do CSF- Linha Cachoeira são diferenciadas de acordo com a atividade que eles desenvolvem e a terra que possuem. Quanto ao tipo de trabalho desenvolvido pelos usuários, busquei classificá-los como prestadores de serviços, comerciantes, pequenos e médios produtores e granjeiros. Como única renda ou renda associada a outras atividades produtivas, pois, encontrei alguns que vivem de aposentadorias, de pensões ou de benefícios. Este é o caso da maior parte dos moradores. “Como o distrito tem poucas opções de trabalho e a comercialização de produtos é difícil, o comércio local depende muito das pessoas que recebem aposentadorias e benefícios do governo [...]” (Sr. Eudes, abr., 2010). Em torno de 30% da população recebe aposentadoria e pensão do governo federal, além de outros benefícios como o do programa Bolsa Família e o Benefício Previdenciário Continuado (BPC) – este último atingindo em média 40 usuários. “Além desses, alguns moradores recebem benefícios eventuais, como cestas

básicas, ajuda para ‘tirar’ a Carteira Nacional de Habilitação, entre outros [...]” (Sr. Eudes, abr., 2010).

Os prestadores de serviços são os que trabalham sem vínculo empregatício, como borracheiro e cabeleireiros. Há ainda os que trabalham em terras dos granjeiros, em empreendimentos imobiliários, condomínios e clubes, ervateiros ou laboram na condição de funcionários públicos municipais e estaduais, trabalhadores dos frigoríficos da região, de empresas de transporte. Na comunidade, estão localizados vários pontos de comércio de produtos alimentícios e de bebidas e que são chamados de mercadinho, armazém, bodega, ou simplesmente bar.

Os pequenos produtores rurais focam-se no cultivo de produtos para sua subsistência, como mandioca, batata, amendoim, árvores frutíferas, além de temperos, verduras e hortaliças bem como a criação de galinhas, porcos e vacas de leite. A maioria busca associar plantação e criação como forma de agregar renda à família. Os moradores do distrito do Goio-Ên podem ser caracterizados como policultores, pois industrializam e comercializam pequena produção de mercadorias, tais como queijo, pães e cucas, mel, rapaduras e cachaça, garantindo sua subsistência, principalmente, com a cultura tradicional da mandioca.

Sr. Eudes em suas falas, considera que na agricultura da comunidade, os médios produtores são proprietários de terras que apostam na produção tradicional de soja, milho, trigo, ervais e da nova cultura que foi se estabelecendo na região, a do eucalipto. Na pecuária, há investimentos em aviários, suinocultura e crescente incremento no investimento em produção leiteira. Isso lhes dá um rendimento médio mensal em torno de um salário mínimo.

A lida no campo marca a vida das pessoas, pois primeiro vem à necessidade de subsistência e depois, vê-se o que fazer com o excedente. Para D. Ivani, 59 anos, é preciso trabalhar sempre:

que Deus me dê saúde para continuar trabalhando. Já me deu até agora e sei que continuará assim. Vida em abundância. Meu Deus me deu uma família com saúde e todos trabalham. Cada um ganha a sua vida com o suor do seu rosto. Não somos ricos, porém, vivemos bem em família (D. Ivani, jun., 2012).

O trabalho marca também os corpos. Sr. José, 68 anos, tira a camisa e mostra seu ombro direito:

tá vendo o pelo neste ombro. No esquerdo não tem. É de “paleteá” milho do chão para a carroça no perau. Primeiro ficou liso. Tirou todo pelo. Depois ficou assim. Cabeludo. Até hoje não carrego nada no esquerdo. Tudo erguido do lado direito. Fazia isto com bandeiras (montes) e bandeiras de milho. Aqui está o resultado. Junto com os papéis mostrei meu ombro para justificar minha aposentadoria. Pois tinha que provar que trabalhava na roça. Em meu ombro tenho uma prova (Sr. José, jun., 2012).

Entender as experiências e a percepção do usuário acerca do corpo é entender a própria relação dele com o mundo, dado que o corpo não pode ser separado das percepções que envolvem o mundo ao seu redor. Neste sentido, coube-nos investigar a pluralidade de construções presentes no campo da saúde, introduzindo outros saberes, outra conceituação social. O entendimento da perspectiva a partir da qual o usuário percebe seu corpo é fundamental, pois as ações de assistência e prevenção de doenças e as de promoção, proteção e recuperação da saúde presentes nos serviços da ESF podem até supor uma igualdade na forma de perceber o corpo, no entanto, o cenário que expressa é o da diversidade.

Nesse sentido, pode-se estar pressupondo um corpo único, biológico e objeto da biomedicina, enquanto, na verdade, tem-se uma pluralidade de formas de percebê-lo. Assim, é importante que o corpo possa ser pensado como um projeto social que é realizado frequentemente e, dessa forma, seja analisado por diferentes disciplinas que abordam as humanidades, como algo que se “acreditava sociologicamente invisível” (Pereira, 2004, p.18). Cotidianamente, o trabalho promove marcas no corpo que evidenciam a perspectiva dos usuários sobre a própria vida.

No decorrer do meu trabalho de campo, fiquei mais concentrado em 11 usuários. A todos solicitei que se apresentassem. As respostas estão a seguir: a primeira caracterização das riquezas e histórias dos personagens, que espero contar mais adiante.

68 anos: Sou Brasileiro. Tenho um pouquinho de sangue de índio. Minha bisavó era do povo do mato. Índios do beijo furado embaixo. Nasci no Top da Chalana, município de Nonoai- RS. Do outro lado do rio. Hoje sou aposentado. Plantava milho, feijão e soja. Me aposentei da agricultura. Levei os papéis e respondi às perguntas. Comprovei que vivia na roça (Sr. José, out. 2012).

64 anos: Também sou brasileira. Sangue de índio e de alemão. Meu pai era alemão. Hoje sou aposentada. Trabalhava na roça. Carpia, limpava soja, arrancava e malhava feijão com manguá. Cuidava dos netos quando minha nora tinha que trabalhar. Gosto de baile e de festa. Toco moda sertaneja das antigas. Defino a minha vida em dois momentos: antes de minha doença (pedra na vesícula) e depois da cirurgia; quando morava lá embaixo e agora. Um era bom, mas era muito sofrido. Hoje tá uma maravilha (D. Rufina, out. 2012).

51 anos: Moro na Linha Nossa Senhora de Lourdes. Trabalho com hortifrutigranjeiros. No início era milho e soja. Lidava com bergamota, laranja, mandioca, suco, jaboticaba. O que mais é do meu feitio são as frutas. Plantei e vendi frutas de casa em casa. Depois, comecei a vender na feira. No início achava que não daria certo. Os fregueses estavam acostumados de receber os produtos em casa. Sou pai de 3 meninas. A mais nova casa daqui a alguns dias. Fui aluno de D. Isabel, na escola da Cachoeira. Terminei o ensino fundamental. Parei de estudar quando parou o transporte. Fomos os primeiros aqui da Cachoeira. Trabalhei sempre. Não sei o que são férias. E também me sinto mal quando não vendo (Sr. Alcício, set., 2012).

45 anos, agricultora e ex-professora: Enfrento qualquer serviço. Fiz artesanato, tricô, crochê. Tenho minhas estufas de verduras, pepino para conserva. Sou esposa e mãe. Pouca folga. As plantas são uma diversão. Até o meio-dia, se tivesse outra pessoa para cuidar da casa, cuidaria somente das verduras. Quando me dou conta é meio dia. Fiquei prejudicada do braço quando tínhamos panificadora. Assava e lidava na água. Fazia 12 tipos de bolachas, pão e cuca recheada com frutas cristalizadas. Deixava tudo pronto até as 17h30. Ia para a escola. Na volta embalava toda a produção. Ia até 2h30 da manhã. Na sexta, trabalhava até às 3h, pois no mesmo dia era a feira de sábado. Completei o ensino médio na cidade. Participei do Brasil alfabetizado. Ensinava idosos. Aliás, mais aprendia do que ensinava. Gostava muito. Participar da alegria de quem aprende a escrever o próprio nome não tem dinheiro que pague. A cada 15 dias era um curso. Saía de casa às 16h. Na Cachoeira pegava a topic. Chegava na cidade às 19h. Curso até às 22h. Naquela época pagavam hotel para nós. Voltava para casa no outro dia. Parei de trabalhar fora para cuidar do vô (D. Marlete, set., 2012).

66 anos, professora aposentada: Participo da reunião dos diabéticos. Meu filho mora em Chapecó e minha filha estuda na Unochapecó. Sou também hipertensa e passei por um tratamento de depressão. Sou casada com Antônio. Hipertenso, cardíaco e está com exames de próstata alterada, aguardando a biópsia (D. Catarina, ago., 2010).

63 anos: Por muito tempo fui líder da comunidade. Participei do movimento político que construiu muitos dos serviços públicos que temos na Cachoeira hoje. Desde a escola até o posto de saúde. Quando estou em casa, fico quase sempre no escritório [refere-se à parte da propriedade reservada para o plantio e criação]. Sempre na lida. Cuido da criação e sempre é tempo de plantar, limpar ou colher alguma coisa. Apesar de participar do grupo de idosos da Cachoeira me sinto jovem (Sr. Albino, out., 2012).

59 anos: Sou uma pessoa simples, esposa do Albino. Dedicada sobre aquilo que é necessário. Família, lar e esposo. Gosto de receber as pessoas. Sou hospitaleira. Meu pai era caboclo, brasileiro e minha mãe também. Hoje aposentada da agricultura. Antes plantava, colhia, lavrava. É difícil para uma mulher que nem eu que lavrasse um alqueire com tração animal. Brochar um animal no arado não era fácil. As mulas até meio-dia estavam pretas de suor. Junta de boi à tarde. A única que não descansava era eu. Resisti muito no trabalho pesado. Sou mãe de 5 filhos: 3 homens e 2 mulheres. Quando fui ter o último filho trabalhei no dia anterior até a tardinha. Depois preparei minha mala. No outro dia, às 6 da manhã disse para Albino “Vamos que é hora de nascer o meu filho”. Minha vida foi uma vitória. Sempre tive saúde. Sempre ajudei meu marido. No tempo de solteira, obedecia aos meus pais. A mãe era mansa e meu pai, ao contrário, era muito brabo. Nunca precisei levar um tapa (D. Ivani, out., 2012).

42 anos: Eu sou o negão da cachoeira. Uma mistura. Müller da bisavó, alemã. Rosa é de meu bisavô, caboclo. Nasci na Cachoeira. Hoje estou com 42 anos. Não saí daqui e não tenho a intenção de sair. Na cidade tem emprego. Para mim, não serve. Herdei a profissão de meu pai. Sou comerciante. O dia é no bar e armazém, onde vendo de tudo. De noite, em casa. Com minha esposa e minha filha. Final de semana atendo no bar do campo. Minha vida é pagar, cobrar e algumas vezes, perder contas. A vida é assim. Vai indo (Sr. Eudes, out., 2012).

65 anos de faculdade. Aprendo sempre. Sou filho de italianos. Agricultor. Lido com vaca de leite e peixe. Já plantei de tudo. Sou pai de Joel casado com Susete, Daiana casada com Afrânio e Bruna. E minha irmã Neide mora aqui do lado sua irmã. Todos esses moram próximos. Tenho mais dois filhos que moram na cidade, o Ivan e a Danúbia (Sr. Honorino, set., 2012).

Sou brasileira e esposa de Sr. Honorino. Gosto mesmo é de estar com a família e na lida com as plantas e com a terra. Hoje trato mais de cuidar do armazém, da casa e dos netos (D. Rosa, set., 2012).

Os senhores João Maria, João S., Ivaltino, Altair, Luís, Ivo, Darci, Atagiba, Dezan Abel, Valdir, Bordignon, Antônio, Aparício, Éderson, Alan, Ademar e as Senhoras Nena, Isabel, Helena, Evânia e Marilde foram também moradores da área adscrita do CSF- Linha Cachoeira com os quais encontrava seguidamente no campo de estudos, porém, não me foi possível apresentá-los da mesma forma que os demais. No entanto, eles serão apresentados no contexto experienciado.

Na tentativa de compreender e dar visibilidade ao corpo por meio da descrição de experiências compartilhadas pelos usuários das ações e dos serviços da Estratégia de Saúde da Família- ESF coletei informações mediante contato reiterado com os participantes, os quais me foram apresentados inicialmente pelos profissionais de saúde e, a partir disso, pelos próprios usuários, levando-me a numerosas casas, bares, pequenos negócios, espaços comunitários, o que me permitiu identificar usuários que continuariam sendo visitados.

A seleção das experiências descritas em meu caderno de campo e as decisões sobre a organização dos achados foram os motivos pelos quais elegi os usuários descritos acima. Avaliei as experiências daqueles usuários como típicas da área de abrangência da Linha Cachoeira. Além, disso, a escolha deles foi orientada por considerações de ordem prática, especialmente a afinidade com os interlocutores, a acessibilidade da moradia e, pensando do ponto de vista teórico, particularmente considerando o conceito de experiência corporificada, proposta por Thomas Csordas.

Durante as visitas, estabeleci um relacionamento intenso com alguns interlocutores. No início, a tendência foi ver o pesquisador como “professor”, avisado por alguns conhecidos da comunidade, ou como alguém que estava fazendo parte da

equipe de saúde. Aos poucos e com ajuda de explicações, foi preponderando o desejo de ser visitado e a valorização da prosa. O fato de ouvir as histórias e querer saber de assuntos ligados ao cotidiano das pessoas, fez com que tivesse que esclarecer muitas vezes quais eram minhas intenções. Vários participantes esperavam que o contato fosse sobre problemas relacionados com doenças específicas, o que era mostrado por meio de expressões de estranhamento diante de minha tentativa de incluir as experiências cotidianas que eram contadas, ou vivenciadas. A faixa etária dos participantes selecionados variou entre 42 e 68 anos, entre homens e mulheres. A aproximação com os interlocutores se deu de forma paulatina, partindo-se de contatos iniciais, realizados por meio das agentes comunitárias de saúde como um recurso para sentir segurança.

Em alguns casos, as observações em campo foram apresentadas como experiências dos usuários em estreita relação com os profissionais de saúde. A equipe de saúde da família era composta por Ivânia, Cleonice, João, Enzo, Sirlei, Elísia e Rose.

Ivânia é enfermeira e ha 5 anos é coordenadora do CSF- Linha Cachoeira e do CSF Goio-Ên. Acompanha as visitas domiciliares e falava com afeto de seu trabalho e da comunidade da Cachoeira. Cleonice é auxiliar de enfermagem e sua simpatia é a marca da sua presença. Sirlei é uma das agentes comunitárias de saúde. Atualmente, ela é a ACS com mais tempo de serviço e mora próxima ao CSF e “[...] conhece a realidade de seus moradores como ninguém”, diz Sr. Eudes. Envolvida com a comunidade, Sirlei diz que são muitos os desafios:

Presto meu serviço com compromisso. Corro atrás de tudo que diz respeito ao meu trabalho. Minha luta é diária: mudar hábitos, convidar as pessoas para as reuniões e convencer que cada um é responsável pela sua saúde. Exerço minha atividade com muito orgulho. Conheço a realidade da Cachoeira e ajudo as pessoas que moram aqui (Sirlei, out., 2010).

Elísia tem 26 anos e 3 dedicados ao trabalho como ACS na Linha Cachoeira. Ela percorre de moto a região mais distante do CSF. “Participo de todas as atividades na Cachoeira, das festas às campanhas de saúde”, diz Elísia. Ela faz dos encontros, momentos para proteger, cuidar e motivar a participação dos usuários nas ações planejadas pela equipe. Recentemente, ela participou de um concurso para outro trabalho na prefeitura e expos o dilema que está vivendo: “[...] estou contente com o trabalho que desenvolvo na comunidade, porém, com o concurso busco melhorar de vida.”

João é o sexto médico da Linha Cachoeira. Há consenso em sua qualificação: “faremos o que for preciso para ele ficar na Cachoeira, dificilmente teremos outro médico igual ao Dr. João” diz Sr. Honorino, durante uma reunião do conselho local de saúde diante da possibilidade da transferência do médico.

Gosto do meu trabalho. Sinto-me realizado. Antes de vir para cá trabalhei em outro CSF em Chapecó. Lá era bem mais difícil. Muita gente para atender e muitos casos de violência. Aqui é mais tranquilo. Apesar de minha satisfação como o trabalho, continuo estudando para me tornar especialista (Dr. João, dez., 2010).

João é médico generalista e finalizou uma pós-graduação *lato sensu*, com ênfase em saúde da família. É carioca, 35 anos e diz estar contente com seu trabalho na Cachoeira. Os horários e as atividades permitem ao médico estudar para realizar o seu projeto de vida que é a residência em oftalmologia e retornar para a cidade do Rio de Janeiro.

Após a escrita desta tese, voltei a conversar com os meus interlocutores e esclareci as experiências relatadas neste trabalho.

2. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, descrevo, em três seções, a etnografia e o paradigma da corporeidade como perspectiva metodológica adotada para narrar experiências compartilhadas por usuários das ações e dos serviços do CSF- Linha Cachoeira. Na primeira seção, revelo o que pude perceber na entrada do campo de estudo e na sequência apresento o subcapítulo descrevendo quando e onde travei os diálogos com meus interlocutores. Ao final, apresento elementos teóricos sobre a etnografia e sua relação com o paradigma da corporeidade de Thomas Csordas, bem como as principais mudanças na minha vida, como uma influência da pesquisa realizada.

2.1. O Campo, as Linhas e o Panorama Rural.

A entrada para a Linha Cachoeira fica a 12 km do município de Chapecó, à direita da rodovia 283, sentido Chapecó- SC a Nonoai- RS. Esta entrada é na Linha Campinas, logo após a barreira da CIDASC, tendo início uma estrada de chão, distante 3 km do CSF- Linha Cachoeira. A paisagem marcante reside no fato de que os dois lados da estrada, são cobertos pelo verde-escuro da soja e constituídos por terras cultiváveis por máquinas e, nesse sentido, configura um contraponto com as terras dobradas mais próximas ao rio Uruguai, também chamadas de “perau”. Ao norte, fica o terreno mais alto e, ao sul, um terreno mais acidentado. Durante os anos que utilizei a entrada para o CSF- Linha Cachoeira é possível perceber que a paisagem se modificava de acordo com o planejamento do produtor: o verde-escuro da soja só poderia ser notado de dezembro a abril. Entre o verão e o outono, a vista se modificava, pois, sua entrada era marcada por um fecundo campo de trigo bastante arado, com sulcos bem definidos.

Os agricultores que moram nestas terras conhecem as práticas de manejo e zelam pela interação entre o potencial genético da planta com o ambiente, estabelecendo uma relação estreita com as condições do relevo da região. Tal relação fica evidenciada com a alternância entre trechos aráveis com máquinas e trechos com terrenos acidentados. Eles mantêm cuidados, zelam e buscam conhecimento para obter maiores rendimentos e lucros com suas propriedades. A rotação de culturas desenha um colorido e um traçado que diferencia a entrada para o CSF- Linha Cachoeira com períodos bastante demarcados: plantio, adubação, cultivos, controle fitossanitário e tratos

culturais perfazem o ciclo do trigo de abril até setembro. Depois, inicia-se o ciclo da soja. Segundo os entrevistados, o sistema de plantio escolhido pelos granjeiros é a contínua sucessão do tipo trigo-soja ou milho safrinha-soja. Além das plantações descritas anteriormente, as culturas que tomam grande parte das terras dos granjeiros da região são a erva-mate e, recentemente, o eucalipto.

No processo de deslocamento até a Linha Cachoeira, o tempo que se leva entre lançar as sementes e colher os frutos do trabalho está relacionado com a forma de organização das famílias para participar das reuniões, receber as visitas domiciliares, solicitar consultas e percorrer seus itinerários em busca de cuidados para si. O planejamento de uma propriedade pode ser de médio e longo prazo, como narrado pelo Sr. Luís, 45 anos, morador da Linha Almeida; “[...] vou plantar eucalipto em minha propriedade. Em sete anos terei varas que poderão ser vendidas para a construção civil ou lenha; em 12, terei toras para madeira. Com o sistema de plantio organizado, mantenho um bom lucro com o pedaço reservado para o eucalipto” (Sr. Luís, dez., 2010).

O tempo projetado e os espaços ocupados parecem descrever a maneira de ser, pensar e fazer que ocupa boa parte da vida do agricultor. Uma relação na qual a mente projeta e o corpo faz, agindo e executando, é uma das observações realizadas em campo. Segundo Sr. Honorino, “[...] tem que *craniar* para achar tempo. Se vou participar da reunião do conselho local, tenho que levantar mais cedo. Se tiver que ir para a cidade então, é mais complicado” (Sr. Honorino, dez., 2010).³¹

Outro fator a ser destacado é a estreita relação dos interlocutores com os padrões climáticos e as mudanças das estações do ano como referência para situar os eventos. Na região, alternam-se estações frias e quentes, de chuvas e estiagem, de plantios e de colheitas. Isso e a ação dos trabalhadores do campo parecem deixar claro que tudo muda e que cada acontecimento se mostra a seu tempo.

No diário de campo, registrei um momento que me pareceu bastante manifesto para ilustrar a influência dos ciclos da natureza. Foi quando Sr. Albino, (líder da comunidade quando o CSF foi inaugurado) descreveu a inauguração do centro de saúde e afirmou que “o posto de saúde teve várias fases em sua construção. Mas lembro que, em sua inauguração, era tempo de bergamota. Deve ter sido inaugurada no início de

³¹ Grifo meu.

abril” (Sr. Albino, jul., 2010). Nesta direção, o Sr. Atagiba explica sobre a necessidade de precisar de alguns dias para entregar a carne de ovelha:

Preciso de um tempo maior para abater as ovelhas. Estamos saindo de um período de vacinação, assim é necessário que as ovelhas passem um tempo no pasto e façam exercícios antes de serem mortas. Mais tarde serão confinadas, receberão ração e água reduzida até o momento do abate. Todo este tempo é importante para não alterar o sabor da carne (Sr. Atagiba, jan., 2011).

Estreitando laços com a comunidade, pode-se perceber a diferenciação mais acentuada na forma de ocupar o solo, demonstrando a alternância entre grandes, médias e pequenas propriedades. Ao norte um pedaço de terra destinado ao cultivo da erva-mate e ao sul o pasto e o sistema de “piqueteamento”³² alternam a posição do rebanho de ovelhas e do gado leiteiro. Para minha surpresa, quatro produtores dedicam-se intensamente à criação de ovelhas na região. Seguindo até a sede da Cachoeira, encontra-se uma sequência de algumas casas, sede com campo de futebol, bar do Sr. Eudes, igrejas evangélica e católica, pavilhão comunitário, quadra de esportes, cemitério, escola e o CSF- Linha Cachoeira.

À direita da sede da Cachoeira, entre uma plantação de eucaliptos, chega-se à Linha Nossa Senhora de Lourdes. O número de moradores da comunidade, hoje, é de apenas 15 famílias, situação determinada, principalmente, pelo fechamento definitivo de uma escola municipal há quatro anos. Hoje o prédio escolar abriga projetos eventuais das diferentes secretarias municipais, principalmente, os da agricultura.

Seguindo em frente, chega-se à Linha Vailon. Nela está localizada uma linha imaginária e arbitrária que divide os territórios em áreas 1 e 2 dividindo também as responsabilidades das Agentes Comunitárias de Saúde. Dessa forma, tais áreas são divididas em torno das ações desenvolvidas por Elísia e Sirlei. Há também concentração de pessoas com diversificados modos de produção tais como, criações de aves com um sistema de produção integrado com as agroindústrias da região, fabricação de queijo, bar e mercados, cultivo de hortaliças, criação de gado de leite, além da existência de pequenos agricultores com produção diversificada, principalmente, nas pequenas propriedades. A mandioca (aipim) é a cultura mais popular entre os moradores, seguida do feijão, do milho, da batata-doce, da abóbora e das frutas como laranja, bergamota, limão, melancia e uva. Outro fator relevante observado diz respeito a dificuldade em

³² Piqueteamento se refere a um sistema utilizado para delimitar a área na qual o animal se alimentará.

obtenção de água. Este é o principal motivo alegado para que poucos moradores destinem algum espaço de sua propriedade para hortas.

Após a Linha Vailon, chega-se à Linha Almeida. A comunidade é constituída por uma concentração de casas em sua sede central. No seu entorno, há uma escola multisseriada, uma Igreja Evangélica Assembleia de Deus e uma Igreja Católica, com campo de futebol e pavilhão comunitário, bares e mercados e uma pista de cancha reta. Repetem-se as formas de cultivo e criações, intensificando-se a criação de aves, uma pequena indústria de vassouras, mercados, salão de cabeleireiro e borracharia. A maior dificuldade desta comunidade diz respeito ao abastecimento de água, seus moradores até procuram diminuir o consumo, principalmente, no período escolar, a fim de evitar desabastecimento. A líder de uma associação da Linha Almeida relatava: “às vezes, pensamos em ter uma horta, mas como fazer para regar as plantas. Nem lavar um carro, nem nada. Todos ficam vigiando o desperdício de água” (D. Marilde, jan., 2010).

Mais adiante, após uma estrada com bastante declive, chega-se à Linha Beira Rio. Por causa da proximidade em relação ao rio Uruguai, foi a comunidade que sofreu a maior evasão de moradores com a construção da hidroelétrica Foz do Chapecó. As terras que margeiam o rio Uruguai ficaram de posse do consórcio Foz de Chapecó, e os antigos proprietários foram indenizados pelas suas terras e benfeitorias.

Por último, encontra-se a Linha Carneiro cuja paisagem modificou-se bastante após o alagamento e onde moram apenas duas famílias. Árvores frondosas agrupadas como ilhas verdes dentro do rio comporiam um cenário duradouro de rara beleza não fossem os sinais da morte certa da vegetação de forma lenta e gradual. A estrada antiga insiste em findar várias vezes no rio Uruguai (hoje mais um lago), contrastando com a estrada nova. Ao final, encontrei o lajeado carneiro que, com suas corredeiras, contornos largos e estreitamentos, dividindo os distritos de Goi-Ên e Marechal Bormann. Sua força e oxigenação constante lembram a diferença do lajeado para um lago.

2.2. Tempos, Lugares e Caminhos Percorridos.

Durante 16 meses realizei a coleta de dados por meio do trabalho de campo com usuários das ações e dos serviços do CSF- Linha Cachoeira, no distrito de Goio-Ên. Iniciei os estudos em 2007 e, depois de definido o tema, decidi que os sujeitos de pesquisa seriam os usuários do CSF- Linha Cachoeira. Vale ressaltar que o número de vezes que fui ao campo foi determinado por várias mudanças (objetivo, número de pessoas participantes do estudo, etc.) que ocorreriam na pesquisa.

O contato com meus interlocutores foi sendo consolidado desde 2008, em um processo de aproximações sucessivas. Desde o início, passei por momentos de presença mais intensa e ausência. Em uma primeira ocasião, fui acompanhado pela coordenadora da ESF da SMS de Chapecó, com a finalidade de esclarecer o estudo a ser realizado, encaminhando e pactuando compromissos e, logo depois, por meio da gestão do secretário de saúde, foi encaminhado um ofício com as informações do estudo em 2008 e reafirmado em 2010, por intermédio de documento oficial (Apêndice 1). Os ofícios explicavam qual o meu objetivo na Linha Cachoeira.

Também foram estabelecidos contatos com a gerente de Atenção Básica e com a coordenadora do CSF- Marechal Bormann, motivados pela necessidade de entender alguns serviços e algumas ações que eram utilizados pelos usuários, e pelos quais estas pessoas eram responsáveis. Além disso, o objetivo, no primeiro momento, foi compreender o conjunto de ações e serviços da ESF, organizados na perspectiva dos profissionais da SMS, relacionados com as ações e os serviços de saúde no distrito de Goio-Ên e, conseqüentemente, no CSF- Linha Cachoeira.

O período entre 2010 e 2011 foi o de maior densidade no que diz respeito ao trabalho de campo. Eu acompanhava as visitas da equipe e participava da vida da comunidade, realizava pequenos negócios, comprava rapadura, mel, queijo, melancia, feijão, prestava serviço de transporte de pessoas seguidamente. Para mim, estes momentos também eram de interlocução. Em alguns casos, para os usuários, representavam a solução de muitos problemas. Em 2012, voltei ao campo para confirmar informações, rever os amigos e apresentar as experiências que foram escritas.

Elegi a manhã como período de maior número de idas ao campo, mas muitas vezes, fiquei também no período da tarde. Frequentei a comunidade aos sábados, domingos e feriados. Participei de festas, jantares e jogos. Em todas estas ocasiões pude exercitar a observação das experiências dos usuários.

Com a possibilidade de interagir mais com a comunidade, estabeleci relações com a escola. Participei de duas reuniões para discutir temas relacionados ao ensino-aprendizagem e com minhas experiências sobre projeto pedagógico, fui convidado a proferir a palestra *Projeto político pedagógico: planejar e ensinar*. E ao fazê-la pude aprender muito com os professores das escolas da Linha Cachoeira e da Linha Almeida.

No período de realização da tese, eu era conselheiro municipal de saúde. Levava seguidamente, para a comunidade, informações sobre as deliberações e os encaminhamentos do Conselho. Fiz questão de conduzir a Pré-conferência Municipal de Saúde, realizada no pavilhão da comunidade, preparativo para a sexta Conferência Estadual de Saúde *Todos usam SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro*.

Como professor universitário, incluí o CSF- Linha Cachoeira como cenário de práticas de atividades pedagógicas dos cursos de graduação da Unochapecó e no das Vivências Interdisciplinares e Multiprofissionais (VIM) edições de 2010, 2011 e 2012. Este projeto é vinculado ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), organizado em parceria com a SMS de Chapecó. Participei de festas realizadas e divulgadas na comunidade, como por exemplo, as matinês da Serrinha (comunidade próxima à Cachoeira) e da Cachoeira (em 2010 e 2011). Estive nas festas religiosas tais como a de *Nossa Senhora Aparecida*, na Linha Almeida, e de *Nossa Senhora Perpétuo Socorro*, na Linha Cachoeira, e no churrasco para reforma da Igreja Evangélica da Assembleia de Deus, na Linha Almeida. Participei de duas corridas de cavalos em cancha reta, jogos de bocha e de futebol.

Percorri a comunidade em vários eventos, e descrevo no quadro a seguir as reuniões das quais participei.

Quadro 6 – Reuniões Realizadas na Área de Abrangência do CSF- Linha Cachoeira.

Reunião	Local	Número de dias de participação
Conselho Local de Saúde	CSF Linha Cachoeira	03
Pré-conferência municipal de saúde	Sala anexa ao salão comunitário Linha Cachoeira	01
Reunião do grupo de idosos	Sala anexa ao salão comunitário Linha Cachoeira	05
Reunião com os integrantes do NASF	CSF Linha Cachoeira	05
Reunião sobre problemas relacionados a abastecimento de água	Salão comunitário Linha Almeida	01
Reunião da Pastoral da criança	Salão comunitário Linha Almeida	01

Fonte: Organizado pelo pesquisador.

Resolvi participar das reuniões como forma de facilitar a observação, muitas vezes, refletindo sobre minha atuação. Questionava-me, constantemente, sobre o limite da intimidade que poderia ter com meus interlocutores com as decisões e orientações metodológicas nesta tese. O que exercitava no campo de estudos, a todo o momento, era a compreensão dos limites da intimidade construída com os usuários bem como com o estranhamento do pesquisador em relação a eles.

As observações foram descritas no caderno de campo e organizadas na perspectiva do usuário. Nesta tese, a observação participante foi organizada em três momentos. Em um primeiro, juntamente com a visita domiciliar desempenhada pelas ACS das áreas 1 e 2 do CSF Linha Cachoeira além da técnica da secretaria de agricultura. Adotei o acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelas ACS como uma estratégia de aproximação dos sujeitos. Conforme atribuições descritas na resolução 648/2006³³, é o ACS que deve estar em contato permanente com as famílias. É sua atribuição desenvolver ações de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente, a respeito daquelas famílias em situação de risco.

Em suas atividades de trabalho, o ACS estabelece um cronograma de visitas domiciliares, perfazendo o total de moradias de sua área adscrita no período de um mês. Minha escolha foi, portanto, fazer-me conhecer por intermédio das agentes comunitárias

³³Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família- PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde- PACS (BRASIL, 2006).

de saúde. A técnica da secretaria de agricultura foi acompanhada em virtude de sua relação próxima com a comunidade e sua atividade estar ligada aos processos de capacitação para o trabalho, principalmente, para as mulheres.

Num segundo momento, realizei visitas com a equipe de saúde cujas atividades estão listadas na Tabela 7. Nelas, havia um automóvel disponibilizado pela prefeitura municipal de Chapecó para conduzir um médico, a coordenadora do CSF e a ACS para as visitas domiciliares todas às quintas-feiras, no período matutino.

Quadro 7 – Visitas Realizadas no Campo de Estudos

Atividade	Número de visitas realizadas
Visita nas casas com a técnica da secretaria de agricultura	03
Visita com as ACS	15
Visita domiciliar com a equipe de saúde completa	10
Visita domiciliar com parte da equipe (auxiliar de enfermagem ou enfermeira e ACS)	10
Visitas do pesquisador	30
Total de visitas	68

Fonte: Organizado pelo pesquisador.

Ao acompanhava as visitas e era apresentado aos usuários. Procurava desenvolver um papel passivo diante das conversas ali travadas. Algumas vezes, era ligada a exames laboratoriais, procedimentos e agendamentos para algum membro da família. Muitas vezes, iniciava com fatos ocorridos na comunidade e, assim, compreendi que se tratava de uma introdução necessária para manter o vínculo. O chimarrão era o elemento mais presente na hora da recepção e da demonstração de acolhida. Além da conversa amistosa, era comum a oferta de cuca, gostoli (também referida como cueca virada), melancia, moranga, bergamota, uva, água fresca como forma de expressar “bem-vindo!”.

No terceiro momento, realizei visitas sem a companhia da equipe. As famílias eram selecionadas de acordo com a interação com meus interlocutores e com os eventos relativos à busca por conhecer mais as experiências daqueles usuários.

Segui critérios subjetivos para avaliar o período de tempo destinado para observação. A relação entre a atividade de trabalho da família e o período do dia foi um critério adotado inicialmente. Na parte da manhã, ficava menos tempo, pois os meus interlocutores comentavam que “a manhã é curta”: “[...] de manhã o tempo anda mais depressa. Tenho mais o que fazer, a lida da casa toma tempo” (D. Rufina, nov., 2010).

Outros sinais de encerramento da observação eram os cochichos, olhares e certo tom de voz, só compreendidos depois de algum tempo em campo.

A técnica de anotar as experiências só encerrava com a anotação das observações no diário de campo no qual registrei a descrição minuciosa das experiências relacionadas com o objetivo desta tese, recurso utilizado durante todas as etapas da pesquisa. No caderno de campo anotava as entrevistas que realizava e todas as informações do campo foram organizadas e sistematizadas neste diário cuja estrutura foi organizada de acordo com o quadro apresentado a seguir.

Quadro 8 – Estrutura do Caderno de Campo

CADERNO DE CAMPO				
Número da nota etnográfica	Data	Nome dos usuários	Local	Nota etnográfica
60	12 de janeiro de 2011	Sr. José	Casa da família	[...]Se alguém chegar depois do almoço em minha casa não ganha chimarrão.

Fonte: Organizado pelo pesquisador.

Busquei evidenciar núcleos de sentido durante a sistematização e transcrição das informações. A apreensão, a descrição e a transcrição dos achados foram organizadas a partir das interações realizadas, de acordo com as experiências e a percepção dos usuários. Foram escritas 110 notas etnográficas no caderno de campo. As notas que foram utilizadas na escrita desta tese foram apresentadas entre aspas. A observação participante foi utilizada como técnica principal e a entrevista como recurso auxiliar, visando entender e validar os significados das ações que observava. As entrevistas foram referenciadas da seguinte forma: entrevista, mês e ano.

No início das atividades em campo, queria perceber uma relação direta entre o que via e ouvia sobre o tema corpo e saúde e, posteriormente, passei a anotar, buscando o que era nota descritiva e o que era analítica. Como aprendiz de etnógrafo, tentava por em prática conceitos e levei bastante tempo para compreender coisas que pareciam ser simples. O processo dialógico, por exemplo, no início percebi cruzado, enviesado, atravessado, equivocado, sentindo-me fora do contexto e aguardando com ansiedade os

momentos em que haveria algum assunto ou atividade relacionada com meu tema de pesquisa. Mais tarde compreendi os diálogos travados em campo como “prosa e mundo vivido”. Foi neste momento que tive uma relação mais holística do que técnica com meus interlocutores. A partir daí começou a fazer sentido o tom de voz, os gestos e os trejeitos. Sentia depois dos primeiros momentos em campo a etnografia como método e lembrava os rumos que deveria seguir, ditos de forma insistente pelo meu orientador.

Com o tempo, fui exercitando a descrição como modo de escrever, até sossegar e me liquefazer nos encontros. Foucault (1995) talvez ilumine esta sensação ao considerar que a passagem do princípio do prazer para o princípio da realidade pode ser comparado à passagem de um estado de júbilo (atividade lúdica) para um de esforço (trabalho). E ele diz ainda, que a leitura agita o espírito enquanto a escrita organiza. A leitura aqui seria entendida no sentido pleno não se resumindo naquilo que pode ser apreendido de textos impressos, de palavras.

Passei a abrir mão da escuta e a prestar mais atenção em tudo que acontecia para descrever, mais tarde, o visto e o percebido. Entendi que era diferente descrever o que via de analisar o que tinha observado. No início do processo de escrever, a dúvida residia em minha capacidade de diferir entre o que servia e o que não servia ao tema de pesquisa. Com o tempo, o que me movia em campo era a sede de saber mais sobre o ocorrido. Como foi mesmo que o senhor descreveu essa sua dor? Como era o tempo em que se media terra em litro?

Com o intuito de situar da melhor maneira a localização de meus interlocutores e compreender a área de cobertura da ESF, foi confeccionado em conjunto com as agentes comunitárias de saúde, a auxiliar de enfermagem e a coordenadora da unidade de saúde, um mapa – com isopor, plástico incolor e alfinetes – da área de abrangência do CSF- Linha Cachoeira. Para tanto, utilizei as informações selecionadas no mapa do geoprocessamento da SMS, do caderno de anotações e de conhecimentos das agentes comunitárias de saúde acerca da realidade. O mapa passou a fazer parte dos instrumentos para o planejamento das ações e dos serviços de saúde e, nele foram identificadas as áreas de abrangência do referido centro de saúde e organizadas informações obtidas pelos instrumentos de diagnóstico da comunidade.

As informações foram transpostas por meio de desenhos, cores, números e símbolos identificando casas, matas, plantações, criações, comércio, igrejas e outros espaços (Figura 13). As estradas foram pontuadas pelas linhas de cor verde, e as casas das famílias foram representadas pela cor rosa junto com o número de cadastro das

famílias de acordo com o caderno da ACS. Tal recurso “[...] possibilitou o conhecimento da região, suas características geofísicas, populacionais, assim como possibilitou identificar o local de moradia de cada usuário, mesmo conhecendo há muito tempo esta região” (Ivânia, nov., 2010).

Figura 13 – Mapa das Áreas 1 e 2 do CSF- Linha Cachoeira



Fonte: Organizado pelo pesquisador e pela equipe de saúde do local.

A observação participante foi realizada com a descrição de características particulares de discursos e da linguagem corporal que foram identificadas no campo. Durante a confecção do mapa da área de abrangência, foi concretizada a reconstituição da história do grupo e do local, principalmente aquelas narradas por Ivânia, Elísia, Sirlei e Cleonice.

2.3. A Etnografia e o Panorama da Corporeidade.

Com a etnografia realizada aliada ao paradigma da corporeidade, busquei estudar comportamentos, costumes e crenças apreendidos e compartilhados com os interlocutores no campo da saúde. Neste sentido, o viés etnográfico foi o mais adequado para entender as experiências dos usuários, orientando a observação do sensível, do trabalho, da festa, enfim, de tudo que é importante para aquele grupo.

A etnografia é uma experiência e um método que tem por objeto os modos de vida de grupos sociais, “[...] designa o nível mais local do conhecimento” (Beaud; Weber, 2007, p. 10). Para Goldman, o âmago da etnografia “[...] é a disposição para viver uma experiência pessoal junto a um grupo humano” (2006, p. 167). O autor recupera a perspectiva etnográfica de Malinowski (1978), compreendendo-a como modalidade de relação.

Para Goldman, a teoria etnográfica tem como objetivo organizar

um modelo de compreensão de um objeto social qualquer (linguagem, magia, política) que, mesmo produzido em e para um contexto particular, seja capaz de funcionar como matriz de inteligibilidade em outros contextos (2003, p. 460).

O pressuposto do método de pesquisa etnográfica é a observação das ações humanas e sua descrição a partir do ponto de vista das pessoas ou dos grupos que praticam as ações. A etnografia, neste estudo, foi tratada pelo primeiro estágio da pesquisa antropológica: observação, descrição e trabalho de campo. Nesse sentido, tratei de gerar informações aproximando-me da perspectiva que os interlocutores tiveram dos fatos.

O objetivo da etnografia foi organizar um modelo de compreensão do tema “experiências e corpo”. Desta forma, espero que este estudo “[...] seja capaz de funcionar como matriz de inteligibilidade em outros contextos” (*Idem Ibidem*, p. 460). A finalidade de tal intento foi o de transformar esta experiência pessoal em um texto etnográfico.

O que procurei seguir em campo foram alguns pressupostos de orientações teóricas gerais da etnografia, que auxiliaram na apresentação das informações descritas no capítulo 4. Na perspectiva metodológica adotada, um princípio básico da etnografia seguido foi o de situar-me em campo, tecendo algumas considerações sobre as questões

que me levaram até ali e sobre o espaço social observado e analisado. Com este propósito, percorri itinerários em campo e observei as atuações e as narrativas dos usuários das ações e dos serviços do CSF- Linha Cachoeira, para depois escrever, ou organizar tudo o que via por meio da descrição. Neste lugar, não exerci um saber sobre o usuário, nem um saber do usuário, mas, de outra forma (mais alargada), um saber com o usuário. Procurei exercitar, da maneira mais ampla possível, o que foi preconizado por Malinowski (1978), a saber, captar toda a riqueza de significados que permeia a vida social pelo “engajamento nas atividades apropriadas das situações que foram ocorrendo em campo e as observações como pesquisador, como forma de escrever sobre dados de comportamento real” (Malinowski, 1978, p. 29). Com a metodologia selecionada, busquei apresentar minha experiência de interação e vivência com os usuários em questão a fim de entender como tais experiências evidenciavam a perspectiva de corpo.

A etnografia, nesta tese, foi tratada pelo primeiro estágio da pesquisa antropológica: observação, descrição e trabalho de campo. A pesquisa de campo foi realizada como “[...] a necessidade de ver o mundo através dos olhos dos pesquisados” (Haguette, 2003, p. 67). Busquei gerar informações aproximando-me da perspectiva que os interlocutores têm dos fatos.

Observar significa “[...] examinar com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo” (Victora *et al.*, 2000, p. 62). Já na observação participante, Richardson (2008) salienta que o observador não é apenas um espectador do fato que está sendo estudado, ele se coloca na posição e ao nível dos outros elementos humanos que compõem o fenômeno a ser observado. Portanto, pressupõe a integração do investigador no grupo investigado. Compreendo isto como uma observação de corpo inteiro, intimamente ligada ao paradigma da corporeidade proposto por Csordas.

A observação participante foi a técnica adotada para estar no campo de estudos, permitindo, assim, uma estreita interação entre pesquisador usuários e o contexto vivido. Este foi o modo mais utilizado para compreender os sentidos e significados relacionados ao tema e aos objetivos aqui propostos.

As pessoas observadas foram selecionadas pelos próprios usuários por vários motivos: encontro em visitas realizadas, reuniões, casos contados, empatia e outras situações vividas. De certa forma, o que realizei foi uma conversa mais “ao pé do ouvido” com alguns interlocutores. Nesse diálogo, procurei identificar experiências que demonstrassem características gerais da população. Para complementar minhas

anotações, busquei maior aproximação no concreto vivido, adotando a perspectiva dos usuários e compartilhando as suas experiências no seu dia a dia. Raras vezes agendava horários, visitava e conversava com as pessoas sobre temáticas que havia escrito em torno das experiências que me foram descritas.

Orientado pelas anotações do caderno de campo, fiz observações – nas casas, nos locais de trabalho e nos eventos sociais promovidos pela comunidade – como forma de alargar a compreensão que havia tido dos fatos. Não gravava, partes das anotações eram feitas durante a conversa, mas a maioria delas eu fazia posteriormente. O que mais pratiquei foi uma escrita posterior às experiências – ouvir, perceber e transcrever posteriormente. As falas ficavam em meus pensamentos por semanas. Transcrevia logo, revisava sempre. Buscava deixar escrito o observado e o percebido.

Em 2012 voltei ao campo e conversei com cada um dos interlocutores citados aqui, lendo para eles o que havia escrito e ouvindo suas ponderações e revisei a escrita. Solicitei, então, o consentimento do uso das informações, a autorização para o uso do nome e das respectivas narrativas. Sr. José e D. Rufina disseram que não precisariam assinar: “Se alguém achar que não é verdade, que venha aqui. Contarei a mesma história” (Sr. José, fev., 2012).

Foram os próprios interlocutores que orientaram os procedimentos adotados para estar em campo. A disponibilidade para dialogar foi exercitada durante a fase de aproximação, de maneira diferente com cada um deles. Com o Sr. Eudes, entre um freguês e outro; com o Sr. Honorino, na lida diária, após a reunião do conselho; com D. Rufina, debaixo do pé de laranjeira, tomando mate. Nesses lugares, buscava descrever as intenções de significar (posturas, expressões corporais, disposições do espaço familiar, dentre outros).

Não estabeleci o número de observações que faria *a priori* (Ludke; André, 1986), (Triviños, 1987). Empreguei como critério o tema evidenciado pelas observações, e explorei os assuntos com as pessoas que corroboraram a temática. Preferi a escolha do tema e a escrita de forma global, com uso dos apontamentos do caderno de campo. Para a descrição de aspectos relacionados com o campo de estudos (apresentado no primeiro capítulo), resolvi selecionar um informante-chave como uma alternativa. Julguei importante conversar com um usuário que representasse a comunidade, pois, sua singularidade expressava vinculações sociais e, no caso deste estudo, o informante-chave foi o Sr. Eudes.

Como experiência pessoal, a metodologia etnográfica proporcionou apresentar as experiências com os meus interlocutores de forma diferente da interpretação que poderia fazer de suas ações. Ela proporcionou situar-me no campo e selecionar lugares e tempos para os diálogos: planejar e estar diante dos meus interlocutores para conversar sobre o tema, ou simplesmente visitá-los. Visito sozinho um usuário, ou vou acompanhado? Com alguém da equipe, ou uma pessoa da comunidade? A etnografia proporcionou situar-me nos espaços (na UBS, na casa, ou na festa), nos tempos. Fui obrigado a pensar na questão da organização do tempo daquelas pessoas, pois como já mencionado o período matutino era mais dedicado aos afazeres domésticos e ao trabalho na roça incluindo aí o tempo para o preparo do almoço, período preferencial para a limpeza da casa e dos trabalhos próprios do ambiente rural. Assim, conversar com alguém no período da manhã não é uma tarefa fácil.

Enfim, descobri como aproximar-me de alguém que não conhecia, identificando as experiências vivenciadas e organizando as informações no caderno de campo. O conhecimento que resultou do encontro foi produto de posicionamentos e maneiras que aprendi durante as conversas. O registro de algumas observações foi balizado pelas escolhas que fiz, pelos meus interlocutores, enquanto que de outras, foram relacionadas pelo próprio contexto. E, ao olhar para o outro, fui obrigado a me ver também, produzindo conhecimento sobre mim mesmo, sobre meus interlocutores e sobre a metodologia etnográfica – sua teoria e conceito, mais especialmente, sobre a experiência prática e formativa. A dimensão subjetiva foi o plano no qual busquei situar o objeto de estudo. O principal material que observei e descrevi foram as experiências dos usuários das ações e dos serviços do CSF- Linha Cachoeira.

E, dentro desta perspectiva, encontrei no paradigma da corporeidade de Thomas Csordas uma forma de descrição fenomenológica da experiência corporificada, um ponto de encontro com a etnografia como caminho metodológico, trilhado para descrever as experiências dos usuários das ações e dos serviços de saúde na condição de sujeitos da percepção. Para ele, os modos de como o vivido vão sendo incorporados pela pessoa-no-mundo podem ser compreendidos como uma proposta metodológica para superar determinações culturais, ou determinações puramente biológicas. De certa maneira, foram estes modos que busquei descrever nos usuários e nas suas experiências compartilhadas, suas materialidades e o próprio vivido relacionado com a busca de cuidados de saúde que era muito evidente em determinados momentos. A adoção das

experiências como objeto central sugere um modo de abranger o corpo social, fenomenológico, que interage com as ações e os serviços de saúde.

Csordas elaborou um “paradigma não dualista da corporeidade” (2008, p.111) para estudar a cultura. Trata-se de uma perspectiva metodológica consistente que incentiva a reanálise dos dados existentes e propõe novas questões para a pesquisa empírica e com isso, solapar as dualidades, principalmente, a dimensão mente-corpo.

Identifiquei na etnografia uma tentativa para descrever as maneiras de estar em um campo no qual usuários inventam e realizam ações diversificadas, atribuindo a elas sentidos a partir da organização dos objetos do mundo no qual estão inseridos. Busquei descrever os usos, os usuários e a convivência social ao mesmo tempo em que exercitei a diferenciação e a identificação entre o pesquisador e os pesquisados.

Muitas vezes, fui envolvido por um sentimento de angústia, vendando os olhos e ensurdecendo os ouvidos para questões que apareciam à minha frente. Via a neblina se formar pela manhã e sumir próximo ao meio-dia, porém não percebia como as estações do ano, a temperatura, a floração e os tempos de produção influenciavam a vida das pessoas: as roupas, a comida, as festas, a hora de acordar, a de tomar chimarrão, o prazer de carpir, quebrar milho, dormir, ficar ao lado da lenha, do fogo, ou do fogão. Neste processo interativo, o papel do pesquisador foi, em parte, definido por mim mesmo e, em parte, pelo grupo e pelas situações vividas. Confesso que minha experiência pessoal foi transformada pela metodologia adotada. Cito três transformações ocorridas em minha vida a partir da conclusão desta tese: a escrita, a espiritualidade e o chimarrão.

A primeira ocorreu na forma de escrever as experiências observadas em campo. A entrada em campo, a prosa, a explicação do estudo, a observação e as entrevistas em meio a festas, procedimentos técnicos da equipe de saúde, almoço e jantares. Vivenciava experiências em meio às reuniões de grupos de idosos, dos hipertensos, do conselho local de saúde e da conferência municipal de saúde Registrava imediatamente por meio de transcrições para apreender detalhes, mas permanecia absorto diante dos aspectos emocionais. Diria que a transcrição é uma tradução, mais do que acerto ou limpeza de texto. A mudança na forma de perceber a escrita das experiências em campo foi realmente significativa.

A segunda transformação foi experienciar a espiritualidade como dimensão da saúde. Quando estudei o livro *Corpo/Significado/Cura*, de Thomas Csordas, percebi uma orientação para minhas crenças. Participei de cultos evangélicos com o intuito de

compreender aspectos que o autor relatava em seus estudos e também o fiz, por insistência de minha esposa (não sei qual dos estímulos foi o mais efetivo, sei que neste meio tempo fui arrebatado pela religião) e como católico (não muito devoto), senti-me como Riobaldo (personagem do romance *Grande Sertão Veredas* de João Guimarães Rosa). Neste sentido, vivenciei uma passagem para a “institucionalização da espiritualidade” em cultos de uma igreja evangélica. Sinto-me bem, principalmente, nos momentos de louvor a Deus. Hoje participo de um grupo de estudos intitulado “discipulado”. No campo de estudos, tive várias experiências com relatos de tema sobre a espiritualidade, porém, preferi reunir todo o material e desenvolver num momento posterior.

Enfim, hoje tomo chimarrão e como gaúcho que sou não o apreciava. O trabalho em campo acordou algo em mim, um estado de conhecimento e percepção, evidenciado por John R. Searle (2000) em sua teoria de atos de fala, quando o autor buscava destacar a linguagem como uma forma de ação. O que entendia sobre corpo e corporeidade foi evidenciado pelo chimarrão: os significados e os sentidos do sentar-se à roda de conversa e de chimarrão, de servir e ser servido.

A trajetória da erva-mate me fez refletir sobre a presença e a expressividade humanas, sobre a relação entre a concretude da erva-mate como chá amargo e o ritual cultivado por gerações de mateadores.³⁴ Compreendi os diferentes corpos presentes nas formas de adubação, no plantio e na colheita da erva-mate, mas também sobre os galhos, as folhas, as técnicas de secagem, moagem e armazenagem, a embalagem e sua distribuição. E mais além, sobre o papel do motorista que transporta os fardos de erva. Tudo isso realizado para que o pacote de erva chegue ao armário de cada um que cultiva uma história que se fez corpo (Renk, 2000, p. 105), mais que um costume de tomar uma bebida amarga.

Quando tive os primeiros contatos com os mateadores, percebi que ali havia várias pessoas presentes na roda: umas visíveis e outras invisíveis. Vislumbrei logo uma pintura: a roda composta por todas as pessoas que fizeram parte do processo de produção, comercialização e cultura do chimarrão que é originada por várias gerações ali presentes e pelas anteriores, pelos coletores e cantores que elogiam a tradição de “chimarrear”,³⁵ por algumas pessoas de carne e osso e, por várias outras, guardadas na lembrança. O processo complexo que envolve o chimarrão se fez presente em minha

³⁴ Referência para aqueles que tomam o mate ou chimarrão.

³⁵ Ato ou efeito de tomar mate, tomar chimarrão.

memória no ato de descrever e me atraiu ao círculo dos adeptos do chimarrão. Escrevi invariavelmente várias notas sobre o momento do chimarrão.

E, ao final da tese, que via em campo passei a perceber na universidade, em minha casa, na de amigos e de parentes. Com o chimarrão e os usuários mateadores que se mostraram, entendi a experiência corporificada de Csordas. A etnografia permitiu perceber um padrão nos jeitos e rigores herdados dos índios, dos caboclos e dos “de origem”, uma forma de elucidar experiências compartilhadas.

Apreender – com a etnografia – as experiências narradas pelos meus interlocutores para identificar a perspectiva do corpo foi um grande desafio. A aproximação do rural, sendo um sujeito urbano, trouxeram-me momentos de descontração e também de angústias.

3. REFLEXÕES ACERCA DO CORPO: A PERSPECTIVA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS

Neste capítulo, apresento alguns estudos sobre o corpo na perspectiva das ciências sociais, com maior ênfase na antropologia. Dentre as possibilidades de abordar o tema, procurei demonstrar a trajetória da perspectiva antropológica, descrita principalmente por meios dos estudos de Marcel Mauss e Thomas Csordas e algumas considerações sobre a filosofia de Merleau-Ponty.

Com este intuito, dividi este capítulo em três seções. A primeira busca expor ideias de antropólogos que iniciaram estudos acerca do corpo, considerados importantes para a conformação deste tema. Na segunda, são apresentados autores que alargaram os estudos sobre o tema no período contemporâneo, buscando certa coerência com as proposições lançadas até então. Na terceira seção, discuto a teoria de Thomas Csordas salientando como este autor utiliza extensamente a obra de Merleau-Ponty e, nessa direção, fiz uma pequena incursão pela teoria do filósofo francês, para posteriormente, voltar ao antropólogo americano.

3.1. O Corpo na Perspectiva Antropológica

Este esboço teórico foi orientado por meio de sistematizações sob o ponto de vista da antropologia e apresenta distintas tendências de estudos sobre o corpo antes de se tornar “moda”, ou “fato social acadêmico” (Almeida, 2004). Ao longo da exposição, o leitor terá contato gradual com as contribuições que vão desde a análise dos primeiros estudos, até explicações que buscam relacionar tal problemática com discussões a partir da antropologia e da sociologia.

Na perspectiva antropológica, afirmam-se noções que demonstram a interdependência entre os domínios físico, psicológico e social. Marcel Mauss buscou pensar o corpo para além do biológico, demonstrando ser ele construído socialmente. Para este autor, a articulação entre natureza e cultura se constrói na medida em que afirma que o conjunto de hábitos, costumes, crenças e tradições que caracterizam uma cultura, também se referem ao corpo. Para tanto, descreve técnicas corporais tais como “[...] as maneiras como os homens, sociedade por sociedade e de maneira tradicional, sabem servir-se de seus corpos” (Mauss, 1974, p. 212).

Partindo desta definição, o autor possibilitou separar a ideia de técnica em relação estreita ao instrumento. Assim, é possível compreender o corpo como o primeiro e o mais natural instrumento do homem. Em busca da noção de técnicas como “ato tradicional e eficaz”, ele promoveu a compreensão de uma relação integradora entre natureza e cultura no corpo. Em meio a exemplos de técnicas da idade adulta, de vigília e de atividade, do movimento, de cuidados corporais, de consumo e de reprodução, o autor sustenta o tríptico ponto de vista. Ele considerou aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos na forma de conceber o corpo e as ações humanas. Tais considerações influenciaram para que fosse construído o conceito de homem total, contemplando sua natureza indissociável psico-orgânica e social (*Idem Ibidem*, p.15).

Além disso, para ele, as técnicas não diferem do ato mágico, religioso ou simbólico. Existe uma forma de educação impressa – no corpo – como direcionadora das ações de uma sociedade específica. Ele evidencia a construção cultural do corpo por meio da descrição das formas de expressar o que é aprendido, presente no andar, no dormir, no vestir, no dançar, no gesticular e no olhar. O indivíduo muda seu comportamento, assim como as sociedades, a educação, as conveniências e as modas, com os prestígios.³⁶ “É precisamente nesta noção de prestígio da pessoa que torna o ato ordenado, autorizado e provado, em relação ao indivíduo imitador, que se encontra todo o elemento social” (*Idem Ibidem*, p. 215). Nesse sentido, ele se encontra com o elemento psicológico e o biológico, de forma indissociável.

A importância de estudos inaugurados por Mauss está na possibilidade de compreender o corpo como algo não *a priori* e nem universal, mas sim como construção social e particular. O grande interesse destes estudos reside na relação entre a pessoa e o grupo social ao qual pertencia. Com isso, ele pode ser considerado um autor importante no processo de rompimento do determinismo biológico, introduzindo uma perspectiva sistêmica na forma de compreendê-lo.

As premissas deste autor foram posteriormente desenvolvidas por Mary Douglas (2008) por meio de reflexões sobre como as preocupações coletivas, individuais e as formas de controle sobre o corpo foram construídas, historicamente, influenciando o modo de pensar e de realizar escolhas cotidianas. Para Douglas, o corpo

³⁶ Marcel Maus utilizava o conceito de imitação prestigiosa para demonstrar que o processo de educação dos indivíduos se dá quando imitam atos, comportamentos e corpos que obtiveram êxito, realizadas pelas pessoas com certo prestígio.

é uma estrutura complexa e as margens são regiões investidas de poder, pois limitam a estrutura interna. Ela propôs que “toda interpretação deve estar sujeita à observação das práticas sociais” (Douglas, 1976, p. 136) e, dessa forma, destaca os aspectos coletivos sobre práticas sociais. A cultura se materializa nas escolhas e nas apropriações de objetos e, nesse contexto, o corpo é frequentemente, utilizado como um símbolo da sociedade humana.

Em seus estudos sobre a concepção ritualística do consumo a autora explorou a ideia de que pensar e agir sendo compreendidos como fatores que entram no processo de construção do conhecimento e da produção de sentido e estão relacionados aos elementos que constituem a própria identidade da pessoa: idade, cidade, sexo, escolaridade, nível socioeconômico, religião e etnia. O consumo dá significado aos objetos e estes atuam como pontes ou cercas: os usos dos bens excluem e incluem as pessoas do meio social, assim, as sociedades são estratificadas. Agora, as diferenças sociais dão-se por meio de escolhas, controle e informações que se têm sobre determinados bens. Certamente, conceber o corpo como um objeto, principia um conjunto de estilos de pensar sobre relação do sujeito consigo mesmo, com os outros e com o ambiente.

Robert Hertz foi outro autor que desenvolveu estudos sobre corpo e merece destaque, pois realizou reflexões sobre a proeminência da mão direita e questionou o status privilegiado que esta mão goza em relação à esquerda em quase todas as sociedades conhecidas. Ao examinar as teorias existentes, concluiu que não existe fundamento de ordem fisiológica que justifique a atribuição de tal status. Para ele, o corpo é moldado e construído pela vida social, sendo os atos e as atitudes corporais um reflexo das representações sociais.

Distinta contribuição para uma discussão antropológica sobre o corpo é o trabalho de Maurice Leenhardt (1947) sobre as noções de pessoa e mito da sociedade canaque (Melanésia). Neste trabalho, ele apresentou as influências do contato com os brancos ocidentais, por meio das noções de corpo e pessoa como processo no qual um sujeito se torna único, distinto, porém integrado à coletividade. Para os canaques, a pessoa era concebida pelos referenciais coletivos e não pelos limites do corpo.

De certa forma, tais estudos podem ser relacionados com o conceito de “fabricação de corpos” proposto pelo antropólogo Eduardo Viveiros de Castro (1987) – reconhecido internacionalmente –, principalmente a partir de suas pesquisas com a

sociedade xinguana, especialmente, na aldeia Yawalapiti, dentre outros.³⁷ Denominou como “fabricação do corpo” os estudos que promoveram um marco no conceito de corpo e de pessoa. O autor afirmou que de acordo com os rituais desta sociedade "o corpo humano necessita ser submetido a processos intencionais, periódicos, de fabricação" (Castro, 1987, p.31). Da mesma forma, declara que há uma criação do corpo e, em consequência, da pessoa, constituindo um processo de uma ação intencional protagonizada pelas gerações mais experientes.

Para Castro (1987), a tecnologia de elaboração do corpo passa por rituais de reclusão, exercido por meio de intervenções sobre a comunicação entre o corpo e o mundo: "Trata-se da manipulação de algumas substâncias que, devendo ou não entrar/sair do corpo, colaboram para seu crescimento e fortalecimento: sangue, sêmen, alimentos, eméticos vegetais, tabaco". (*Idem Ibidem*, p. 37). O autor demonstra evidências que comprovam uma regularidade na necessidade de construir o corpo, sendo transmitidas técnicas com vista a um rendimento específico. Há certa similitude entre a noção de fabricação de corpos proposta por Castro e a de imitação prestigiosa proposta por Mauss. Ambas as noções buscavam descrever a forma de reprodução de caminhos expressos no corpo em um contexto de aprendizagem, diante de um processo de comunicação com o mundo.

Assim, como compreender a construção do corpo e da pessoa por meio de rituais de reclusão dos yawalapiti, pode-se por analogia, também entender processos de desconstrução da pessoa, por meio dos rituais dos kaxinawá.³⁸ Esta sociedade empreendeu rituais de canibalismo, tomando para si a responsabilidade de despojar da memória a carne e os ossos, como tarefa celestial de transformação. Cecília Macallum afirma que uma maneira de compreender a construção de noções de pessoa é “entender a memória como algo que se entranha progressivamente no corpo ao longo da vida”. (Mccallum, 1996, p.55). A concepção de pessoa como algo em permanente mudança revela, então, uma visão mais dinâmica. “O conhecimento, as habilidades práticas, as capacidades intelectuais e a consciência em vigília, acumulados durante a vida, tornam-se uma verdadeira segunda natureza para os kaxinawa” (*Idem, Ibidem*, p.55-56).

³⁷ Castro (1987) mostra a presença de rituais entre o povo de cultura alto xinguana, como os bakairis e os kuikuros.

³⁸ Os kaxinawá pertencem à família linguística Pano que habita a floresta tropical no leste peruano, do pé dos Andes até a fronteira com o Brasil, no Estado do Acre e Sul do Amazonas, que abarca, respectivamente, a área do Alto Juruá e Purus e o Vale do Javari (Instituto Socioambiental, 2010).

Neste sentido, após a morte, o endocanibalismo³⁹ é praticado como forma de liberar a alma do corpo. Conforme a autora, “consumindo a carne, os parentes podiam talvez reter em si mesmos alguma coisa do morto, liberando sua alma para voar em direção à floresta. O endocanibalismo era ao mesmo tempo um ato de amor, de compaixão e de autoproteção” (*Idem, Ibidem*, p.70).

O desfazer-se de um corpo era motivado pelo amor dos parentes. Havia a preocupação em dar um fim também aos pertences do morto, assim como apagar da memória todas as lembranças que poderiam atrair o desejo de estar junto dele. Nos rituais, a autora descreveu o processo de desconstrução do nome da pessoa, como forma de desprendimento entre o espírito do corpo e o espírito da alma.

Dentre os estudos que buscam compreender as culturas, tendo como foco o corpo, se destaca também a obra de Anthony Seeger, Roberto Da Matta e também Eduardo Viveiros de Castro, publicado em 1979. Os autores indicaram os conceitos de corpo, corporalidade e pessoa para compreender a organização social das sociedades. Nessa direção, “o corpo é evidenciado como um instrumento que articula sentidos e significados cosmológicos, matriz de símbolos e objeto do pensamento” (Maluf, 2002, p. 92).

Para as sociedades estudadas, o corpo corresponde e está ligado à concepção de pessoa. O corpo é performado e praticado em um processo de constante mudança. De forma semelhante à concepção de corpo, a noção de pessoa aproxima-se de um ser em processo permanente de transformação e está aberto para experimentar diferentes possibilidades de metamorfose.

3.1.1 Aspectos da Antropologia Contemporânea

Para a antropologia contemporânea, a subjetividade está localizada no corpo, e a cultura deve ser relacionada com o orgânico. Tema dos estudos das ciências sociais nas duas últimas décadas, o corpo, a corporalidade e a incorporação estão presentes na obra de Miguel Vale de Almeida (2004), um atento pesquisador das áreas mais focadas pela antropologia contemporânea. Segundo Almeida (2004), o foco dos estudos da antropologia, nesse período, traduz o encadeamento de concepções que buscam ressignificar posicionamentos dicotômicos, retratando o corpo como um campo de

³⁹ Nome dado ao canibalismo praticado entre os membros da mesma tribo.

inscrição do social, incorporando a redefinição feita por Bourdieu a partir de Mauss: a construção do *self* e do outro, os corpos dóceis e resistentes, a doença como performance cultural, o processo de justaposição do *self* e do outro, a inclusão da teoria da emoção, a reintrodução da história, das performances culturais, a epistemologia e política do corpo, a normalização e reconstrução de corpos, a interpretação das novas tecnologias reprodutivas e os efeitos sobre parentesco e relacionamento entre seres humanos. Todos estes elementos são questões levantadas por Bourdieu e absolutamente pertinentes ao debate em questão.

Há também esboços que buscam demonstrar a relação da sociologia com a antropologia e estes, são propostos por M. Featherstone e B. Turner (1995), na revista *Body and Society*. Para Turner o corpo entendido como eixo de análise sociológica permitiu o desenvolvimento da noção de *somatic society*, uma sociedade na qual os principais problemas políticos e pessoais são expressos por meio do corpo nas atividades de rotina diária e previsível.

O corpo tem sido crucial para o desenvolvimento de metáforas e, desta forma, são veículos culturais que expressam os valores que tornam a vida mais significativa e coerente. E, quando estas, em decorrência do funcionamento das sociedades modernas, se esgotam, refletem o desgaste da comodidade natural. Nas sociedades contemporâneas, não houve uma evolução significativa no conjunto compartilhado de metáforas que expressam a condição humana e os vínculos sociais. Elas, segundo o autor, são importantes para uma renovação da sociabilidade. Sendo assim, o corpo como constitutivo do ser-no-mundo fica extremamente prejudicado.

A abordagem de Turner (2001) empreende uma tentativa de propor o conceito de corporeidade – concepção em busca da compreensão sociológica do mundo, assim como uma estratégia para se contrapor à vulnerabilidade de direitos humanos – como um processo ao contrário de corpo como um fenômeno fixo. A este respeito, descreve situações que exigem a aprendizagem de técnicas corporais tais como: andar a pé, sentar, dançar e comer. A corporeidade é um conjunto de práticas corporais que produz e dá ao corpo um lugar na vida quotidiana, um *habitus* social.

O termo por ele referido aproxima-se das técnicas corporais, propostas por Marcel Mauss, e de *habitus* desenvolvido por Pierre Bourdieu. Para este último, o *habitus* (a partir do conceito de Mauss), pode ser compreendido como repetição de práticas corporais inconscientes e mundanas. Trata-se de uma explicação da relação de padrões e práticas sociais incorporadas. Desta forma, o *habitus* é constituído como um

conjunto de disposições para a ação [...] funciona a cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e ações (Bourdieu, 1983, p. 65). Seu conceito desvela a história incorporada, a obediência às especificidades do lugar e da posição de classe dos agentes.

Nesta direção, os estudos sobre o povo kayapo (Amazônia) desenvolvido por Terence Turner demonstram que as representações da corporalidade começam com a instalação do corpo na práxis social, contrastando com tentativas de enfatizar a centralidade das representações conceituais ou linguísticas. Ele defende que a “antropologia pode oferecer documentação etnográfica comparativa e uma análise da variação social e cultural nas concepções e tratamentos dos corpos e da corporalidade” (Turner *apud* Almeida, 2004, p. 17).

O período contemporâneo tem seu foco no corpo como valor e centro de práticas sociais, atribuindo a ele um tipo de agência distinta. Logo, a observação das práticas sociais é orientada pela visão do corpo como objeto técnico. De outra forma, concebê-lo como núcleo de uma relação pedagógica conforma uma perspectiva para pensar as práticas como inscrições sociais que ele contém, orientando o comportamento e constituindo o hábito.

De acordo com Maluf (2002), um sentido comum às várias abordagens antropológicas é de que o corpo é uma construção social e cultural, e não um dado natural. A antropologia, nesta perspectiva, busca desnaturalizar as regras e classificações sociais, assim como as próprias noções de corpo. Estudos com viés antropológico buscam demonstrar as dimensões sociais e simbólicas destes fenômenos. No entanto, as metodologias são questionadas por Almeida (2004) na medida em que propõe reflexões a partir da centralidade da razão, da escrita, da visualidade ou da performance. Enfim, sob o ponto de vista epistemológico, as questões do corpo constituem pontes ou cercas entre paradigmas linguístico-textuais, simbólicos, cognitivistas, fenomenológicos, hermenêuticas ou pragmatistas.

Como forma de apresentar uma possibilidade de sistematização de estudos já realizados, constituindo um caminho possível para o esboço coerente com este tema, são expostas, a seguir, reflexões sobre o corpo a partir de metáforas e narrativas de cura religiosas, caminho trilhado pelos estudos de Thomas Csordas.

3.1.2. As Contribuições de Thomas Csordas.

Os autores citados até aqui retratam um ponto de vista teórico e metodológico no qual a experiência corporal é compreendida na relação sujeito e sociedade e, deste modo, é um valioso ponto de partida para a análise. O que pretendo com o terceiro momento desta seção é focar estudos de Thomas Csordas, tecendo argumentos para a compreensão do corpo como um conceito fundamental. Intenciono ainda corroborar as metáforas corporais como narrativas de desenvolvimento de rituais, assim como aspectos da religiosidade propostas por este autor. As curas narradas por ele podem ser formas de estruturar o paradigma da corporeidade, pois, constituem certa configuração de metáfora, tradução ou equivalência de significados, que poderão expressar a tênue (ou inexistente) fronteira entre o orgânico e o social, assim como entre o corpo e a mente, a pessoa e o corpo, o eu e o outro.

Thomas Csordas (2008) concebe o corpo como *locus* da cultura, meio de sua experimentação do fazer-se humano em suas múltiplas possibilidades. O esboço teórico e metodológico que o autor faz sobre rituais de cura entre católicos carismáticos e evangélicos norte-americanos e a sociedade navajo contemporânea é utilizado para refletir sobre as práticas, sentidos e significados envolvidos na doença e na cura, relacionadas com o sagrado. Ao buscar entender a cura religiosa e sua eficácia terapêutica, ele enfatizou a dimensão do corpo como uma condição existencial e essencial da vida, fonte de agência e intencionalidade, terreno intersubjetivo da experiência.

Embora proponha o termo modos somáticos de atenção, aproxima-se muito do termo percepção cunhado por Merleau-Ponty que, por sua vez, buscava, em seus escritos iniciais, a redefinição da situação humana para melhor entender as tarefas da razão. É com o propósito de apresentar outra possibilidade de compreensão do corpo e de percepção dele que, a seguir, são abordadas determinadas propostas teóricas e metodológicas de estudos desenvolvidos por Merleau-Ponty, na busca de um delineamento de estilos de pensar o corpo que poderão estar presentes no campo deste estudo. A primeira parte, que segue, é destinada à compreensão do projeto fenomenológico de Merleau-Ponty. A segunda menciona duas noções-chave para esse estudo, as quais exigem uma maior explicação para poder penetrar no sentido proposto pelo autor, o de percepção e corpo.

3.1.2.1. O Projeto Filosófico de Merleau-Ponty.

Inicialmente a filosofia de Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) buscou transpor a essência idealista para a existência, fazendo uma releitura da fenomenologia de Husserl. No prefácio de sua obra, Merleau-Ponty aponta as particularidades de seu método, e apresenta sua filosofia como aquela que substitui as essências na existência, assim como a que expõe o espaço, o tempo e o mundo vivido:

a Fenomenologia é o estudo das essências e todos os problemas, segundo ela, tornam a definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência, por exemplo. Mas a Fenomenologia é também uma filosofia que substitui as essências na existência e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra forma senão a partir de sua facticidade [...] é a ambição de uma filosofia que pretende ser uma ciência exata, mas é também uma exposição do espaço, do tempo e do mundo vivido (Merleau-Ponty, 1971, p. 5).

Desta forma, o filósofo francês empenha-se em um projeto para desvelar como o corpo constitui conhecimento e a maneira pela qual nos instalamos no mundo por meio do exame da experiência efetiva dos sujeitos concretos. Partindo desse pressuposto, ele empreende uma ruptura com o realismo científico e encontra, na fenomenologia, um caminho que possibilita descrever diretamente nossa experiência tal como ela é. Em suas primeiras obras, Merleau-Ponty apresentou o homem como sujeito e objeto do conhecimento, sugerindo uma reforma no entendimento das ciências humanas, propostas pela modernidade no século XVII. Em *A Estrutura do Comportamento* (1942) e *Fenomenologia da Percepção* (1945),⁴⁰ fica evidente o vínculo com a fenomenologia husserliana.

Gradativamente, o autor diminui o papel constituinte da consciência para propor uma análise da possibilidade do homem poder ser, ao mesmo tempo, sujeito e objeto de conhecimento e instalar um discurso sobre o mundo vivido. A fenomenologia proposta trata da relação dialética com o mundo que nos constitui e por nós é constituído. A posição de Merleau-Ponty implica uma reforma da filosofia transcendental, a fim de que ela possa abranger as diversas facetas do mundo da vida. Sua proposta é superar a subjetividade transcendental autônoma para uma filosofia que

⁴⁰ Na obra referida, a percepção é a inerência real do sujeito nas coisas por meio do corpo, sendo esse o primeiro veículo de contato com o mundo, tornado-se o campo dos pensamentos e das percepções dos sujeitos. A síntese do corpo próprio seria o arranjo das relações que se estabelecem entre ele, as coisas e o mundo. A própria pessoa é, de certo modo, esta relação.

tenha como ponto de partida o retorno ao mundo da vida; uma proposta transcendental encarnada que busca incluir a concretude da experiência efetiva do mundo. Sua filosofia mantém-se transcendental ao buscar a gênese dos sentidos da experiência, “uma filosofia que trata toda realidade concebível como objeto da consciência” (Merleau-Ponty *apud* Ferraz, 2006, p. 41).

A atitude transcendental merleau-pontyana tem na definição de consciência perceptiva uma “ordem pela qual qualquer contato com o ser é possível” (Ferraz, 2006, p. 42). É a consciência perceptiva que se apresenta como meio universal ao qual todo fenômeno deve se remeter para encontrar sua possibilidade. Merleau-Ponty afirma que o transcendental indica que a reflexão não possui jamais uma visão completa do fenômeno intencionado, mas apenas visões parciais, entretanto, enunciam que, ao vermos as coisas do mundo, penetramos “[...] num labirinto de dificuldades e contradições” (Merleau-Ponty, 2000, p. 15).

Assim, a percepção é um paradoxo, e a coisa percebida é em si mesma paradoxal. É nela que se dá o paradoxo da imanência e da transcendência. “Imanência posto que o percebido não pudesse ser estranho àquele que percebe; transcendência, posto que comporte sempre um além do que está imediatamente dado” (Merleau-Ponty, 1990, p. 48).

Nessa linha de pensamento, o autor critica o idealismo e o subjetivismo, afastando-se de ser considerado um humanista. Com o termo estar-no-mundo ele propõe que a relação do sujeito que percebe e o mundo percebido é intencional além de ser sustentada por um movimento de transcendência originária que extrai o sujeito do interior e o faz estar sempre no exterior. O empírico e o transcendental se relacionam, considerados como um campo pré-objetivo que é essencialmente espaço-temporal. Merleau-Ponty propôs a conexão indissolúvel entre o eu e o mundo, o sujeito e o objeto, um retorno do pensar a um estágio anterior a toda e qualquer reflexão.

O tema da dicotomia entre subjetivismo interno e objetivismo externo é estudado por Marilena Chauí (1989) quando descreve a crítica elaborada ao pensamento ocidental por Merleau-Ponty, denominada como “pensamento de sobrevoos”. O humanismo tem origem no momento em que o pensamento reflexivo procura resolver os paradoxos perceptivos. Ele recorre à separação entre a consciência e o mundo. O humanismo reduz tudo, inclusive a realidade e o próprio sujeito, à dicotomia sujeito/objeto. O “pensamento de sobrevoos” (ocidental) busca o domínio e o controle do

real exterior e, dessa forma, separa o mundo da consciência e reafirma a realidade reduzida a dicotomia sujeito/objeto.

Merleau-Ponty discorda tanto da pretensão transcendental do cientificismo, quanto de um tipo de filosofia ou psicologia que busca “dominar e controlar totalmente” a consciência ou a realidade. Ele sugere a noção de consciência como atividade de projeção da consciência perceptiva, a qual não exerce simplesmente uma função representativa da realidade. Embora haja a “[...] projeção fora do organismo de uma possibilidade que lhe é interior [...]” (Merleau-Ponty, 1971 p.136), a consciência perceptiva está articulada com a coordenação dos estímulos em uma situação significativa, que depende da estrutura comportamental do indivíduo.

No livro *a Estrutura do Comportamento*, Merleau-Ponty (1975) descreve a relação entre consciência e natureza, - orgânica, psicológica e social. Por meio da análise dos comportamentos, propõe que o corpo é o fundo que põe em forma o meio, determinando os próprios limites do que pode ser experienciado. Ele é concebido como o portador das condições subjetivas que tornam a experiência possível. A experiência científica com uma relação intrínseca com a filosofia é foco de análise e evidencia na obra o vínculo entre comportamento e existência.

A análise da relação entre experiência e representação é um argumento que Merleau-Ponty utilizou para promover o aprofundamento na forma de conceber o corpo, enquanto campo do pensamento pré-reflexivo. Sua filosofia fenomenológica se levanta contra uma consciência que, a partir de representações, determina sobre o que é o mundo e a experiência. Para ele, a consciência não é um território de domínio sobre o mundo, mas está implicada no mundo vivido.

As noções de hábito, esquema corporal e corpo foram temas de reflexões de Merleau-Ponty, salientando o papel do sensível como referência ao domínio pré-objetivo. Ao adotar a percepção como base proveniente do conhecimento, o autor concebe a consciência como indissociável da experiência vivida. Ele compreende o corpo como unidade expressiva da existência humana onde “[...] O corpo é o veículo do ser no mundo, e ter um corpo é para um ser vivo juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles” (Merleau-Ponty, 1945, p.12). O autor evidencia que a junção, a fusão e o empenho no mundo se dão por meio da percepção, no sentido de que é o corpo que precede qualquer possibilidade de pensar este mesmo mundo e propicia sua aliança com o ser.

O projeto fenomenológico concebido por ele foi utilizado como um instrumento que prioriza a experiência no momento em que há a necessidade de colher dados sobre um fenômeno que se pretende compreender. Nesse sentido, a compreensão e o próprio conhecimento são sempre inacabados e provisórios. O projeto apresenta como marco a fenomenologia da percepção quando afirma que a representação do mundo supõe a experiência de uma espontaneidade originária, cuja realidade não depende de uma reconstituição intelectual. Ao incorporar o existente, Merleau-Ponty traz a própria situação humana para a reflexão filosófica. Seu projeto é de análise da experiência efetiva dos sujeitos concretos em sua inserção com o mundo.

3.1.2.2. O Corpo na Perspectiva de Thomas Csordas.

A disposição teórica desta tese procura ressaltar a perspectiva de autores que propunham um paradigma no qual promova um colapso entre mente e corpo, corpo e pessoa, sujeito e objeto, assim como conhecimento e prática. Tais tentativas expressam paradoxos e limitações da própria linguagem para anunciar um conjunto de argumentos de um modelo unívoco para reconhecimento da dificuldade das pessoas expressarem noções sobre corpo. É sobre as orientações para a reflexão, a compreensão e a mudança no estilo de pensar e expressar noções sobre o corpo que reside o foco dos estudos de Thomas Csordas. A seguir, apresento a perspectiva antropológica deste autor, para em seguida apresentar sua proposta concentrada na corporeidade como paradigma fenomenológico cultural.

Seu projeto tem como questão central a constituição de um novo paradigma para os estudos da cultura e, nesta direção, o corpo torna-se uma preocupação central da sua antropologia, enfatizando esta dimensão como uma condição existencial e essencial da vida, fonte de agência e intencionalidade, terreno intersubjetivo da experiência. O autor configura uma crítica às dicotomias e teorias que reduzem a experiência à linguagem, ao discurso e à representação. Esta experiência corporificada segundo o autor “[...] é o ponto de partida para analisar a participação humana na cultura” (Csordas, 2008, p. 368). Para ele, o fenômeno da cultura gera um corpo significante

num mundo de significados e o desafio antropológico é “[...] dar acesso à experiência como a significância do significado” (*Idem Ibidem*, p. 16).⁴¹

Seu esboço teórico e metodológico sobre rituais de cura entre católicos carismáticos norte-americanos e a sociedade navajo contemporânea explora as implicações dos procedimentos e significados envolvidos nas relações entre a doença, e a cura atribuídas a forças sagradas e divinas, como já mencionado anteriormente. Para tanto, buscou entender a cura religiosa e sua eficácia terapêutica. Pois,

uma compreensão de cura como um processo existencial requer a descrição dos processos de tratamento e especificação dos efeitos sociais e psicológicos concretos de práticas terapêuticas, bem como a determinação do que é considerado doença com necessidade de tratamento em contextos culturais específicos, e quando se pode dizer que a cura foi realizada (*Idem, Ibidem*, p. 29).

Na busca da experiência em transformação⁴², num primeiro momento, o autor reflete sobre as questões que estão relacionadas com a eficácia das práticas de curas religiosas. Ele o faz, primeiramente, sob o ponto de vista do procedimento e das ações sociais desenvolvidas para a busca da cura, ponderando sobre os sujeitos e seus atos. Também em relação a “[...] medicamentos administrados, orações recitadas, objetos manipulados, estados alterados de consciência induzidos ou evocados” (*Idem Ibidem*, p. 31). Num segundo momento, trata de salientar a eficácia como processo, ou seja, as mudanças de pensamentos, emoção, atitude, significado e comportamento. Por último, aborda a eficácia da condição final do usuário dos procedimentos, declarando sua satisfação com a cura ou a mudança de sintomas, patologia ou funcionamento.

Ao analisar a cura carismática, ele especificou a eficácia incremental dentro do processo terapêutico em termos de autoprocessos distintos de linguagem, emoção, imaginação e memória, além demonstrar como estes autoprocessos estão embasados em experiências corporais. Com o intuito de dialogar com os dados empíricos, valendo-se de métodos comparativos, salienta questões interculturais quando empreende estudos sobre pacientes navajos. Espíritos malignos, imagético multissensorial, glossolalia, profecia e repouso no espírito são exemplos empíricos que dados pelo autor em questão para alicerçar um paradigma da corporeidade que considera a colocação de novas

⁴¹ Com esta afirmativa o autor reforça sua tese fenomenológica cultural, pois entende que as formas como a palavra corpo é expressa (significante) só poderia ter sentido em um mundo que é vivido socialmente (significado).

⁴² Experiências em transformação como forma de expressar as perspectivas dos sujeitos que estão envolvidos pelo processo de cura.

questões sobre a experiência e percepção religiosas, além daquelas normalmente formuladas na antropologia psicológica (*Idem Ibidem*, p. 146).

O campo da cura é explorado como forma de ilustrar a noção de modos somáticos de atenção, compreendidos como fenômenos gerais da consciência humana, uma vez que considera as relações complexas entre o nível existencial da vida, os sentidos das experiências e os objetos da cultura e do pensamento. A noção descrita leva a um princípio de indeterminação que solapa as dualidades entre sujeito e objeto, mente e corpo, eu e outro.

Por analogia à distinção entre trabalho e texto, proposto por Roland Barthes, ele estabelece a distinção entre corpo e corporeidade, na medida em que

o corpo é uma entidade material, biológica, enquanto a corporeidade pode ser entendida como um campo metodológico indeterminado, definido pela experiência perceptiva e pelo modo de presença e engajamento no mundo. Aplicado a Antropologia, o modelo de texto significa que as culturas podem ser compreendidas, para fins de análise interna e comparativa, como tendo propriedades semelhantes a textos [...]. Por outro lado, o paradigma da corporeidade não significa que as culturas têm a mesma estrutura da experiência corporal, mas que a experiência corporificada é o ponto de partida para analisar a participação humana em um mundo cultural (*Idem Ibidem*, p. 368).

Como objeto de estudo de olhares diversos, o corpo constituiu-se em uma “[...] perspectiva metodológica que visa encorajar a releitura de dados existentes e propor novas questões para a pesquisa empírica” (*Idem Ibidem*, p. 101). É no território da metáfora e da eficácia que o corpo é chamado no texto do autor para instalar um aspecto dialógico, conformando um paradigma nas relações entre religiosidade, cura, significado e o campo da saúde. Rituais onde as metáforas expressam-se no corpo ao mesmo tempo em que principiam as potencialidades humanas. O autor faz uma crítica ao desequilíbrio ainda presente na antropologia contemporânea em favor de um viés representacionista na forma de pela qual o corpo é concebido.

Sua teoria se coaduna com uma antropologia que busca ampliar as pesquisas que iniciaram sob um paradigma semiótico/textual do corpo, cujo foco é a representação, com a constituição de um novo paradigma, denominado de fenomenologia cultural baseado na corporeidade. Considerando que

a fenomenologia é uma ciência descritiva dos princípios existenciais, não de produtos culturais já constituídos. Se nossa percepção “termina nos objetos”, o objetivo de uma antropologia fenomenológica da percepção é capturar aquele momento de transcendência no qual a percepção começa, e, em meio à

arbitrariedade e à indeterminação, constitui e é constituída pela cultura (*Idem Ibidem*, p. 107).

Assim, Csordas propõe a corporeidade (*embodiment*) como um campo metodológico cujo paradigma fenomenológico cultural busca situar o corpo como fonte de agência e intencionalidade, solo existencial do sujeito e da cultura, ou condição essencial da vida.

3.2. Corporeidade como Paradigma Fenomenológico Cultural.

Traduzido como corporeidade, o paradigma fenomenológico cultural proposto por Csordas proporciona novos estudos da cultura e propõe pensar o corpo como sujeito de cultura (2008, p. 16). A corporeidade é um ponto de vista metodológico no qual a experiência corporal é compreendida como fundamento existencial da cultura e do próprio sujeito. Significa romper com as dualidades mente-corpo e sujeito-objeto, apoiado pelas contribuições de Merleau-Ponty e de Pierre Bourdieu. Csordas considera que “para Merleau-Ponty, a principal dualidade, no domínio da percepção, é do sujeito-objeto, ao passo que, para Bourdieu, no domínio da prática, é entre estrutura-prática” (*Idem Ibidem*, p. 105). Ele empreendeu estudos para demonstrar que o paradigma da corporeidade engloba distintos interesses empíricos e disposição metodológica tanto de Merleau-Ponty (o pré-objetivo) quanto de Pierre Bourdieu (*habitus*).

Durante a década de 70 e 80, os estudos antropológicos enfatizaram a abordagem do corpo como representação.⁴³ O enfoque dos estudos na capacidade constituinte, ativa e transformadora da corporeidade na vida social promovido por Thomas Csordas, teve forte influência dos estudos sobre a teoria da prática e do *habitus* promovidos por Pierre Bourdieu (1993), bem como a nova apropriação da fenomenologia de Merleau-Ponty (1990) realizada por ele. Ele buscou criticar o dualismo cartesiano e se concentrar em uma abordagem sobre o corpo como dimensão constitutiva e unificadora do sujeito-no-mundo e de suas práticas sociais. Como já

⁴³ Na área da saúde brasileira a ênfase dos estudos antropológicos tinha como enfoque “[...] os especialistas e práticas de cura e as representações sobre saúde e doença” (Queiroz, M. de S. ; Canesqui, 1986, p.145).

mencionado, a perspectiva fenomenológica⁴⁴ cultural de Thomas Csordas foi conformada sob forte influência dos estudos destes dois autores, considerando que

a problemática de ambos, Merleau-Ponty e Bourdieu, é formulada em termos de dualidades incômodas. Para Merleau-Ponty, a principal dualidade no domínio da percepção é a do sujeito -objeto, ao passo que, para Bourdieu, no domínio da prática, é a estrutura prática. Ambos tentam não mediar, mas colapsar essas dualidades, e a corporeidade é o princípio metodológico invocado por ambos. O colapso das dualidades na corporeidade exige que o corpo enquanto figura metodológica seja ele mesmo não-dualista, isto é, não distinto de – ou em interação com – um princípio antagônico da mente. Assim, para Merleau-Ponty o corpo é um “contexto em relação ao mundo”, e a consciência é o corpo se projetando no mundo; para Bourdieu, o corpo socialmente informado é o “princípio gerador e unificador de todas as práticas”, e a consciência é uma forma de cálculo estratégico fundido com um sistema de potencialidades objetivas. Eu devo elaborar brevemente estas visões como estão sintetizadas no conceito de pré-objetivo de Merleau-Ponty e no conceito de *habitus* de Bourdieu (*Idem Ibidem*, p. 105).

O conceito de corporeidade (*embodiment*) proposto por esse autor faz menção a um paradigma de compreensão dos sujeitos humanos na cultura. Sua concepção a respeito propõe que a síntese da encarnação da cultura, que constitui os seres humanos historicamente situados, é instalada em uma perspectiva metodológica. Para tal abordagem, ele parte da premissa metodológica de que “[...] o corpo não é um objeto a ser estudado em relação à cultura, mas é o sujeito da cultura; em outras palavras, a base existencial da cultura” (*Idem Ibidem*, p. 102). A cultura pensada em sua relação com a percepção e a prática, deve considerar que

[...] uma análise da percepção (o pré-objetivo) e da prática (o *habitus*) fundada no corpo leva ao colapso da distinção convencional entre sujeito e objeto. Esse colapso nos permite investigar como os objetos culturais (incluindo sujeitos) são constituídos ou objetificados, não nos processos de ontogênese e socialização de crianças, mas no fluxo e na indeterminação em curso da vida cultural adulta (*Idem Ibidem*, p. 146).

Como vimos por meio desta perspectiva – na esteira adotada por Merleau-Ponty e Bourdieu – o corpo é pensado como elemento central da experiência não como objeto, mas como sujeito da percepção e da prática. Csordas fundamenta sua abordagem sobre os fenômenos culturais e entende corporeidade como o “[...] ponto de vista metodológico no qual a experiência corporal é compreendida como fundamento existencial da cultura e do sujeito e, desse modo, um valioso ponto de partida para a sua

⁴⁴A fenomenologia, enquanto exercício para pensar, desde a circunstância espaço-histórico-culturais, oferece a oportunidade de transcender os dualismos tradicionais cartesianos que postulam o corpo como um objeto passivo pré-cultural. Esta discussão foi ilustrada a partir dos estudos de Merleau-Ponty.

análise” (*Idem Ibidem*, p. 338). Este olhar possibilitou uma releitura para análise de fenômenos, chamando atenção para [...] os modos como damos atenção aos e com os nossos corpos (*Idem Ibidem*, p. 374). A corporeidade sempre deixa aberta a possibilidade para a autorreflexão e para compreender as implicações das experiências vividas.

Seus estudos sobre corporeidade buscaram sintetizar o paradigma da corporeidade como forma de capturar a multiplicidade de sentidos em que estamos imersos, via riqueza existencial do ser-no-mundo e o entendimento de corpo como sujeito da cultura.

4. AÇÕES E SERVIÇOS DO CSF- LINHA CACHOEIRA: AS PERFORMANCES DOS USUÁRIOS.

Neste capítulo, apresento os achados em campo relatando as experiências com os usuários das ações e dos serviços da Estratégia de Saúde da Família- Linha Cachoeira organizados em duas seções. Na primeira, exponho a experiência de vida do Sr. Valdir e as atividades de lazer peculiar daquela comunidade como, por exemplo, uma corrida de cavalos em cancha reta e um encontro com a dança realizada no domingo à tarde, denominado pelos moradores como *matinê*. No final, narro o ritual do mate e o cultivo da mandioca como algo simbólico e típico da vida de meus interlocutores.

A segunda seção diz respeito às atividades dos grupos, mais precisamente, as experiências compartilhadas pelos usuários durante as atividades das reuniões do conselho local de saúde, do grupo de hipertensos e diabéticos, da pastoral da criança e dos idosos.

4.1. As Performances dos Usuários.

As performances⁴⁵ que descrevo a seguir buscam identificar o bar do Sr. Eudes como lugar de sociabilidade e de aprendizagem. Nele pude identificar e registrar as notas etnográficas e elaborar a história de vida deste morador. Logo em seguida, descrevo a corrida de cavalos em cancha reta e as atividades que ocorreram no dia do referido evento. Posteriormente, narro o ritual do mate e a cultura da mandioca como mediadores característicos do corpo de usuários do CSF- Linha Cachoeira. Escolhi tais performances como forma de apresentar o desempenho de papéis em contextos próprios da cultura dos meus interlocutores e, por meio delas, refletir sobre analogias possíveis com o papel desempenhado pelos usuários do centro de saúde. Percebi as performances como um conjunto de comportamentos desempenhados e esperados pelos participantes dos eventos. Muitas vezes, durante tal participação, senti-me deslocado quanto ao papel que deveria exercer, já que estava envolvido com os acontecimentos de diferentes

⁴⁵No contexto deste estudo, foram selecionadas performances como acontecimentos vivenciados pelos usuários de ações e serviços do CSF- Linha Cachoeira, com os quais pude conviver na condição de observar durante os anos de estudo. Performance aqui deve ser compreendida como “[...] acontecimento, ato deliberado de vivenciar e comunicar, o aqui e agora das ações humanas, com toda a sua carga expressiva e singular” (Vianna; Teixeira, 2008, p. 128). Ver também Ferreira (2007).

formas, às vezes, como observador, noutras como participante, ou mesmo como promotor do evento, ou aprendiz, ou simplesmente, como torcedor.

4.1.1. A Cachoeira, Causos e Rapadura.

Na curva da Cachoeira há um bar pertencente ao Sr. Eudes, que é mais conhecido como “o negão”. Ele me justifica o seu apelido dizendo: “[...] tenho o cabelo negro e a pele morena bronzada (risos)” (Sr. Eudes, out., 2010). Ele estava sempre entre sua cadeira de palha e os clientes não paravam de entrar e sair. Como ponto de entrada da Cachoeira e também local de acesso às demais linhas, tornou-se um lugar de encontro dos moradores, comerciantes e prestadores de serviço da região. Dar uma paradinha, tomar um refrigerante, uma cerveja tornou-se um costume entre os moradores da redondeza. Rancho, doces e gêneros de primeira necessidade são os atrativos do bar, além da simpatia com que os clientes são tratados e a confiança que seu dono inspira. Chama todos pelo nome ou sobrenome e quando são mais chegados, chama pelo apelido. Se alguém não tiver o dinheiro no momento, tudo certo: “pode deixar que eu anoto”, brinca, assinalando o produto e o valor em um caderno que fica debaixo do balcão. Adotei o centro de saúde e o bar como pontos de referência para minha pesquisa, considerando o fluxo de pessoas que passavam ali e a sociabilidade ali construída. Todos os dias quando ia ao campo, dava uma paradinha neste bar.

Com mais tempo, percebi que ali seria um bom lugar para compreender como é nascer ou ir morar na Cachoeira. Conversei muito com o Sr. Eudes e dele obtive muitos relatos, dentre eles a forma como iam para a escola quando eram crianças: um dos irmãos, menor de idade, dirigia um jipe que levava várias crianças da redondeza para as aulas onde hoje é a Escola Básica Estadual Linha Campinas, comunidade lindeira⁴⁶ da Cachoeira. Até o ensino médio foi assim. Ele se recordava de vários colegas, uns ainda na Cachoeira, outros que haviam ido para a cidade.

São muitas as histórias de idas e vindas para a Cachoeira que escutei em diferentes lugares quando da minha presença em campo. Início com a descrição de uma história de vida que ouvi no bar, narrada pelo Sr. Valdir.

O Sr. Valdir, 54 anos, é fornecedor de rapaduras e estava ali para conversar e colocar os negócios em dia. A rapadura é feita com açúcar de cana com amendoim ou

⁴⁶ Termo usado para expressar comunidade vizinha.

jaracatiá e, como este jeito de fazer me era desconhecido, Sr. Valdir me explicava que o gosto desta rapadura ficava muito parecido com o da Sidra. Para a produção, descasca-se o galho, rala-o e coloca-o em um tacho. Explicava-me também que a principal ciência para diferenciar da concorrência estava no cuidado com o fogo, depois era mexer com colher de pau no sentido anti-horário sem se descuidar. O ponto de rapadura pronta era determinado somente pelo olhar quando podia ser retirada do fogo e deixada esfriar suavemente. Depois, era só embalar na palha de milho conferindo ao produto o aval de produto colonial, fresco e sem conservante.

Até trabalhar no negócio de rapaduras, passou por uma espécie de errância profissional. A este respeito, contou-me a história da sua juventude, quando trabalhou em Foz do Iguaçu. Era jovem, com mais ou menos 18 anos. Seu cunhado falou que no Paraná havia muitos empregos e pagavam bem. Com um jipe foram em três irmãos para tentar a vida e chegando lá, não foi nada fácil, nem parecido com o que haviam falado, desde a contratação até as acomodações, pois eles ficaram em um galpão com um colchão no chão.

Foram contratados como ajudantes de pedreiro, mas na realidade, faziam de tudo: carregavam materiais, faziam serviços de carpinteiro e a maioria relacionada com o concreto. Durante o transporte dos trabalhadores do alojamento até o local de trabalho, havia muito acerto de contas (brigas na verdade). Por causa das promessas não cumpridas, as más condições das acomodações, a dificuldade de se habituar à comida e às desavenças constantes, decidiram voltar para a Cachoeira. Com a decisão tomada, logo na primeira semana partiram para a segunda etapa, o planejamento do retorno para casa, na medida em que não havia recursos para a passagem. Em um sábado pela tarde, decidiram viajar a pé. Caminharam muito até que, lá pelas tantas, pediram carona. Um caminhão com dois tripulantes parou e ofereceu carona até certa altura. Neste trajeto, “foi tudo bem até que vi o motorista tirar um *pau de fogo* do porta-luvas do caminhão” (Sr. Valdir, out., 2010).⁴⁷ O medo e a noite chegando fizeram lembrar que a única defesa que tinham era uma faca de fio cego que traziam para comer frutas durante o caminho. E, assim, conjecturou que “nós na carroceria com medo do motorista e ele com medo de nós”.

Chegaram ao destino – cidade Coronel Vivida (Estado do Paraná) na garagem da empresa em que trabalhavam. Disseram que eram empregados e que seus patrões não

⁴⁷ Grifo meu.

permitiam a presença de estranhos. Mal sabia ele que acabava de arruinar a intenção de pouso naquele local. E lembrava:

perguntamos para o motorista sobre o rumo de Chapecó e seguimos a pé. Percorremos um bom trecho até encontrar uma casa abandonada. No outro dia, manhazinha seguimos viagem, sem saber muito bem o rumo. Paraná era uma terra com muito mato. Até hoje. Porém, naquele tempo, a estrada era de chão. As cidades ficavam muito distantes umas das outras. Perguntamos sobre o rumo de Chapecó para um agricultor que encontramos no caminho. Indicou sem olhar, nem alterar o passo. Agradecemos e seguimos adiante. Chegamos em Xanxerê (oeste de Santa Catarina), onde finalmente juntando os trocados e, assim, poderíamos comprar a passagem até Chapecó. No ônibus estava o cunhado que havia nos entusiasmado para o trabalho em Foz. Quase morremos de raiva dele. Chegamos em Chapecó na segunda-feira (Sr. Valdir, out., 2010).

Segundo Sr. Eudes, o Sr. Valdir contou muitas vezes esta história, parecendo querer revivê-la. Não reviver o trabalho que não deu certo, mas a aventura de como ele enfrentou a insegurança e as incertezas, o inusitado. O sonho de fazer parte da história trabalhando na construção da grande hidroelétrica se transformou em fazer rapadura e outras lidas próprias de quem vive na Cachoeira. De lá para cá, foram muitas trajetórias dizia Sr. Valdir, porém “[...] sair da Cachoeira nem pensar. Aqui tenho tudo e conheço todo mundo (risos)”.

Enquanto o Sr. Valdir estava no bar, chegou um afilhado seu que lhe pedia a bênção, juntando as duas mãos e inclinando a cabeça, sem uma palavra. Em troca, recebeu um “Deus te abençoe”, sendo tocado nas mãos pelo padrinho. O afilhado não é de muita prosa. Entrou, pediu uma cerveja e sentou na área. Foram muitas as reverências pedindo à bênção que presenciei. O gesto era o mesmo. Primeiro, o pedido de bênção tendo como resposta um “Deus te abençoe”. O mais inusitado que presenciei foi uma menina que segurava um celular grande e branco entre as mãos e que pedia a bênção.

Percebi o cumprimento como uma forma de uso do corpo que permanece pela transmissão de geração para geração e, visa ao regramento da conduta moral, o respeito para com as pessoas e os preceitos do convívio social daquele lugar, além do temor reverencial pelos mais velhos. Diante de tal costume, coexistem modernas tecnologias representadas, neste episódio, pelo uso do celular.

Nas conversas entre os meus interlocutores, o caráter social irreversível conferido pelo crescente uso das tecnologias trazia uma contradição: “a presença da tecnologia está cada vez mais no cotidiano do homem do campo, mas os custos e as

habilidades requeridas para o seu manuseio ainda estão disponíveis para poucos e, principalmente, para os mais jovens” comentava Sr. Eudes. O uso das tecnologias requer experiência arriscada, colaboração e autonomia e, talvez tais requisitos sejam semelhantes ao requerido para a aventura narrada pelo Sr. Valdir.

4.1.2. A Carreira de Cavalos em Cancha Reta e Outras Atividades

A corrida de cavalos em cancha reta⁴⁸ é uma das atividades de lazer presentes na comunidade, sendo considerada uma das manifestações culturais deste lugar. Além desta corrida, estão presentes outras atividades que, segundo o Sr. Eudes, não pode faltar neste dia, como, por exemplo, o jogo de bochas denominado de 48, a cacheta (um tipo de jogo de baralho) e o churrasco.

4.1.2.1. A Carreira de Cavalos em Cancha Reta

A carreira de cavalos em cancha reta faz parte tanto de negócios que envolvem somas de dinheiro quanto do prazer de ver o desempenho e o melhoramento do porte dos cavalos. A carreira estava “atada” para domingo dia 06 de fevereiro de 2011. Neste dia, estavam previstas a presença de quatro cavalos: o Trovão, uma égua que era de Abel⁴⁹ e que estava em Faxinalzinho- RS; o Bainho, cujo proprietário era o gringo da comunidade da Cachoeira; a Pitucha, égua de Guatambu- SC (município próximo à Chapecó) e o Lobisomem, que viria da Linha Campinas, comunidade vizinha da Cachoeira, também chamada de Top da Serra, devido à sua condição topográfica.

O Sr. Abel, 45 anos, era morador da Cachoeira e por ser apaixonado por cancha reta havia construído um local para realizar eventos como as corridas de cavalos, os churrasco e os jogos de bochas.

Correram naquele dia o Trovão contra a Pitchuca e o Bainho contra o Lobisomem. A escolha das corridas é decidida de acordo com as condições dos cavalos, buscando uma determinada igualdade entre os animais. Muitos são rejeitados em dias de corrida por serem considerados acima da média – cavalos de prados. Os de corrida são

⁴⁸ Cancha reta é uma modalidade de corrida de cavalos que se dá em um ambiente alinhada.

⁴⁹ A partir daqui apresento de forma sucinta informações sobre usuários eventuais que interagi no campo de estudos.

preparados e treinados para o equilíbrio e a velocidade, montados para correr reto, da saída das “tampas” (portas tipo vai e vem) até o final.

A cancha de Abel fica na Linha Cachoeira e tem 300 metros de pista e 100 reservados para a desaceleração. Entendido como esporte e confundido como uma paixão, muitas são as histórias de homens que perderam fortunas e terras nas corridas, assim como provocaram desestrutura de muitas famílias. Esta pista foi recentemente ampliada. Trocou a frente do terreno com seu Albino (seu irmão). Bem tratada, com palanques novos, está bem estruturada para a corrida de domingo. Dois dias antes, o trabalho começava com o corte da grama: máquinas a gasolina tratavam de aparar o gramado para acomodar os visitantes e os apostadores.

Juntamente com o cavalo, dois personagens tomaram o centro das atenções e das conversas. Quem iria conduzir o cavalo e quem era o compositor? O jóquei era o centro das atenções, pois era utilizado como critério para aposta. Os jóqueis desta corrida estavam indefinidos até o dia da corrida. Segundo Sr. Bordignon, um bom jóquei deve ter 1,50 e até 48 kg de peso corporal. Muitas vezes, eram utilizadas crianças que, quando chegavam à adolescência, já estavam velhos (pesados) para conduzir um cavalo. Sr. Bordignon, 52 anos, era compositor (treinador) de cavalos, e residente da Linha Almeida e, em conversas salientava que: “sou usuário que usa pouco o posto de saúde” (Sr. Bordignon, fev., 2011).

Neste dia os jóqueis eram o “jóquei anão”, um adolescente, Anderson e o filho do Sr. Bordignon. Uma lenda é o jóquei anão que participa de quase todas as corridas da região. Neste evento ele estava todo de verde, trajado a rigor e conduzindo o Lobisomem. Um adolescente de 16 anos conduzia o Binho e o filho do Sr. Bordignon montava o Lobisomem. Anderson foi escolhido para correr com a Pitchuca. Eles trajavam calça jeans, camiseta e tinham os pés descalços. Aprenderam a técnica de “joquiar” com seus pais e esta se transformou em arte e em uma verdadeira paixão. Esta paixão pelos cavalos e carreiras tomava conta do dia a dia e tornava-se o principal assunto em meio às conversas. Discorrem sobre o tempo ideal para o treinamento e o currículo de jóqueis além do histórico dos cavalos. Para Anderson, o semestre se dividia em antes, durante e depois da corrida.

Entendi como uma das maiores dificuldades a união do jóquei com o cavalo. Tem aqueles que montam vários, encontrando-os somente no momento da corrida. Geralmente tem meninos que vêm treinar os cavalos na temporada que antecede à corrida. Era o caso de Marciano que mora no Passo dos Fortes (Chapecó) cuja tarefa era

vir todos os dias durante as duas semanas anteriores a corrida “tirar suor do cavalo” (cavalgar em média velocidade com o cavalo na pista).

Outro personagem que o apostador precisa conhecer é o compositor, sujeito responsável pelos cuidados com o cavalo. Dentre suas principais atribuições, estão a alimentação, o treinamento e a aplicação de remédios (em algumas vezes, anabolizantes para deixar o cavalo ligeiro). Junto com o proprietário, faz parte de suas atribuições a escolha das corridas mais adequadas para competir. Em troca, recebe uma recompensa que, normalmente é uma porcentagem do ganho. O calendário das corridas é extenso e, com a proximidade do Rio Grande do Sul, os proprietários poderiam correr a maioria dos finais de semana. Cavalos limpos passeiam rapidamente na frente de todos. É chegado o momento das apostas. Os comentários transitam entre o porte do cavalo, o pelo, algumas características da raça. Apostadores iniciantes e experientes misturam-se na mesma tarefa: julgar os vencedores.

A chegada dos animais não obedece a um ritual. Pitchuca, por exemplo, chegou um dia antes e ficou para ser mostrada a todos. Suas veias parecem saltar pelo corpo e por isso precisou ser “orelhada”⁵⁰ para ser amarrada na árvore. Os demais cavalos só chegaram no dia marcado da corrida e eram conduzidos direto para as baias o que faz parte da arte de organizar a corrida gerando um ar de mistério misturado a competências do compositor e do proprietário. Pois, “esconder e mostrar o cavalo tem hora e lugar. Tem que parecer mágica” (Sr. Bordignon, fev., 2011). Esta é uma das muitas estratégias das quais se valem para atrair apostadores.

⁵⁰ Segurar o cavalo pelas orelhas para que ele possa ser conduzido a um determinado lugar.

4.1.2.2. As Apostas

Figura 14 - Leilão das Pedras



Fonte: Foto do pesquisador, fev., 2011.

As apostas são organizadas por várias rodadas, e a venda das pedras se dá por meio de um leilão. Conforme a Figura 14 é possível visualizar o leiloeiro anunciando e promovendo o leilão das pedras, Sr. Eudes preenchendo as rodadas e o comprovante da compra. E ao fundo, estão os jogadores envolvidos em uma rodada de cacheta.

Cada apostador pode comprar apenas uma combinação de números denominada de pedra e esta define a união dos dois cavalos vencedores. A banca fica com 30%, e o ganhador, com o restante. As pedras possíveis são 13 ou 14; 23 ou 24, que foram compostas pelas duplas de cavalos sorteadas com duas horas de antecedência da corrida: corre o cavalo Bainho contra Lobisomem. A outra corrida é entre Trovão e Pitchuca.

As possibilidades de apostas são apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 9 - Identificação do Nome dos Cavalos e Número para as Apostas.

	Nome do cavalo	Número para as apostas
1	Bainho	13
2	Lobisomem	14
3	Trovão	23
4	Pitchuca	24

Fonte: Organizado pelo pesquisador.

Os valores das apostas e as rodadas são apresentados em três rodadas, escolhidas de forma aleatória, demonstradas no quadro a seguir.

Quadro 10 - Quadro com as Apostas e os Respectivos Valores em Três Rodadas.

Apostas	5. ^a rodada	6. ^a rodada	12. ^a rodada
13	40	20	200
14	100	60	400
23	80	20	400
24	40	40	300
Total	R\$ 260,00	R\$ 140,00	R\$ 1.300,00
Desconto de 30% da banca	R\$ 78,00	R\$ 42,00	R\$ 390,00
Prêmio do vencedor	R\$ 202,80	R\$ 98,00	R\$ 910,00

Fonte: Organizado pelo pesquisador.

O quadro 10 apresenta como foram realizadas as apostas, em três rodadas selecionadas de forma aleatória. Sr. Vande (ex-morador da Linha Cachoeira, residente em Chapecó) comprou o número 14, na quinta rodada, esperando que o Baio ganhasse da Pitchuca e o Lobisomem ganhasse do Trovão. Sua namorada comprou o 23 e torceria pelo Baio. O valor da dupla vencedora crescia na medida em que era mais procurada. Os mais experientes eram seguidos pelos demais apostadores. São muitas informações até a tomada de decisão de apostar em determinado cavalo. Tudo isto é colocado à prova no momento da aposta. A aparência do cavalo é o critério mais adotado.

Os mais experientes apostam em várias rodadas. Dessa forma, as possibilidades de ganhos e perdas se diluem. Levantou o braço, está valendo. O leiloeiro das pedras esforçava-se em convencer as pessoas de que todas as apostas eram importantes, incorporando o papel de leiloeiro oficial, pois era visível o tom da voz, a pressa para ocupar o espaço entre o pensamento e escolha dos apostadores, até o momento de ver o braço levantado. Algumas rodadas são livres. Cada apostador pode pagar o valor inicial, e os demais cobrirem a aposta com um valor maior, escolhe primeiro quem se dispuser a valores mais altos. No final de cada rodada, após a compra, era marcado um x para confirmar cada uma das pedras. Em cada rodada, Sr. Eudes era o responsável pela anotação de todas as apostas em um livro com papel carbono. Cada folha tem a divisão de quatro pequenos retângulos picotados. Após todas as rodadas, era chegada a hora do registro dos valores finais do prêmio e da banca para depois vir o pagamento das apostas.

Este se constitui no momento oficial do evento. Próximo à corrida os proprietários, jóqueis, familiares gritavam anunciando que estavam dispostos a fazer apostas por fora. Os valores sobiam os ânimos se exaltavam e as emoções afloravam. Nos dois lados da cancha reta, a movimentação de apostas continuava. Observei várias mulheres – esposas de apostadores – segurando o dinheiro “casado”, como sinal de confiança.

Torna-se imperioso ressaltar que a graça da corrida alcança o seu apogeu na aposta, pois é precisamente neste momento que podemos ver as emoções aflorando, a língua e o pensamento ficando cada vez mais ágeis, a corrida adquirindo outro sentido, outro, significado. Após a aposta, o coração dispara, a angústia se inicia e dura até o início da prova. Entre a abertura das tampas e a linha final, são 17 a 19 segundos. Tempo de gritos de alegria e de liberação de tensões para uns e de apreensão e torcida muda para outros. No final, é possível ver o ranger de dentes para uns e a plena felicidade para outros.

A figura a seguir apresenta uma corrida que foi realizada na Linha Almeida, na cancha reta do Sr. Bordignon. A imagem exibiu a distribuição do público em torno da linha de chegada e a atenção de todos estava voltada para o final da carreira, que foi decidida por “nariz”, e conferiu a vitória para o cavalo da direita, “[...] sem sombra de dúvidas”, afirmava Sr. Bordignon.

Figura 15 - Corrida de Cavalos em Cancha Reta.



Fonte: Acervo pessoal do Sr. Bordignon.

4.1.2.3. É Hora da Corrida

Cavalos selados, o jóquei passeava pela raia escolhida. Eram três raias escolhidas pelos jóqueis sem muita regra. Após o reconhecimento final, dirigiam-se para a linha de partida cujo sinal era a abertura das tampas – portas de baias de madeira que ficavam atrás da linha de partida. A linha de chegada era marcada com o último poste que segura os cabos de aço, percorrendo toda a extensão da raia. Além disso, para orientar os juízes – escolhidos pelos proprietários dos cavalos – foram colocadas duas varas alinhadas na altura de cada um deles. A chegada é sempre cheia de histórias e fonte de eternas discussões, por isso merece todo o cuidado.

Como eu estava com a máquina fotográfica, foi-me solicitado que ficasse na linha final e tirasse a foto dos cavalos quando a cruzassem ao que, prontamente, aceitei, buscando o melhor local para visualizar a chegada da corrida. No caminho sou advertido por Elisa (ACS) para não ficar responsável pela foto final, ela inclusive nem traz mais sua câmera. Eu já havia sido advertido: “fique tranquilo, os primeiros que apanham são os juízes. Os fotógrafos só apanham depois e, neste momento, os brigões já estão cansados” (Sr. Bordignon, fev., 2011).

Durante a transcrição, lembrei-me da anotação de uma visita domiciliar de Sirlei, apresentada no quadro a seguir.

Quadro 11 - Ficha para Visita Domiciliar.

Prefeitura Municipal de Chapecó					
Secretaria Municipal de Saúde					
Município: Chapecó Segmento: 02(Rural); Unidade: CSF Linha Cachoeira; Área: 119; Microáreas: 03.					
Nome da ACS: Elísia Cardoso			Período de:		
N	Data	Hora	End. Fone (rua e N)	Motivo da visita domiciliar e orientações	Assinatura do usuário
5	11/02/2011	15h45	Linha Vailon	Visita junto com a Enfermeira. Paciente se cortou em uma briga. Hoje é dia do curativo.	
Assinatura da ACS:					

Fonte: Organizado pelo pesquisador.

As advertências e as brincadeiras me fizeram perceber o tamanho da responsabilidade. Em um rápido pensamento, reuni tudo: a preparação dos cavalos, o proprietário, o compositor, o jóquei e, principalmente, os apostadores. As advertências e as brincadeiras fizeram meus olhos parecerem saltar da face e meu braço parecia mais pesado. Foi só neste momento que percebi o peso do compromisso. Foi aí que entendi a insistência de um dos proprietários pelo pagamento do serviço. Nunca senti o peso da responsabilidade por uma fotografia. Não sou profissional, mas já fotografei muitas vezes. Minha apreensão foi redobrada. Um click nunca foi tão inquietante. Como não havia apostado, minha torcida era para que um dos cavalos ganhasse com grande diferença. Os apostadores tratavam o vencedor por cabeça, pescoço ou corpo inteiro, também chamado de luz, ou grande vantagem. Minha apreensão aumentou quando soube das corridas decididas por orelhas ou nariz.

Dada a largada, o Baio saiu na frente. A figura dezesseis representava o produto do compromisso que havia assumido junto com os proprietários de cavalos: a foto tremida da chegada da primeira corrida. Baio seguia na frente até o final, chegando com um corpo de vantagem de Lobisomem. Não nego que fiquei aliviado com a forma como se deu o resultado.

Figura 16 - Chegada de Corrida de Cavalos em Cancha Reta



Fonte: Foto do pesquisador, fev., 2011.

Gritos e alvoroço tomavam conta da cancha ao longo da qual as cédulas trocam de mãos. Esta é a hora dos pagamentos das rodadas paralelas. Entretanto, nesta corrida,

nem tudo saiu a contento. Houve uma indignação por parte de um jóquei que perdeu, alegando que o abridor das tampas não esperou ele subir no cavalo. Afirmava ainda ter que se jogar no cavalo para poder sair das tampas o que ocasionou o atraso em sua saída e a consequente perda no final. Buscou com veemência agressiva o abridor das tampas se dizendo injustiçado. Naquele instante, o relho em sua mão assumia outra função que não a tida até então. Sentindo-se violado em seu direito, buscava – com todas as forças – uma justificativa para o procedimento. Empurra, empurra e confusão generalizada.

Como reação, Sr. Ivo, bradando sua idade dizia ser “respondedor de seu compromisso e abri as tampas quando os dois cavalos estavam quietos dentro das baias”. Após dois momentos mais exaltados, os ânimos foram acalmados. Pelos menos de agressão mútua. Quais as alternativas? Correr de novo? Anular a corrida? Cada um buscava uma alternativa para resolver a pendenga. Os proprietários entraram num acordo que era dar a vitória ao Bainho, pois segundo seus argumentos o vencedor não tinha culpa: “ganhou tá ganhado. O problema não foi meu, nem do meu cavalo”, afirmava o vitorioso contestado. No entanto, as apostas configuram outro problema para ser solucionado com o organizador. Uns apontavam como solução repartir o dinheiro enquanto outros propunham uma nova corrida. Informações desconstruídas, ânimos alterados e muitas dificuldades em solucionar o acontecido. O fato é que todas as atenções estavam voltadas para a chegada, ficando somente os jóqueis e o abridor das tampas na saída. Ficou a palavra do jóquei prejudicado de um lado e a do abridor do outro. O vencedor não sabia de nada.

Sr. Ivo, 68 anos, é hipertenso e participava do grupo de idosos. Conhecia como ninguém a arte de carnear e castrar animais (menos o gato). Ele é o assador requisitado na maioria das festas das comunidades. Continuou suas justificativas por bastante tempo, sempre protegido pelos organizadores e seguido por sua esposa. O intuito era acalmá-lo e retirá-lo o mais breve possível do local. Pois, “às vezes, a festa tem disso. É muita gente junta o dia todo. Os desentendimentos fazem parte” (Sr. Eudes, fev. 2011).

Do caos à ordem, o evento seguiu. E chegava a hora da segunda corrida. Tudo como dantes: proprietários desafiavam os apostadores à beira da cancha. Trovão e Pitchuca desfilavam pela raia escolhida. E havia novos juízes no final da reta.

Ao transcrever estes fatos, fiquei imaginando uma consulta do Sr. Ivo na segunda-feira. A enfermeira aferindo sua pressão na sala de sinais vitais. “Sua pressão está alta!” “Está tomando de forma correta a medicação?” Silêncio. Após alguns momentos de reflexão respondia: “Andei ficando meio nervoso no final de semana”. .

Caso ele fosse vítima real da tentativa de agressão, seguramente os serviços de urgência e emergência seriam ativados. No caso da cancha reta, o carro de um parente ou amigo seria o transporte e cujo destino não seria ao CSF, mas sim para o hospital regional do oeste.

Refleti também sobre as regras da cancha. Quem decide sobre elas e quem as cumpre? Penso que os comportamentos são regrados por acordos em outro lugar que não ali, não havendo registro de procedimentos ou de regras. Apostadores buscam garantir um direito violado. Serviços que são realizadas, mediados por acordos tácitos. Comportamentos esperados, sem muita margem para apelações oficiais. Acordos estabelecidos e exercidos pelo fio do bigode. Esta ideia faz referência à “coisa de caboclo”, descrito por Renk (1997). A significação atribuída à cancha reta parecia ser a chave para apreender o sentido de tais experiências.

4.1.2.4. O Jogo de 48.

Figura 17 - Jogo de 48



Fonte: Foto do pesquisador, fev., 2011.

Antes, ou entre uma corrida e outra havia uma jogada de 48. “Faz parte do festejo. Cancha reta tem que ter 48”, dizia Sr. Eudes. Trata-se de um cepo com um diâmetro de 75 cm em uma altura de 10 cm acima do solo em cujo centro o balim, quatro bochas são dispostas em forma de cruz em uma distância de 24 cm do centro. O

objetivo de cada jogador é arremessar quatro bochas, distantes 12 metros do cepo, para tirá-las e o balim de cima dele. A forma de pontuação varia muito. Para esta comunidade, o valor de cada bocha derrubada era de cinco pontos e a derrubada do balim vale dez. Cada arremesso válido, são computados os pontos das bochas abatidas, retornando elas ao local de origem. A contagem é feita pelos próprios jogadores. É impressionante vê-los brincando: tudo é festa e diversão.

Quando vale prêmio, as coisas esquentam. Para alguns, o braço fica mais firme, e para outros, mais nervoso. Nesta hora, treme o braço e a base (pernas), a fala muda, o olhar fica fixo. Beijo na bocha e olhar para o céu, bocha na palma da mão, segura por baixo, junto ao corpo. São as técnicas que cada um jura serem as mais eficientes. A hora da verdade é a hora do tiro (jogar a bocha). Os espectadores criavam o clima da disputa. Os mais próximos gritavam, provocavam e tentavam desestabilizar o jogador, tirando-o do foco. O adversário pode ser uma pessoa conhecida ou não e, na maioria das vezes, aqueles que não são os parentes. As provocações e gritos são administrados pelos jogadores de forma diversa. Uns brincavam e entravam no clima de festa. Outros já aumentavam sua concentração, fazendo com que a torcida dos adversários fosse traduzida como estímulo ao sucesso. Há aqueles que fecham toda a possibilidade de diálogo e permaneciam de cara amarrada. Demonstrando seu incômodo, mas não falam nada. Afinal de contas, vale um leitão de 15 kg. Assim, o Sr. Honorino era um dos espectadores e entrava na brincadeira, torcendo, incentivando e se divertindo muito.

Nesta etapa ficaram no jogo os dez melhores das partidas eliminatórias. Chegou a hora da verdade, ou seja, saber quem levaria o leitão. A torcida fechava os dois lados da distância entre o atirador e o cepo. Escolhia seu atleta (geralmente, parente) e começa a competição que parecia mais uma grande festa com cervejas e muita alegria.

Luís, 35 anos, ao lançar suas três bochas estava com 25 pontos. Na última, conseguiu fazer mais cinco e permanecia na frente de todos. Faltavam dois atiradores. E ele, comemorava seu desempenho. Vibrava com o braço para cima, tremendo e gritando seu feito. Seus olhos pareciam saltar, acompanhando a vibração do corpo inteiro. Chegava o próximo. No primeiro tiro, já tirava duas bochas e o balim. No segundo, duas bochas e no terceiro, uma. Muito barulho e provocações. Os espectadores respondiam com gritos em um tom ensurdecador. Pela reação dos torcedores parecia tratar-se de um forasteiro, ou foi sozinho à festa. Na quarta, nada e no final das bochas, 35 pontos. O forasteiro era o novo vencedor. Venceu tentando responder às provocações dirigidas a

ele. Mais parecia um desafio. Finalmente, o último finalista atirou e não alcançou os pontos dos dois primeiros. O jogador vencedor não tinha torcida nem a favor, nem contra, mas comemorava seu feito e, assim, ele havia ganhado o leitão porque conseguiu fazer 35 pontos. Os mais achegados ao Sr. Luís buscavam consolá-lo, na medida em que ele explicava os motivos de sua derrota. E a festa continuava.

4.1.2.5. O Churrasco.

Além do cuidado com o local de acomodação dos espectadores, o dia anterior à corrida era reservado para matar o boi, prepará-lo para ser abatido. Na divulgação da corrida, a qualidade da carne e a eficiência dos assadores eram anunciadas com o intuito de demonstrar a qualidade da equipe organizadora, mas a avaliação derradeira ocorria ao meio dia. Naquele dia, o churrasco estava a cargo do Sr. Ivo (o mesmo responsável por abri as “tampas” na corrida de cavalos), Sr. Gentil, 56 anos e Sr. Ernesto, 55 anos e morador da Linha Nossa Senhora de Lourdes. Todos “assadores” experientes.

O cardápio era certo para quem participava. Cancha reta com churrasco é “[...] mais certo do que a missa no domingo”, dizia Sr. Honorino, que ao longo dos seus 65 anos, era produtor de leite e dono de armazém na Linha Almeida. Estava constantemente presente em todos os eventos promovidos pela comunidade; de festas às reuniões do CSF- Linha Cachoeira.

Uma novilha de 112 kg foi erguida pela talha emprestada do Sr. Eudes e feita em pedaços. O almoço de domingo estava, portanto, garantido. Sr. Ivo errou por dois quilos o peso da novilha. As facas estavam prontas e muito afiadas e os cortes precisos iam separando os pedaços de modo a atender o gosto de todos. Tinha a alcatra, a costela, a ponta de peito, o quarto e a união de outras partes.

Figura 18 – Churrasco

Fonte: Foto do pesquisador, fev., 2011.

Carne de gado temperado na salmoura de um dia para outro. A salmoura era composta por água, sal, tempero verde (salsa e cebolinha). O churrasco era feito na brasa de grossas lenhas. Os espetos eram confeccionados por ferros de construção civil, dobrados perfeitamente para acomodar dois a três quilos de carne. No cabo do espeto, um papelão grosso era amarrado com um número escrito. As encomendas e as compras na hora iam determinando o dono do assado. Sr. Ivo era o responsável pelo churrasco, auxiliado pelo Sr. Gentil e também pelo Sr. Ernesto. Cada um tem um jeito, por isso, muitas vezes, um tem que ceder, afastando ou aproximando a lenha mais grossa. O lado que deve assar mais. Como e quando colocar a costela mais fina? Sr. Ivo assumia, assim, o papel de capitão. Sua palavra era a última. Consequentemente, fazia ou dizia (manda) o que deveria ser feito. Entretanto, as experiências dos assadores estavam sendo colocadas à prova. Puxar e arredar o fogo, virar a carne no momento certo. Enfim, cuidar do assado (principalmente dos mais chegados). No entanto, havia uma dificuldade no sentido de haver um acordo de quando deveria ser iniciada a distribuição dos espetos. Se iniciar com um, todos vêm atrás. “E temos muitos que não estão prontos”, afirmava Sr. Gentil. O tempo de assar era calculado, principalmente, pela cor dourada do exterior da carne. Proclamava Sr. Ivo que “[...] fica proibido cortar a carne até sair o espeto a carne perde o suco e depois vão achar que a carne esta seca” (Sr. Ivo, fev., 2011).

A churrasqueira era feita com tijolos, assentados em forma de um retângulo. No seu interior, atravessado no sentido longitudinal, ficava uma madeira verde e grossa que a açambarcava. O espeto era apoiado do muro e na madeira dos dois lados.

Segundo Sr. Gentil, antigamente dava muito mais trabalho pois, era preciso ir para o mato cedo, catar um galho reto para servir de espeto. Ele relatava ainda que muitos reclamavam, pois “a carne havia pegado um gosto diferente. Mas ia embora. Vendiam tudo. Da forma que fazemos hoje é muito mais tranquilo” (Sr. Gentil, fev., 2011).

O público ia, ao poucos, chegando. Na manhã, tomavam conta do arvoredo próximo da pista onde passariam o dia. Boliche organizado próximo à pista e havia a venda de pão, de alface temperada com vinagre e sal para completar o cardápio do dia. Cerveja e refrigerante eram servidos em latas e copos plásticos (em cancha reta é proibido qualquer tipo de vasilhame de vidro). Era um momento de rever alguns amigos, de convívio social, de saciar a paixão pela carreira. Para alguns jovens, era também o momento do namoro.

Todos buscavam o melhor lugar na sombra, em mesas dispostas debaixo do arvoredo. O assado era reservado três dias antes. Alguns chegavam com vasilhas para levar. Quem comia no local trazia sua faca, seu prato e garfo (desavisado, ou, desatento tive que pedir emprestado tudo isto).

O churrasco gordo é o mais apreciado. Sr. Dezan, é um participante apaixonado pela cancha reta e dizia sorridente: “a gordura não é problema meu. É problema do meu médico. É ele que tem que resolver. Eu vou continuar comendo. Eu me cuido, busco tirar o máximo da gordura.” (Sr. Dezan, fev., 2011).

Aos poucos, os espetos sumiam. Os churrasqueiros conferiam as fichas e o número dos espetos. As que correspondiam aos espetos eram jogadas no braseiro, logo após a entrega. Último entregue, hora do assador também almoçar. O Sr. Gentil não almoçava. Escalado para assar em quatro comunidades da região, adotava sempre o mesmo sistema. Faceiro e divertido, dizia que “[...] A minha preferência é por líquido, mais que sólido”. Em volta do fogo a sede aumentava e sempre alguém trazia a cerveja gelada para o assador.

O agrado para este personagem pode ser traduzido como a solicitação de maior cuidado com seu churrasco. Cada um tem a sua preferência. Mais passado, ao ponto ou malpassado. Na mesma família, separam e solicitam diferentes pontos do assado. À primeira vista, a tarefa parecia complexa, porém, tornava-se simples para quem tinha

experiência. E ninguém mais indicado para esta tarefa do que o Sr. Gentil que era o festeiro de quatro comunidades. Tem muita experiência com assados.

4.1.2.6 A Cacheta.

Figura 19 – Cacheta



Fonte: Foto do pesquisador, fev., 2011.

Outra atividade sempre presente em dia de cancha reta era o jogo de cartas, mais conhecido como cacheta. E para sua realização, Sr. Honorino, 65 anos, apresentava as regras: onze pessoas reunidas para jogar com dois baralhos (104 cartas no total) distribuem-se nove cartas, de três em três, alternadamente entre os participantes. Uma carta do maço será virada para determinar o curinga, que será sempre a carta com um número acima da que foi virada, obedecendo-se o naipe.

De acordo com ele, o objetivo do jogo é formar trincas e/ou sequências, combinando as nove cartas. O curinga só poderá ser usado na sequência. Todos os jogadores iniciam a partida com sete ou dez vidas (fichas distribuídas na mesa, para o jogo e para apostas em dinheiro).

A jogada era obrigatória, e se um adversário batesse com nove cartas perderia uma vida, mas se a batida fosse com 10 cartas, poderia perder duas. O último “sobrevivente” ganhava o jogo e as fichas das apostas cujo valor era sempre combinado antes do início do jogo. As cartas são seguradas pela mão esquerda (unanimidade). Com

habilidade, encaixam com a mão direita os números próximos após a compra. Um rápido olhar, após muitos cálculos, uma é selecionada para o lixo. Decisão rápida daquelas que desejam segurar e aquela que quer se livrar. A rapidez de pensamento é cobrada a todo o instante em que a decisão é procrastinada. “Cacheta é bom porque é rápido” (Sr. Honorino, fev., 2011).

Sr. Gentil, contava que certa vez “morreu um tio com as cartas na mão”. Narrou ainda uma história de um parente que ha dez anos havia morrido do coração quando jogava cacheta (o modo de falar do Sr. Gentil deixava dúvida sobre a veracidade da história).

A aposta serve para passar o tempo e prender os jogadores. “Se não tem aposta não tem graça”, afirmava Sr. Honorino. Muitos passam o dia jogando, interrompendo somente na hora da largada da corrida. Os jogadores ficam acomodados nos bancos de madeira em três horas seguidas.

As observações do jogo de cartas me fizeram refletir sobre as falas dos usuários que ouvi nas reuniões do conselho local de saúde “esperar não é comigo”. No CSF a espera – cujo tempo é calculado desde a saída de casa até o retorno – é abominada. Dizem esperar até três horas para a consulta. Sr. Honorino dizia que o interior deveria ser tratado diferente e sua esposa confirmava:

nós sofremos. Caminhadas e caminhadas. Por exemplo, assim, quando for tratar os dentes tem que fazer tudo. O colono não tem o que fazer em casa (ironia) Quantos km fica a sua casa?[...] Fui pegar fila. Os idosos da cidade foram atendidos primeiro. Saí de casa às 7h30, cheguei às 9hs no lugar de pegar os remédios (Centro de Especialidades médicas que fica a 20 km de sua moradia). A preferência deveria ser de acordo com quem depende de ônibus (D. Rosa, fev., 2010).

Aquela tarde estava muito quente. Para afastar o calor e a sede, havia a cerveja. Cigarro e cerveja estavam presentes durante as jogadas, como companheiros, ou algo que é inerente ao jogo de baralho. Gradativamente o tom de voz subia para “chamar” as cartas necessárias. Na medida em que o tempo passava, mais palavras eram proferidas pelos jogadores, assim como mais rápidas. A intenção era fazer graça, assustar o adversário, buscar a sorte e afastar a urucubaca. Havia jogadores sérios em todas as rodadas, com cara de profissional. A desistência era a última alternativa só quando as cartas estavam muito ruins. Para completar o jogo havia os “perus” – aqueles que ficavam especulando e controlando três jogadores ao mesmo tempo, tentando antecipar as jogadas para ver quem iria ganhar. Comentários somente após a batida. No final, os

perdedores choravam a própria sorte, e aqueles que estavam próximos da batida comentavam seu início e buscavam as cartas no baralho para saber em quantas compras sua carta chegaria. As apostas não eram altas: em torno de R\$ 10,00 cada jogada. Cada rodada chegava a reunir uns R\$ 50,00 e tinha jogador que chegava a ganhar uns R\$ 150,00 no final do dia.

Além da cacheta, ouvi do Sr. Eudes que um jogo bastante praticado antigamente era o nove. Segundo ele, era um jogo “devastador para as famílias”. Muitas pessoas perdiam dinheiro, casas e terras.

4.1.2.7. A Matinê.

O Sr. Abel explicou-me que, no mesmo dia da cancha reta, era marcada uma matinê na comunidade da Serrinha, localidade lindeira ao distrito do Marechal Bormann. Muitos moradores da Cachoeira participavam das festas no pavilhão da comunidade católica. E, nesse sentido, o Sr. Abel parecia não estar preocupado com a concorrência.

Fui acompanhar a festa logo após o almoço. Quando cheguei, poucas famílias ainda estavam almoçando. A maioria dançava ou assistia aos dançarinos. Minha intenção era permanecer pouco e retornar à cancha reta. Cerca de 300 pessoas marcaram presença na matinê da Serrinha. A festa iniciou ainda pela manhã com almoço que incluía churrasco, salada de alface e pão.

Figura 20 - Matinê na Serrinha.



Fonte: Foto do pesquisador, fev., 2011.

A figura acima apresenta o que acontecia no período da tarde desta festa: o conjunto no fundo do salão animava os participantes. Para dançar a vaneira⁵¹ era necessário conhecimento prévio ou atenção e disponibilidade para aprender enquanto arriscava seguir a cadência da música. Era necessário observar a postura de braços do homem e da mulher e a sequência dos passos: dois para a esquerda, seguidos de dois para a direita. Homens e mulheres em torno da pista (com demarcação indefinida) observavam e teciam comentários sobre os dançarinos, enquanto que um carrinho de supermercado abastecia com bebidas gelada os participantes da festa.

Logo no início da tarde, a matinê começou. O som era do grupo *Os gauchinhos do sul* – conjunto de Chapecó, formado pelo seu fundador, Aldorindo Brasil do Nascimento, João Carlos, Nelso Figueró, e Antônio – afirmava orgulhoso um dos festeiros, responsável pela contratação. O vocalista ficava sempre atento ao público, analisando os efeitos que a música causava, além do número de pessoas no salão e a decisão dos ritmos e das marcas que deveriam ser executados. A sequência era seguida de acordo com o gosto local. O público dançou a tarde toda ao som da rancheira, do xote e da valsa. O salão realmente ficava cheio com o vaneirão – ritmo mais apreciado e executado da tarde. Misto de satisfação e alegria. Ficou no ar uma boa impressão dos que permaneceram no salão comunitário.

⁵¹ Dança típica gaúcha.

Algumas pessoas chegavam depois do almoço somente para participar daquela festa. Duas moças chegaram de moto biz por volta das 14h. Fiquei observando a chegada das duas loiras no estacionamento, de capacete e sandálias rasteiras. Assim que desceram, começaram uma verdadeira produção do estilo: acrescentaram à imagem de shortinho e blusa de alça preta, com o auxílio do espelho da lambreta a arrumação cabelo, da maquiagem e da roupa e levaram dez minutos até a finalização da produção. Outro tempo foi dedicado à troca da sapatilha por sapatos de salto alto. Capacete e sapatilhas guardadas em um compartimento localizado embaixo do banco, pois, era chegada a hora de aproveitar a matinê. Com todo o cuidado, saíam caminhando pelas britas colocadas nos trilhos dos carros. Agora era festa. Mais tarde as encontrei na cancha reta com os mesmos trajes, porém, com as sandálias rasteirinhas.

Casais buscavam seguir o ritmo, contornando o salão no sentido anti-horário. A trajetória cultural faz parte das regras do Centro de Tradições gaúchas- CTG. Regra seguida por uns, ignorada por outros e contestada por muitos dos casais. Esta era a verdadeira matinê: casais faceiros mostrando suas habilidades de dança. Aqueles que tentavam mostrá-las acabavam descobrindo outras possibilidades da dança e da ocupação do espaço.

Casais formados a maioria por homem e mulher. O homem com a mão esquerda segurava a mão direita da mulher. A mão direita do homem segura a cintura da mulher. A mulher apoiava-se com a mão direita na mão do homem, e o braço esquerdo estava apoiado no braço direito do parceiro e a mão esquerda em seu ombro. O homem era quem conduzia a parceira nos diferentes ritmos musicais. O papel da mulher era segui-lo. Durante a dança, diversas duplas eram formadas por mulheres. Desta feita, era preciso decidir quem assumiria o papel de homem – todos os detalhes eram adotados – da posição ao olhar. Não tem uma barreira de idade. Esta é uma prática comum nos fandangos e nas matinês. Vi quatro casais de mulheres dançando alegremente. Conversei sobre isso com o Sr. Sérgio, 54 anos, festeiro da Linha Serrinha (comunidade que pertence à área de abrangência do CSF- Goio-Ên) e ele me respondeu: “não vou negar que me causa um impacto ao ver tais casais. Mais pela visão estética, pois a postura da mulher que assume o papel do homem parece não se encaixar” (Sr. Sérgio, fev., 2011).

Tentava junto com Sr. Sérgio situar as performances como um olhar sobre o que faz o outro e a impressão que esta ação causa em quem se propõe observar.

O que presenciei na matinê converge para compreensão de que a cultura tem uma forma de lidar com as diferenças sexuais, e esta forma é adotada como uma série de regras e condutas esperadas e ajustadas para cada gênero. As atuações de homens e mulheres presenciadas na matinê são performativas, no sentido de Butler quando afirma que os gestos e atuações que homens e mulheres pretendem expressar “[...] são fabricações manufaturadas e sustentadas por signos corpóreos e outros meios discursivos” (Butler, 2008, p.194). Para a autora o gênero é “[...] uma identidade tenuemente construída no tempo, instituída num espaço externo por meio de uma repetição estilizada de atos” (*Idem Ibidem*, p.200).

Em grande parte, o uso da estética é referido para manifestar algo que é cultural e, por vezes, expressa uma visão antropocêntrica ligada a padrões sociais. Questionava-me naquele momento sobre quais são as técnicas, os modos e sentidos da dança? Enfim, buscava apreender significados atribuídos às escolhas tomadas considerando o contexto já que se tratava de uma tarde de domingo quente, com ritmo gauchesco e pessoas dançando a tarde toda, depois da churrascada. Naquele lugar, o tempo não é algo que possa ser medido pelos mecanismos de um relógio.

4.1.2.8. Roda de Chimarrão.

Sr. José é adepto ao bom chimarrão. Ele tem 68 anos é aposentado e mora com sua esposa Rufina, 64 anos e sua cunhada Felisbina, 55 anos. A sua família é vizinha do Sr. Eudes. Os dois contaram-me como é feito todo o processo de produção desta bebida amarga, sugada pela bomba de chimarrão. Os galhos são extraídos entre abril e setembro, período chamado pelos moradores de grande safra e a safrinha entre dezembro e fevereiro. Esta periodização faz com que pareça que a extração ocorra o ano inteiro. Muitas vezes, o emprego dado a quem se dedica a esta atividade é de caráter informal e temporário, diz Sr. José. Isto confirma estudos de Moser ao escrever sobre as relações do trabalho nos ervais, pois, “[...] sem jornada de trabalho definida, sem proteção previdenciária, sem segurança na realização da atividade, inclusive com o envolvimento de crianças e adolescentes” (Moser, 2006, p. 126).

A organização em torno de cooperativas é uma alternativa encontrada para enfrentar tais dificuldades. A Cooperativa de Trabalho Folha Verde- COOTRAVE – situada no distrito de Marechal Bormann – tem vários moradores do Goio-Ên

associados e estabelece uma relação de trabalho coletivo, enfrentando dificuldades em sua implementação.

Historicamente, a atividade extrativa da erva-mate esteve vinculada à população nômade. A sazonalidade da atividade consorcia a exploração de ervais plantados e nativos com o plantio intercalado com culturas anuais, como amendoim, feijão, milho, mandioca, entre outros. A forma de plantio retrata um contraponto entre as pequenas propriedades e a dos granjeiros. Sistemas de organização do solo expressam diferenças econômicas, espaços-territoriais, culturais e ecológicas, pois a extração da erva-mate é uma poda que fortalece e refaz a árvore. Em sua forma de plantio, as propriedades visitadas e parte de Goio-Ên retratam uma transformação da roça cabocla. “[...] uma prática costumeira de dividir as terras em terras de plantar e terras de criar” (Renk, 2006, p. 107).

A cultura da erva-mate pode ser interpretada como uma expressão de técnicas corporais em torno do chimarrão e sua relação com a saúde, pensando a partir do ponto de vista dos usuários do CSF- Linha Cachoeira. A letra da música de Glaucus Saraiva expressa a forma como a cultura desperta e mantém o interesse pelo chimarrão: “amargo doce que sorvo num beijo em lábios de prata. Tens o perfume da mata molhada pelo sereno. E a cuia, seio moreno que passa de mão em mão, traduz o meu chimarrão, em sua simplicidade, a velha hospitalidade da gente do meu rincão” (Rillo, 1986).

São muitas as formas de expressões para elogiar o chimarrão como recurso para sentir-se parte de uma região ou de um grupo e, dessa forma, não precisa ser necessariamente gaúcho. Sr. Eudes dizia-me que este costume foi herdado dos índios guaranis, chegando ao oeste de Santa Catarina pelo próprio processo de transformação econômica e cultural. A cultura do chimarrão é rica e aparece nas pinturas, nos artesanatos, nas poesias, nas músicas e nas lendas. Segundo uma lenda, escrita por Zattera (1995), um chefe indígena envelhecido e entristecido solicitou a Tupã, o deus dos deuses para os guaranis, preencher o vazio provocado pela eminência de perder sua filha para um provável casamento com um guerreiro de sua tribo. Seu pedido era de um companheiro para as horas de solidão e de algo que lhe devolvesse as forças e o vigor. Ao cacique foi mostrada uma grande árvore, de folhas verdes. Deveria retirar para secar e depois torrar as folhas, para fazer com elas uma bebida.

Passado de mão em mão, o chimarrão é uma das bebidas mais apreciadas pelos moradores do Goio-Ên, e está presente na maioria das casas visitadas. Bebida amarga e saboreada lentamente. Toma-se de manhã cedo, antes do café e, algumas vezes, ao

longo do dia, menos à noite, pois tira o sono. O mate é o companheiro inseparável em muitas rodas de prosa e pode ser considerado símbolo da hospitalidade. A reunião das pessoas ocorre em rodas, em diferentes horários do dia. Afetos e desafetos estão presentes enquanto a cuia gira de mão em mão. Em frente à casa do Sr. Ademar, na sombra da bergamoteira, participei de mais uma roda de chimarrão. Sr. Ademar, 67 anos é verdureiro e proprietário de um bar e uma cancha de bocha, situado em sua casa na Linha Almeida.

15.30h de uma terça-feira quente e modorrenta. Pai, vizinho, esposa e sogra proseiam a sombra de um pé de bergamota com o chimarrão passando de mão em mão, em uma roda de cadeiras de palha. Seu Ademar domina e faz a conexão dos assuntos. Com a minha presença (alertados pelo tema da pesquisa) o assunto torna-se as doenças e problemas vivenciados pelos presentes. A Senhora mais velha da roda esta de vestido longo, de chita azul. Senta-se apoiada em uma bengala. Não participa da conversa. Somente sorri, afirma positivamente com a cabeça e manifesta seu desejo por mais uma cuia, após ter agradecido, e deixado de tomar por duas rodadas.

Contida na garrafa térmica, a água é colocada na cuia e sorvida pela bomba. Apesar de fazer parte do tradicionalismo gaúcho, tem presença marcante no oeste catarinense. Tanto o cultivo quanto a comercialização e o consumo da erva-mate é considerada uma alternativa de renda para as pequenas propriedades rurais. Segundo Sr. Eudes, “[...] no distrito de Marechal Bormann (ao norte do Goio-Ên), 70% das pessoas vivem em função do plantio e colheita da erva-mate. No Goio-Ên, o cultivo e a colheita da erva-mate fazem parte da história do distrito e empregam muitas pessoas ainda hoje” (Sr. Eudes, mar., 2011). Nas propriedades que fazem parte da área adscrita do CSF-Linha Cachoeira resistem poucos moradores que plantam grandes quantidades de ervais. A maioria mantém um número pequeno de árvores.

No Goio-Ên toma-se chimarrão ou para matar a sede ou por costume. Catarina, 66 anos, professora aposentada e usuária do CSF Linha Cachoeira, contava que “[...] morava em Caxias do Sul-RS e não tomava chimarrão: não achava graça. Com o tempo, fui tomando e, aos poucos, acostumei. Hoje não posso passar um dia sem tomar uma cuia” (D. Catarina, mai., 2011).

Vários estudos destacam as propriedades medicinais e alimentares da erva-mate. Ele é estimulante para o corpo e atua, benéficamente, sobre o sistema nervoso e muscular, eliminando a fadiga. Esse efeito curativo não é de agora, já 1755, notas expressavam seu poder benéfico. Graças ao mate enviado a Portugal, o Ministro Diogo

Mendonça Corte-Real havia se curado de “[...] renitente dor nas pernas proveniente de cálculos renais” (Zaterra, 1995, p.190). Para Sr. José, a erva-mate além de proporcionar boa digestão, é um remédio diurético e estimulante.

A experiência com o chimarrão de Sr. João S. é de doença, pois, aos 58 anos, estava na sala de espera do CSF- Linha Cachoeira quando contava a história de doença de seu pai. Afirmando que seu pai morreu de tanto tomar chimarrão quente.

Meu pai deixava esquentar no fogão até ferver a chaleira. Até a chaleira chiar. Tomava de manhã e a tarde. Eu não conseguia tomar. No fim das contas, cozinhou por dentro. Além disso, fumava um palheiro com um fumo brabo. Muito forte mesmo. Sem filtro. Juntando os dois, foi o seu fim (Sr. João, jan., 2011).

Para Sr. José, o chimarrão tem o sentido de remédio. A capacidade digestiva do chimarrão é entendida por ele como algo negativo, por isso não toma após o almoço. Para ele, parece que derrete a comida. Ele diz não gostar da sensação. Tem um sistema que busca seguir.

Se tomar chimarrão após o almoço, no meio da tarde já estaria com fome novamente. [...] cada um tem que ter um sistema para tomar chimarrão. [...] No meu entendimento o que é bom para um, pode não ser para o outro. Quando trabalhava para um italiano eu tive que me adaptar ao sistema dele. Morada diferente, costume diferente. Depois que parei de trabalhar lá voltei ao meu sistema (Sr. José, mar., 2011).

O sistema de Sr. José, D. Rufina e D. Felisbina é tomar chimarrão de manhã cedo e antes do almoço. Salientavam que sempre funcionou desta maneira.

Este estudo não trata de um grupo de mateadores⁵² no sentido substantivo do termo. São os usuários do CSF que encontram no chimarrão um sistema de vida individual e de grupo. Tomar um mate faz parte de um ritual. Matear sozinho exercita a própria vontade e é um meio de meditar sobre as coisas da vida. Participar da roda de chimarrão é um exercício da democracia e de respeito as regras. Embora simples, a roda de chimarrão tem suas regras. O dono da casa toma o primeiro mate, além de geralmente ser dele a tarefa de encher a cuia. O sentido da cuia é anti-horário, e a entrada na roda não tira e não dá privilégio para ninguém, ela segue. Para sair, ou parar de “matear”, deve-se agradecer logo após o ronco da cuia. Três roncões é anúncio de satisfação e de dever cumprido. Não tomar toda a água servida é uma ofensa. Caso

⁵² Grupo de pessoas que tomam o mate, ou chimarrão.

acontecer de a bomba entupir, não se deve mexê-la e sim tentar terminar o mate. Se isso não for possível, deve-se dirigir a quem está servindo.

Lembro de uma das primeiras rodas que participei em meus estudos em campo. Era a primeira vez que fui visitar Sr. Abel. Chegando lá, a roda de chimarrão estava animada. Isso ocorreu no dia 20 de dezembro de 2010, por volta das 16hs. É minha vez do mate. Sempre fico na dúvida de aceitar. Às vezes, a água é muito quente e o chimarrão é “apertado”. Se começar sei que a bomba tem que roncar (sinal que tomei tudo). Aceito e logo percebo aquilo que temia: o chimarrão está apertado (difícil de sugar a água). A angústia bate, e não tomar até o fim seria uma afronta. Converso um pouco e acelero a operação de sucção. Os mateadores têm uma técnica para desentupir e tomar o mate normalmente. Alguns desavisados seguram a bomba e mexem para a direita ou para esquerda bem devagar. Outros somente com paciência e técnica. Apesar de ser gaúcho de nascimento, o chimarrão nunca foi um hábito para mim. Finalmente termina o mate. Entrego com alívio para a servidora da água quente e agradeço. Este é o sinal de que na próxima rodada minha vez será passada.

A duração das rodas é determinada por “cortes do fim da água, do assunto e das visitas”. É variável porque o tempo na comunidade rural não é o mesmo tempo que governa a vida urbana, não podendo ser medido e limitado pela cronologia do relógio. “[...] se alguém chegar depois do almoço em minha casa não ganha chimarrão” (Sr. José, mar., 2011).

A ideia da erva-mate é exemplo de indicação natural. Não se questiona sobre o uso, recomenda-se porque é natural. Observando o costume e fazendo parte da cultura regional, matear parece nivelar e igualar as diferenças entre as pessoas. Tanto no sentido de que estar próximo da natureza, quanto à negação de diferenças culturais. Lembro-me de um florianopolitano (“do litoral” para a comunidade) que veio visitar a família do Sr. Eudes e ficou contrariado com a oferta do mate. Eudes contou-me que “[...] o “do litoral” ficou contrariado quando oferecemos mate. Dizia ele: “na minha casa, quando recebo visita, o que ofereço é cerveja. E gelada (risos)” (Sr. Eudes, abr., 2010).

Nos usos e nos costumes relacionados com o ato de “matear”, não se percebe a separação entre os benefícios para o corpo e para a vida social. O puro cultivo das amizades e da aliança para falar de alguém (muitas conversas são sobre pessoas ausentes). As inimizades podem ser demonstradas na mesma roda. Não alcançar o mate para alguém é uma ofensa. Como valor simbólico da comunidade, o ato de “matear”, os benefícios ao corpo e o estímulo para a meditação, ou relações sociais passam a ser

indissociáveis. Instrumentos, técnicas, palavras e formalidades prescritas e codificadas pelas experiências acordados no coletivo.

A participação constante em rodas de chimarrão foi um fator importante para evidenciar um pensamento-chave para o que buscava em campo, entender as experiências para compreender e tornar visível o corpo.

4.1.2.9. A Cultura de Mandioca.

Os agricultores conheceram as características da mandioca com os povos indígenas e com os caboclos. Com base em informações dos antepassados e responsáveis técnicos eles escolhem a espécie que melhor se adapta às terras onde trabalham e, neste caso, é a branca e a roxa e D. Isabel, com frequência, decide ficar com aquela que cozinha com facilidade. A decisão também é balizada pelas informações dos técnicos ligados as políticas públicas do município de Chapecó e aos responsáveis pelas informações sobre produtividade e valor na comercialização.

Nas propriedades visitadas, a mandioca produzida geralmente é destinada à subsistência e o excedente abastece revendedores que comercializam na cidade. Descascar nem pensar, dizia Sr. José. A mandioca é lavada e vendida desta forma. A tarefa de descascar é realizada pelos compradores em um processo mecanizado, pois, não é uma tarefa fácil e quando é realizado, é somente para o consumo próprio. “Não falta na mesa de nenhum dos moradores de nossa comunidade” (Sr. José, abr., 2011).

Seu plantio ocorre na lua minguante de setembro ou de outubro. “Em seis meses, já pode ser colhida a mandioca nova. Se passar o tempo de plantar, perde a produção. “Não vinga! Tudo que é coisa tem um tempo de plantar” (Sr. José, abr., 2011). De acordo com este morador, o conhecimento da influência das fases da lua sobre o crescimento das plantas é – ou deveria ser – da posse de todos os que vivem da agricultura. O conhecimento adquirido pelos antepassados e suas experiências com relação aos ciclos lunares permitem a ele afirmar que nesta fase da lua deve ser plantado tudo o que dá abaixo do solo. Para o Sr. José o plantio obedece a procedimentos gradativos e me explica que:

inicia pela escolha de uma boa rama. É só pegar a rama, dá dois cortinho. Vira, pico, cai um pedacinho. Entre maio e junho é hora de guardar a rama. A rama é escolhida pela que produz mais. Na minha propriedade picava bem o chão e colocava embaixo de uma árvore. Lá colocava embaixo de um pé de laranjeira. Assim, a árvore protege bastante. Às vezes, fazia um buraco e

cobria com ramo ou folha de cana, ou de milho seco. Para que a produção ficar boa tem que cuidar. Tem que limpar. Em seis meses tem que limpar três vezes para ficar bom (Sr. José abr., 2011).

Sr. Albino, 63 anos, usuário que pude encontrar com frequência nas reuniões da comunidade, considera que

plantar para a subsistência é a melhor coisa para o pequeno. Se diversificar bastante a propriedade podemos programar as idas para a cidade. Se não der hoje, amanhã, ou, depois de amanhã. Não estaremos presos no trabalho. Estamos livres para buscar coisas na cidade. Tenho sempre mandioca e melancia. Os próprios agricultores vêm comprar aqui (Sr. Albino, mai., 2011).

Nestas terras, não é necessário nenhum tipo de incorporação de nutrientes. Somente mexer a terra, complementava. Segundo Sr. José,

[...] se adubar a terra não dá boa mandioca. Cresce muito a rama, a força da terra vai para a rama e a raiz fica fraca. Para que isso não aconteça, o mandiocal deve ser despontado, quebrar a rama quando tiver em certa altura, então ela cresce embaixo (Sr. José, mai., 2011).

Para plantar mandioca, é só lavrar e envergar a terra – com cuidado, pois este procedimento ajuda na limpeza depois – com uma junta de boi e colocar as ramas nas covas com o broto para cima. Não tem uma distância justa para o plantio, mais ou menos de 15 a 20 centímetros é um espaço suficiente para que a planta cresça. Sr. José relatava uma história vivenciada quando morava com seus pais:

[...] lembro que tinha um irmão que era descontado (pouca noção para o plantio). Seguido ele deixava duas ramas na mesma cova. Dizia que tinha medo de que uma não vingasse. Tinha que ficar de olho nele; depois dava problema (Sr. José, mai., 2011).

Durante a conversa, veio um comerciante de móveis entregar uma encomenda. Em sua parada, (informado do assunto) contou-me uma passagem com um parente seu que trabalhava no INSS, no setor que recebia muitos agricultores que buscavam aposentadoria que se relacionava com as técnicas de plantio. Na casa do Sr. José o comerciante contava uma história sobre o plantio da mandioca e as marcas e as experiências deixadas na vida das pessoas.

Em certo dia de trabalho no INSS chega uma senhora buscando seu direito de aposentadoria como agricultora. Com os anos de trabalho os atendentes aprenderam a identificar as pessoas. Jeito de andar, de falar, calos nas mãos, pele do sol. O atendente buscava identificar traços que delatassem sua condição de agricultora. Encontrou somente desconfiança. Durante a

entrevista o atendente logo perguntou: e aonde a Senhora comprava a semente de mandioca para plantio. A Senhora desavisada sobre os métodos utilizados pelos atendentes respondeu que sempre comprava na COOPERALFA (cooperativa agrícola da região). (risos) (Paulo, mai, 2011).

Tal situação é iluminada por Mauss quando aponta que os usos do corpo como delatores do que é vivido e compartilhado pelo grupo do qual cada pessoa faz parte. Usos no sentido das técnicas corporais, isto é, "[...] maneiras como os homens, sociedade por sociedade e de maneira tradicional, sabem servir-se de seus corpos" (1974, p.211). Usos próprios de cada sociedade expressam e delatam saberes e fazeres. Este uso é apreendido por um ato pedagógico. Percebi que há uma educação que vai do plantio até o ato de preparar a mandioca. Desta forma, as performances das técnicas próprias da lida com a raiz foi percebida como uma possibilidade e caminho para dar visibilidade ao corpo. Junto com as demais performances descritas, percebi a forma como os usos do corpo e as regras sociais vão do particular para o geral, expressando uma teia complexa de sentidos.

Sr. José comentava que, no uso da terra, “[...] nada de veneno para controlar pragas. Isto que na época que trabalhava pesado na terra não tinha as pragas que tem hoje”. Só arado e enxada, tanto na mandioca como no milho. Hoje é tudo à base do veneno. E continuava:

a turma coloca um vidro de plástico em volta da planta e passa o veneno em roda. Eu pergunto e para onde vai aquele veneno que ficou na terra? Por isso que as pessoas ficam doentes. Vão comprar produtos e nem sabem o que estão comprando. No mercado pode pegar um saco de mandioca e está tudo intoxicado. Isto é comum para quem planta bastante quantidade para vender (Sr. José, mai., 2011).

A principal praga da mandioca é a mandarová, é ela quem traz a doença para a planta, prejudicando-lhe a rama e comendo sua folha. Se não tiver outro jeito, será preciso passar veneno. D. Rufina, cuidava da horta e associava o seu plantio com as pragas.

Quando o repolho está bonito vinha os bichos. Ficava uma hora tirando os bichinhos. Não queria passar veneno. Acabava eliminando as folhas com mais bichos. No verão é que os bichos incomodam mais. No inverno param de incomodar tanto. Fui no mercado e comprei um veneno e ainda não passei. Para usar este veneno preciso diluir cinco gotas para 20 litros de água. Já pensou no poder do veneno. Depois eu vou comer o repolho? (D. Rufina, mai., 2011).

Quando as doenças aparecem, é preciso observar a cor das folhas, as ramas e o possível escurecimento dos brotos. Às vezes, os sintomas não são evidentes, noutras, o estrago na planta somente aparece durante a colheita. Para Sr. José, o melhor cuidado com a planta deve ocorrer na hora de escolher a rama e a enxada. Ele explicava a técnica de colheita da mandioca.

Para colher, se a terra é macia vem tudo. Com uma enxada, afrouxa a terra em volta e colho. Depois é lavar, descascar e levar para cozinhar. Raspar a casca serve para fazer a farinha, ou para as vacas e porco. Para os moradores da cidade tem que ser descascada. Tudo está muito cômodo. Não querem fazer mais nada. [...] daqui a um tempo vão querer comprar mandioca cozida (Sr. José, mai., 2011).

A mandioca – considerada como o pão do caboclo – é uma raiz generosa e exige pouco em termos de clima e solo, por exemplo, após três meses do seu plantio, torna-se mais resistente as secas. A organização da produção é simples, podendo ser cultivada, praticamente sem insumo agrícola artificial. “Festa tem que ter mandioca e carne” (Sr. José, mai., 2011).⁵³ A alimentação é assunto presente em muitas rodas de conversas. Nelas, alguns temas aparecem como uso diversificado de produtos, os cuidados com a saúde e a preocupação constante com o sustento do corpo para a lida diária. E, neste sentido, D. Rufina ressaltava que “no café com um pão branco, logo o estômago ronca. A mandioca não combina. Ao passo que uma broa de milho sustenta” (D. Rufina, jun., 2011).

O retorno financeiro é outro atrativo para o plantio da mandioca. Segundo Sr. Ivaltino, 70 anos (vizinho que mora em frente à casa do Sr. José) “[...] rende mais que o milho. Consigo vender a mandioca a R\$ 2,00 o kg. O milho tá R\$ 20,00 o saco de 60 kg. O pequeno produtor tá incentivado. O grande tem pasto em grande parte da área. Se fosse um pequeno plantaria mandioca” (Ivaltino, jun., 2011).

Os procedimentos de plantio, os cuidados com a planta, a colheita, o processamento e o cozimento da mandioca são saberes pouco questionados, herdados dos antepassados. Eu os percebi nos saberes inquestionáveis na surpresa do Sr. José quando manifestei o interesse em saber mais sobre o cultivo da planta. Todos sabem como lidar com este produto e suas performances são desempenhadas como algo que é comum.

⁵³ Entre meus interlocutores, quando se fala em carne, referem-se sempre à carne de gado. Às vezes, para reforçar este entendimento, dizem que o churrasco é de “carne, carne!”.

4.2. As Performances e o Corpo.

Com as performances observadas e descritas nesta seção, notei que a denominação usuários só fazia sentido no contexto das ações e dos serviços de saúde. O que presenciei no campo de análise foram algumas apresentações de si mesmo intimamente ligadas às performances desempenhadas sobre os aspectos da vida cotidiana. Assim, as experiências de vida observadas estavam relacionadas aos papéis desempenhados por quem contava a história, entre eles os apostadores, os admiradores e os simpatizantes da corrida de cavalos na cancha reta, pessoas que preferem dançar à tarde e agricultores que cultivam e consomem um produto relacionado com a cultura local. Estes papéis desempenhados, em última instância, são produzidos, socialmente, nas experiências compartilhadas e incorporados de forma particular pelas escolhas que cada pessoa faz.

No caso da corrida de cavalos em cancha reta, o momento da aposta representa uma apoteose das performances de pessoas apaixonadas pelas carreiras de cavalos. As performances pautadas em gestos, expressões e modos de viver e tais experiências demonstram as diferenças na forma de pensar, sentir e entender aquele momento. Descrevi as atividades da corrida de cavalos em cancha reta como realidade que transcende à experiência humana e, assim, o corpo aparece como condição existencial para as performances próprias da cultura. O corpo revela e ao mesmo tempo qualifica o modo como cada pessoa pensa, sente, age, e resiste no mundo, pois, ele apresenta como a pessoa ensaia e vive as performances de si mesma. Busquei compreender como a roda de chimarrão apresenta diversas perspectivas sobre corpo. Os instrumentos, as regras sociais, as técnicas, os papéis atribuídos aos participantes da roda, os horários, os sistemas adotados por cada família produzem um contexto de relação do sujeito com o grupo.

Não se explicam os sistemas adotados para tomar chimarrão pelo Sr. José sem considerar as histórias, os lugares vividos e as experiências incorporadas por ele associados às experiências compartilhadas com quem participa da roda de chimarrão. Elas me fizeram perceber aspectos do corpo social como um lugar comum de fabricação (Castro, 1987) e como uma estratégia para reinventar o modo como cada pessoa escolhe participar das atividades culturais, ou é educado lentamente para essa escolha (Mauss, 1974).

Para compreender o sentido das experiências observadas e relatadas em campo exercitei constantemente uma maneira de observar e escutar com os ouvidos e os olhos do outro. Procurava me colocar no lugar do compositor de cavalos, do apostador da pedra vencedora, do perdedor, do leiloeiro, da família do abridor de tampas, do mateador e do agricultor. Enfim, a subjetividade torna-se corpo na experiência, que é performada em um contexto coletivo, na medida em que este atribui certos papéis relacionados com o contexto vivido e espera o desempenho de performances. Reaprender a ver o mundo de acordo com a filosofia para Merleau-Ponty e falar de existência (Cf. Csordas, 2008) seria, no contexto dos relatos descritos, perceber o papel que cada pessoa desempenha nas atividades coletivas e na complexidade encontrada em cada uma das experiências compartilhadas.

4.3. Os Usuários e as Atividades em Grupo.

Nesta seção, descrevo quatro experiências realizadas em grupo promovidas por políticas sociais com a participação dos usuários. A primeira foi na reunião do Conselho Local de Saúde e a segunda com hipertensos e diabéticos, promovidos pela equipe de saúde do Centro de Saúde da Família- Linha Cachoeira. Depois, deliniei uma ação da Pastoral da Criança da igreja católica, em parceria com o CSF- Linha Cachoeira. Por fim, a reunião do grupo de idosos da Linha Cachoeira, organizado pela Fundação de Ação Social do município de Chapecó- SC.

4.3.1. Quem Tem a Dor é que Tem que Gemer.

No dia 26 de outubro de 2010 aconteceu a reunião do Conselho Local de Saúde, na sala de espera do CSF- Linha Cachoeira. Neste dia, usuários e equipe de saúde conversavam sobre as prioridades da saúde na comunidade. Ivânia, a enfermeira coordenadora do CSF- Linha Cachoeira, explicava que o Conselho Local de Saúde-CLS da Linha Cachoeira estava ligado ao CMS e tinha como atividades acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações e os serviços de saúde em Chapecó. No início da reunião a coordenadora explicava que:

[...] A participação de todos é muito importante e as ideias de todos serão consideradas na hora de planejar as ações e os serviços de saúde da secretaria municipal. Aqui (no CLS) os usuários são considerados parte importante do

sistema de saúde e as reuniões acontecem com o objetivo de ouvir as necessidades da população. No CLS a participação da comunidade é uma estratégia para identificar necessidades de melhorias (Ivânia, out., 2010).

Cheguei lá por volta de 9h e a reunião do CLS da Linha Cachoeira – que acontece a cada dois meses, na última terça-feira do mês – já havia começado. Às vezes, coincide com as reuniões do grupo de idosos. Nos dias em que acontece a sobreposição, os idosos se revezam e alguns participam do início da reunião recebendo a tarefa de repassar os assuntos tratados para os demais. Tais encontros buscam esclarecer a população sobre campanhas, procedimentos administrativos, constituição e atribuição de funções da equipe de saúde além de ouvir as demandas da população. Entretanto, segundo Sirlei, (agente comunitária de saúde da área mais próxima do CSF- Linha Cachoeira) na maioria das vezes, uma parte das reuniões acaba sendo discussões em torno dos problemas de saúde, das dificuldades de tratamento e das formas de abreviar o tempo para o acesso às consultas e exames, geralmente com as especialidades requeridas.

Naquele dia, o assunto era a diminuição de um dia do atendimento médico e o Sr. Honorino reivindicava o restabelecimento do número de consultas. Explicava que ouviu várias reclamações, porém, muitos dos que reclamavam não participavam das reuniões ou não falavam para as pessoas responsáveis. “Em casa falam, reclamam, batem o pé. Chega aqui, ninguém fala nada. Diminuíram um dia do médico. Se não for na reunião do CLS, para quem nós vamos reclamar?” questionava. A coordenadora do CSF explicava que o médico atendia no máximo 12 pacientes. Na Cachoeira, não tem problema de falta de atendimento, as pessoas que têm urgência são encaixadas entre as consultas do dia. Terça e quinta-feira na emergência o médico atende, até mais do que é previsto. Ivânia explicava também que cada usuário tem um número de atendimento que poderia utilizar durante um ano. A equipe de saúde da Cachoeira estava, assim, preparada para atender a demanda de usuários, porém, algumas consultas, eram agendadas para outro dia e, assim, ninguém ficava sem consulta, apenas havia limites nos atendimentos.

“Particpei ativamente da solicitação para a construção da unidade de saúde, e sei como funcionam as coisas”, concluía Sr. Honorino. “Tudo é uma questão política”, dizia. Resgatou toda a trajetória das comissões que foram constituídas para reivindicar o posto de saúde que, naquela época, era uma prioridade.

Diminuíram um dia de atendimento e para nós tudo bem? Estamos nos portando que nem num confessionário: A gente vai na igreja e dá as costas. Nem bola para o Padre. Para quem devemos dirigir nossa insatisfação? O primeiro a ser atirado (culpado) são vocês (aponta para a equipe de saúde). Tiraram um dia de atendimento médico de nós. A culpa não é de vocês. O culpado é quem joga nós contra os pequenos. Do médico não tenho nada que me queixar, mas *a doença não marca horário. Agora vou agendar para ficar doente?* Os dirigentes da Secretaria da Saúde (refere-se ao fluxo médico-medicamento-exame) mandam para o posto. No posto, nem o sorinho pode ser dado. E o Secretário de Saúde diz na televisão que a saúde vai melhorar (Sr. Honorino, out., 2010).⁵⁴

E, continuando o debate, a coordenadora tentava explicar o fluxo que deveria ser seguido. A realidade de como acontece o atendimento e a Atenção Básica, a ESF e a referência e contra referência. Argumentava que

aqui estão estabelecidos os cuidados primários de saúde. Definimos as áreas, temos uma equipe responsável e buscamos organizar as demandas que vêm em busca de atendimentos. É para estes procedimentos que estamos preparados para atender a população dessa comunidade (Ivânia, out., 2010).

Entretanto, Sr. Honorino continuava com seus argumentos: “no interior tem que ser tratado um pouco diferente, temos que estudar para ganhar tempo. Somos onde a estoura a soga (corda). Tem que investir um pouco mais. Do jeito que tá, não dá. Não tem ficha, não tem médico.”, contestava ele.

Refletindo sobre sua frase “[...] no interior, temos tem que estudar para ganhar tempo” surge uma noção do tempo, como um elemento relevante para se pensar o cotidiano que envolve as atividades em geral das pessoas da comunidade. Esta fala ficou martelando em minha cabeça, pois, já havia escutado do Sr. Bordignon algo parecido. Dizia que é preciso “craniar para ganhar tempo” em sua lida com negócios com o gado e com os cuidados com a saúde. É como se o tempo fosse escasso devido às distâncias percorridas para solucionar seus problemas seus negócios, seus serviços e também sua saúde. “A lida no campo é pesada e requer presença constante na propriedade”, dizia Sr. Eudes. Foram muitos os relatos que descreviam as dificuldades em sair de casa para participar da vida da comunidade e, conseqüentemente, das reuniões do CLS. Além disso, as condições para o deslocamento melhoraram bastante, pois, “[...] hoje em dia está tudo mais fácil para as pessoas se locomoverem. Várias famílias da Cachoeira têm um carro ou uma moto e, além disso, temos o ônibus duas vezes por dia”, complementava.

⁵⁴ Grifo meu.

Apesar de a maior reivindicação ser sobre a diminuição do atendimento médico, também havia reclamações sobre o número de atendimentos do dentista. “O dentista também diminuiu”, referia-se o Sr. Ademar. A ACS explicava que no caso do dentista o problema era que havia muita falta: agendamos os paciente e as famílias não vêm no dia agendado. Os pacientes deveriam ser mais responsáveis. “Que viessem nas consultas agendadas”, confrontava.

Sr. Ademar, 67 anos complementava dizendo que “[...] se eu estou precisando. Tá me doendo, não pode ser tirado de quem não vem?”.

Muitas dificuldades enfrentadas pelos usuários poderiam ser evitadas, caso as pessoas agendadas não faltassem, insistia Ivânia. A necessidade de tratamento obriga, muitas vezes, a mudança de dia e de horário. Os motivos para as mudanças são os mais diversos, desde a chegada inesperada de parentes, até a lida do campo, concluía ela. Enquanto que o Sr. Honorino afirmava que para quem faltar ao agendamento deveria ser “[...] deixado meses sem atendimento. Eu resolvo meus problemas de saúde. Estou falando para que possamos resolver o de todos”, argumentava com sentimento de preocupação com a comunidade.

“O que eu sei é que precisamos aumentar o número e melhorar o atendimento. A morte e a doença não avisam quando vão chegar”, refletia o Sr. Ademar. Ele continuava seu raciocínio dizendo que “[...] o interior tem que ser tratado diferente. Nós sofremos. Caminhadas e caminhadas para vir até o posto, para chegar aqui e não ser atendido. O Sr. Darci, 60 anos, vizinho do Sr. Ademar, falava como exemplo o tratamento com o dentista, e afirmava que “[...] quando for tratar os dentes tem que fazer tudo.” A solicitação de aproveitamento do tempo para a saúde expressada por ele é recorrente nas falas de inúmeros dos usuários.

Outro assunto que veio a tona na pauta da reunião dizia respeito ao exame de sangue.

Quando vêm no CSF fazem o rancho, aparecem na escola para falar com a professora ou aproveitam para visitar alguém, e ainda ir até a cidade. A lida na propriedade exige disciplina, gasta tempo e é sofrida, e o tempo precisa ser bem aproveitado. [...] Vai ver que o colono não tem o que fazer em casa (Sr. Honorino, out., 2010), ironizava.

Ouvi tanto de Elísia quanto de Sirlei que havia uma dificuldade de avisar as pessoas sobre as mudanças que ocorriam em seus agendamentos: desde o cancelamento de consultas, mudança de horários, dos dias das reuniões até a chegada de exames.

[...] muitos não têm telefone e fica difícil de comunicar as mudanças que ocorrem. Peço ajuda para aqueles que consigo avisar, mas é difícil. Sempre tem alguns usuários que não ficam sabendo do cancelamento das consulta agendadas e chegam aqui: O que houve? Cadê o médico? E reclamam com razão a perda da viagem (Elísia, out., 2010).

A coleta de sangue demora em média 15 dias. O usuário vem para a consulta agendada pela ACS, e o exame não está pronto. O usuário reclama da falta dos resultados. Não podemos fazer nada!”, dizia a coordenadora. “O laboratório não conseguiu enviar em tempo para a consulta. Nestes dias estamos, o setor responsável está com problemas em alguns equipamentos. Vão resolver em 15 dias”, respondia. E, neste momento, o Sr. Honorino insistia:

com os exames também temos problema. Por que foi pedido? Se melhorou não precisa nem responder, deixe lá. Se não melhorou sim, pede outros exames. Investiga. Por exemplo, o exame de próstata. Se der bom, não precisa vir aqui gastar uma consulta médica. (mas é uma norma adverte a coordenadora) Se o médico ficar uma semana conosco lá na nossa lida diária, talvez ele aprendesse alguma coisa. Veria as nossas dificuldades. Talvez o médico entendesse o que estamos sentindo quando não somos atendidos em nossas necessidades. Tem coisa que não entendo! Se os exames deram resultado satisfatório, não precisa de consulta. Façam sopa dos exames (risos) (Sr. Honorino, out., 2010).

D. Gema, 56 anos, usuária atenta ao tema da reunião afirmava que:

estes dias, entrei na fila da cidade para pegar medicamentos (medicamentos controlados). Os idosos da cidade foram atendidos por primeiro. Fiquei das 9h até a 13hs. O ônibus para a Cachoeira saiu ao meio dia e eu fiquei lá. A preferência no atendimento deveria ser de acordo com quem depende de ônibus. Quem mora no interior deveria ser atendido de forma diferente (D. Gema, out., 2010).

Sr. Ademar relatava que a saúde “ta boa para quem tem saúde”, e continuava:

precisamos de gente que tenha repertório, para ajudar a melhorar o atendimento. É preciso que todos que tenham problema venham para a reunião. Nós temos que saber mais. E o Secretário de Saúde tem que sentir a dor. Precisamos de representantes aqui no conselho que apresente com clareza nossas reivindicações, pois *quem tem a dor é que tem que gemer*. (risos) (Sr. Darcy, out., 2010). Transparecendo um ar de satisfação com sua declaração.⁵⁵

Ao final da reunião, a coordenadora me apresentava aos participantes e pedia para que eu falasse sobre o estudo que realizaria. Falei dos objetivos que buscava

⁵⁵ Grifo meu.

alcançar e da metodologia que seria utilizada. Coloquei-me como parceiro e disse que conversaria com algumas pessoas da comunidade durante o ano todo. Fui bem recebido e disseram que estavam disponíveis para o que precisasse e, assim, finalizou-se a reunião do Conselho local de saúde dos usuários das ações e dos serviços do CSF-Linha Cachoeira.

Nas reuniões das quais participei, era visível o compartilhamento das responsabilidades e de desafios que a comunidade enfrentava para expandir e qualificar a gestão da Atenção Básica. Compreendi o CLS como espaço democrático no qual a participação social é exercida e exercitada. O que era dito ali era o sentido atribuído pelos usuários daquilo que cada um é, assim como ao que acontece na vida daquela comunidade. Experiências que cada um viveu ou relatou de casos acontecidos com pessoas próximas a elas. Era uma reunião na qual as palavras expressavam o que as pessoas sentiam e de como demonstravam o que percebiam.

Imerso naquele contexto, pude entender o CLS como parte da gestão do SUS, e, além disso, apreendia o que estava sendo expresso como, por exemplo, as dificuldades enfrentadas pelos usuários quando o próprio corpo sinalizava que alguma coisa não ia bem. As ações e os serviços de saúde são procurados quando o usuário identifica sinais e sintomas corporais. É, neste momento, que ele busca cuidados. Nesta reunião as principais questões eram: mais atendimento, com um gasto de tempo adequado. Além disso, as reivindicações no CLS deveriam ser feitas pelas pessoas com repertório (de qualidade) e, principalmente, por quem vivencia os problemas da comunidade, pois segundo Sr. Ademar “quem tem a dor é que tem que gemer”. Para ouvir a forma como cada um lida com sua dor, parece ser preciso um alargamento da escuta. Ouvir e voltar a ouvir, pois a busca pelo tratamento já é boa parte de sua eficácia e a fonte de conhecimento mais importante para a identificação das prioridades das ações e os serviços de saúde está na experiência pessoal de cada usuário.

A capacidade de narrar as experiências vividas pelos participantes da reunião do CLS marcou o contexto da reunião. Os discursos buscavam expressar as experiências e o que representava a perda de um dia de atendimento médico. Discussão essa que analisei diversa (e nem sempre excludentes) de conceitos, diferentes modos de entender o acontecido e o vivido. A oralidade é um modo de expressão privilegiado e, de outra maneira, uma forma de reviver a ação realizada (finita) pelo usuário e quando compartilhada com o outro, torna-se referência e exemplo do que se deve ou não fazer. Com as narrativas, deparei-me com um estilo de oralidade política, na qual o corpo

ocupava lugar central. A expressão era abafada, o tom de voz era mais cuidadoso e contido, diferente das conversas que tive em outros ambientes. Imagino que os motivos destas mudanças podem ser dados pelo fato de o local da reunião ser realizada na sala de espera do CSF, ou mesmo pela disposição de cadeiras fixas, e quem sabe mais importante, pelo fato de que suas falas são registradas em ata. Percebi a escrita como algo que interferiu neste processo, e pode ter deixado marcas no exposto.

A expressão do descontentamento e a narrativa da própria história pessoal e coletiva marcaram, mudaram e inscreveram na reunião um novo sentido para a perda de um dia de atendimento médico (assunto principal da reunião). Entre as pessoas que participaram daquele encontro, havia uma preocupação no sentido de construir um conjunto de argumentos explícito para resolver os problemas. O aspecto da oralidade que chamou minha atenção foi a relação entre um estilo político para reivindicar aquilo que era reconhecido como direito e outro, mais afetivo, ao narrar experiências de vida. Tudo isto com um misto de humor ou descontração em momentos que as questões tornavam-se repetitivas. A expressão de concepções e percepções dos fatos vividos pelos usuários do CSF- Linha Cachoeira estava na voz e era expressa por um corpo que pensa, sente, e, acima de tudo, resiste. Gestos, expressões faciais, toques no cabelo, alterações do tom de voz, assim como apontar o dedo, o cruzar e o descruzar de pernas e de braços delatavam formas de concordar ou discordar dos argumentos proferidos.

4.3.2. Corpo, Banha e Quebra-Pedra.

No dia 15 de maio de 2011 aconteceu uma reunião do grupo de hipertensos e diabéticos com o nutricionista, agente do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF. A função destes agentes é de apoio matricial à equipe de referência, neste caso, a do CSF Linha Cachoeira. Segundo Ivânia:

[...] o primeiro contato do usuário com a rede assistencial do SUS se dá, preferencialmente, pela ESF. Para apoiar e ampliar as ações e serviços primários em saúde foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Agora, aqui na Cachoeira e no Goio-Ên, temos psicólogo, nutricionista, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta e professor de educação física que estão iniciando atividades em conjunto com a equipe (Ivânia, mai., 2011).

Neste dia quem conduziu a reunião com os usuários hipertensos e diabéticos (hiperdia) foi o nutricionista. O seu papel era de fazer parte da equipe de saúde de forma orgânica, com trabalho especializado e, no caso dele, com saberes da nutrição.

Participavam da reunião o nutricionista Fernando de 28 anos, agente do Núcleo de Apoio da Saúde da Família- NASF, organizado há um ano no município; o Sr. Jandir de 55 anos; D. Catarina de 66 anos; D. Valéria de 45 anos e mais duas usuárias. Segundo Sirlei, “o grupo faz parte da reorganização da Atenção ao hipertenso e diabético. As ações dos profissionais em grupo de usuários buscam acompanhar o tratamento e garantir a distribuição de medicamentos”. Com uma agenda mensal, os encontros preveem uma palestra com temas diferenciados, revisão da prescrição e entrega de medicamentos. Desta reunião, participaram quatro mulheres e um homem, todos com diagnóstico de diabetes.

Fernando falava sobre alimentação de diabéticos e buscava estabelecer alguns acordos após apresentar alguns conceitos. Declarava que a alteração da taxa de glicose ocorria por erros na forma de alimentação. Acordou que, no caso da ingestão de pães e arroz, todos deveriam dar preferência aos integrais. As frutas eram todas liberadas, desde que uma em pelo menos três refeições das cinco recomendadas. No entanto, deveria haver um cuidado com os sucos, principalmente, no número de frutas do qual poderia ser composto: um copo de suco de laranja, por exemplo, leva duas ou três frutas e, por isso, deveria ser dissolvido em água.

E as instruções continuavam: nada de banha e açúcar, fumo e álcool, nem pensar. O restante estava liberado, desde que em pouca quantidade. Sr. Jandir declarava que, muitas vezes, trocava o chimarrão pelo café da manhã. D. Catarina ressaltava que “[...] se cuida na alimentação e não comete exageros. De vez em quando, cometo uns deslizes, afinal de contas, ninguém é de ferro” (D. Catarina, mai., 2011).

Outra dúvida de interesse do grupo dizia respeito ao uso do adoçante. O nutricionista explicava os procedimentos quanto às diferenças entre *diet* e *light*. D. Valéria afirmava que estava preocupada com as bolachas que comia. Fernando explicava que se tudo for torrado é metabolizado mais rápido (não deve ser a escolha preferida) e a taxa metabólica aumenta rapidamente. Quanto aos vegetais, era preferível que fossem consumidos crus, explicava. Tudo acontecia de maneira rápida: entre as perguntas e as repostas havia pouco tempo para a reflexão. Todas as questões eram respondidas. A ousadia de perguntar (no sentido de coragem para saber mais) era

seguida pela resposta do profissional. A reunião era finalizada com algumas dúvidas particulares e algumas sanadas por Fernando, outras pelos próprios colegas da reunião.

Notei que a reunião do hiperdia possuía um caráter prescritivo, normativo, cujo principal objetivo era regular o comportamento. O conteúdo da reunião não era registrado em Ata e as informações eram direcionadas pelo nutricionista acerca do modo de viver a vida com diabetes. A reunião versava sobre o regulamento do comportamento humano para viver mais e melhor com esta doença. Talvez por se tratar de pessoas no ambiente rural, as instruções estavam repletas de normas sobre como processar alimentos (na medida em que o nutricionista associava sempre ao conhecimento sobre a forma de produzir alimentos), além de cuidados relacionados com os medicamentos. Diante da limitação imposta pela doença crônica, o comportamento e o corpo precisavam ser vigiados e protegidos para não cair em tentação. O corpo antes sede de poder, necessitava agora de uma metodologia rígida e disciplinadora, sendo prescrito, principalmente, o que se poderia ou não ser um alimento adequado.

D. Catarina saiu da reunião e foi direto para a estrada em frente ao CSF. Acompanhei seu trajeto e fiquei interessado na forma como ela expressou suas dúvidas na meia hora de reunião. Ela contava que saiu de casa cedo, às 6h30 da manhã e chegara às 7h30 no posto. A reunião estava marcada para 8h e terminou às 8h30. Ela esperava uma carona para descer para a Linha Almeida, iria até o Sr. Honorino, seu compadre. Chegando lá, o filho dele a levaria para casa. Ofereci carona. Ao saber que era professor da Unochapecó, contou orgulhosa que sua neta se formou em Ciências da Computação. “A turma dela era grande, mas se formaram somente 12” (D. Catarina, mai., 2011), dizia orgulhosa da neta.

Ela comentava também que tinha uma casa no Palmital (bairro do município de Chapecó). Os filhos estavam construindo outra em volta, e uma parte era dela. O sítio que morava com o Sr. Antônio era próprio. “Depois que meu marido adoeceu ficamos sós. Minha atividade é cuidar dele” relatava. Seu marido havia sido diagnosticado há pouco tempo: “Meu marido tem câncer” concluía.

Conversamos sobre a reunião e retomamos o assunto que chamou minha atenção. D. Catarina falava que usava banha para preparar alimentos, em um tom de confissão. “Às vezes, quando faz uma lista de compras, coloca banha. As filhas ficam brabas. Digo que é para de vez em quando. Quando tem que fritar um peixe”. E continuava:

eu sei que a diabetes é uma doença séria e sei que tenho problemas com o doce. A gordura é outra coisa. Mas tem coisas que não consigo deixar. Na verdade uso banha. Um pouco no pão e no feijão. Não tem como fazer uma comida boa sem banha. O feijão fica muito mais gostoso (D. Catarina, mai., 2011).

A banha só foi conhecida na fase de colonização, quando chegaram alguns italianos na comunidade. No início de minhas atividades em campo, em uma entrevista com Sr. Isidoro, 96 anos, ele havia me contado sobre como os italianos ensinaram a produzir a banha. Dizia que

[...] A turma começou a fazer banha somente com a chegada dos italianos, o que Chapecó conhecia e usava na alimentação era toucinho. [...] Manta de gordura cortada com a pele. Salgado e tratada com fumaça. Era colocada com cuidado na palha do milho. Logo após, era assentada em um jirau e erguida por uma corda. Quando o dia estava muito quente, a gordura do toucinho gotejava pelo chão (Sr. Isidoro, nov., 2010), comenta com um tom de voz que parecia reviver o passado.

Pesquisas indicam que a gordura da banha de porco está relacionada com o risco de morte coronariana (Cardiologia; Hipertensão, 2010), mas para D. Catarina não era bem assim. Ela sabe que precisa de cuidados, mas “[...] cuidar da alimentação é importante, porém nada de exageros. Sou feita de carne e osso. A carne é fraca. Sem alguns prazeres a vida fica sem graça” (D. Catarina, mai., 2011). Sua frase quase sempre era seguida de um riso que parecia complemento.

Ao chegar ao destino, disse ao Sr. Honorino que havia lhe trazido um cliente e ele sorria. Estava com um maço de plantas nas mãos que, ao ser indagado sobre o que iria fazer com tanto quebra-pedra, respondeu-me: “vou deixar secando na sombra, depois moer e usar um pouquinho no chimarrão ou em forma de chá. Para o estômago e problemas urinários, não tem coisa melhor” (Sr. Honorino, mai., 2011). “Para combater as doloridas pedras nos rins então, nem se fala” (D. Catarina, mai., 2011).

4.3.3. Corpo Pesado.

No dia 18 de novembro de 2010 acompanhei Elísia na pesagem de crianças que ocorria no salão comunitário da Igreja católica localizado na Linha Almeida. Chegamos cedo para a pesagem das crianças que participavam da associação de atividades entre o CSF- Linha Cachoeira e a Pastoral da Criança e o horário havia sido marcado para 13h30min. Em parceria, a Pastoral da Criança da igreja católica e o CSF- Linha Cachoeira realizavam a pesagem mensal de crianças até seis anos de idade da comunidade. Elísia, a ACS, relatava que a Pastoral da criança era uma organização de Ação Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, ligada à igreja católica, porém, atuava de forma ecumênica. Esta organização desenvolve atividades de combate à mortalidade infantil e melhoria da qualidade de vida de famílias e comunidades, por meio de metodologias que combinam espiritualidade com ação social.

As voluntárias da Pastoral da criança realizam visitas domiciliares, orientações sobre aleitamento materno, campanhas de vacinação e esclarecimento de direitos sociais. A pesagem realizada naquela tarde tinha a finalidade de acompanhar o desenvolvimento das crianças cadastradas na Pastoral e no CSF- Linha Cachoeira. Elísia dizia que as informações coletadas da pesagem seriam anotadas no cartão da criança que ficaria no posto.

Naquele dia, estavam presentes 16 crianças e faltaram cinco do total das crianças cadastradas. Fui convidado por Elísia para auxiliar na pesagem. Recebi uma corda de nylon cuja ponta deveria jogar por cima de uma barra de ferro que exercia a função de viga na estrutura do pavilhão comunitário da comunidade católica da Linha Vailon. Com três nós cegos, amarrei a corda a uma balança suspensa. Logo em seguida recebi um “macacão” amarelo de tecido resistente, que era a forma de pendurar a criança para a realização da pesagem.

Com a primeira criança, tive certa dificuldade na tarefa de vestir o macacão e também na suspensão. Com a pesagem da segunda, mudei de procedimento e retirei o macacão da balança e vesti a criança no chão. Considerei o segundo procedimento mais eficaz, tornando-se adotado com as demais. A maioria não ofereceu resistência à pesagem, exceto uma, que se negava veementemente a colaborar, batendo braços e pernas e chorando intensamente. Diante disto, foi forçada a vestir e permanecer suspensa na balança, o que gerou uma situação desconfortável. Eram convencidas com a

ideia de balanço, como uma forma de brincar, porém o olhar demonstrava o sentimento de acanhamento.

Ana estava feliz ao se pesar, era sua última vez, pois, iria completar dez anos nos próximos dias. Sua mãe estava um pouco tensa e preocupada, mas logo depois entendi o porquê. Elísia contou-me que a mãe de Ana estava daquela maneira porque “[...] a partir dos dez anos a criança sai do programa da pastoral, perdendo a cesta de alimentos proporcionada até agora pela Pastoral”.

Naquele dia, as voluntárias da pastoral da criança chegaram mais tarde e não organizaram a pesagem como de costume. Algumas mães já haviam saído e retornaram para receber os alimentos. Maria de 45 anos, era voluntária da Pastoral e coordenava a atividade na comunidade, explicou que, primeiramente, deveria ser falado sobre um tema relacionado à saúde e depois da palestra, haveria uma reza e, somente em seguida, a pesagem. Após a realização das atividades, aconteceu a distribuição de cestas de alimentos: este era o rito que deveríamos ter seguido. Com o atraso das voluntárias, não foi possível. Maria chamava a atenção para a importância na sequência dos procedimentos. O final da pesagem me pareceu um dos principais motivos da assiduidade e participação das pessoas.

Presenciei no salão comunitário da Linha Almeida a pesagem de crianças, realizada como ação de saúde que busca promover o desenvolvimento integral das crianças e da qualidade de vida de seus familiares. Poderia relatar em uma primeira aproximação, que a experiência de pesar crianças como uma proposta metodológica visa superar determinantes biológicos, ligado à desnutrição infantil, assim como, determinações sociais que envolvem a sua família.

De fato, a balança, que mais parecia um balanço, tem o sentido maior do que determinar o peso do corpo. As famílias beneficiadas pelo programa são submetidas a variadas esferas de poder, com prescrições de procedimentos que deverão ser adotados e, em minha vivência com as crianças, percebi o corpo como portador de significados e sujeito a intervenção social interagindo com as ações assistências e os serviços de saúde.

4.3.4. Corpo e a Idade Madura.

Dia 02 de fevereiro de 2011 foi a data do primeiro encontro do ano do grupo de idosos da Linha Cachoeira. Fui convidado pelo Sr. José para participar do almoço que era promovido, mensalmente, na terceira quinta-feira de cada mês. Na entrada fui recebido com um anúncio de um senhor de 60 anos “[...] aqui a reunião é de gente com idade madura, não de velhos. Velho é algo estragado, é aquilo que jogamos fora” (Sr. Darci, fev., 2011). Naquele dia também acontecia uma reunião para decidir as prioridades para o grupo de idosos da Linha Cachoeira. Na maioria dos encontros, havia um almoço patrocinado pela Fundação de Assistência Social- FASC. O grupo decidiu qual o cardápio e comprovava os gastos, geralmente, churrasco, mandioca, salada e arroz. “Quando não tem churrasco, o quórum é mais baixo”, dizia D. Ivani, esposa do Sr. Albino e responsável pelos pratos que acompanham o churrasco.

As mulheres ficavam na cozinha, lidando com a salada, o arroz e a mandioca e arrumando a mesa. Entre as tarefas, a cuia de chimarrão circulava em uma sequência confusa pela entrada e saída de pessoas da cozinha. Já os homens, em volta da churrasqueira, preparavam o fogo, espetavam e assavam a carne. A bebida era paga individualmente, revezando-se livremente, cada um se dirigia ao bar do Sr. Eudes para pegar uma. Quando estava pronta a carne era hora de comer com seus talheres trazidos de casa. Este foi o primeiro momento que se reuniu mulheres e homens.

Sentei-me perto do Sr. Darci, que logo começou a contar uma história sobre um vendedor de colchão magnético que percorria a comunidade, vendendo saúde. “Eu estou vendendo vida e saúde” ao lembrar-se de tais palavras respondia de pronto: “vida o Sr. não dá, você está tentando vender a vida da gente”. E continuou:

vida quem dá é Deus e, na verdade, o que o Senhor está fazendo é tirar a vida. Pense bem, descontar em folha, direto da minha aposentadoria... O colchão custa R\$ 7.000,00. Daí ele tenta me convencer dizendo que o colchão é medicinal. É muito bom para a saúde. Ele diz que mistura vinagre com água e outras coisas lá. Ferveu tudo e mostrou o que o colchão pode fazer. Bom, o Senhor pode vender para outro. Eu tenho 75 anos e comprei um colchão faz 10 anos e continua retinho. Durmo bem. Se o Senhor está dizendo que saúde é dormir bem, estou com bastante saúde (Sr. Darci, fev., 2011).

Por meio desta narrativa, ele mostrava sua indignação diante de pessoas que tentavam ganhar dinheiro à custa dos outros. “Eles pensam que com fatiota e boa conversa convencem quem mora no campo”, dizia.

Sr. Lício trabalhava com vaca de corte e de raça mestiça, porque foi que mais se adaptou. Ele contava entristecido que perdeu cinco vacas que não se adaptaram ao lugar, principalmente, ao pasto e ao trato. Começaram a ficar paradas, até definharem e morrerem. “De tanto querer bem as vaquinhas e fazer contas quase adoeci”, dizia ele.

Conversei com o Sr. Ivo (o mesmo abridor de tampas e “capitão” do churrasco na cancha reta) durante as atividades do grupo. Estava pouco falante naquele dia e segundo os colegas de grupo, sentia uma dor muito forte no braço, nem conseguindo ajudar na carneação de um porco na sua casa. Tinha que segurar com a outra mão. Outro que conheci naquele mesmo dia foi Celso, irmão de João S. Ele sofreu um susto na infância quando um irmão (muito brincalhão) subiu em uma pilha de lenha vestido com a roupa de primeira comunhão. Com isso, o menino demorou a aprender a caminhar, os músculos ficaram moles e a cabeça ficou fraca.

Mari é a assistente social da FASC. Ela é querida por todos os participantes do grupo a ponto de fazerem questão de avisar que o café foi feito, especialmente, para ela. A sobremesa era um pudim de leite feito por D. Rufina. Após o almoço, em torno da mesa, seguimos os ritos da reunião do grupo de idosos.

A assistente social começou com a avaliação da matinê, e todos falavam muito bem da promoção que teve o lucro de R\$ 2.400,00. A segurança hoje na Cachoeira é um fator que diferencia de outras comunidades e atrai as pessoas para cá. Na outra comunidade, todos reclamaram do número de pessoas responsáveis pela segurança. Para cada matinê, o ideal seria contratar nove pessoas para esta finalidade ou no mínimo seis. Cada segurança cobra R\$ 80,00. Na nossa festa, a segurança é feita pela própria comunidade. O diferencial na Linha Cachoeira era explicado por José:

na nossa festa tinha um rapaz que sempre incomoda nas festas da região. Ele mesmo já veio falar comigo: Tava numa boa, ia se divertir e não pretendia incomodar. A cara da comunidade está lá, tá na forma como recebemos os visitantes. Às vezes, pode dar uma coisa e outra, e na hora da aglomeração devemos resolver pelo próprio grupo (Sr. José, fev., 2011).

Com este fato, ele argumentava sobre o sucesso da festa. Todos estavam receosos sobre o sucesso da matinê, pois foi adiado por duas vezes. Na primeira vez, o motivo foi a morte do Sr. Otaviano (pai do Sr. Eudes) e na última, o agravamento da doença do Sr. Vidor (vizinho que faz parte do grupo). Sr. José comentava que o dia em que foi marcada a última matinê, ele estava muito mal. Foram vários momentos de

indecisão. “Já pensou se contratamos tudo e ele morre. O local para a festa e o velório é o mesmo” (Sr. José, fev., 2011).

Outro assunto tratado na reunião era o carnaval dos idosos – cujo tema era carnaval da melhor idade 2011 – que iria acontecer no dia 24 de fevereiro de 2011, no Centro de Eventos do município de Chapecó, das 13 às 18h. A entrada seria franca e a realização era da FASC, por intermédio da diretoria geral dos idosos. Entre alegria e descontração Sr. José argumenta:

[...] eu não sou muito de carnaval. É muita folia. Se for para ficar lá sentado numa mesa, tudo bem. Eu não gosto muito. Para ficar naquele pula-pula eu não quero. Se for, é para ficar olhando a maioria. Você não precisa se mistura na dança? A assistente social responde que não precisa dançar. Toma uma cerveja! Desde que esteja lá, já está colaborando, se distraindo. Conversa com outras pessoas (Sr. José, fev., 2011).

Tudo era anotado em Ata, dos assuntos debatidos às decisões tomadas. Depois deste momento formal da reunião, a assistente social teria um compromisso e despediu-se de todos.

4.3.5. O Corpo e os Grupos

As experiências relatadas nesta seção estão relacionadas com os grupos de usuários sob uma condição específica: diabético, criança e idoso. Os grupos organizados como sistemas sociais revelam as maneiras pelas quais os usuários se encontram categorizados por uma condição referida e selecionada pelas políticas sociais. No caso das narrativas anteriores, as políticas de saúde com a reunião do Conselho Local de Saúde e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, sociedade civil, no caso da Pastoral da Criança, e políticas de assistência social, no caso do grupo de idosos, promovido pela Fundação de Assistência Social- FASC.

As experiências com as reuniões do conselho local de saúde demonstraram a possibilidade de os usuários participarem ativamente das decisões e poderem relacionar suas necessidades de saúde com o processo de trabalho da equipe do CSF- Linha Cachoeira. As narrativas da reunião do CLS evidenciaram as trajetórias e a preocupação constante em “estudar para ganhar tempo” para a espera e os locais onde acontecem as ações e os serviços de saúde. A distância que os moradores enfrentam para ter acesso às

ações e aos serviços de saúde aparece como elemento relevante para se pensar um melhor atendimento e uma maior participação da população junto ao CSF.

Considerando tal fato, os usuários solicitam tratamento diferenciado nos exames, agendamento de consultas e privilégios no atendimento de serviços referenciados por conta de sua “condição de morador do interior.” No caso do grupo de diabéticos, a relação entre os saberes sobre alimentação mediados por um especialista, as tentativas de acordos e o comportamento das pessoas são elementos sujeito a discussões. Do ponto de vista epistemológico, o processo educativo segue o rigor determinado pelo conhecimento científico e é condizente com a ética da profissão de nutrição. Entretanto, a metodologia adotada parece não alterar os comportamentos que resistem, o que é evidenciado pela forma como D. Catarina lida com sua vida.

Organizar grupos de pessoas com a mesma condição de saúde é uma forma de atuação da ESF bem como promover atividades, acordar parcerias ou buscar informações sobre outras ações que são realizadas em sua área de abrangência e que, portanto, são atividades realizadas pela equipe de saúde do CSF- Linha Cachoeira. Outrossim, a equipe de saúde espera proporcionar mudanças nas maneiras como as pessoas vivem além de introduzir comportamentos e atitudes que previnam as doenças, promovam, protejam e recuperem a saúde. Além disso, segundo a coordenadora da unidade “[...] os grupos têm como objetivo apresentar e debater temas que melhorem a qualidade de vida dos usuários e do ambiente em que vivem” (Ivânia, out., 2010).

A intenção da equipe de saúde é valer-se de estratégia para sair de uma maneira clínica curativista de tratamento para introduzir terapias que envolvam equipes multiprofissionais além dos próprios usuários. Elísia afirmou durante uma conversa que os grupos “[...] se constituem com um misto daquilo que esperamos e da ação multiprofissional. Com mais ou menos participação (Elísia, out., 2010) E, “antes era mais fácil. Hoje em dia está difícil reunir gente” (Sirlei, out., 2010).

Há semelhanças entre as experiências compartilhadas com as crianças e com os idosos. No caso da atividade da Pastoral da Criança, ser criança é estar em um local desempenhando uma ação esperada. As observações realizadas sugerem que associada à condição de ser criança esperava-se um comportamento condizente com o lugar em que estávamos. Como esta espera, o comportamento é condicionado e as regras são impostas. A sequência das atividades promovidas pela Pastoral – palestra, reza, pesagem e recebimento de uma cesta de alimentos – pode ser entendida como uma proposta pedagógica com o objetivo de promover a mudança no jeito com que as

famílias devem conduzir as próprias vidas. No grupo de idosos, o que ficou explícito foi a troca constante de metodologias para ocupar o tempo, também há um comportamento esperado, regras e atividades que deveriam ser seguidas para a própria continuidade do grupo.

Pois, o almoço era servido ao meio dia, mas os idosos chegavam na reunião em torno das dez horas. Os homens assavam carne e ficavam em volta da churrasqueira, enquanto que as mulheres cozinhavam o complemento do churrasco, conversam em torno da mesa e permaneciam na cozinha, onde era o local do almoço e da reunião do grupo. Nos encontros promovidos, os idosos exercitam a solidariedade, assumiam responsabilidades, escolhiam seus representantes, avaliavam e planejavam eventos e registravam tudo o que era decidido em Ata.

Partindo das observações em campo, torna-se possível enfatizar o corpo como condição para ser criança e ser idoso e, dessa forma, os comportamentos esperados vão sendo instituídos pela cultura. Tanto com os idosos quanto com as crianças o corpo está na condição de delator dos modos de viver e, lentamente, posturas, gestos e expressões vão sendo incorporados, até tornar-se corpo.

As experiências compartilhadas com os usuários nas reuniões de grupo revelaram a estreita relação entre o comportamento esperado com o lugar onde as pessoas se encontravam. O corpo, nesse sentido, é uma metodologia aberta em direção as possibilidades de ser e estar nos contextos que são escolhidos pelas pessoas e, ao mesmo tempo, determinado por padrões produzidos e acordados socialmente.

Por meio das experiências compartilhadas, compreendi que reunir usuários no CLS, idosos, diabéticos e crianças são ações de políticas que visam prescrever e intervir no modo como as pessoas constroem suas vidas. Tais ações significam agir na sociedade na qual o corpo está inserido além de produzir efeitos no modo de ser e, ao mesmo tempo, de estar, pode-se considerar este processo como ponto de partida para compreender as pessoas no contexto social (Csordas, 2008).

5. AS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS FRENTE AS AÇÕES E OS SERVIÇOS DO CSF- LINHA CACHOEIRA

Neste capítulo, apresento inicialmente as necessidades dos usuários em relação às ações e serviços prestados pelo CSF- Linha Cachoeira observadas durante as visitas domiciliares, nos encontros no bar do Sr. Eudes e na sala de espera do Centro de Saúde. Finalizo narrando as experiências compartilhadas com três famílias de usuários, buscando compreender o processo saúde-doença.

5.1. Usuários: Necessidades e Pontos de Encontro.

As necessidades dos usuários da ESF foram aparecendo na medida em que descobria seus pontos de encontros, pois, nestes lugares físicos e, ao mesmo tempo, simbólicos, inúmeras conversas eram travadas e, assim, coube-me ir observando cada fala, cada gesto, cada expressão corporal para poder costurar uma série de significados.

O bar do Sr. Eudes, a sala de espera do CSF- Linha Cachoeira e as casas dos usuários foram ambientes onde muitas experiências foram descritas. Neles, foi possível apreender experiências, ouvir histórias e observar suas necessidades relacionadas à saúde.⁵⁶ Optei por descrever seis casos: os primeiros, de Alan e de Éderson, ocorreram durante as visitas domiciliares. O caso do Sr. Aparício e o do Sr. Antônio são relatos de experiências que ocorreram no bar do Sr. Eudes. O quinto, intitulado “vergonha: a trava o corpo”, ocorreu na sala de espera do CSF- Linha Cachoeira. Por último, “o pé e o peito do João Maria” retrata uma experiência com um usuário que se encontrava, seguidamente, nos três lugares.

⁵⁶ O conceito de necessidades de saúde é estudado por Stotz, (1991) e Cecílio (2001) e busca reconhecer a situação em que as pessoas se encontram para identificar necessidades coletivas.

5.1.1. O Corpo, a Pedra e o Acidente.

Quinta feira de junho, dia de céu azul e, pela manhã, a atividade da equipe de saúde destinava-se a realizar visitas aos usuários que haviam sido selecionados a priori. Dirigimo-nos primeiramente à casa de Alan. A visita em sua casa foi realizada pelo Dr. João e por Sirlei, o primeiro era o médico e a segunda uma agente comunitária de saúde que na época foi a responsável pelo contato do CSF com a família de Alan.

Entre a visita domiciliar e o agendamento da consulta, a relação entre a equipe e usuários é sempre provisória e, para ser estabelecida, dependia de uma série de fatores, sendo alguns bastante circunstanciais (novo agendamento, condições físicas do usuário, estação do ano, entre outros).

Sirlei se referia a Alan dizendo que “ele ficou tetraplégico. Foi dar um bico no rio e hoje é cadeirante. Agendei a visita porque Alan precisa de cuidados redobrados para enfrentar o inverno”, comenta a ACS.

Alan é morador da Linha Quadros. Um jovem de 31 anos que foi o segundo a nascer em uma família de quatro irmãos. Seu pai chama-se Lazaro e tem 62 anos, a mãe é a D. Nilva, e seu irmão Rafael que mora com Patrícia e sua filha Maria. Thiago e Sheila são seus vizinhos. Alan nasceu e se criou no Goio-Ên. Sua família possui uma fruticultura como principal fonte de renda. Ele é responsável pela contabilidade dos negócios da família e é torcedor fanático do Internacional de Porto Alegre. Alan é cadeirante,⁵⁷ teve sua mobilidade reduzida após sofrer um acidente que paralisou parcialmente o movimento de seus braços e suas pernas. Ele vive em ambiente rural com sua família. Numa das visitas, ele me contou a história de sua paralisia.

Havia duas pedras no lajeadinho que ligava o rio Uruguai ao Passo Fundo (rio). Chamavam de curva da calha. Eu e meus amigos estávamos acostumados a fazer acrobacias naquele local. Numa dessas, cai em cima de uma das pedras, afetando a quarta vértebra cervical de minha coluna (Alan, dez, 2010).

Desde então, já percorreu vários caminhos em busca de cuidados. Além de interagir com a equipe do CSF, buscou ajuda junto a especialistas. Falou-me entusiasmado de suas visitas realizadas no hospital Sara Kubitschek, em Brasília (neste hospital, realizava uma consulta por ano, desde o ano de 2008), e disse-me acreditar que

⁵⁷ Pessoa com deficiência física, com perda da sensibilidade nas pernas e utiliza uma cadeira de rodas para sua locomoção.

poderia voltar a andar um dia. Ele acompanhava várias pesquisas e seus olhos brilhavam quando se falava sobre o tratamento por células tronco.

“Acidentado”, “crônico” e “cadeirante” foram expressões para designar Alan, utilizadas por pessoas que encontrava na comunidade. Não obstante sua obsessão por falar das possibilidades vindouras, e de seu desejo (velado) de se alijar dos rótulos que lhe eram impostos, as experiências vivenciadas e os motivos pelos quais ele encontrava-se nessa condição dificilmente entraram nas pautas das reuniões da equipe de saúde.

Outra dificuldade da equipe era reunir as informações de outros tratamentos prescritos por diferentes profissionais.

A visita domiciliar iniciou com cordialidades e informações dos procedimentos anteriores, descritas no prontuário. Falou-se de futebol, de comida, de receitas culinárias e outros de fatos corriqueiros. O objetivo, segundo os profissionais da área de saúde, era diminuir a ansiedade. As experiências pareciam demonstrar que ir direto ao tópico da doença e às questões relacionadas ao medicamento e terapias faziam com que o usuário ficasse na defensiva e que não fossem espontâneos. Logo em seguida, o médico fez o exame clínico. Durante o encontro da equipe com usuários, experiências pessoais e opinião especializada se misturavam com práticas cotidianas e técnicas. Por exemplo, na visita à Alan, a primeira tarefa do médico era tirar o blusão, para aferir a pressão. Quatro anos em uma cadeira de rodas, braços e pernas revelavam as marcas da mobilidade reduzida. Com a dificuldade em movimentar os membros superiores, a tarefa de retirar o blusão exigia paciência do médico. Junho é mês de frio e o fogão à lenha deixava dúvidas sobre o que vestir. Alan precisa se proteger de gripes e resfriados.

Ao realizar o exame clínico de Alan, e após a ausculta no pulmão, Dr. João dizia: “está limpo”. O médico falava sobre os medicamentos que ele precisava tomar e os cuidados necessários para passar bem o inverno. Ouvindo as queixas, fazendo o exame físico, avaliando e prescrevendo Dr. João seguia uma sequência de procedimentos (relembrava o histórico da última consulta, fazia o exame físico, observava o contexto e orientava o usuário e sua mãe) com o apoio de algumas informações prestadas por Sirlei. Nesse sentido, ele estava reunindo informações que pudessem contribuir para prescrever medicamentos e orientar comportamentos evitando outros problemas de saúde.

Após o exame a equipe anunciava o prognóstico e orientava sobre as ações necessárias. Ao final da visita era escrito um relatório que era anexado ao prontuário do usuário e, que deveria ser assinado por ele.

Nos encontros, os discursos, o contexto vivido, os sentidos e os significados atribuídos à condição do usuário afirmavam o compartilhamento velado de expectativas que aparecem, muitas vezes, como código de confiança e de amizade entre Alan, sua família e a equipe. Desta forma, o encontro revelava um conjunto de experiências culturalmente compartilhadas e, não simplesmente, um procedimento de uma estrutura organizacional.

O corpo é a base para a análise de sinais e fonte dos sintomas que o médico busca identificar por meio da conversa com Alan e sua mãe. É também revelador da forma como os questionamentos são recebidos: bocejar, alisar o queixo, franzir a testa, olhar distante, expressar dúvidas erguendo as sobrancelhas são indicativos que vão modificando atitudes e assuntos.

Outra visita na qual foi possível perceber com bastante clareza as negociações de perspectivas sobre ideia de corpo ocorreu na casa de Éderson. Este sofreu um acidente na cidade, e hoje com 29 anos mora com os pais, um irmão e uma irmã na Linha Almeida. As atividades da sua família dividem-se em pequenas roças, produção de leite e criação de porcos e frangos. Antes do acidente, ele trabalhava como soldador em uma metalúrgica na cidade. Éderson utilizava moto como meio de transporte para seu trabalho. No início de 2011 sofreu um acidente e fraturou a perna esquerda. Nesta visita, realizada no dia 12 janeiro de 2011, fomos recebidos pela sua mãe. O pai estava envolvido na lida com a lavoura. Quando a equipe entrou na casa, Éderson estava deitado e comia pão com nata e bebia uma xícara de café. Ele possuía uma estrutura metálica (prótese) na perna.

Conversas sobre o tempo e as dificuldades com a lida própria do ambiente rural estavam presentes nos primeiros momentos da visita e foram interrompidas para assuntos mais voltados à enfermidade além dos exames necessários. O médico pediu para descobrir a ferida. Um pouco afoito Éderson começou a tirar a gaze que cobria o curativo. O médico colocou suas luvas e pediu para deixar que ele mesmo o fizesse. Dizia-me que antes tinha nojo, mas hoje não mais. “Nas primeiras aulas de anatomia saía complexado, depois de um tempo passa a ser natural”, afirmou enquanto ia procedendo ao exame.

A sala da casa (interligada com a cozinha e a mesa de jantar) foi o local escolhido para receber a equipe e para a realização da consulta. A postura do usuário no sofá em sua refeição matinal apontava para as mudanças provocadas pelo acontecido (liberação das atividades laborais, horários das refeições e atividades de lazer). A

condição de Éderson provocou mudança em suas atitudes, nos lugares e tarefas, tanto para a equipe e usuário quanto para os membros da sua família. A agente comunitária de saúde agendou a visita em sua casa a pedido de sua mãe, pois estava preocupada com as feridas e “aguinhas” que se formavam em torno da prótese. Sua mãe estava preocupada com a dificuldade de Éderson seguir o que lhe foi prescrito.

A visita da equipe de saúde é planejada e tem uma dimensão técnica. A visita domiciliar compreende instrumentos e técnicas que orientam os procedimentos adotados pela equipe e exige alguns cuidados para a sua realização. Há uma demanda de critérios de segurança, proteção de equipamentos (maleta, luvas, jalecos) e a adoção de um conjunto de comportamentos.

São evidentes as formas de diferenciar o usuário do profissional de saúde. Na cena observada, o usuário (aquele que sofre a ação praticada pelo visitante) é identificado pela vestimenta e pela materialidade do uso de prescrições anteriores (estrutura metálica). Outra forma de reconhecer o usuário se dá por meio do seu olhar e da sua fala que demonstram curiosidade, assim como uma aparente tranquilidade proporcionada pelo ambiente familiar. O usuário não é totalmente sujeito, tampouco objeto, ele fica entre os dois extremos, tentando compreender sua situação. O primeiro, o de objeto, refere-se ao reconhecimento das influências que recebe dos diferentes profissionais que prescrevem os cuidados necessários para a melhora de sua perna. O segundo aspecto, subjetivo, diz respeito a forma como Éderson lidava, de modo singular, com as informações que recebia. Considerar a maneira como ele compreendia sua situação implica no reconhecimento dos comportamentos que devem ser adotados pelo usuário, que produz e define necessidades específicas, e que devem ser ouvidas e orientadas pela equipe. Assim, nos cuidados prescritos, tanto a equipe quanto os familiares, precisariam reconhecer e incluir sua singularidade, considerando o jeito como ele lida com sua fratura.

Os profissionais de saúde são reconhecidos pelo uso de avental branco, o porte de pranchetas, canetas, fichas para anotações, estetoscópio no pescoço, aparelho para aferir pressão, termômetro, lupa. O domínio da fala é uma habilidade que se salienta. Há uma predominância na fala dos profissionais e no silêncio dos usuários, com alternância de pensamentos, emoções, atitudes e comportamentos, até a adoção de procedimentos.

Dr. João, junto com a equipe do CSF, é o responsável pela coordenação e maior integração de dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas envolvidas no conjunto de cuidados necessários para sua recuperação. Além do médico da família

Éderson estava sob os cuidados de um ortopedista da cidade, que realizou os primeiros procedimentos clínicos após o acidente, e que prendeu os pinos que atravessam seus ossos e se fixam em uma estrutura metálica externa. A mãe e os demais membros da família, enquanto cuidadores envolvidos assumiam as responsabilidades próprias da casa (cuidados higiênicos, roupas, alimentação, etc.).

Éderson dizia que não sentia a região posterior da perna e que os remédios tinham terminado há uma semana. O médico explicava-lhe que “[...] é normal perder a sensibilidade, pois a perna estava inchada, o que pode ter provocado esta sensação”. E chamava sua atenção sobre a falta de medicamentos, pois eles eram necessários para continuar cuidando da possibilidade de infecção. Em seguida Dr. João perguntava: “está tudo resolvido no trabalho?”. E Éderson respondeu que naqueles dias seu patrão havia encaminhado “os papéis, e que estava tudo certo”, falando sem muita prosa.

Vale salientar que o momento da prescrição pareceu-me o apogeu da visita. As dificuldades em assumir os cuidados necessários por parte de Éderson foram demonstradas pelo médico. Tomar remédios regularmente, deslocamento com as muletas e os cuidados com o curativo devem ser redobrados, deixava claro o médico.

Com a perna quebrada, este usuário adotou uma série de mudanças comportamentais (horários de trabalho, rotinas e espaços no ambiente familiar, assim como nas posturas corporais), que mantêm abertas as possibilidades para a autorreflexão e para compreensão de outras implicações provocadas pelas experiências vividas por ele.

5.1.2. Remédio para Cabeça e Pele Queimada.

O bar do Sr. Eudes era o local onde os usuários aproveitam para fazer compras, antes e após as consultas, as reuniões ou os eventos promovidos pelo CSF- Linha Cachoeira. Era também um espaço de lazer onde as pessoas sentavam para contar suas histórias e conversar. Sr. Aparício, 40 anos. Era um deles. Ele veio de Chapecó para passar uns dias com parentes. Sentado em uma cadeira de palha falava-me “sou cardíaco e estou muito gordo. Passei por 2 derrames. Vim para suar um pouco, trabalhar no pesado para ver se perco uns quilos” (Ao falar, segurava com as duas mãos mostrando sua barriga saliente). Depois de um tempo que estava malhando feijão, ele conta que se sentiu mal. Estava no bar para pedir ajuda para passar a dor de cabeça que sentia.

Sr. Aparício contou-me ainda que seu irmão só fazia comida boa: “[...] é farinha com leite, é feijão... Assim vou engordar mais ainda!”. E dizia: “preciso me movimentar; malhar feijão é o que gosto e posso fazer”. Ao ouvir nossa conversa o Sr. Eudes lhe indagava: “e caminhar?” Aparício respondeu-lhe: “caminhar me incha as patas, (apontando para os pés). No meu caso é melhor lidar na roça... Malhar feijão... Mexer uma coisa aqui e ali” complementava. “Tem remédio pra cabeça?” perguntava ele de repente. Sr. Eudes ficou sem saber o que ele queria. Perguntava para o irmão se era cigarro o que ele queria. “[...] Não! É comprimido mesmo, para a dor de cabeça”. Dizia o amigo: “[...] Que não tenha dipirona? Eu não posso com a tal da dipirona”, afirmava Aparício. E o Sr. Eudes respondia que não tinha e continuava: “[...] Quem sabe vocês passam ali no posto de saúde. Lá vocês podem consultar e eles podem indicar o melhor a fazer?”.

Outro fato ocorrido no bar foi a chegada de Antônio S. Ele passou no bar muito rapidamente em uma manhã de terça-feira, era um freguês de longas datas. Trabalhava em uma indústria de plástico onde lidava com uma estrutura que produzia fios de plástico para diferentes finalidades. Sua pele ficou toda marcada quando uma das máquinas expulsou violentamente uma parte de plástico líquido no peito, um pouco na barriga e nos braços. Antônio S. narrou-me que foi encaminhado pela empresa para o pronto-socorro do hospital regional do oeste. Passou por vários procedimentos dolorosos e, por várias sessões de curativos e tratamento com medicamentos. Hoje se encontra bem. Ele já tinha intenção de sair do trabalho. Fez um acordo com o patrão, devolveu os 40% do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço- FGTS e saiu do emprego. Foi informado pelo Sr. Eudes dos seus direitos. “Espera ser atendido pelo INSS e depois faça o acordo” indicava o dono do bar. Antônio S. respondeu que preferia sair numa boa com o patrão. E dizia que “[...] quando precisam de mão de obra requisitam meu irmão para trabalhar lá!”, conformado com sua situação. No entanto, o Sr. Eudes continuava com sua indicação: “[...] tem que cuidar disso aí (apontando para braços de Antônio S.). Deve esperar passar a fase das feridas (provocadas pela queimadura de segundo grau) e depois passar um remédio para tentar diminuir ao máximo as marcas do acontecido”.

5.1.3. Vergonha: A Trava do Corpo.

A sala de espera do CSF- Linha Cachoeira era mais um lugar de conversas e de contações de histórias. E para o Sr. José “[...] a melhor maneira de passar o tempo. O acontecido precisava viver na memória das pessoas, e contar causos era a melhor maneira de mostrar que as pessoas se lembram de onde estavam e o que faziam”, dizia-me.

No dia 20 de março de 2011, conversava um pouco com o Sr. José, na sala de espera do CSF- Linha Cachoeira, quando chegou um jovem, conhecido dele. O jovem começou a falar de coisas que as pessoas fazem quando são acanhadas.

A gente faz cada coisa que não sabe como. Tropicica, bate nas mesas, cadeiras, derruba coisa. A vergonha desorganiza todo o sujeito. Eu fico vermelho muito fácil quando estou em um ambiente desconhecido (Marco, mar., 2011).

E o jovem continuava sua teoria:

certa vez, com 16 anos de idade, fui trabalhar como auxiliar em perfuração de poços artesianos. Minha tarefa era só controlar cabos de apoio à rede. Ao meio dia todos os trabalhadores foram almoçar na casa do patrão. Sentei distante de todos e fiquei quieto. A cadeira tinha uma ripa atrás solta. Coloquei as mãos por baixo das pernas e fiquei com as mãos presa. Quando chamaram para se aproximar da mesa levantei com a cadeira grudada atrás. (risos) Senti uma dor forte e não me dei importância. Quando consegui tirar a mão da cadeira vi jorrar sangue de um dedo. Ficou pior do que se tivesse pedido ajuda. Aprendi com o patrão. Ele falou: “Foi merecido. Precisa falar o que sente. Como podemos adivinhar o que se passava contigo?” (Marco, mar., 2011).

Logo depois de ouvir este caso, Sr. José começou a narrar um acontecido que confirmava a teoria de seu amigo.

Certa vez (quando jovem) fui fazer um trabalho em uma propriedade aqui perto. Sempre tomava café antes de ir para o trabalho no campo. Certo dia fui arar e não deu tempo de tomar café. Demorei em “campear” a junta de boi e precisava iniciar a empreitada. No início tudo bem. Depois, a fome foi apertando. Desci na casa de quem havia me contratado e disse: será que teria uma polenta um queijo e um pão para me vender. Não deu tempo de tomar café hoje e ainda falta uma hora e meia para encerrar o serviço de manhã. Prontamente ajeitaram comida e fui tomar café junto ao arado. Resolvi meu problema. A vergonha deixa a gente passar aperto. Na casa de estranho, se é para comer umas dez bolachas a gente come três e diz que está bom (Sr. José, mar., 2011).

Partindo destes encontros, destes relatos e causos ouvidos busquei compreender o conjunto de necessidades em relação à questão da saúde dos usuários

envolvidos. Neste sentido, passei a detectar em consonância com uma classificação adotada como orientadora para refletir sobre as demandas que chegavam (ou não) no CSF- Linha Cachoeira, a saber: as condições de vida, o acesso às tecnologias disponíveis para quem buscava o cuidado da saúde, o vínculo entre equipe de saúde e usuários e, por último, os graus de autonomia para a construção do sujeito (Stotz, 1991), (Cecílio, 2001).

As condições da vida na Linha Cachoeira representam um primeiro conjunto de necessidades na tentativa de explicar certo modo de adoecer e de se buscar tratamento. A visita para Alan e Éderson revela as diferenças e dificuldades para atender às necessidades de saúde e de cidadania. No caso do acidente de Alan, o direito de ir e vir, as condições de moradia para sua nova condição e políticas inclusivas. No caso de Ederson a saúde do trabalhador e as atividades compulsórias ao trabalho (acidente ocorreu durante seu trajeto para o trabalho). No caso de Antônio a relação entre direitos trabalhistas e acordos tácitos realizados entre empregador e empregado. As experiências descritas com tais usuários permitiram-me perceber a correlação entre saúde e as condições de vida.

A partir desta perspectiva, torna-se imperioso uma busca por melhores condições socioeconômicas, acesso à saúde individual e coletiva além de exercício do estado de ser corpo, ou da corporeidade, no campo da saúde em sua plenitude. Tanto a narrativa da situação crônica de Alan quanto à aguda de Éderson evidenciaram negociações de teorias e de formas de atuação. As performances dos usuários revelaram marcas da cultura local e expressaram uma perspectiva de corpo plural, histórico e social. No entanto, os modos como cada um dá sentido a sua situação é que revela a presença da pessoa individualmente, enquanto sujeito, as quais já mencionadas anteriormente como uma perspectiva de corpo mais singular e subjetiva. Além disso, nas observações destes encontros saltam aos olhos as perspectivas, físicas, sensíveis e normativas sobre o corpo.

Ter acesso e poder consumir toda a tecnologia disponível para melhorar e prolongar a vida é um conjunto de necessidades representado pelo relato do caso do Sr. Aparício. A dor de cabeça relatada certamente envolve outros processos de seu estado de saúde, e os cuidados requeridos por ele, deveriam levá-lo a uma porta de entrada adequada para o sistema de saúde. Para que ele tenha acesso ao tratamento de saúde disponível, parece ser requisito o fortalecimento de uma rede de apoio social, ajustado às diferentes circunstâncias vividas pelo seu processo de saúde-doença. Trata-se de

saber ou receber a informação que o conduziria para a “porta de entrada”, ou procedimento mais adequada para sua situação.

O diálogo do Sr. José com outro usuário na sala de espera mostra as possibilidades para a criação do vínculo da equipe com os usuários, terceiro conjunto de necessidades estudadas pelos autores. Da mesma forma, a visita realizada pela equipe é um momento propício para o exercício pleno de um diálogo não prescritivo e uma relação intersubjetiva de confiança.

Por fim, o caso de Antônio S. representa a trajetória adotada por um conjunto de pessoas e instituições que buscam a solução mais adequada para a resolução dos problemas de saúde. Representando, neste sentido, os graus de autonomia que cada usuário tem para andar na vida e buscar a melhor maneira para identificar suas necessidades de saúde. O acordo de trabalho firmado por Sr. Antônio com seu patrão resulta em uma forma de autonomia somente medida pelas experiências de saberes situados por quem as vivenciou. O conjunto de informações sobre sua condição de saúde, relações trabalhistas e laços familiares foram reunidos para a tomada de decisão de sair da empresa e continuar seguindo sua vida.

5.1.4. O Pé e o Peito de João Maria.

Encontrei Sr. João Maria quatro vezes, duas na unidade de saúde, uma durante visita da equipe de saúde à sua residência e outra no bar do Sr. Eudes. Sirlei havia descrito na ficha de visitas que o “Sr. João Maria é etilista e tabagista. Vivia sozinho perto do Lajeado do Carneiro”. De estatura mediana, pele morena e 72 anos, era conhecido por todos. Vivia de forma solitária e era considerado como “gente boa” pelo Sr. Eudes.

O primeiro encontro foi durante a visita de Sr. João Maria ao CSF- Linha Cachoeira. Era tarde de quarta-feira e eu estava na sala de espera. Feridas e rachaduras nos pés o incomodavam, dificultando suas caminhadas. Cheguei no momento em que a enfermeira explicava como usar uma pomada no pé, como abrir o tubo e aplicar. Desenhou um pé no tubo da pomada para identificar a função do remédio. O outro remédio era para as feridas. E o Sr. João Maria dizia-lhe que “não precisa desenhar. Já entendi a questão”.

Ele viveu muito tempo no outro lado do Lajeado do Carneiro. Sua passagem para a Cachoeira era uma estreita pinguela⁵⁸ de onde caiu e ficou debilitado. O segundo encontro foi, no CSF. Com muita dor e hematomas no peito, foi até lá em busca de cuidados. Ausculta no pulmão e histórias para contar. Sua fala era difícil de entender. Quando estava sóbrio, era mais espaçada e menos ansiosa. Em outro estado, era mais ligeira e os assuntos se embaralhavam.

No terceiro encontro, acompanhei a visita da equipe de saúde até a casa de Sr. João Maria que não demonstrava preocupação com sua situação. Naquela manhã, às 9h chegamos à casa de madeira, construída recentemente e apresentando frestas na parede, no teto sem forro. Havia espuma no lugar do colchão que permanecia no chão, além de um fogão de lenha aceso onde frango e feijão estavam sendo cozinhados. O inverno anunciava seu rigor em maio e o dono da casa mostrava-se contente com a sua condição. Contava-nos que sua casa era boa e que ali vivia bem, pois tinha comida e tudo o que precisa. “Pego tudo que preciso no negão”, dizia ele. Contava ainda a toda hora que não incomoda ninguém e que “os vizinhos são tudo gente boa”.

Para a equipe de saúde, a realidade se mostrava outra. A precariedade das condições de vida na qual ele vivia demandava atitudes, já que, naquelas condições, não resistiria ao inverno que se anunciava. Nesse sentido, a primeira seria entrar em contato com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), localizado no distrito de Marechal Bormann e a segunda era cuidar do Sr. João Maria. Sirlei separava os medicamentos prescritos e mostrava dois envelopes de papel pardo: um com o desenho de uma lua crescente e outra com uma taça de café.

O médico comentava sobre a importância de tomar os remédios nos dias e horários certos. E o Sr. João Maria parecia não entender, abria bem os olhos, elevava a testa e respondia que estava tudo certo. Que poderia deixar com ele sendo que o médico insistia, dizendo que iria repetir as orientações até que ele pudesse entender.

“O que parece este desenho: um sol ou uma lua?” (Dr. João, mai., 2011) Sr. João Maria passava a mão no queixo. Balançava a cabeça, demonstrando compreender. Tensão nos músculos faciais e da região ao redor dos olhos parece expressar o contrário. Suas expressões indicam a solicitação de tempo para pensar. “[...] Não parece mais uma lua?” dizia o médico. “É uma fase só dela. Está vendo? Não é o sol. Concorda? A lua é noite. Então terá que tomar estes comprimidos a noite. Entendeu?” Sr. João Maria

⁵⁸ Ponte construída com madeira e cabos, com pouca proteção.

balançava a cabeça em sinal de concordância. “E este aqui? Levanta o envelope com o desenho da xícara de café. Café o Senhor toma pela manhã, certo. Dentro deste envelope têm comprimidos que o Senhor precisa tomar. E esses devem ser tomados após o café da manhã (Dr. João, mai., 2011). E logo o médico repetia: “este com a lua? Quando deve tomar, Sr. João Maria? E este com a xícara de café?”. Sr. João respondia corretamente as duas perguntas, parecia ter passado no teste. Porém, apresentava um jeito de quem não costuma tomar café.

Diante destas cenas na comunidade, pude observar que todos estavam satisfeitos com o Dr. João. “É um profissional de saúde interessado na gente”, dizia o Sr. Albino. “É simples e humano”, afirmava D. Isabel (mãe de Sr. Eudes). De tudo que ouvi sobre as consultas médicas, a visita a Sr. João Maria fugira à regra. Pois, havia ali um médico que atuava como um pedagogo. Preocupado com a mudança de comportamento de seus pacientes, implicado no ato de querer a mudança do outro. No momento em que presenciei a consulta, não tive dúvidas: a integração do campo da saúde com o da educação seria uma maneira eficaz para atender as necessidades dos usuários. Na visita, ficaram expressas interdisciplinaridade, vínculo e responsabilização. Tratar do pé e do peito é educar e cuidar do Sr. João Maria.

O quarto encontro com Sr. João Maria ocorreu no bar do Sr. Eudes. Ele esteve lá muitas outras vezes tirando dúvidas e manifestando sua tristeza. No bar onde há pessoas alegres, ele tem um avivamento de suas lembranças. Sr. João Maria estava separado há 20 anos e não havia refeito sua vida afetiva, tinha tido alguns namoricos fugazes, não mais que isto. Quando ficava mais tempo no bar, a tristeza tomava conta, e se fazia ouvir por meio do canto e de versos que eram recitados e tinham como principal tema, suas lembranças da separação.

Quando houve a necessidade de ele esperar no posto de saúde, uma angustia era manifestada, pois achava a sala desencadeadora desta situação. A coordenadora do CSF conversava muitas vezes com ele tentando explica-lhe como eram realizados os atendimentos médicos e como eram agendados os usuários. Mas, o Sr. João Maria não queria ouvir e, frequentemente, saía porta afora.

Certa vez, encontrei-o queimando os exames clínicos. A fumaça apagava exames de sangue, fezes e urina. Também tentava apagar um raio-x de pulmão. “De que adianta fazer tudo isto se não consegui ver o doutor. Esperar, eu não vou esperar”. Dizia indignado.

O principal instrumento de trabalho dos agentes comunitários na ESF é a assistência domiciliar. Sirlei, Elísia e a equipe preferem chamar de visita. As ACS percorrem as casas sozinhas, acompanhadas pela auxiliar de enfermagem e/ou do médico. Informavam, encaminhavam e entregavam exames, fazendo campanhas de saúde, acompanhando o tratamento e buscando informações além de controlar agravos, promover a saúde e prevenir doenças. Os usuários esperavam a visita para as quais, geralmente, preparavam-se limpando a área, escolhendo a roupa e definindo o comportamento e o local onde as crianças deveriam ficar.

As anotações realizadas pelas agentes comunitárias de saúde parecem não contemplar tudo o que era realizado. Nesta visita, era visível a dificuldade em ser objetivo e descrever os fatos que eram ali vivenciados. Porém, instrumentos deveriam ser preenchidos, pois a estrutura da escrita da assistência domiciliar é padronizada.

A Organização Mundial da Saúde define assistência domiciliar como:

[...] a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos (OMS *apud* Lopes, 2003, p. 10).

Na comunidade, a visita domiciliar era questionada pela maneira de eleger as prioridades. Os usuários entendiam que elas deveriam ser realizadas para a prevenção de saúde. O Sr. Albino não concorda com a forma de encaminhamento do posto para as visitas domiciliares, ele acreditava que priorizar os doentes era um equívoco. “As visitas deveriam ser para prevenir e informar as pessoas sobre as condições de saúde”, afirmava. Esta questão foi bastante debatida no momento da criação da Unidade de Saúde, e o assunto também foi levantado durante a reunião do Conselho Local. Entretanto, o que a realidade das ações da equipe de saúde mostrava era que as visitas são determinadas pelos problemas dos usuários e, portanto, são organizadas de acordo com os efeitos do adoecer, explicava a coordenadora.

5.2. Os Encontros com os Usuários e a Questão do Corpo.

As experiências descritas demonstram que as trajetórias percorridas pelos usuários em busca de cuidados são diversificadas e, muitas vezes, escapam dos espaços organizados pelas ações e pelos serviços de saúde promovidos pelo CSF- Linha Cachoeira.

Neste sentido,

[...] definir as linhas que delimitam as áreas na ESF é uma tarefa importante para que a equipe de saúde organize os atendimentos da comunidade, porém os usuários também se viram para conseguirem o que eles precisam (Sr. Eudes, set., 2011).

A composição dos cuidados primários em saúde procura organizar os espaços: sala de espera, dos medicamentos, de vacinas, do médico, das ACSs e do dentista no Centro de Saúde da Família. Isso se dá, também, a partir da disposição dos objetos – geladeira para medicamentos, a cor branca das paredes, as roupas brancas, etc. Igualmente pelos arranjos do tempo – horário de abertura, da reunião do conselho local, de visita domiciliar, dos grupos, das consultas, dia da vacina, entre outros – que são desenvolvidas as ações e os serviços de saúde para acolher o usuário.

Semelhante a esta preocupação na disposição do espaço do CSF, o usuário prepara sua morada, seu trabalho, sua área, o pátio, a pia da cozinha e seu quarto para receber a equipe de saúde. Em inúmeras situações, pude observar os cuidados com que os usuários arrumavam a casa para receber a visita da equipe de saúde. De outra forma, a busca por cuidados requer estratégia para o deslocamento até o CSF. Para isso, os usuários reorganizam o tempo para cuidar das crianças, manejar as vacas, limpar as ordenhadeiras, a louça, o tempo de carpir, tomar chimarrão ou preparar o almoço. De forma semelhante, o bar do Sr. Eudes estava sempre preparado com um conjunto de objetos e ações para receber as pessoas e, algumas vezes, era um lugar de recurso para alguém que apresentasse necessidades de saúde.

As experiências compartilhadas, descritas anteriormente, são uma estratégia do usuário e foram adotadas como modo de cuidar de si e que constitui o corpo como objeto de conhecimento e intervenção. Elas demonstram um conjunto de relações que os sujeitos estabelecem entre si, distantes muitas vezes da objetividade de procedimentos puramente técnicos. As estratégias de ações organizadas na perspectiva dos usuários

revelam um espaço para estabelecer relações sociais, solidárias e, também contraditórias, no encontro com a equipe de saúde.

5.3. O Processo Saúde-Doença e as Experiências dos Usuários.

Nesta seção, descrevo as experiências compartilhadas por meio da família do Sr. José, do Sr. Honorino e do Sr. Isidoro. Como forma de ratificar o caráter social da saúde e da doença. Utilizo o termo processo saúde-doença para fazer referência ao conjunto de relações e dimensões que envolvem a vida de uma pessoa ou de uma comunidade e que variam de acordo com os diversos momentos históricos. Neste sentido, os relatos de tais experiências ajudam na compreensão do processo saúde-doença e, portanto, permite percebê-lo dentro de uma perspectiva de corporeidade, ou ainda, possibilita apreender as noções sobre o corpo.

5.3.1. Corpo e Outra Pedra.

Como vai a D. Rufina, perguntei ao Sr. José? “A minha esposa está bem. Agora que ela fez a cirurgia sim. O Senhor quer ver a pedra?” respondeu-me. Achei sua pergunta inusitada, pois o Sr. José falava da pedra na vesícula de sua esposa contando que quando moravam lá embaixo, antes da cirurgia, ela tinha dores horríveis. E lembrava: “do diagnóstico até a cirurgia, ela sofreu muito. Ha um ano fez a cirurgia e agora esta bem”, complementava. Recomposto da pergunta inesperada, prontamente respondi que sim, e seguimos para sua casa.

A casa do Sr. José, cujo terreno foi comprado de Edson, ficava distante 50m do bar do Sr. Eudes. Edson relatava que se compadeceu de sua situação quando as águas do rio Uruguai tomaram parte de suas terras na Linha Barra do Carneiro, impossibilitando que ele continuasse a morar no lugar em que construiu sua vida de casado. Entre a possibilidade de receber em troca novas terras em outras paragens, preferia a indenização para permanecer na comunidade. Uma proposta que lhe fora dada eram as terras em Lindoia- SC, Manguerinha- PR e na Linha Serapião. Recebeu da Foz do Chapecó a oferta de uma carta de crédito, mas relutava, pois não queria terra. “Com o problema de saúde de minha esposa, não queríamos ir para longe. Hoje, graças a Deus

ela operou e está boa. Trouxe 20 latas de banha da produção que tinha e deixei no armazém de crédito” (Sr. José, jan., 2011). Hoje sua família era constituída por D. Rufina e sua cunhada Felisbina. Com a carta de crédito, pagou para Edson o terreno à vista e construiu uma bela moradia.

Quando chegamos, D. Rufina estava dedilhando velhas canções no violão. Sem partitura ou escrita, tentava imitar modas de viola, conhecidas e tocadas nas matinês da região. O Sr. José me apresentava a ela e dizia, apressadamente, que estávamos ali para ver a pedra, e ela sorria, parecendo gostar de receber visitas. Foi até uma gaveta e retirou um pequeno objeto de dentro de um pote de plástico transparente onde estava a pedra do tamanho de uma noz-moscada.

Ela falava que antes não podia comer nada, pois doía – uma dor aguda do lado direito. “Às vezes, até a água provocava vômitos”. Hoje se encontrava muito melhor. “Antes tinha que fazer rancho. Aqui nem precisa”. Dependia de ônibus para tudo e sua saída mais fácil era pela Chalana (Linha da comunidade do distrito do Marechal Bormann), para atravessar o Lajeado Carneiro. Depois construíram uma pinguela que facilitou bastante.

O pessoal da barragem ofereceu umas terras lá por Lindóia. Lindóia do sul foi distrito de Concórdia. Região que sua economia era baseada na extração de madeira e agricultura. Fui conhecer e não me agradei. Muito perau (barranco). Hoje onde ficava minha casa esta embaixo da água. Plantávamos nas terras que hoje estão tomadas pela água (D. Rufina, jan., 2011).

Durante o trajeto de uma visita domiciliar, falei sobre o caso de D. Rufina com o médico e Dr. João comentou-me que:

D. Rufina passou por cálculos biliares. A pedra na vesícula faz parte das doenças do sistema digestório. A vesícula armazena a bÍlis que é produzida no fÍgado. O Órgão expulsa a bÍlis e auxilia na digestão de gorduras, entre outras funções. A vesícula com cálculos não executa direito sua função. Podem ser expelidas, causar inflamações, dores e vômitos (Dr. João, jan., 2011).

Enquanto o médico falava, lembrei que dores no estômago e ânsia de vômito eram as principais queixas de D. Rufina. Ela confessava ter rezado para que saísse “de lá debaixo” antes do seu vizinho e sobrinho, Valmor. “Lá embaixo tinha dificuldade para buscar recurso”, dizia ela. Era ele quem tinha carro. “Era a ele que ia pedir socorro quando me dava aquela dor no estômago, parecia uma dor que doía na alma”, continuava. “Saí em boa hora, antes de meu sobrinho. Era tudo que pedia à Deus.

Quando vim para cá, as dores se agravaram” complementava. O caso desta senhora foi acompanhado pela equipe de saúde. A ACS lembrava-se das visitas realizadas.

5.3.2. Tempo Bom é o de Agora, o que Passou, Passou...

Os familiares do Sr. José estavam sentados na sombra de uma bela laranjeira. Sombra, chimarrão e prosa, em uma sexta-feira à tarde. Para a família, os dias eram contados entre festas, reuniões e lidas com o “banco”. Propus para o casal visitar – no sábado – sua antiga morada, na Barra do Carneiro. O Sr. José disse-me que depois que saiu de lá só retornou uma única vez. O rio ainda não estava totalmente cheio. Respondeu que já havia compromisso – o de assar a carne depois de um jogo –, pois naquele dia viria um time de futebol da Sadia jogar contra um time da comunidade. “[...] No domingo, tenho uma visita para fazer... Que tal irmos agora?”, ele perguntou. Fiquei um pouco receoso, pensei nas estradas e no tempo. Não chovia, mas já passava das 18h. No dia anterior, havia descido para a Barra do Carneiro e Linha Beira Rio. Foi um dia de aventuras ao volante, pois a todo o momento o carro patinava e oscilava lateralmente. As estradas foram construídas recentemente e estavam pouco cascalhadas. D. Rufina disse prontamente que não gostaria de ir, e que logo mais tinham uma visita para fazer, e falava que não sentia saudades. “Muito trabalho e as dores” segundo ela não eram boas lembranças que aquele lugar trazia.

No entanto, as lembranças foram ativadas pela proposta. D. Rufina Franziu a testa, transportando o olhar e evidenciando um sinal de descontentamento. Acrescido do balanço negativo da cabeça e estalidos da língua contra de dentes deixou escapar aquilo que o lugar marca em sua memória. Dor e sofrimento. Tempos difíceis. “Tempo bom, é o de agora. Aquilo já passou. Deixou coisas pra lembrar” (D. Rufina, dez., 2011). Ao recordar, ela parecia sofrer. Mas o Sr. José permanecia entusiasmado com a proposta e, por isso, decidi aceitar.

As dores sentidas por ela fazem referência a um lugar do espaço objetivo, onde se encontram suas experiências, e estão presas a um tempo que já passou, oposto ao tempo presente. No momento em que propus a ida até sua antiga morada, ela parecia ter recordado o vivido, e sua reação sugeriu não querer repetir as sensações. Da mesma forma em que o tempo nasce da relação dela com ambiente vivido, sua atitude denota

que não desejava sentir as dores que sentia naquele lugar e naquele tempo, pois se tratava de uma memória da dor física.

5.3.3. Angicos Pálidos.

Entusiasmado com a ideia de visitar sua antiga morada, Sr. José pronunciou que se voltássemos tarde não haveria problemas, pois o outro dia seria sábado. “Temos hora para ir, mas não para voltar”, dizia. Seu compromisso (a visita) era à noite. A condição do casal era de aposentados. A manhã, após o chimarrão, o tempo era reservado para a lida da casa, as tarefas com uma roça de mandioca e algumas idas para a cidade. À tardinha e a noite, estavam destinadas às visitas.

Despedidas e acordos firmados sobre os compromissos do casal, partimos rumo à Barra do Carneiro. Entre as dicas do melhor caminho a tomar, conversamos sobre a vida de agora. Ele era taxativo ao afirmar que estava muito melhor. “Ofereceram-me uma terra em Lindoia para me estabelecer”. Não quis de jeito nenhum, desejava permanecer na comunidade. “Com a casa ao lado do bar do Sr. Eudes e próximo ao posto de saúde, está uma maravilha”, argumentava. “Não precisa nem fazer rancho. A erva, por exemplo, tinha que ter uns 10 kg sempre em casa e hoje compro 1, às vezes, 2 kg”, relatava.

No trajeto, paramos em uma região alagada pela barragem. Ele se achegava para frente do banco, deixando ereta sua coluna como se quisesse crescer, erguia as sobranceiras e arregalava os olhos. Seu interesse residia em observar os angicos⁵⁹ que se encontram pálidos próximos às margens do rio Uruguai, que depois da construção da barragem assumiu características de um lago. A cena era de uma pequena floresta que aos poucos estava sendo engolida pelo lago. “Que tristeza! A Foz não deixou arrancar e agora estão morrendo. A base daquela árvore (aponta com o indicador da mão direita) dava duas braçadas. Que coisa triste!” (Sr. José, dez., 2011). A cena é pitoresca, trágica e anunciada, porém, revela-se agora como imprevista. Inúmeras reuniões e argumentos anteriores demonstraram as vantagens da busca por fontes de energia renovável.

Presenciando a cena e a interação do Sr. José com o lugar, tornara-se evidente a dimensão do impacto. Os argumentos para a construção da usina hidroelétrica procuravam amenizar as consequências com atribuição de valor financeiro aos

⁵⁹ Também conhecido como Cambuí, é uma árvore de porte médio, considerada nativa, cuja casca apresenta uma coloração pardo-escuro e superfície lisa.

proprietários e aos municípios. Entretanto, de difícil mensuração era o choque que a cena causou ao Sr. José. “É o capitalismo. Cada vez mais vai precisar de energia para continuar o crescimento da cidade. A energia fica para a cidade e os problemas para o interior” (Sr. José, dez., 2011).

Chegamos ao final da estrada e o Sr. Arlindo, o último morador da Linha Barra do Carneiro, fechou-a com uma porteira para proteger sua propriedade e prender a criação. Dali para diante, teríamos que ir a pé, seguindo por uma estrada larga na beirada do rio. Sr. José apresentava o lugar: “ali tinha uma cancha de bocha e uma sedezinha. Nela, o padre vinha rezar missa uma vez por mês (lugar próximo às terras do Sr. Arlindo, ao lado da casa)”. Mais adiante, três pessoas pescavam lambaris e ao entardecer, a pesca ficava boa segundo os relatos dos pescadores que diziam que no sábado anterior pegaram 4 kg de lambari. Um menino estava entusiasmado com o pesqueiro e a nossa presença. O Senhor mais velho não deu muita importância. O Sr. José comentava que nunca havia pescado. “Não tem paciência. É muita coisa para fazer e de pouca serventia. Às vezes, dá peixe, mas muitas não. É muito incerto” (Sr. José, dez., 2011). Seguimos adiante. Ele mostrava a casa onde moravam seus vizinhos e dizia para onde foram. “Este (casa à esquerda) foi para Lindoia- SC e o da direita foi para Mangueirinha- PR.[...] Minha cunhada morava nesta casa. Hoje vive comigo. Ela também foi indenizada. Hoje, Felisbina mora comigo” (Sr. José, dez., 2011).

Para morar nestas condições – afirmava – era preciso ter “vontade, determinação e planejar bem o que vai fazer”. Além disso, “insumos de boa qualidade e tração animal, maquinários custam caro e de pouco uso. Bom mesmo é tração animal” (Sr. José, dez., 2011). Narrava ainda que possuía uma junta de boi muito boa. Cada boi pesava em torno de 600 kg. Certa vez, um caminhão perdeu o controle e caiu entre as árvores, em direção ao Lajeado do Carneiro.

Estava lavrando e foram me chamar. Amarrei umas correntes e chamei a junta com firmeza. Quando sentiram o peso se grudaram no chão e vieram. Eram bois muito trabalhadores, tratados a milho e mandioca (Sr. José, dez. 2011).

e suas palavras eram acompanhadas por gestos que fazia para lidar com os bois.

Ele mostrou-me onde era a roça do Sr. Arlindo e contou-me que o vizinho, a cada ano, abria novo roçado. Se em sua terra não dava, arrendava de conhecidos o que fez por vários anos para plantar milho. Ao contar as histórias sobre as roças, começamos a fazer contas sobre os a produção para dimensionar os lucros. Chegamos à conclusão

de que sua roça de milho lhe rendia uns R\$ 100,00 por mês durante o primeiro semestre. Na safrinha, um pouco menos.

Mostrava-me cada parte da terra: a antiga estrada, o plantio de milho, a mandioca e as frutas, ele também plantava frutas, principalmente, a laranja. “A Foz permitiu que somente levasse a lenha que estivesse no chão e as frutas do pé”, dizia. Hoje o mato invadiu o seu pomar. Tinha uma parte mais alta, que era o mandiocal mais velho e abaixo o mais novo. Ao se deparar com sua antiga propriedade, parecia voltar ao tempo de lida da qual deixara claro sua saudades e, ao mesmo tempo, demonstrava a lembrança do sofrimento no lugar onde viveu. “Puro perau. Dificultoso para a plantação”, relembrou.

5.3.4. O Corpo e a “Pontada”.

Próximo à morada de Sr. José ficava o Lajeado Carneiro cujo percurso rodeava a antiga propriedade. Águas com leito de rocha percorriam velozmente o caminho até o encontro com o rio Uruguai.

O som da água e o cheiro do mato deixavam clara a diferença do rio e do lago. Sr. José fala-me do tempo em que havia as primeiras discussões sobre a barragem: “[...] as pessoas que eram contra a barragem falavam que o *rio é vivo*, que no rio tem as pedras, frescor, bichos na terra e os peixes. Acredito também que o alagamento *mata o rio*.” (Sr. José, dez., 2011).⁶⁰ Tornando-se evidente a diferença entre o rio e o lago constituído a partir da barragem.

O traçado do Lajeado do Carneiro separa o distrito de Goio-Ên com o de Marechal Bormann. Dessa forma, divide usuários que pertencem ao CSF deste local dos que pertencem ao CSF Linha Cachoeira cujo ponto demarca a distribuição das equipes de saúde e de ações e serviços ofertados pelo SUS.

⁶⁰ Grifo meu.

Figura 21 - Sr. José na trilha do Lajeado Carneiro.



Fonte: Foto do pesquisador, dez., 2011.

Sr. José mostrava a trilha que seguia da sua antiga morada até o Carneiro. Do outro lado, havia uma vegetação baixa e estreita balizada a continuidade do caminho. Serpenteando morro acima, parecia indicar o caminho do céu por aonde, “muitas vezes, ia para a cidade”, dizia-me. Quando havia problema de saúde, este caminho era a melhor opção para ele e para os vizinhos. E contou-me que ha tempos uma vizinha grávida estava com problema de pontada.

Embaixo da costela assim (aponta). Fui chamado para ajudar a levar para o hospital. Arrumei a carroça, colocou uns cobertores para acomodar a gestante e segui a trilha. Brochei a junta de boi. Era 1 hora da manhã de uma quinta-feira. Noite escura, não enxergava nada. Combinei com o marido que ficasse com um lampião à frente e seguiria ele até o Lajeado do Carneiro. No Lajeado tinha um pinguela (hoje são dois cabos de aço com tábuas podres A turma ainda utiliza esta passagem- afirmam-se somente no cabo de aço. Combinei com o marido. Você atravessa o lajeado pela pinguela e fica com o lampião bem na direção do cruzo! Vou alinhar a minha junta de boi e seguir a luz. Foi bem difícil a travessia. A viagem então, nem se fala. De tempo em tempo tinha que parar. A massa da roda da carroça era de madeira. A argola era de ferro. Quando a roda batia em uma pedra do caminho então nem se fala! Aquela mulher gemia de dor a cada pouco. Chegou na barra da Chalana, estava a *pick up* esperando para levar para o hospital. Lá nasceu uma criança. As dores que sentia já eram as dores do trabalho de parto. Eles me agradecem até hoje (Sr. José, dez., 2011).

Quantos km/hora perfazem uma carroça de boi morro acima? Qual o grau de urgência e emergência que poderiam ser ativados em tal situação? O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde parecia não fazer sentido com a narrativa. O desafio do cruzo se apresentava distante da porta de entrada de um sistema de saúde. Geralmente, as mudanças e adaptações provocadas pela gestação geram ansiedades e medo para quem as vive, e imaginei as que foram acrescentadas pela experiência da vizinha de Sr. José. Resignação, dor e domínio de ansiedade. A linha de cuidado experienciada pela gestante era a linha tortuosa percorrida pela carroça com tração animal até a rede cuidadora de necessidades de saúde: o hospital regional do oeste.

Voltando à narrativa, mais tarde, quando Sr. José encontrou a família reunida perguntou em tom de brincadeira: “Esta que era a pontada?”. E todos riram muito.

5.3.5. Corpo que Dói e Anda na Vida.

Continuamos a caminhada ao redor de sua antiga propriedade. Sr. José mostrava agora onde se localizava cada vizinho e os caminhos que percorria no tempo da lida na roça. Narrava histórias e dizia os nomes e sobrenomes das pessoas e as características de cada um, até chegar à sua casa.

Aqui era minha casa. Aqui eram os arvoredos. Embaixo desta laranjeira fizemos o último aniversário de minha esposa. Tiramos fotos já pensando quando sairíamos dali. A laranjeira estava florida. Foi uma boa festa. Hoje temos a foto de recordação para ver como era. Todas estas árvores fui eu que plantei. São todas de sombra. Lá no rio era onde plantava o que comia e comercializava. No início era mais milho e feijão (Sr. José dez., 2011).

As lembranças traziam à tona as lutas e as lidas solitárias em busca da subsistência, mas ele mostrou-se orgulhoso de cada lugar, da criação dos porcos e de suas plantações. Como bom caboclo, separava as terras onde criava das que plantava. Na volta para casa, mostrou o outro lado do rio Uruguai, onde ficava o Rio Grande do Sul e comentava “lá está o município de Nonoai”, o lugar onde havia nascido. Disse-me que ajudava seu pai naquele ambiente de onde saíram quando ele estava com doze anos, vindo para a Cachoeira onde o pai não se adaptou e voltou para a sua terra. Ele, ao contrário do pai, gostou e acabou ficando. Casou-se e se estabeleceu.

Recordamos do fato da pontada em outro dia. Revíamos a história. Felisbina confirmou tudo. De outra feita, contou o que aconteceu outro dia na ida pelo mesmo cruzo. Sr. José lembrou-se de outro fato ocorrido no mesmo lugar. Pedro, seu vizinho, havia carneado um porco. Após o jantar sentiu-se muito mal. “[...] Com pouca roupa se entregou: façam o que puderem. Eu não aguento mais”, dizia Pedro. Meu cunhado achou que era congestão” (Sr. José mai., 2012). Vestiram Pedro e ataram uma vara na tela da cama e ele foi parar nas costas dos dois. Atravessaram rapidamente o rio. Um ia à frente abrindo o milharal que estava “embonecando” e os outros dois seguiam com a tela amarrada em uma vara nas costas. Em cima da tela o vizinho que parecia morto. “[...] Nós embaixo gemíamos de tanto forcejar. Pedro em cima gemendo de dor. Levamos até a Barra da Chalana. Deixamos ele no chão. De carro levaram para o hospital” (Sr. José, mai., 2012). Ao chegarem lá foram recebidos pelo médico “Isto não é congestão, diz o médico que o recebeu. É apêndice. Tá entre estoura e não estoura” (Sr. Pedro, dez., 2011). E lembrava que nem ele nem seus cunhados tinham dinheiro para pagar a cirurgia. Para conseguir o valor, retornaram até a Linha Cachoeira e venderam um boi do Sr. Pedro para pagar as despesas hospitalares. Depois disso, a cirurgia foi feita e problema foi solucionado. Quando Sr. Pedro soube da venda de seu boi, ficou brabo. “[...] O vizinho disse que se pudesse voltar, daria outro jeito. Naquele tempo era difícil. Não tinha SUS. Hoje tá muito melhor (Sr. José mai., 2012).

São muitas as histórias e memórias do lugar e das experiências vividas pelo Sr. José. E, ao contá-las, lembrava e parecia bastante saudoso do tempo em que viveu experiências que demonstravam solidariedade entre os vizinhos e os conhecidos. E, neste instante, pensei novamente no que D. Rufina havia dito: “tempo bom, é o de agora”.

5.3.6. Leite de Pedras.

A casa do Sr. Honorino foi construída em um terreno em declive, próximo à Linha Almeida. Ao lado da casa ficava o bar e armazém cujo dono dizia que “não vende bebida no balcão”. Entendo que sua fala dividia a clientela. Havia aqueles que gostam de se servir no balcão e, certamente, procuravam outros estabelecimentos.

Chovia naquela tarde enquanto o Sr. Honorino, D. Rosa, sua esposa e Joel, seu filho, estavam em torno do neto. Ele e sua esposa eram aposentados e trabalhadores rurais. Ficamos na varanda para conversarmos sobre a saúde na comunidade. Já era 17.30h quando ele me disse que poderia conversar sobre a Unidade de Saúde.

Logo que acenou com a disponibilidade para conversamos, chegou o Sr. Leo. O agrônomo da Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina-EPAGRI que estava ali para prestar assistência técnica à propriedade, pois é vinculada ao Governo do Estado por meio da Secretaria de Estado da Agricultura e da Pesca. Outro que chegara à casa, no mesmo horário, foi Carlos, o “aferidor da balança”. Duas pessoas que representavam políticas públicas e que estavam presentes ao mesmo tempo na propriedade. Recebiam a vigilância, no caso das balanças e assistência técnica, no caso da EPAGRI.

Resolvi acompanhar primeiro as atividades do Carlos, técnico do Instituto de Metrologia de Santa Catarina- INMETRO- SC. A conversa com o técnico da inspeção das balanças rendeu uma surpresa para D. Rosa, pois ele era amigo do filho dela. Entusiasmada, conversou longamente sobre parentes e pessoas da família. Conversas à parte era hora de trabalho para ambos. A tarefa dela era mostrar as balanças e acompanhar o serviço, e para o técnico, seria a verificação metrológica e a fiscalização pelo INMETRO- SC. Averiguava os erros máximos e indicava o prazo de validade. No caso das balanças do bar do Sr. Honorino, receberam a marca de verificação, válida por um ano. “O tempo voa. Entre as tarefas da casa e do estabelecimento meu dia fica pequeno. Meu trabalho na roça era mais tranquilo. Parece que rendia mais. Hoje, quando me dou conta, já é noite”, dizia-me D. Rosa.

Joel ficou envolvido toda a manhã com a piscicultura, próximo da casa de onde os peixes eram colocados em um tanque. Era hora de diminuir o número de carpas, pois já se fazia notar a falta de oxigenação da água. Para transportá-los, diminuíram a quantidade de água para que a pesca se tornasse mais fácil. E, assim, as carpas capim, as húngaras e a da cabeça grande foram depositados em uma caixa de fibra.

A tarefa era transpô-los para baldes com água limpa e, depois, para açudes novos, distantes 500 metros do local. Fiquei com o mais pesado e Sr. Leo e o Sr. Honorino caminhavam juntos comigo. Conversamos sobre a propriedade, sobre a forma de captar a água e a de distribuição. E este último relatava ter investido R\$ 3.000,00 nos açudes. Plantou capim elefante em sua margem. Este deveria ser cortado e jogado aos peixes, fazendo uma alternância com a ração. Joel perguntava ao pai em qual dos açudes deveria colocar as carpas. Sr. Honorino lhe respondia, pois sabia exatamente quantos e quais peixes possuía, em cada tanque.

Mesma situação cabia para as vacas de leite. O número de vaca, o piqueteamento – sistema de rodízio de pastagem – e horário para tirar o leite. Na propriedade do Sr. Honorino foram realizados vários investimentos: máquinas para ordenha, tanque e resfriamento. Agora era preciso investir na estrutura física, pois o local para tirar leite é muito baixo e não permite a instalação de máquinas, diminuindo o trabalho braçal. Precisava de investimentos também nas instalações elétricas para comportar o uso do equipamento. Tudo isso para “atender à normativa nº 51”, comentava Joel. No caso da propriedade do Sr. Honorino, era esta instrução normativa que regulamentava tecnicamente a coleta de leite cru e seu transporte a granel. Ele seguia comentando sobre os investimentos e receitas de seu trabalho. “[...] Atualmente, o leite é uma das principais rendas da minha propriedade. Tirando luz, remédios, ração, sobra um bom dinheiro” (Honorino, jan., 2011). Outra renda da família baseava-se no mercado. Com a saída das famílias próximas da barragem, a clientela diminuiu. Pensou muitas vezes em fechar a cada final do ano. O armazém e a diminuição do lucro faziam parte dos cálculos do processo movido contra o consórcio da Foz do Chapecó.

[...] Alguém precisa pagar pelo prejuízo causado. Meu filho, a esposa e meu neto também dependem dos lucros da propriedade. Na casa em frente, mora a minha filha mais velha, com seu esposo. Além disso, tenho uma pequena roça de mandioca e outra de milho (Honorino, jan., 2011).

A maior parte da propriedade é reservada para o pasto onde 30 vacas se revezam entre o pasto nos piquetes. Ordenhadas pela manhã em torno das 7.30h e a tarde às 17h. Uma boa parte da propriedade é constituída por mata nativa. Sr. Honorino contava que nunca calculou o percentual da propriedade que é coberta por mata, mas “se juntar tudo é muita coisa que poderia ser considerado como reserva de mata nativa”,

afirmava ele. O terreno é muito inclinado e com pedras em toda parte o que ocasionou a brincadeira dos amigos que dizem que ele “tira leite de pedra”.

Sentamos na área da entrada de sua casa e ele pediu para fazer o chimarrão. D. Rosa serviu grostoli – cueca virada – para comer. “Esta é uma receita de uma massa espichada e cortada. Invertida, as pontas são passadas pelo corte” explicava ela e dizia que agora permanecia mais em casa. Entretanto, ha bem pouco tempo “pegava junto na lida da propriedade.” Acompanhava direto o trabalho na roça.

Carpir o milho era coisa boa. De sol a sol. Tinha hora para começar, mas não para terminar. Não era o tempo do relógio. Agora que estou mais em casa o tempo passa rápido demais. Às vezes, nem percebo o tempo que passou. Por incrível que pareça penso que passou o dia e fiz muito pouco. Cuido das crianças, chega um pedindo alguma coisa no bar, atendo vendedor, faço a comida, limpo a casa e o pátio. Quando vejo se foi o dia (D. Rosa, jul., 2011).

Sr. Honorino falou-me da reunião do Conselho local de Saúde- CLS e reclamou por não ter sido chamado para a reunião que aconteceu na cidade dias atrás, para solicitar mais um dia de atendimento do médico. Na reunião, ele foi quem mais pediu para que o atendimento fosse restabelecido. Dizia que marcaram a data, mas não o avisaram. “Se acaso tivesse ido, teria dito poucas e boas”. Sr. Honorino falava com certo cuidado para não julgar os procedimentos adotados. Dizia que se participasse da reunião “[...] iria pedir o que é melhor para a comunidade”. Seus argumentos relacionam fatos do passado que indicam dificuldades no atendimento das reclamações da comunidade.

Logo depois dos comentários sobre os desdobramentos da reunião, ele passou a falar de seus problemas com um dente, comentando primeiro, um tratamento que teve com o dentista.

[...] para fazer um tratamento de limpeza dos dentes fui uma vez. Beleza! Limpeza feita. O dentista pediu se dava para vir mais uma vez. Fui na segunda vez, e novamente pediu para vir mais uma e depois de novo. Até agora ainda não foi marcada a última consulta. São sete meses (Sr. Honorino, jul., 2011).

De outra forma resolvi o meu problema. E começou a contar sua trajetória em busca de cuidados.

Esses dias... [...] Estava com uma dor terrível. Fui no dentista, fizeram um procedimento, porém a dor permanecia. Disseram que não havia como atender. Após refletir um pouco com a família, decidi ir para a cidade em busca de uma clínica que havia visto no anúncio da TV. Chegando lá,

disseram que eu não poderia ser atendido, não dispunham nem de medicamento, nem de horários para aquele momento. Disseram para tomar analgésicos e que voltasse no outro dia (Sr. Honorino, jul., 2011).

Agendados para o dia seguinte, foram saindo porta fora, Honorino e Joel. Próximos da lotação viram uma clínica odontológica e Joel decidiu entrar. “[...] Mas e a consulta que temos agendada para amanhã?”, questionava Sr. Honorino. “Não tem problema. Eles vão entender!”, respondia o Joel.

[...] Chegando lá prontamente fomos recebidos. Quem atendeu disse que realmente não tinha o que fazer. O único procedimento era arrancar o dente. “Quanto é?” Acertado o valor. Pode fazer! “Era o dente do ciso, parece que é de *difícil acesso*”, disse Seu Honorino. Mas resolvi meu problema (Sr. Honorino, jul., 2011).

Sr. Honorino gesticulava muito ao falar. Suas sobrancelhas – a esquerda mais do que a direita – subiam ao afirmar uma coisa importante. Quando falava de suas dores ou partes corporais, localiza com as mãos, apontava direções. Esfregava o polegar no indicador quando falava de dinheiro. “Agora eu me questiono”, dizia ele.

Vai saber se o dentista do posto realmente precisava tantas vezes para fazer uma limpeza completa ou dava para fazer em uma única vez? Será que ele que não percebeu o meu problema do ciso naquele momento? O problema surgiu depois? O procedimento acelerou o processo? (Honorino, jul., 2011).

Ele não sabia. A única certeza era que estava com dor e resolveu o problema.

5.3.7. Tempos D’Antes e o Olho.

Após a insistência de D. Isabel (mãe do Sr. Eudes) para visitar e ouvir as histórias do Sr. Isidoro, 96 anos, resolvi no dia 13 de maio de 2011 ir até a Linha Nossa Senhora de Lourdes, à tarde, para conversar com ele. Isidoro é pai de Alício, que trabalha com hortifrutigranjeiros em uma feira no centro de Chapecó. Alício é casado com Marlete, e moram com suas três filhas Daiane, Daniela e Dara, junto com Sr. Isidoro. Já conhecia a família. Antes desta visita havia feito três visitas na casa deles, além de virar freguês da banca da feira atendida por Alício, Marlete e suas filhas.

Sr. Isidoro é atarracado, tem cabelos grisalhos, estatura mediana. Ele usa um tapa-olho sobre o esquerdo e o que se deixa ver revela desconfiança. Direciona seu olhar meio de lado. Abaixando e levantando a cabeça, olha para os lados constantemente, parecendo impossível controlar. Seus movimentos revelam ansiedade e

convite (dissimulado) para alguém da família participar. Sem camisa, estava na área da casa. Sentamos e comecei a me apresentar. Meu cuidado era demonstrar que era conhecido de pessoas próximas a ele. De preferência deveria mostrar que eu era conhecido de seus parentes. Ao falar de D. Isabel (mãe do Sr. Eudes) da Cachoeira e de sua irmã Rosa S. percebi que a desconfiança se desfez. Seu olhar e o tom de voz acusaram sua mudança. D. Isabel era sua comadre e D. Rosa S. era a mãe de Sirlei – a ACS – que também era afilhada do Sr. Isidoro.

Conheci sua irmã havia pouco tempo. O jeito de falar identificava a certeza do parentesco próximo. Quando percebi a semelhança, imaginei que tinha encontrado traços que ligavam as pessoas. Um “r” gutural e arrastado marcava as palavras. Naquele momento, lembrei-me da etnografia como prática e experiência e da noção de corpo como *locus* da cultura de Thomas Csordas. O jeito de falar de Sr. Isidoro lembrava o paranaense associado à fala mansa mineira.

Pedi para que relatassem os tempos de início da comunidade. Disseram-me que eram tempos difíceis.

D’antes era tudo picada. A região era conhecida pelo seu erval. Quando era tempo de colheita, muitos se reuniam no Goio-Ên para a colheita. Faziam os maços de erva protegido por taquaras. Construam as balsas e jogavam as madeiras no rio em direção a Bagé- RS. Muitos gaúchos e paulistas vinham negociar produtos aqui. Para ir ao Goio-Ên o único transporte era a cavalo e em picada muito fechada (Sr. Isidoro, mai., 2011).

Ele comentava que conheceu Chapecó quando nela havia três casas: “Eu sou mais velho que Chapecó (risos)”. Neste momento, seu filho veio participar da conversa. Perguntou novamente “quem é este moço?” “É o professor”, respondeu Alício. A família dele mora na Linha Nossa Senhora de Lourdes e tem na citricultura a sua principal atividade. D. Marlete é sua esposa. Ele me contava com orgulho que “a renda do plantio de frutas e hortaliças por hectare é muito boa. No caso do pomar, não é necessário plantar o ano todo, pois é cultura perene”. Todas as terças e sábados, laranjas, limões e verduras são comercializados na feira de Chapecó.

Conversamos sobre as dificuldades de saber os limites das linhas na comunidade de Goio-Ên – onde termina a Cachoeira e onde inicia a Linha Nossa Senhora de Lourdes. Problema que aparece também no momento de afirmar o endereço. Sr. Alício contou-me que, na escritura, suas terras constavam como Linha Cachoeira e na conta de luz também. Depois de muita luta, alguns mapas traziam a Linha Nossa

Senhora de Lourdes. “Hoje somos em poucos moradores. Com a nucleação dos estudantes das escolas públicas municipais, o prédio onde ocorriam as aulas foi abandonado. Hoje o prédio serve para reuniões com órgãos da prefeitura e para o padre rezar a missa de vez em quando”, dizia Alício.

Sr. Isidoro narrou outro fato interessante que diz respeito ao nome da linha na qual havia sido atribuído pela cachoeira que se localiza em Nonoai- RS. Em frente ao cemitério se avistava cachoeira e se podia ouvir o barulho da “mundeira de água”. Havia lido que impuseram ao nome da Linha Cachoeira a semelhança do som do vento nos pinheiros, que foram identificados como uma cachoeira. A história contada pelo Sr. Isidoro naquele momento era outra.

Sr. Isidoro vendia porcos por cabeça e mais ou menos pelo tamanho. Negociava o milho que plantava com Sr. Otaviano (pai do Sr. Eudes) e com os proprietários de serraria. Naquele tempo, os bois das carroças que puxavam lenha eram tratados somente com milho e eram fortes e resistentes ao trabalho pesado da região montanhosa e de difícil acesso.

Ele permanecia um tempo em silêncio, observando o céu e as árvores. Logo entrava na casa sem dizer nada e voltava vestindo uma camisa. Seu conhecimento sobre a natureza fez com que adotasse cuidados: “[...] Não posso me descuidar, esta aragem (provocada pela chuva) é terrível. Esta mudança no tempo me deixa gripado”, dizia. Logo começava a chover: da garoa fraca à chuva intensa. Sr. Isidoro contava que tinha problemas com o frio. Buscava abrigo com qualquer vento estranho. Outro fator era a dificuldade de obter sol (a casa era cercada por muitas árvores). Caminhava somente acompanhado e fazia pouca atividade.

Limitada também era sua audição e por isso tive que falar alto e próximo ao seu ouvido. Embaixo do tapa-olho escondia-se um curativo. D. Isabel havia dito que “Sr. Isidoro tem câncer. Ele vive bem hoje porque não sabe direito que doença tem” (D. Isabel, jan., 2011).

“Sr. Isidoro não ia ao médico, de jeito nenhum.”, afirmava D. Marlete. “No início criava casquinha, berruga, parecia um cravo. Não aceitava o curativo. Arrancava e mexia no olho. Nos tempos de agora, estava mais acostumado com a situação”, complementava ela. Despedi-me e saí daquele encontro com o pensamento fixo no olho e na história de Sr. Isidoro.

5.3.8. Entre o Olho e o Olhar.

Sr. Isidoro tem câncer no olho. Bom de machado, certo dia uma lasca de angico saltou em direção a seu rosto, disse atribuía o começo de sua enfermidade. Referencia a sua doença como uma “[...] ferida que não sara nunca”. No início da doença, era acanhamento e angústia.

Para D. Marlete “hoje se comparar, está mais conformado. O curativo estava bem sequinho e com boa cicatrização”, explicava ela. “Hoje está feio”, dizia D. Marlete. A infecção e o sangramento eram atribuídos à unha do Sr. Isidoro. “Sempre mexe no olho”. Não aceitava o medicamento, pois atribuía a este a formação de uma “água na ferida”, complementava.

Sr. Alcício e D. Marlete estavam apreensivos com a evolução da doença. Já tinham percorridos vários caminhos para o tratamento. Ela contava que conhecidos ensinaram a tomar a casca da uvaia. E que tomou o chá por muito tempo.

Tinha ínguas e sentia muita dor. Ele dizia que doía a cabeça. Dr. João deu um remédio que era para 6 horas de efeito. Durava 3 horas e meia a 4 h. Paracetamol com codeína. Era remédio controlado. Tinha que pegar na cidade. Certa vez estava com a ficha 300 e pouco e estavam chamando a 160. Fiquei um pouco na espera. Fui na feira. Voltava. E assim, ia. Depois foi só a base de morfina. Aqui na Cachoeira fizeram de tudo. Um especialista é difícil. O Dr. João fez a parte dele. O encaminhamento para a raspagem. Em três meses ainda não haviam marcado (D. Marlete, mai., 2011).

No dia 16 de junho de 2011 acompanhei o Dr. João em uma visita domiciliar ao Sr. Isidoro lhe cumprimentava perguntando “como vai este homem?” Sr. Isidoro respondeu “homem eu já fui. Agora é sou só este esboço de gente.” E ria muito com sua anedota (risos geral). Além do médico, a visita domiciliar foi acompanhada por Sirlei e pela enfermeira Ivânia, coordenadora do CSF- Linha Cachoeira.

Dr. João examinava e pedia para olhar a ferida (confesso que não é uma tarefa agradável). De uns dois meses para cá, a ferida começou a cheirar mal, dizia D. Marlete. O médico observava o paciente e, em seu *smartphone*, buscava as fotos anteriores para comparar com estado atual. Seu objetivo era observar a evolução da visita anterior, feita dois meses atrás. Por meio da sequência das fotografias, comparava e acompanhava a evolução do caso de Sr. Isidoro. Verificava a pressão e fazia a ausculta do pulmão além de fazer um teste para verificar o estado geral. Pedia para ele levantar da cadeira e ir até a pia para tocá-la e voltar. “Não precisa se afobar Seu Isidoro”, dizia o médico. Ele se levantou com certa facilidade e cumpria o trajeto com pouca dificuldade, demonstrando

certo encurvamento da coluna, e o vagar próprio da idade no caminhar. O médico observava o abscesso no pescoço do Sr. Isidoro e D. Marlete dizia que os caroços no pescoço eram recentes. Já havia percebido outras vezes, eles cresceram muito, dizia. “[...] Eles crescem e caminham pelo pescoço. Não tem lugar definido”, ressaltava.

Após o exame clínico, o médico indicava a raspagem da ferida, que deveria ser realizada por um profissional especializado. Prescreveu mudança na medicação e demonstrava como proceder com o curativo. A visita encerrava com uma conversa geral sobre o estado de saúde da família.

Um mês depois da visita ao Sr. Isidoro, recebi a notícia do seu falecimento. Os ritos fúnebres tinham sido realizados cinco dias atrás. Depois do ocorrido, continuei conversando com a família dele várias vezes na feira-livre, em Chapecó. Sr. Isidoro era uma pessoa muito admirada por todos que conhecem a história da Cachoeira. Sua trajetória de vida e a dedicação ao trabalho fizeram com que fosse querido por todos e sua idade revelava a memória do processo de transformação da vida da comunidade. Entre um freguês e outro (na feira-livre), D. Marlete explicava suas dificuldades para resolver também os seus próprios problemas de saúde.

A evolução dessa doença vai ficando cada vez mais caro e o tratamento não chega na mão de quem precisa de atendimento. No meu caso tive um problema em meu braço e fui fazer raio-x. Não apareceu nada no diagnóstico. A dor persistia. Pediram ultrassom e lá se foram 8 meses de agendamento. Quando veio a solicitação minhas dores eram outras. E quando veio, estava marcado no exame que era de alto custo. Um ultrassom? Hoje já é um exame comum (D. Marlete, set., 2011).

Em 2012 voltei à casa do Sr. Alício e D. Marlete e conversamos sobre a história de vida do Sr. Isidoro. Os seus “causos” tinham um “sistema” e ela contou-me que:

quando Sr. Isidoro contava causos tinha que parar o que estava fazendo. Ele chamava de ‘causos de d’antes’. Certo dia Tereza, uma auxiliar dos serviços da casa, varria o pátio. Sr. Isidoro começou a contar um causo. [...] Sr. Isidoro ficou bravo. ‘Olha D. Tereza, aqui em casa eu tenho um sistema. Quando eu conto um causo todos param para ouvir’ (D. Marlete, set., 2012).

Ela ouvia todos os causos. Muitas vezes, parava de fazer tudo o que estava fazendo para ouvi-lo.

Eu sofria muito. Na maioria das vezes era eu quem cuidava. Cozinhava de maneira que agradasse o gosto dele. Limpava e arrumava as coisas dele no

quarto. De manhã tinha que fazer o curativo. A ferida tinha um aspecto nada agradável e, às vezes, caía uns pedaços. Eu cuidava para ele não colocar as unhas na ferida. Ele cuidava para ver se eu não estava olhando para coçar a ferida; acompanhei tudo (D. Marlete, set., 2012).

Ela assumiu a função de cuidadora e fazia os curativos e era responsável pelos remédios, por isso contava com propriedade sobre os cuidados dispensados por ela ao Sr. Isidoro e as idas e vindas à Florianópolis para o tratamento do sogro. E contou-me que o

Sr. Isidoro estava com 79 anos quando iniciou este processo de diagnosticar e lidar com a doença. Depois de cinco anos precisou fazer tratamento com radioterapia. Isto porque era por fora do corpo. Só precisava aplicar no local atingido pela doença. Sr. Isidoro ficou 50 dias em Florianópolis. Iniciava o tratamento e tinha que parar. A máquina quebrava. Diante de tantas idas e vindas ele não se incomodava de viajar. No início ficava meio perdido; depois fez amizades. Pessoas que ficavam no mesmo quarto, com situação parecida, animavam-no. Naquela época ele fumava. Usava uma área do hospital para fumantes. A única coisa que reclamava era da comida; dizia que era sem sal. Aprendeu com as outras pessoas que poderia colocar por cima, depois de pronta; mas ele não colocava de jeito nenhum. Não comia direito. Após 5 anos do tratamento estava bom. O médico disse que não iria voltar. Depois de um tempo, de uma hora para outra, voltou. Novamente corremos atrás. Papéis, exames para cirurgia do olho. Estava tudo certo. Pressão, colesterol e outros. No raio-x, parou tudo. Tinha insuficiência pulmonar. O risco era grande. O médico disse que 99% de chance de ficar na mesa. Conversamos muito. Conversamos com a equipe de saúde. Como não doía e nem coçava resolvemos cuidar dele em casa (D. Marlete, set., 2012).

Neste processo, perdeu a visão do olho esquerdo, e crescia a cada dia um tecido canceroso em torno de seu olho. Isto lhe incomodava muito, vivia inconformado com o tapa-olho. Afinal de contas com o tapa-olho Sr. Isidoro tapava um dos “espelhos da alma” e com este objeto parece que ele sentia que estava escondendo mais do que um olho, sentindo-se incomodado desde o início. “[...] Relutava em usá-lo, queria viver com a cara limpa... mas as moscas, os medicamentos e o mau cheiro obrigaram a colocação do objeto indesejado. Ele sentia-se constrangido com a sua condição”, confessava Alício.

D. Marlete ressaltava que um dos casos contados por Sr. Isidoro era um referente à sua infância quando recebeu a visita de Jesus. Muitos que ouviram a história atribuíam a este fato o exemplo de vida que ele deixou para todos. Ele era uma pessoa muito boa e nunca teve intriga com ninguém. Nos últimos dias de vida, não a perdia de vista. Estava no hospital e tinha medo de cair da cama. Ela relatava os últimos dias dele, ainda no hospital quando ele a chamou e disse: “quero te fazer uma pergunta. Não podes

mentir para mim, você promete?” e ela concordava. E o Sr. Isidoro perguntava-lha: “[...] Eu vou sarar?” E ela não dizia nada.

Eu vou contar uma coisa e quero que você me escute bem. D’antes era difícil de prosear com Jesus. Porque tinha que ir até lá. Hoje é mais fácil. Agora se diz que ele está, onde estamos, [...] Será que eu vou conseguir prosiá com Ele? (Sr. Isidoro, set., 2012).

E ela lhe acalmava: “Feche os olhos, fique tranquilo! O vô está neste lugar com tudo o que precisa, tem pessoas preparadas para cuidar do Senhor. Proseia com Ele”. Naquela noite D. Marlete lembrava que o Sr. Isidoro dormiu a noite toda mais um pedaço da manhã. Havia tempo que não dormia daquele jeito. “[...] 9h entrei no quarto. Fui perto da cama e percebi que ele estava ansioso para falar comigo” (D. Marlete, set., 2012). “Eu vou te contar uma coisa: prosiei com Jesus. Pedi para que ele tirasse esta dor nos meus olhos. Ele me respondeu que não vou mais sofrer [...] Você não vai me deixar passar por mentiroso, vai? Você estava do meu lado quando prosiava com Jesus” (Sr. Isidoro, set., 2012).

D. Marlete contava também que naquele dia as ínguas tinham sumido. “Naqueles dias ele não conseguia nem dormir daquele lado. Naquele dia dormiu com o rosto dos dois lados”. Sr. Isidoro contou que Jesus havia dito como seria a vida dele depois. “Não seriam mais a “Silei” (Sirlei) e nem você que iriam me cuidar” (D. Marlete, set., 2012).

Ele contou a mesma história para todos os que foram visitá-lo no hospital. Em casa variavam as palavras e foi mais um mês sem dormir. Na quarta dormiu a noite toda. “Na noite que faleceu foi triste. Ele dizia que estava saindo água. A ferida foi afundando. Emendou um olho no outro”, finalizava D. Marlete com muita tristeza.

5.3.9. O Ouvido da Vizinha.

Logo após a consulta do Sr. Isidoro (ocorrida no dia 16 de junho de 2011) o Dr. João examinou Dara, a filha mais nova de D. Marlete. Entre risos e, poucas falas, disseram que ela havia estado febril e com dores na garganta. O médico só consultou por consideração ao Sr. Isidoro. “Por mais que conheço você, é preciso vir acompanhado do prontuário” dizia ele. Perguntava sobre o quadro: o dia que começava, o que sentia e quais os medicamentos que estava tomando. Examinava a garganta e detectava uma infecção. Em seguida, solicitou que ela fosse ao CSF para fazer novos exames e, preencher o prontuário, além de pedir que passasse na UBS para pegar o medicamento.

A consulta não programada fez-me lembrar de um fato semelhante acontecido com a vizinha de Sr. Olmiro e que havia sido agendado para visita domiciliar na Linha Almeida. A vizinha, D. Helena, 37 anos, se dirigiu até a casa e solicitou uma consulta com o médico. Dizia que trabalhava com faxinas e era diarista. Não tinha tempo para consulta e há dias estava com problemas no ouvido. “Estou surda que só”, comentava a usuária. O médico relutava em atendê-la. “Eu passo um atestado e você vai até o posto na segunda-feira. Aqui não é o consultório. Não tenho o material necessário nem o prontuário”. A paciente argumentava que estava de posse do prontuário. Por sorte (do médico ou da paciente) o otoscópio também estava na maleta.

Helena insistia e ia prestando o seu histórico. “Em uma semana não resolveu. Eu tento coçar com o dedo ou o cotonete e cada vez fico mais doída”. Em sua ansiedade, buscava ser o mais objetiva possível. Revelava mais tarde que só queria um remédio. “As farmácias agora exigem a prescrição médicas dos medicamentos. Preciso da indicação sua”, comentava. O otorrino havia receitado um anti-inflamatório da última vez. Tomou por dois dias e deixou o tratamento, pois havia ficado boa. Agora voltava e afirmava que necessitava de remédios. Menos o do posto. “O remédio do posto é fraco para meu problema (terceira vez que ouvia esta expressão para diferentes problemas de saúde). Pode passar o remédio de farmácia que eu compro”, dizia.

Suas experiências anteriores conduziam para o fechamento de um autodiagnóstico, ainda faltando o exame físico. O médico solicitava que tivesse calma. O relato era de dor, com coceira e secreção configurando um sintoma clássico de uma otite. “É preciso examinar o canal do ouvido. Sua audição está boa?”, perguntava Dr.

João. “[...] parece que o ouvido está tapado. Diminuiu minha audição”, respondia D. Helena.

O médico aproximava o otoscópio – instrumento para ampliar a visão do médico – do ouvido de D. Helena. Tal instrumento possui uma lente de aumento e uma lâmpada e sua luz ilumina o canal e a lente dá um aumento de cerca de seis vezes. O objetivo do médico era verificar se as condições do canal auditivo e da membrana do tímpano estavam alteradas por infecções ou outras doenças. Suas suspeitas se confirmavam naquele momento:

tudo leva a crer que o quadro é de uma otite. Você iniciou o tratamento com os medicamentos e melhorou. Porém, por não ter finalizado, parece que o mesmo problema voltou. Para o tratamento depois eu preciso de uma consulta mais ampliada no posto de saúde. Por enquanto você pode aquecer água e deixar em uma garrafa pet de 300 ml. Deve encostar a garrafa no ouvido, com um pano para não queimar a pele. O calor vai ajudar a acalmar a dor. Este tratamento não vai resolver. Vai precisar voltar para examinar novamente e acompanhar. Este não é um atendimento habitual [...] Daqui a pouco os demais usuários estarão fazendo filas nas casas das pessoas durante as visitas domiciliares (Dr. João, jan., 2011).

O médico acreditava que a solicitação da visita domiciliar naquela casa estava relacionada com a necessidade da consulta de D. Helena. No entanto, ele refletiu sobre a consulta daquela mulher:

tento chamar a atenção para os procedimentos e a forma como os serviços estão organizados. Entretanto, tal quadro assinala a necessidade de atendimento. Sei das dificuldades que cada usuário desta unidade de saúde passa, e, por isso, atendo. Muitos colegas meus seriam grosseiros com pedidos semelhantes (Dr. João, jan., 2011).

Esta experiência me fez perceber os preceitos da ESF e a realidade – sua condição de modo operacional da Atenção Básica – a porta de entrada dos usuários com suas necessidades de saúde. O processo de trabalho do CSF- Linha Cachoeira em sua relação com os acordos e as realidades, as funções do médico generalista e a necessidade de especialidades, entre outras. Neste caso, como seria dispor da presença de um otorrinolaringologista? Qual seria o itinerário terapêutico de D. Helena. Penso no crescimento tecnológico da otorrinolaringologia, na dor daquela mulher, no valor que ela atribuía ao trabalho. Considerando tais elementos, vale lembrar a relevância da assistência domiciliar como provisão de serviços em busca da restauração e manutenção do conforto das pessoas (usuárias). O sintoma referente ao ouvido de Helena parecia

requerer reconhecimento pelo sofrimento, cuidados. Cuidados promovidos por D. Helena e pela ESF.

5.4. O Corpo na Saúde e na Doença.

As narrativas das experiências vividas pelas famílias do Sr. José, do Sr. Honorino e do Sr. Isidoro retratam realidades vivenciadas por vários dos usuários das ações e dos serviços de saúde e auxiliam na apreensão da perspectiva do corpo. As experiências evidenciam a busca de cuidados em relação às necessidades de saúde que fazem parte da rotina dos usuários do CSF- Linha Cachoeira. Nas experiências com as três famílias, o atendimento das necessidades de saúde ficava na dependência do lugar e do tempo que as pessoas tinham e, da forma como cada um apreende conhecimentos e desenvolve competências para lidar com situações do processo saúde-doença. Com as experiências descritas a perspectiva do corpo se manifestou como modos de ser e estar no mundo vivido. Tais modos são as formas pelas quais as experiências compartilhadas tornam-se corpo, isto é, tornam-se unidade que expressa a relação entre o fisiológico, emocional e o contexto social (Mauss, 1979). Assim, pode ser concebido como um *locus* que condensa a cultura e se abre para um horizonte de sentidos no qual o usuário pode constituir o início de um processo de estratégias de saúde.

Essa maneira de compreender o corpo é fruto das experiências vividas com estas famílias em campo. O Lajeado Carneiro, a pinguela, o olho, o tapa-olho e o olhar de Sr. Isidoro estão presentes em minha memória. Outro elemento a ser destacado foi a maneira como o Sr. Isidoro incorporou as experiências com seu processo de saúde-doença e as traduziu por meio de sua postura, do seu olhar, do seu comportamento e de sua atitude frente às pessoas que conviviam com ele.

As dores descritas pelas famílias quebram o silêncio dos órgãos a partir de mecanismos anatômicos e fisiológicos e foram apresentadas por experiências tônicas, emocionais e expressivas. As experiências demonstraram que as dores marcam o lugar e o tempo (qual a velocidade de uma junta de boi morro acima? Certamente é diferente para quem dirige a junta de boi, bem como para o marido que iluminava o caminho e para quem estava ali envolta por cobertores, deitada na carroça e sentindo cada solavanco a configuração da dor era outra.). Ela se impõe de maneira subjetiva, real e

potencialmente requer cuidados e serviços de saúde mais ou menos urgentes. Seguramente, as experiências apresentadas marcam as necessidades de saúde de uma comunidade específica e, assinalam peculiaridades e diferenças entre o usuário rural e o urbano.

Na dimensão simbólica do corpo, as dores entranham-se na carne e são codificadas pelos sujeitos por meio de suas experiências atreladas ao contexto social e cultural. Apesar de particular, as referências para o sentimento que a envolve são construídos pelo aspecto social. Mais que meras manifestações, “[...] são sinais de expressões entendidas” (Mauss, 1979, p.153). Se em outros momentos o corpo é compreendido pelos usuários como multifacetado e, separado em partes, no momento das experiências com a dor, fica evidente a inteireza do sujeito.

O compartilhamento de suas experiências denota que o processo de saúde-doença leva as pessoas a modificar sonhos, reorganizar o tempo e projetar novos modos de viver. Expressões como “é uma dor que dói na alma” (que D. Rufina utilizou ao descrever suas dores) e “dói até os pensamentos” (quando Sr. Honorino se referia a dor de dente) traduzem a descrição do corpo como *locus* de aspectos subjetivos e objetivos. O modo particular de quem experimenta a dor expressa a unificação das partes no gemido, na expressão facial e nos procedimentos realizados para atender suas necessidades. A experiência da pontada vivenciada pela vizinha grávida do Sr. José é um exemplo do organismo resistente que domina funções fisiológicas, condicionadas ao tempo disponível e ao espaço vivido. Nesse caso, imaginei a equipe decidindo “entre o parto e o analgésico”. No caso da “outra pedra”, concebi a explicação do médico sobre a vesícula, sua função e os cálculos biliares.

Além da dor, outro fenômeno relevante diz respeito às narrativas das atividades desempenhadas e a contínua preocupação com o tempo, apresentadas pelo Sr. Honorino e pelos demais usuários. Nas reuniões do Conselho e nas experiências nas salas de espera dos consultórios visitados, ele estava sempre ansioso com o tempo de espera, pois não tinha leite para tirar, não tinha peixe para alimentar, não tinha freguês para atender, relatava que “[...] estamos aqui de prosa e lá em casa tenho muita coisa para fazer” (Honorino, out., 2011). Esta angústia estava presente em vários eventos promovidos pelas ações e os serviços do CSF- Linha Cachoeira. Sempre havia essa lembrança das atividades que estavam sendo deixadas de lado na medida em que eles estavam participando e/ou buscando os cuidados referentes à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do texto trabalhei com as experiências dos usuários das ações e dos serviços do CSF- Linha Cachoeira considerando uma perspectiva descritiva e tentando afastar as inferências pessoais sobre os fatos narrados e aqueles por mim vivenciados.

Ao realizar a pesquisa de campo junto aos usuários do Centro de Saúde da Família, no município de Chapecó- SC busquei compreender a questão do corpo por meio das experiências compartilhadas destas pessoas. O intuito foi observar tais usuários diante do atendimento realizado pela Estratégia de Saúde da Família e de seus atos, gestos e desejos produzidos em atividades rotineiras e nas tarefas usuais.

Assim, ao longo do texto apresentei a dimensão corporificada de meus interlocutores em sua interação com o mundo cultural e vivido. E, assim, ao estudar, por exemplo, os elementos históricos e geográficos da região de Chapecó o intuito foi tornar evidente e relacionar a metodologia com as experiências vivenciadas em campo. A etnografia desenvolvida permitiu perceber a distinção metodológica entre a descrição do que vivenciava (o que realizei ao fim e ao cabo) e a tendência inicial para analisar as experiências, baseado nos elementos históricos que havia apresentado. Entre as mudanças que ocorreram no estudo (objetivos, título, sequências dos capítulos) e o propósito de ser o mais fiel possível à metodologia adotada, busquei captar como cada um dos meus interlocutores estava implicado com o mundo ao seu redor. Considerando esta perspectiva, os elementos da história do oeste de Santa Catarina auxiliaram a situar tais interlocutores em um contexto cultural. Além disso, apresentar um pouco da conjunção geográfica, histórica e cultural do grupo estudado foi importante para contemplar o objetivo do estudo proposto.

A escolha da etnografia como perspectiva metodológica permitiu uma contribuição no sentido de apreender a questão do corpo e da corporeidade, sendo a mais adequada para entender as experiências dos usuários. Dessa forma, as experiências observadas e descritas são uma estrutura organizada pelas vivências de processos contínuos de interações do pesquisador com os sujeitos envolvidos no estudo.

A etnografia com usuários da ESF e suas experiências permitiram documentar vários acontecimentos interessantes em torno da natureza do vínculo entre as estratégias institucionais aspiradas por princípios e diretrizes do SUS e seus destinatários. Tais acontecimentos apresentam uma relação com confiança, de risco, de visibilidade, de

disponibilidade, de conhecimento, de alteridade além de interesse na conexão entre forças com um viés racionalizador (de certa forma, biomédico) e o mundo local vivido.

Houve ao longo da pesquisa uma disposição para viver uma experiência pessoal, junto com os moradores daquele município. Descrevi as experiências vivenciadas do ponto de vista das pessoas que eram atendidas pelos grupos que praticaram as ações. E, neste sentido, a metodologia selecionada proporcionou uma relação de análise daquilo que foi descrito no caderno de campo: a realidade provisória de experiências que compartilhei com os usuários do CSF- Linha Cachoeira. Enfim, situei, observei, descrevi elaborando o trabalho de campo. Surgiram perguntas, questionamentos, dúvidas sobre o próprio objeto de estudo que só foi possível responder e reestruturar a partir dos encontros com os meus interlocutores e no tempo de amadurecimento de cada fala.

Nestes caminhos, percebi que as ciências da saúde estão marcadas por um pensamento retroprojetivo, que determina e supõe uma objetividade de pretensa perfeição e previsibilidade dos acontecimentos. Todavia, o que pude notar por meio das andanças em campo foram histórias e projeções de futuro em harmonia com o que cada usuário vivenciava. Testemunhei saberes próprios de cada pessoa, orientados por uma compreensão intuitiva da vida cotidiana e suas dificuldades, os quais este estudo se aproximava de uma categoria para a compreensão do mundo do usuário: o corpo.

Apesar de serem apresentados aspectos comuns das ciências sociais para abordar a dimensão da saúde, o estudo demonstrou coerência com o referencial teórico adotado e considerado convergente com pressupostos de correntes filosóficas e metodológicas. Para observar e descrever as experiências compartilhadas pelos meus interlocutores, o paradigma fenomenológico cultural foi fundamental. De acordo com Csordas (2008), o paradigma traz a promessa de informar a análise da cultura e do sujeito para muito além do objeto de estudo. A forma como aprendi a me situar em campo, ao abordar o usuário e os profissionais da equipe, as informações que foram descritas no mapa informativo da vida na área de abrangência do CSF- Linha Cachoeira e a forma de perceber o que poderia narrar foram guiados por este paradigma articulados ao método etnográfico.

Partindo da teoria utilizada e das observações em campo, apresentei as performances dos usuários e suas necessidades em relação à questão da saúde e as experiências compartilhadas pelos eles em meio às ações e aos serviços do CSF- Linha Cachoeira.

As performances dos usuários permitiram entender a forma de narrar os contornos de como as pessoas escapam de sua condição de usuárias quando desempenham diferentes atividades na comunidade. Apresentei lugares, pessoas e causos, como, por exemplo, o bar do Sr. Eudes que funcionava como um lugar de sociabilidade e de muita aprendizagem. A partir deste lugar foi possível descrever a história de vida de vários dos usuários e sua relação com as atividades desempenhadas na atualidade, além de compreender a maneira como estas pessoas organizam suas vidas nas Linhas próximas à Cachoeira.

Buscando perceber as várias dimensões da vida destes usuários participei e observei as atividades de lazer que considerei peculiares daquela comunidade, a saber, as envolvidas em uma corrida de cavalos em cancha reta e a matinê. Estes elementos, tais como os jogos de baralho, as corridas de cavalo, a roda de chimarrão, a cultura da mandioca entre outros, foram eventos que ocorriam durante os finais de semana e, outros que fazem parte do cotidiano e que podem ser considerados característicos para descrever o usuário que se reúne em comunidade para contar suas histórias, cultivar suas tradições e desempenhar papéis sociais relevantes. Além disso, podem representar o componente simbólico que subjaz nas relações entre os sujeitos daquela comunidade.

Ao descrever as experiências, o princípio do compartilhamento nos ambientes pesquisados foi mediado pelo lúdico, pela tradição e pela autonomia na forma de manifestar interesse nas atividades desenvolvidas, sendo que seu ponto de chegada geralmente era subjetivo, influenciado por modos, escolhas e estilos de viver próprios daquela cultura. Ao pensar as experiências em relação às atividades de grupos, promovidas pela equipe de saúde do CSF- Linha Cachoeira, e também em parceria com Pastoral da Criança da Igreja Católica, além daquelas desenvolvidas pela FASC do município de Chapecó- SC, evidenciam os grupos de pessoas que são formadas para implementar processos de fabricação (de corpo) de comportamentos por meio de processos pedagógicos implementados por políticas sociais, articulados (ou, não) em um território delimitado.

Neste sentido, os grupos de pessoas foram instituídos sob uma condição específica, a saber: usuário do CSF, diabéticos, crianças e idosos. Isso revelou as maneiras como os sujeitos pesquisadas podem ser diferenciados dos demais e como os objetivos da constituição dos grupos balizam o comportamento das pessoas de forma condizente com esta diferença. Outrossim, a constituição dos grupos que se reúnem para participar de atividades promovidas pelas políticas sociais expressam um paradoxo da

relação sujeito, corpo e sua situação e pode ser uma maneira para analisar a cultura e o próprio sujeito. O modo como os usuários participaram da reunião de idosos, do conselho local de saúde, ou de diabéticos são específicas do CSF- Linha Cachoeira. São determinadas pelos modos específicos que incorporaram as diversas interações que tiveram com as políticas públicas. Em todas elas havia um ato pedagógico que buscava ordenar os modos de viver, treinar as performances, sendo o corpo o lugar para onde se dirigíamos processos metodológicos. Jeitos, modos, maneiras ou metodologias que buscam a mudança de comportamentos.

A Estratégia de Saúde da Família faz parte das políticas territoriais que buscam melhorar a eficácia da gestão e promover ações e serviços de acordo com necessidades sociais. Foi possível observar as influências destas políticas durante os estudos realizados para a apresentação dos recortes territoriais da região de Chapecó, os grupos étnicos e o panorama rural onde foram descritas as experiências dos usuários do CSF- Linha Cachoeira. Ficou evidente que as diretrizes e as metodologias da ESF induzem a conformação de ações e serviços que identificam a clínica, a atenção e a gestão, de necessidades biossociais para a vida, relacionadas com um processo de saúde-doença para usuários que vivem em um território delimitado. A equipe de saúde atua com procedimentos que, muitas vezes, segmentam, subdividem e classificam grupos por critérios de risco (em sua maioria por vulnerabilidade e patologias) e ciclo de vida (crianças, idosos), que estão relacionadas às condições sociais disponíveis para indivíduo e coletividade. Estes procedimentos são transformados de forma permanente, instigados por processos culturais, pedagógicos e normativos sobre o lugar vivido (na relação entre profissionais de saúde e usuários). Constituída desta forma a equipe de saúde utiliza-se de abordagens marcadas pela educação em saúde e a busca de sinais e sintomas que são manifestadas (pelas) nas pessoas em seus modos de viver (corpos).

As ações e os serviços do CSF- Linha Cachoeira representou para os usuários, um conjunto de forças que buscam deslocar a centralidade da figura – do médico, da doença, do medicamento e do hospital – para um modelo de atenção à saúde que cultive o vínculo e a responsabilização pelo usuário inserido no contexto da família. Os usuários referem, constantemente, o atendimento e o interesse pelos problemas enfrentados demonstrados pela equipe de saúde. Assim, as ações e os serviços de saúde do CSF- Linha Cachoeira podem ser entendidos enquanto um modelo de saúde que considera os sinais e sintomas unificados aos modos de vida dos usuários e da família para diagnosticar o estado no qual o usuário se encontra e produzir um projeto

terapêutico compartilhado. Um projeto terapêutico que considere o corpo vivo e relacional, que pode ser apreendido a partir do horizonte de estratégias que produzem os modos pelos quais as experiências compartilhadas se manifestam no mundo vivido do usuário das ações e dos serviços do CSF- Linha Cachoeira.

A compreensão de corpo evidencia um processo ambíguo de transformação contínua entre lugar e condição existencial das performances próprias da cultura e da agência dos modos de viver o cotidiano. O corpo é fabricado de forma mutante em cada uma das experiências compartilhadas (escolhas, interação com procedimentos, educação e informação) e promovem (ou buscam promover) a adoção de estilos de viver como uma perspectiva, ou horizonte situacional do sujeito e da comunidade. Desta forma, estes estilos e os modos de viver (corpo) podem ser incluídos nos procedimentos, no processo assistencial, formativo e informacional próprio das ações e serviços de saúde. Atuar, sentir e refletir sobre as normas que orientam as performances que são incorporadas pelos usuários podem fazer parte das ações dos profissionais da ESF, tanto as performances de conformidade (mudança de comportamento) quanto às de resistência aos procedimentos que são prescritos.

A equipe de saúde do CSF- Linha Cachoeira corroborou a perspectiva pedagógica da ESF, podendo ser compreendida como uma das formas de fabricação ou construção social do corpo. As experiências compartilhadas com os usuários estão relacionadas com o processo de construção do conhecimento, sendo que esse só passa a ser visível (reconhecido) quando os usuários exploraram a diversidade de possibilidades de apreendê-los e lhes atribuíram um sentido.

Por meio dos relatos das experiências, ficou flagrante a demonstração de que os eventos de sofrimento (dores) marcam lugares e transformam os modos de resistir e lidar com a vida e com o tempo. As experiências narradas no contexto rural requerem ações específicas na forma de atender as necessidades de saúde de um “corpo de usuários”, e exigem e assinalam peculiaridades e diferenças entre usuário rural e urbano. As ações e serviços da ESF não devem desconsiderar este fator. Para que haja um atendimento de qualidade é imperioso lidar com a realidade vivida destas pessoas, portanto, é urgente uma discussão dessas políticas para comunidades mais distantes dos centros urbanos. As necessidades destes usuários em relação a sua saúde demonstram uma comunidade que utiliza a estratégia de organização institucionalizada – do CSF –, entretanto, existem particularidades que devem ser levadas em consideração.

As experiências compartilhadas com os usuários demonstraram um conjunto de relações que os sujeitos estabelecem entre si, e são distantes, muitas vezes, da objetividade de procedimentos técnicos. Em linhas gerais, a abordagem adotada nesta tese foi marcada pelo encadeamento das experiências compartilhadas com os interlocutores. O corpo e as experiências dos usuários podem ser compreendidos dentro de um horizonte para entender o usuário de forma mais ampla, podendo constituir critérios para atuação profissional – quando necessário – e propiciar condições para que eles se sintam livres para contar o que aprenderam sobre as suas próprias vivências e apontarem soluções conjuntas para suas necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, C.; OLIVEIRA, C. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Revista Millenium**. Portugal, jan. 2002. Disponível em: <[HTTP://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm](http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm)>. Acesso em: 15 jun. 2011.

A INCRÍVEL máquina. Disponível em: <<http://ebmascendina.blogspot.com/feeds/posts/default>>. Acesso em: 24 jun.2010.

ALMEIDA, Miguel Vale de. Corpo presente: antropologia do corpo e da incorporação. In: _____. **Corpo presente: treze reflexões antropológicas sobre o corpo**. Oeiras: Celta, 1996.

_____. O corpo na teoria antropológica. **Revista de Comunicação e Linguagens**. Lisboa, n. 3, p. 49-66, 2004. Disponível em: < <http://site.miguelvaledalmeida.net/wp-content/uploads/o-corpo-na-teoria-antropologica.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2009.

ANGROSINO, M.; FLICK, U. (Coords.). **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Ed. Unesp/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

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

BELLANI, E. M. Balsas e balseiros no rio uruguai. In: **Cadernos do CEOM**. CEOM 20: anos de memória e história no oeste de Santa Catarina. Edição comemorativa, n. 23, pp. 73-97, 2006.

I CORINTÍOS. In: **BÍBLIA Sagrada**. Com orientações de saúde física, emocional e espiritual. Revista e corrigida. Tradução de João Ferreira de Almeida. Santo André: Geográfica, 2008.

BOURDIEU, P. Gostos de classe e estilos de vida. In: ORTIZ, R. (Org.) **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1993. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei N° 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.488**, de 21 de outubro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica / SAS. **SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Competência Dez./2008.

_____. Ministério da Integração Nacional. Programa de Promoção da Sustentabilidade de Espaços Sub-Regionais **Cartilha do Programa de Promoção da Sustentabilidade de Espaços Sub-Regionais (PROMESO)**. 2009.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 2. ed. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CANESQUI, Ana Maria. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, pp. 109-124, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 jan. 2012.

_____. (Org.). **Ciências sociais e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Aderaldo & Rothschild, 2007.

CASTRO, E. V. de. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. de. **Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Marco Zero/ Ed. UFRJ, 1987.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ/ IMS/ Abrasco, 2001.

CHAUI, M. Merleau-Ponty: vida e obra. In:_____. **Merleau-Ponty: textos selecionados**. São Paulo: Nova Cultural, 1989. (Coleção Os Pensadores)

CHAPECÓ. Secretaria de Desenvolvimento Econômico de Chapecó. **Banco de dados municipal**. Chapecó, 2004

_____. Secretária de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Chapecó**. Gestão 2010-2013. Chapecó, 2009.

CHAPECÓ-SC. Vista aérea. Disponível em: <<http://turismo.culturamix.com/nacionais/sul/cidade-de-chapeco>>. Acesso em: 04 abr. 2011.

CHIZZOTTI A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CINTRA, Maria Elisa Rizzi; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Percepções de corpo identificadas entre pacientes e profissionais de medicina tradicional chinesa do centro de saúde escola do Butantã. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21, n. 1, jan/mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-2902012000100019&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 nov. 2012.

CORBAIN, A; COURTINE, J. J., VIGARELLO, G. Prefácio à história do corpo. In: VIGARELLO, G. (Org.). **História do corpo: da renascença às luzes**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CORÍNTIOS, I. In: BIBLIA Sagrada. Tradução. João Ferreira de Almeida. Santo André: Geográfica, 2008.

COSTA, L. **Registro de uma vivência**. 2. ed. São Paulo: Empresa das Artes, 1995.

CSORDAS, T. **Corpo/significado/cura**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2008.

D'ANGELIS, Wilmar da Rocha. Para uma história do oeste catarinense. In: **Cadernos do CEOM**. CEOM 20 anos de memória e história no oeste de Santa Catarina. Edição comemorativa, n.23, pp. 265-343, 2006.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. 28 de novembro de 1974: como criar para si um corpo sem órgãos. In: _____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2004.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1976.

_____. **Estilos de pensar: ensayos críticos sobre el buen gusto**. Barcelona: Gedisa, 2008.

FAURE, Olivier. Olhar dos médicos. In: CORBAIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História do corpo: da revolução à grande guerra**. Petrópolis: Vozes, 2008.

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2006.

FERREIRA, Jaqueline. Semiologia do corpo. In: LEAL, O. F. **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2001.

FÉLIX, M. **Neste lençol**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1992.

FERRAZ, M. S. A. **O transcendental e o existente em Merleau-Ponty**. São Paulo: FAPESP/ Humanitas, 2006.

FERREIRA, Francirosy. **Entre arabescos, luas e tâmaras: performances islâmicas em São Paulo**. 2007. Tese. (Doutorado em Antropologia). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

FIRJAN. Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. **Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal**. Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/data/pages/2C908CE9234D9BDA01234E532B007D5D.htm>>. Acesso em: 23 jan. 2011.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS. **Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDMAN, M. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos: etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. **Revista de Antropologia**. São Paulo, v. 43, n. 2, 2003.

_____. Alteridade e experiência: antropologia e teoria etnográfica. **Etnográfica**. Lisboa, v.10, n.1, pp.161-173, nov. 2006.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10 jul. 2011.

Instituto Sócio-ambiental. Kaxinawá. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/kaxinawa/393>>. Acesso em: 10 out. 2010.

KAINGANGS. Disponível em: <<http://escolaindigenafenno.blogspot.com/2011/05/uma-centenaria-kaingang-do-toldo.html>>. Acesso em: 15 jun.2010.

KRUSE, Maria H. Luce. Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras. 2003. Tese. (Doutorado em Educação). Pós Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LEIBING, A. (Org.). **Tecnologias do corpo**: uma antropologia das medicinas no Brasil. Rio de Janeiro: NAU, 2004.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACCALLUM, Cecília. Morte e pessoa entre os kaxinawá. **Mana**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, pp. 49-84, jan./out. 1996.

MALINOWSKI, B. **Os argonautas do pacífico ocidental**. São Paulo: Abril, 1978.

MALUF, S. W. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. **Esboços**. Florianópolis, v. 9, p. 87-101, 2002. Disponível em:< <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/viewPDFInterstitial/563/9837>> . Acesso em: 24 abr. 2010.

MAPA da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional. Disponível em: <<http://www.sc.gov.br/conteudo/governo/regionais/chapeco.htm>>. Acesso em: 24 jun. 2010.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU, 1974.

_____. **Antropologia**. São Paulo: Ática, 1979. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

MEIRELES, H. L. **Direito municipal brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 1993.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1971.

_____. **A estrutura do comportamento**. Belo Horizonte: MG INTERLIVROS, 1975.

_____. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Campinas: Papyrus, 1990.

_____. **A natureza**: notas. Curso no Collège de France. Textos selecionados e anotados por Dominique Séglaud. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thompson, 2002.

MOULIN, A. M. O corpo diante da Medicina. In: CORBAIN, A; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História do corpo**: as mutações do olhar - o século XX. Petrópolis: Vozes, 2008.

MOUTINHO, L. D. S. **Razão e experiência**: ensaio sobre Merleau-Ponty. São Paulo: Ed. Unesp/FAPESP, 2006.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Definição de Assistência Domiciliar. IN: LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/29554451/Manual-Cuidadores-Pro-Fission-a-I>>. Acesso em: 28 dez. de 2011.

ORTEGA, F. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PEREIRA P. P. G. **O terror e a dádiva**. Goiânia: Cãnone, 2004.

PEREIRA, W. D. **Corpo e significado**: percepções de portadores de diabetes mellitus tipo 2. 2006. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em:< http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:EKG1642kAr4J:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_ylo=2006&as_yhi=2012>. Acesso em: 10 abr. 2010.

POLI, J. Caboclo: pioneirismo e marginalização. In: **Cadernos do CEOM**. CEOM 20 anos de memória e história no oeste de Santa Catarina. Edição comemorativa, n. 23, pp.149-187, 2006.

QUEIROZ, M. de S.; CANESQUI, A. M. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. **Revista Saúde Pública**. S. Paulo, 1986.

RENK, Arlene. **A luta da erva**: um ofício étnico no oeste catarinense. Chapecó: Grifos, 1997.

_____. **Sociodicéia às avessas**. Chapecó: Grifos, 2000.

_____. **Dicionário nada convencional**: sobre a exclusão no oeste catarinense. Chapecó: Argos, 2003.

_____. **Narrativas da diferença**. Chapecó: Argos, 2004.

_____. *et al.* A colonização do oeste catarinense: as representações dos brasileiros. In: **Cadernos do CEOM**. CEOM 20 anos de memória e história no oeste de Santa Catarina. Edição comemorativa, n.23, pp.37-71, 2006.

RILLO, A. S. **30 anos de poesia**. Porto Alegre: Tchê, 1986.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RIO Uruguai. Goio-Ên- Divisa entre os Estados de SC e RS. Disponível em: <<http://picasaweb.google.com/107831997479020942658/FotosDeChapeco?gsessionid=rDzg-YPwGUxoCrnLVfqTGA#5516158805549950994>>. Acesso em: 04 de abr. 2012.

ROSA, J. Guimarães. **Grande Sertão**: veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

ROSSETTO, Santo. Síntese histórica da região oeste. **Cadernos do CEOM**. Chapecó, v. 1, n. 1, 1986. Reeditado no v. 4, 1989.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. **Plano estadual de saúde**. Organizado por Josimari Telino de Lacerda, Ângela Maria Blatt Ortiga. Florianópolis: IOESC, 2007.

SARAIVA, G. **Manual do tradicionalista**: orientação geral para tradicionalistas e centros de tradições gaúchas. Porto Alegre: Sulina, 1968.

SCOTT, Joan W. The evidence of experience. **Critical Inquiry**. Chicago, v. 17, pp. 773-797, 1991.

SEARLE J. R. **Mente, linguagem e sociedade**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

SIAB. **Sistema de Informações em Atenção Básica**. Secretaria de Assistência à Saúde/DAB-DATASUS. Chapecó: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. Representações sobre corpo e sexualidade de profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV/AIDS. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 25, n. 3, pp. 611-611, set/dez. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. 2010.

STARFIELD B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2004.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito- contribuição das ciências sociais para fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde. 1991. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

TURATO E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

TURNER, Bryan S. The end(s) of humanity: vulnerability and the metaphors of membership. **The Hedgehog Review**. v. 3, n. 2, pp. 7-32. 2001. Disponível em: <http://www.virginia.edu/iasc/HHR_Archives/Body/3.2CTurner.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2009.

VICTORA C. G; KNAUTH D. R; HASSEN, M. N. A. **pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

VIANNA, L. C. R; TEIXEIRA, J. G. Patrimônio imaterial, *performance* e identidade. **Concinnitas**. n. 12, v.1, pp. 121-129, ano 9, 2008. Disponível em:<http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/9712/1/2011_TerezaHarmendaniMudado.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2011.

VIGARELLO, G; PORTER, R. Corpo, “saúde e doenças”. In: CORBAIN, A; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História do corpo**: da renascença às luzes. Petrópolis: Vozes, 2008.

ZATTERA, V. S. **Gaúcho**: vestuário tradicional e costumes. Porto Alegre: Pallotti, 1995.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira. O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, pp. 343-343, jul/out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 nov. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Chapecó, 26 de janeiro de 2010.

Ofício – 001 / 2010

Nélio Conci (primeiro ofício)

Nemésio Carlos da Silva (segundo Ofício)

Américo do Nascimento (terceiro ofício)

Secretário Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de Chapecó-SC

Prezado Secretário,

Vimos por meio deste, solicitar sua colaboração para a realização da pesquisa; **“O CORPO NA SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA LINHA CACHOEIRA”** (título é provisório). É um estudo para a UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP. DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. LINHA DE PESQUISA: CIÊNCIAS HUMANAS EM SAÚDE

Este estudo tem por objetivo: “buscar compreender e dar visibilidade à construção do corpo por meio da descrição de experiências compartilhadas pelos usuários das ações e dos serviços da Estratégia de Saúde da Família- ESF.”.

A metodologia adotada prevê a coleta de dados na forma observação e entrevista com usuários, acompanhamento das Agentes Comunitárias de Saúde a visitas domiciliares, ou, profissionais de saúde, além de fotografias, confecção de ecomapas e ecogramas, visitas aos locais de serviços oferecidos a população do Goio-Ên.

Trata-se de uma pesquisa em ciências humanas na área da saúde, tendo como estratégia a pesquisa de campo, com abordagem fenomenológica, e os dados serão analisados de acordo com os depoimentos dos entrevistados e observações realizadas.

De acordo com o esclarecido, solicitamos sua autorização para o desenvolvimento das atividades no período a partir de janeiro de 2010.

Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos (e-mail: miritredutra@gmail.com.br (049) 3321-8001).

Atenciosamente,

Altamir Trevisan Dutra

Estudante do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA-
UNIFESP

Chapecó, 26 de janeiro de 2010.

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento livre e Esclarecido

1 – Título do projeto (provisório): **O CORPO NA SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA LINHA CACHOEIRA.**

2 – Desenho do estudo e objetivo(s)

Objetivo: buscar compreender e dar visibilidade à construção do corpo por meio da descrição de experiências compartilhadas pelos usuários das ações e dos serviços da Estratégia de Saúde da Família- ESF..

SUJEITOS DA PESQUISA: As pessoas selecionadas para este estudo serão aqueles usuários cadastrados no CSF Linha Cachoeira, moradores do distrito de Goio-Ên, do município de Chapecó- SC. Trata-se de uma pesquisa na perspectiva das ciências sociais em saúde. A entrevista e observação participante serão utilizadas como método de pesquisa.

3 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que for experimental e não rotineiro;

Serão realizadas observações e entrevistas com usuários do CSF Linha Cachoeira. Além disso, análise de documentos e acompanhamento de ações da equipe de saúde, com maior ênfase nas ações das ACS.

4 – Relação dos procedimentos não rotineiros e como serão realizados;

Poderão fazer parte da metodologia a confecção de genogramas e ecompas dos usuários selecionados, consulta a prontuários e fichas do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB.

5 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 3 e 4.

Não Há risco

6 – Benefícios para o participante:

Não há benefício direto para o participante.

7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo.

Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o **Altamir Trevisan Dutra**, que pode ser encontrado na Avenida Senador Attílio Fontana, 591-E, Bairro Efapi - CEP: 89809-000 - Caixa Postal: 1141. Telefone(s) (49) 3321 8359. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

9 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

11 – Despesas e compensações:

Não há compensação financeira relacionada à sua participação.

12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“O CORPO NA SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA LINHA CACHOEIRA”**.

Eu discuti com Altamir Trevisan Dutra sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros, para mim, quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem adotados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo em participar, voluntariamente, deste estudo e sou sabedor de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do profissional de saúde Data / /
Assinatura da testemunha Data / /

Para casos de voluntários menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste usuário ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data / /