

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
NÚCLEO DE ESTUDOS HISTÓRICOS E TERRITORIAIS
MESTRADO GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Vanessa Loyola Lopes

EXAME PAPANICOLAOU:

um estudo etnogeográfico das intersubjetividades de um grupo de
mulheres em Xonim de Baixo, GV-MG

Governador Valadares
2011

VANESSA LOYOLA LOPES

EXAME PAPANICOLAOU:

um estudo etnogeográfico das intersubjetividades de um grupo de
mulheres em Xonim de Baixo, GV-MG

Dissertação para obtenção do grau de
mestre em estudos territoriais
apresentada ao Núcleo de Estudos
Históricos e Territoriais da
Universidade Vale do Rio Doce.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria
Aparecida de Sá Xavier

Governador Valadares

2011

VANESSA LOYOLA LOPES

EXAME PAPANICOLAOU:

um estudo etnogeográfico das intersubjetividades de um grupo de
mulheres em Xonim de Baixo, GV-MG

Dissertação para obtenção do grau de
mestre em estudos territoriais
apresentada ao Núcleo de Estudos
Históricos e Territoriais da
Universidade Vale do Rio Doce.

Governador Valadares, ____, de _____ de 2011.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Sá Xavier - Orientadora
Universidade Vale do Rio Doce

Prof.^a Dr.^a Ângela Maria Garcia
Universidade Federal de Viçosa

Prof.^a Dr.^a Nádia Dolores Fernandes Biavati
Universidade Vale do Rio Doce

Dedico este trabalho a Deus, por ser meu guia, minha fortaleza, e minha fonte de sabedoria, alegria e amor.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus por me direcionar a este mestrado e me conduzir do início ao final, muitas vezes me segurando em seu próprio colo. Toda honra e toda glória, ao meu Deus do impossível.

Agradeço ao Artur, companheiro de todas as horas, por todos os ensinamentos e ajuda na área da informática; por me emprestar seu mp4 (sem ele não poderia realizar as gravações das entrevistas de campo); mas agradeço principalmente, por seu amor e atenção; sua paciência nos momentos em que eu tinha que escrever e não podia estar ao seu lado; e compreensão de que os resultados deste mestrado farão parte de um futuro juntos. Te amo muito, amore.

Agradeço a minha mãe, eterno exemplo de amor, dedicação e fortaleza. Obrigada pela preocupação e atenção de sempre e pelo amor incondicional. Espelho em você, na busca por ser uma pessoa melhor a cada dia. Agradeço a meu pai, exemplo de pessoa amada e perseverante, que mesmo não podendo se manifestar, eu tenho a certeza do seu amor e seu incentivo.

Aline, agradeço pelo apoio que apenas uma irmã-amiga pode oferecer: os ouvidos nas horas das reclamações, o incentivo na hora da minha fraqueza, mas principalmente o amor e paciência. ‘Bem’, companheiro de comemorações e refúgios quando a labuta de escrever, escrever, escrever, tornava-se pesada por demais. Muito Obrigada! Agradeço ainda pela vinda da querida Luana, que trouxe *luz* na minha caminhada.

Di, Dani e Gabi muito obrigada pelas orações e pelo amor que mesmo à distância, fortalecia-me no meu caminhar. Doda obrigada por sua presença e pelo amor!

Airam, orientadora e amiga, que com palavras sábias mostrava-me o caminho, sempre que eu desesperada, não sabia por onde ir. Esperar o tempo de amadurecimento e aprendizado na escrita, na forma de pensar, na maneira de agir, foi tarefa, às vezes,

árdua, mas que com sabedoria e provocação, me conduziam a seguir adiante. Obrigada por tudo!

Aos demais professores, obrigada pelo eterno aprendizado! Aos colegas de curso, muito obrigada pelo companheirismo e partilha. Agradecimento especial à Érika, Rogério e Leo, companheiros de todas as horas.

Ao Grupo Sagrado Coração de Jesus, agradeço pelas orações e amizade. Agradeço ainda, a todos os demais amigos que sempre tornam minha caminhada mais leve e alegre.

Aos amigos do curso de Fisioterapia da Univale, agradeço pelo incentivo, confiança e amizade. Não podia esquecer os alunos do curso, que a cada dia me ensinam sobre a arte de ensinar. Muito obrigada!

Agradeço às pessoas entrevistadas, por compartilharem suas vidas e permitirem que este estudo pudesse se concretizar. Agradeço principalmente à minha informante privilegiada, sem a qual minha estadia em XB, se tornaria mais difícil.

Ao apoio técnico para que esta dissertação se concretizasse, agradeço a: Otinha, Breno, Henrique e meu amado Artur. Obrigada!

A todas as outras pessoas que não foram citadas aqui, mas, enfim, participaram de uma forma direta ou indireta para a realização deste trabalho. Muito Obrigada!

RESUMO

Esta pesquisa apresenta uma investigação sobre a representação do exame Papanicolaou e do corpo feminino em um grupo de mulheres no distrito de Xonim de Baixo, Governador Valadares-MG, no intuito de colaborar para um debate crítico sobre a saúde da mulher, através de estudos interdisciplinares, permitindo, assim, uma aproximação entre os saberes êmicos e éticos. Para tanto, privilegiamos a socioespacialidade contextualizada na historicidade e subjetividade desta mulher; sua experiência espacial, incluindo o corpo. O espaço que nos interessa é o socialmente construído; o lugar será entendido com o sentido de habitação, lar; e, por fim, o território vivido, principalmente no cotidiano. A etnogeografia foi utilizada para capturar as nuances da intersubjetividade do sujeito social - mulher - em suas trilhas de vida no tempo/espaço. O trabalho está centrado na discussão dos temas utilizados circundantes ao objeto: (i) contextualização de alguns conceitos da geografia (principalmente espaço, lugar e território), operacionalizados como ferramentas na saúde; (ii) análise da questão do gênero e suas constantes evoluções e transformações. Não apenas no contexto do patriarcado, mas sim enquanto corpo feminino (para além do binômio feminino/masculino e de suas funções biológicas), entendendo-o como espacial, como sendo seu primeiro território; (iii) representação de seu processo saúde/doença/cura e compreensão dos mecanismos pelos quais estas mulheres pesquisadas buscam a prevenção e/ou cura em saúde. Nas representações simbólicas de saúde/doença/cura para este grupo de mulheres no distrito de Xonim de Baixo foi identificada uma grave distância entre as categorias éticas dos saberes biomédicos e as categorias êmicas dos saberes tradicionais de cura. Na categoria “doenças”, apresentam-se: doença que “médico não cura”, doenças “híbridas”, doenças que “médico cura” e ainda doenças tratadas com uso de plantas com fins medicinais. Ainda foram analisadas as representações sobre as categorias saúde/doença/cura; sobre o exame Papanicolaou, além da representação do corpo feminino e dos estados liminares na vida da mulher. Analisar estas representações trouxe embasamento para compreender o seu modo de escolha nos processos saúde/doença/cura, pois se observou uma resistência ao saber biomédico, no momento em que esta mulher percebe-se invadida em seu território primeiro, seu corpo. Além da invasão de privacidade, outro argumento encontrado para a resistência ao saber biomédico foi a escolha do seu processo saúde/doença/cura pautada na questão da fé e da tradição, e portando legitimado através do uso de plantas com fins medicinais. Como desmembramento do estudo, analisaram-se os fatores que dificultam o acesso ao exame Papanicolaou, como a dificuldade de acesso ao médico, vergonha de expor o corpo e da relação de cotidianidade (face a face), além da fofoca como controlador social, que a impede, inclusive, de realizar o exame Papanicolaou. Apenas quando os programas de políticas públicas observarem os saberes êmicos das representações simbólicas dos sujeitos sociais, sua territorialidade, poder-se-á ser pensar em maior qualidade nos serviços de saúde. Um serviço de saúde onde, enfim, esta mulher se reconheça e seja respeitada por suas escolhas, tendo como objetivo final a universalidade, equidade e integralidade.

PALAVRAS-CHAVE: Percepção exame Papanicolaou; Corpo feminino; Etnogeografia; Socioespacialidade.

ABSTRACT

This research presents an investigation about Papanicolaou exam and feminine body perception in a group of women in Xonim de Baixo district, Governador Valadares-MG, in the intention of collaborating for a critical debate about the woman's health, through interdisciplinary studies, that allow, therefore, an approach among emic and ethic knowledge. To this objective, the contextualized social spatiality was privileged in this woman's historicity and subjectivity; her space experience, including the body. The space that interests is one that is socially built; the place will be understood with the sense of home; and, finally, the territory inhabited by her, mainly in the daily. The ethnogeography was used to capture nuances of the social subject's intersubjectivity - woman - her life ways in time and space. The work is centered in the discussion of the themes used surrounding to the object: (i) contextualization of some concepts of the geography (mainly space, place and territory) that are utilized as health tools; (ii) subject of the gender analysis and its constant evolution and transformation. Not just in the patriarchate context, but in the feminine body's condition (besides the binomial female/male and her biological functions), understanding it as space, as being her first territory; (iii) perception of her health/disease/healing process and the mechanisms understanding for the which these researched women look for the prevention and/or cure in health. In the health/disease/healing symbolic representations for this group of women in Xonim de Baixo district a serious distance was identified among ethical categories of biomedical knowledge and emic categories of traditional knowledge for curing. In the category "diseases", they come: disease "that doctor doesn't cure", "hybrid" diseases, diseases "that doctor cures" and also diseases treated with use of plants with medicinal ends. Perceptions of health/disease/healing categories were also analyzed; of Papanicolaou exam, besides the feminine body perception and preliminary states in the woman's life. To analyze these perceptions brought base to understand her choice way in the health/disease/healing processes, because a resistance to the biomedical knowledge was observed, when this woman feel herself invaded in her first territory, her body. Besides the privacy invasion, other argument found for the biomedical knowledge resistance was the choice of her health/disease/healing process regulated by faith and tradition and, therefore, legitimated through the use of plants with medicinal ends. As dismemberment of this study, the factors that hinder the access to Papanicolaou exam were analyzed, such as the difficulty to see the doctor, shame of exposing the body and of the day-to-dayness relationship (face to face), besides gossip as social controller, therefore, that impedes her of accomplishing Papanicolaou exam. Just when public politics programs decide to observe emic knowledge of social subjects' symbolic representations, her territoriality, it will be possible to think about larger quality in health services. A health service where, finally, this woman is recognized and be respected by her choices, having universality, justness and integrity as the final objective.

KEYWORDS: Papanicolaou exam perception; Feminine body; Ethnogeography; Social spatiality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Governador Valadares e distritos	22
Figura 2 - Vista panorâmica de XB, visualizando a BR 116	23
Figura 3 - ESF Xonim de Baixo	24
Figura 4 - Mapa divisão micro áreas	25
Figura 5 – Mapa mental interpretativo da pesquisadora representando principalmente a micro área um. Adaptado por Breno Fernandes	26
Figura 6 – BR 116 cortando XB, com as barracas de coco	78
Figura 7 - Micro área 1: rua sem calçar, animais nas ruas	79
Figura 8- Casa de interlocutora, mostrando fogão à lenha e construção precária, com telhado de Eternit	80
Figura 9: Praça central, com apenas canteiros de árvores e a igreja católica ao alto	80
Figura 10: Escola estadual em frente à praça central, perto da igreja católica	81
Figura 11: Centro Comunitário de Xonim de Baixo, em frente à escola	81
Figura 12: Centro comercial a esquerda da BR (sentido GV – TO), apresentando farmácia, restaurantes, barraca de coco	82
Figura 13: Avenida mais larga, com casas melhor infraestrutura	83
Figura 14: Casa lado esquerdo da BR, bem estruturada	83
Figura 15: Casa bem estruturada, arborizada, do lado esquerdo da BR	84
Figura 17: Casa grande, bem estruturada, do lado esquerdo da BR	84
Figura 18: Posto policial às margens da BR 116	85
Figura 19: Bar do gaúcho, na avenida principal	86
Quadro 1: Classificação das doenças e seus respectivos tratamentos	88
Quadro 2: Plantas com fins medicinais e suas finalidades terapêuticas	93
Figura 20: Mulher entrevistada e sua horta caseira, com plantas utilizadas com fins medicinais e alimentares	94

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS- agentes comunitários de saúde

BR - rodovia federal

ES - Espírito Santo

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GV- Governador Valadares

HPV - Papiloma Vírus Humano

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

MG - Minas Gerais

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNPM I e II - Planos de Políticas Nacionais para as Mulheres

RS - Representação Social

SPM/PR - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

XB - Xonim de Baixo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA	14
1.2 OBJETIVO	15
1.3 METODOLOGIA	16
1.4 LOCALIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	17
1.5 APRESENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO	17
2 CONTEXTO GEO-HISTÓRICO	21
2.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA: GOVERNADOR VALADARES	21
2.2 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA: XONIM DE BAIXO	23
2.3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DE GOVERNADOR VALADARES ...	26
2.4 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DE XONIM DE BAIXO	28
2.4.1 Emancipação de Xonim de Baixo e de Cima	29
3 QUESTÕES CONCEITUAIS E A INTERFACE COM O CAMPO DA SAÚDE: ESPAÇO, TERRITÓRIO E "LUGAR"	31
3.1 RURALIDADE E SUAS COMPLEXIDADES: ÊNFASE FOFOCA	35
3.2 SAÚDE E TERRITÓRIO: INTERFACES	39
4 SAÚDE EM FOCO: SAÚDE DA MULHER	43
4.1 REPENSANDO SAÚDE: DO CONCEITO À REALIDADE	43
4.2 SAÚDE DA MULHER	48
4.3 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE DA MULHER	48
4.4 SAÚDE DA MULHER E O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	50
4.4.1 Pensando a questão do gênero nas franjas da modernidade	53
4.4.2 O olhar antropológico sobre o corpo feminino	55
4.5 PROCESSO SAÚDE/DOENÇA	58
4.5.1 Representação Social	58
4.5.2 Olhar antropológico no processo saúde/doença	60
4.5.3 A doença como processo e como experiência	62
5 ETNOGEOGRAFIA: REPRESENTAÇÃO ESPAÇO/CORPO NUMA SOCIEDADE - XONIM DE BAIXO	66
5.1 ESCOLHA DO DISTRITO	68
5.2 O CAMINHO SE FAZ CAMINHANDO	70

5.3 VISÃO PANORÂMICA DE XONIM DE BAIXO	75
5.4 CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS	88
5.4.1 Doenças que médico não cura	89
5.4.1.1 Mau-olhado	89
5.4.1.2 Espinhela caída	90
5.4.1.3 Amarração	90
5.4.2 Doenças híbridas	91
5.4.2.1 Cobreiro	91
5.4.2.2 Gripes ou resfriado	91
5.4.3 Doenças que não tratamos	92
5.4.4 Doenças tratadas com uso das plantas	92
5.5 TRADIÇÃO - FÉ – CULTURA	95
5.6 VER, PERCEBER, CONHECER	100
5.6.1 Exame Papanicolaou	101
5.6.2 Saúde	102
5.6.3 Doença	103
5.6.4 Corpo feminino e seus estados liminares na vida da mulher	105
5.6.4.1 Ser mulher	105
5.6.4.2 Menstruação	106
5.6.4.3 Gestação / Fecundação	107
5.7 A MULHER EM XONIM DE BAIXO: MULHER PÓS MODERNA?	108
5.8 FATORES QUE CONTRIBUEM OU DIFICULTAM O ACESSO AO EXAME PAPANICOLAOU	111
5.8.1 Dificuldade de acesso ao médico	112
5.8.2 Vergonha	113
5.8.3 Os olhos, os ouvidos e a língua: fofoca – uma categoria local	115
5.9 TERRITÓRIO	117
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
8 ANEXOS	141
8.1 ANEXO A	141
8.2 ANEXO B	142

1 INTRODUÇÃO

As representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELET, 2002). Partindo deste pensamento, iniciamos a pesquisa no intuito de analisar as representações de um grupo de mulheres em Xonim de Baixo, distrito de Governador Valadares, e para tanto utilizamos alguns temas de estudos que perpassavam pelo objeto principal de pesquisa, como: conceitos da geografia; estudos de gênero e corpo feminino; e o processo saúde/doença/cura. Nestes estudos sobre a saúde, buscou-se enfatizar a forma que estas mulheres buscavam por prevenção e cura sobre o câncer de colo de útero.

Em acordo com o saber biomédico, sabe-se que o câncer de colo de útero é responsável por altas taxas de morbimortalidade entre as mulheres, representando ainda um grande problema de saúde pública. Segundo ainda a biomedicina, essas altas taxas põem em destaque uma questão importante em relação à saúde da mulher, sendo a prevenção apontada como um caminho importante. A detecção precoce através da prevenção realizada pelo exame Papanicolaou é uma forte aliada na diminuição dos índices de mortalidade entre as mulheres. No entanto, apesar dos esforços crescentes no sentido de maximizar a eficiência dos programas de prevenção ao câncer cervical, a permanência de taxas de incidência e mortalidade relativamente altas por esta doença revela que tais medidas não se mostraram suficientes para a efetividade dos programas. Um dos grandes desafios para a biomedicina e seus profissionais é a não adesão da mulher ao chamado “exame Papanicolaou”. Segundo o Ministério da Saúde (2000), Zeferino *et al.* (2001), INCA (2004), a mulher frequentemente não realiza o exame Papanicolaou por vergonha, medo de expor seu corpo, desmotivação, dificuldade de acesso ao exame, entre outros fatores. Seguindo esse caminho, essa foi nossa primeira hipótese. Nesse sentido, esta pesquisa propôs, num primeiro momento compreender como, e por quais motivos algumas mulheres resistem ao “exame Papanicolaou”. Para tanto intentamos compreender as representações do exame Papanicolaou para estas mulheres. As representações do corpo feminino e do processo saúde/doença foram questões secundárias, que corroboravam para o debate do problema inicial. Muitas questões foram relevantes, entretanto, privilegiou-se a socioespacialidade contextualizada na historicidade e subjetividade desta mulher (sua experiência espacial, incluindo o corpo), sua maneira de se inserir no mundo, o *ethos* e seu processo de

saúde/doença/cura. A ambição será corroborar para um debate crítico sobre a saúde da mulher, através de estudos interdisciplinares que permitam uma aproximação entre os saberes êmicos e éticos¹. Sendo assim, foi realizada uma análise interpretativa dos dados qualitativos com o fim de capturar as nuances da intersubjetividade do sujeito social - mulher - em suas trilhas de vida no tempo/espaço.

Conhecer as representações simbólicas das mulheres em relação ao corpo feminino, ao exame Papanicolaou e ao processo saúde/doença/cura torna-se fundamental no intuito de lançar luz à questão inicial. Para tanto, é preciso lembrar que esta mulher é um sujeito social, e, portanto, apenas quando se compreender as suas espacialidades/territorialidades, poder-se-á compreender melhor suas ações frente à doença e/ou prevenção.

A mulher está para além de apenas um corpo físico, ela ocupa um lugar histórico-social no espaço, ou, como sugere Tuan (1983), sendo seu próprio corpo como espaço (território primeiro), mostrando uma identidade construída em suas relações, apresentando, assim, uma diversidade em todas as dimensões. Portanto, para alcançar a meta de realizar o exame Papanicolaou em todas as mulheres, será necessário compreender a mulher para além do biologismo, do binarismo feminino/masculino do patriarcado, evidenciando sua espacialidade e territorialidade. É necessária a compreensão da multiplicidade da mulher em todos seus papéis sociais, ampliando o conhecimento na área da saúde dialogando com outras áreas, como a sociologia, psicologia, antropologia e geografia da saúde.

1.1 JUSTIFICATIVA

Segundo dados do Inca, no Estado de Minas Gerais, o câncer foi a segunda causa de morte entre mulheres no ano de 2006, sendo precedido apenas pelas doenças do aparelho circulatório. Diferentemente do que ocorre nos países desenvolvidos, onde a mortalidade pelo câncer do colo do útero vem diminuindo, em países de regiões mais pobres ele ainda representa uma das principais causas de morte por neoplasia na população feminina (ROBLES *et al.*, 1996). Na América Latina e Caribe, em média 200 novos casos de câncer de colo são diagnosticados a cada dia (ROBLES, 2000); e o número de casos novos de câncer do colo do útero esperado para o Brasil no ano de

¹ Segundo Geertz (1987, 2008, p. 87): *êmico* – refere-se ao local, uma experiência próxima; *ético* – refere-se ao não local, ao outro, uma experiência distante.

2010 será de 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2010).

Além das justificativas sociais, esta pesquisa reflete algumas preocupações pessoais na condição de fisioterapeuta uroginecológica, pois, a autora posiciona-se frente à realidade das mulheres que tiveram que realizar cirurgia de câncer de colo de útero e utilizar métodos de reabilitação como a quimioterapia e/ou radioterapia, o que pode lesar a musculatura do assoalho pélvico e, como consequência, pode-se advir uma incontinência urinária, patologia tratada pela fisioterapia na atenção terciária².

Segundo Inca (2004), a principal estratégia para a prevenção primária do câncer de colo de útero é o uso de preservativo (masculino ou feminino) durante as relações sexuais, visto que a infecção pelo vírus papiloma humano (HPV) está presente em 90% dos casos. A prevenção secundária é realizada por meio do exame preventivo (Papanicolaou) para a detecção precoce da doença. Este seria o tratamento na fase primária, onde o foco é a prevenção da patologia. Esta prevenção ainda perpassa pelo conhecimento da subjetividade dessa mulher, pois o conhecimento de sua representação do corpo e do exame Papanicolaou direciona no entendimento de sua busca por saúde.

Oportunamente, também discutiremos brevemente os efeitos do binarismo de gênero sobre os corpos das mulheres, buscando compreendê-lo como construção cultural/social, indicando a possibilidade de libertação com relação a identidades corporais fixas. Em face dessas teorias, a prática médica — que hoje fragmenta o corpo e o reduz a objeto de intervenções invasivas (ALMEIDA E PEREIRA, 2002) — poderia vir a ser um dos lugares da desconstrução da fatalidade anatômica do binarismo sexual, buscando resgatar, na diversidade dos corpos, a experiência que o constitui como único, singular (COSTA; PEREIRA, 2008). E sendo único, este sujeito social apresenta diversas formas de vivenciar o processo saúde/doença/cura.

1.2 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo trabalhar as representações e intersubjetividades³ de um grupo de mulheres que não realizam o exame Papanicolaou no distrito de Xonim

² A atenção primária tem por objetivo evitar o surgimento da doença. A atenção secundária é aquela na qual se procura realizar o diagnóstico e tratamento o mais precoce possível. A atenção terciária trata-se da reabilitação do paciente, das sequelas das patologias ou ainda da qualidade de vida com cuidados paliativos, quando não mais se torna possível eliminar a patologia (INCA, 2004).

³ Intersubjetividade seria a relação entre sujeito e sujeito e/ou sujeito e objeto.

de Baixo (XB), Governador Valadares-MG, com a finalidade de entender a forma de prevenção e tratamento do câncer de colo de útero.

No labor desta pesquisa trabalharam-se os temas circundantes do objeto a serem atendidos para sua construção, como: (i) contextualização de alguns conceitos da geografia (principalmente espaço, lugar e território), operacionalizados como ferramentas na saúde, entendendo principalmente o território na saúde; (ii) abordagem da questão do gênero, não apenas no contexto do patriarcado, mas sim enquanto corpo feminino (para além do binômio feminino/masculino e de suas funções biológicas), entendendo-o como espacial, como sendo seu primeiro território; (iii) representações do processo saúde/doença/cura e compreensão dos mecanismos pelos quais estas mulheres pesquisadas buscam a prevenção e/ou cura em saúde.

1.3 METODOLOGIA

Quando a experiência do usuário no sistema de saúde se reduz a uma pergunta dicotômica relacionada à satisfação ou insatisfação, deixam de ser contempladas considerações sobre as crenças, os modos de vida, as concepções do processo saúde-doença dos usuários do sistema de saúde, aspectos que claramente influenciam os modos de utilização dos serviços pelo usuário. Compreender saúde na perspectiva do outro é um desafio. Ouvir o outro, permitir que este se mostre, representa mais do que um confronto de conceitos, mas a possibilidade de ampliá-los a partir da incorporação do saber contido no outro. Spradley (1980) acrescenta que é fundamental a preocupação com o significado das ações e eventos para as pessoas que se procura conhecer. Elas fazem uso constante deste sistema complexo de significados para organizar seu comportamento, compreender a si mesmas e aos demais e dar sentido ao mundo.

Com este intuito, foi realizada uma pesquisa qualitativa, através de um estudo etnogeográfico de um grupo de vinte e cinco mulheres que não realizam o exame Papanicolaou no distrito de Xonim de Baixo, Governador Valadares-MG. O método foi adaptado da antropologia, para a geografia, a fim de ser operacionalizado dentro da problemática proposta desta pesquisa. Continuar-se-á observando o modo de vida das interlocutoras, entretanto, a análise principal é o espaço-espacialidade, território, territorialidades (nos processos, ações). Entendendo o espacializar dos sujeitos sociais - mulheres - principalmente no processo saúde/doença/cura.

Nesta etnogeografia foi utilizado diário de campo, observação participante, entrevistas em profundidade com roteiro memorizado, além de fotografias e mapa interpretativo. Aprofundar-se-á um pouco mais nesta metodologia no capítulo cinco.

1.4 LOCALIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O estudo ocorreu no distrito de Xonim de Baixo, no município de Governador Valadares, Minas Gerais.

O distrito fica a aproximadamente 30 km de Governador Valadares e seu acesso se faz através da BR-116, que praticamente o divide em dois. Do lado direito da BR (sentido GV - XB), a maioria das ruas não apresenta calçamento, as casas são simples, com telhados de amianto, sem laje, há debilidade em saneamento básico, animais na rua. Do lado esquerdo da BR, as casas parecem ser mais estruturadas, maiores e mais bem cuidadas, apresentando uma paisagem mais harmônica, limpa e mais organizada (do ponto de vista da pesquisadora). As ruas (maioria calçadas) são mais largas (aparentes avenidas). Há, ainda, neste lado, um centro comercial maior com farmácia, açougue, barracas de água de coco, mercearia, bar, lanchonete, posto policial e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O ESF, no qual as mulheres entrevistadas estão inscritas, está localizado na Rua Tito Alves, 55. Tanto o distrito quanto o seu ESF serão descritos mais detalhadamente no quinto capítulo.

1.5 APRESENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Esta pesquisa apresenta-se como interdisciplinar, pois está na liminaridade com outras competências disciplinares. Nesse sentido, faz-se necessário discorrer os assuntos em forma de ensaios complementares, definindo termos e categorias ao se articularem para dar conta do tema central.

Esta forma de pesquisa foi idealizada em acordo com o pensamento do professor Milton Santos (1999, p. 7 - 8):

A primeira coisa a fazer é definir o que a gente pretende conversar. Se não o faço também não permito que as pessoas discutam comigo. A primeira condição para aqueles que partem de uma ideologia – que é o meu caso – é oferecer claramente os termos do debate que desejam. Se não o proclamo, fujo à discussão, evito-a, impeço que debatam comigo (...).

No intuito de ampliar o debate, esta pesquisa se organiza na intenção de discutir quatro questões interligadas que permeiam o objeto central: (i) contextualização geostóricas de GV e XB; (ii) questões conceituais e a interface com o campo da Saúde: espaço, território e "lugar"; (iii) Saúde em foco: saúde da mulher; (iv) - Etnogeografia: representação espaço-corpo numa sociedade - Xonim de Baixo.

No primeiro capítulo empreendeu-se uma descrição detalhada do local do estudo, a cidade de Governador Valadares e seu distrito de Xonim de Baixo. Para uma melhor compreensão espacial, foram utilizadas fotografias da localização geográfica do distrito, bem como das áreas de abrangência da ESF (as micro áreas); além da utilização do mapa mental interpretativo da pesquisadora. Neste mapa estão representados os topos⁴ principais do distrito (como ESF, delegacia, BR, igreja, escola, avenidas, entre outros) e as residências das mulheres que participaram da pesquisa⁵. Ainda neste capítulo é apresentada a contextualização histórica de Governador Valadares e Xonim de Baixo, visto que as mulheres entrevistadas sofrem influência deste contexto histórico em suas trilhas de vida tempo-espaço.

No terceiro capítulo, são apresentados conceitos da geografia operacionalizados como ferramentas na compreensão do processo saúde/doença/cura. Interessa o espaço socialmente construído (LOBATO CORREA, 1995; MILTON SANTOS, 1996); o lugar como habitar, morada (YI-FU TUAN, 1980); o território vivido, principalmente do cotidiano (GUATARI, 1985; HAESBAERT, 1995; CLAVAL, 1999; XAVIER, 2004, 2009). Por se tratar de um distrito, foram analisadas também as características peculiares de uma cidade pequena, da ruralidade, além de analisar os aspectos que se mostraram relevante em XB, como a fofoca e as relações face a face, de proximidade (SILVA, 2000; FONSECA, 2004).

No quarto capítulo, aprofundou-se o conceito de saúde, apresentando os aspectos atuais do território da saúde, através de uma revisão crítica sobre as limitações do campo, principalmente na saúde da mulher, com ênfase no câncer de colo do útero, utilizando, preferencialmente, estudos do Ministério da Saúde e do INCA. Uma revisão

⁴ Segundo, Tuan (1980) *Topo*, lugar, e *filia*, afeição, auferem à relação homem/lugar um tom de cumplicidade, de indissociabilidade, expressando os vínculos afetivos que o homem desenvolve com o lugar. Topo vem do grego *topoi* – lugar conhecido.

⁵ Harvey (2005) refletindo sobre Lefebvre, define estes espaços de representação como invenções mentais que imaginam novos sentidos ou possibilidades para as práticas espaciais. Podem-se exemplificar com os códigos, signos, discursos espaciais, paisagens imaginárias e até construções materiais como espaços simbólicos, ambientes particulares construídos, pinturas.

do enfoque do gênero foi realizada, no intuito de clarificar as marcas do poder patriarcal sobre o corpo feminino, além de apreender as representações e avanços do mesmo. Este tema tornou-se fundamental para embasar as representações sobre o corpo feminino e também de seu processo saúde/doença/cura, sob a luz do olhar antropológico, geográfico, cultural, sociológico, psicológico, interdisciplinarmente. Utilizar-se-ão autores como Rubin (1979), Scott (1989) e Paim (1998) além da análise crítica realizada com Haraway (2000), Silva (2010), sobre corpo feminino.

No quinto capítulo, realiza-se uma imbricação dos conceitos científicos com as impressões apreendidas no trabalho de campo. À luz da hermenêutica de Geertz (2008), uma rede de intercâmbio entre o saber local e o saber acadêmico foi-se construindo, apresentando interfaces de saberes que poderão vir a contribuir para o debate na área de saúde da mulher. Para Boaventura (2006), o encontro dialógico entre saberes significa o diálogo entre sujeitos, pois são estes que produzem saberes, carregam saberes e, ao se comunicarem, põem os saberes em intercâmbio. Assim, a transformação do mundo demanda a transformação dos sujeitos sob novas referências, outras racionalidades, saberes ainda inéditos. Uma nova concepção de saber significa uma nova concepção de sujeito, desfeito de convicções, vaidades, egoísmos e feito de disponibilidade ao diálogo, ao *aprender com*, na coletividade, na integração de saberes. Na *ecologia de saberes* de Boaventura (2006)⁶, os saberes se reencontram e, assim, encontram-se com a sua própria natureza. Os sujeitos se reencontram, saem do lugar da alteridade. É o verbo criar que os une, que os coloca no mesmo universo e que faz pensar em *ciências saberes*, em artes de interpretação do mundo.

A interpretação de mundo, neste trabalho de pesquisa, pode ser percebida através da territorialidade/espacialidade deste sujeito social (mulher), observada a partir da descrição das práticas cotidianas, em seus movimentos rotineiros; das trajetórias de vida; da descrição de suas casas e seu distrito, além da relação entre Governador Valadares e Xonim de Baixo.

Essa análise interpretativa do vivido por estas moradoras do distrito de Xonim de Baixo mostrou-se reveladora ao demonstrar as resistências realizadas através de seu corpo e seu ethos, no seu processo saúde/doença/cura. Esta mulher usa seu corpo como

⁶ A ecologia de saberes é uma teoria que se posiciona contra o *desperdício das experiências* (SANTOS, B., 2006), contra a invisibilidade produzida pela modernidade, e a favor da valorização dos saberes produzidos nos lugares, da criação de redes de saberes e sujeitos, redes abertas e repletas de transitoriedade e incorporações teóricas.

seu espaço primeiro, seu território. No momento em que o poder biomédico enfatiza para a mulher como ela deve agir e se portar em seu território vivido, (principalmente quando decide qual terapêutica ela deve seguir), há uma resistência da mulher, que percebe que sua privacidade, seu poder de escolha, autonomia, está sendo ameaçada (XAVIER, 2011, comunicação pessoal, mimeo). Seria o público determinando conceitos e formas de vida para as pessoas, no campo do privado. Nesse caminho do pensamento, o corpo seria conceito primeiro de privacidade, de sensação de pertencimento desses sujeitos sociais, justificando, portanto, a resistência destas mulheres ao exame Papanicolaou e às terapêuticas propostas pelo poder biomédico. Mais além da questão da privacidade do corpo, há ainda questões ligadas à fé e tradição cultural que impulsionam estas mulheres a escolherem outros saberes de cura em seu processo saúde/doença/cura e a verem seu corpo de forma diferente da biomedicina.

2 CONTEXTO GEOISTÓRICO

“Você está louca, dizem-me,
um mapa é um mapa. Não estou, respondo.
O mapa é a certeza de que existe O LUGAR,
o mapa guarda sangue e tesouros.
Deus nos fala no mapa com sua voz geógrafa”.

Poema: *Legenda com a Palavra Mapa* de Adélia Prado (1991, p.266):

Ao abordar sobre qualquer tema é necessário inicialmente saber o ponto de partida, localizar-se, dar referências e direcionamentos. Assim sendo, nesta dissertação inicia-se localizando geograficamente o município de Governador Valadares e seus respectivos distritos, principalmente Xonim de Baixo, pois constitui o objeto de interesse maior da pesquisa, e sua contextualização histórica.

2.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA: GOVERNADOR VALADARES

Governador Valadares (GV) está situada na região leste do Estado de Minas Gerais, localizada na mesorregião do Vale do Rio Doce, possuindo limites com os seguintes municípios: Açucena, Alpercata, Coroaci, Divino das Laranjeiras, Frei Inocência, Galiléia, Marilac, Mathias Lobato, Nova Módica, Santa Efigênia de Minas, São Geraldo da Piedade, Sardoá, Tumiritinga. Situa-se ainda a 324 quilômetros de Belo Horizonte (MG) e a 410 quilômetros de Vitória (ES), sendo cortada pelas rodovias BR-381 (para Belo Horizonte e São Paulo); BR-116 (Rio-Bahia) e BR-259 de Brasília para o Espírito Santo (Vitória).

Segundo dados do IBGE (2010), GV possui uma extensão territorial de 2.342 km², com uma população aproximada de 263.594 habitantes e densidade demográfica de 80,19 hab/km², distribuídos na zona urbana, rural e seus distritos: Alto Santa Helena, Baguari, Brejaubinha, Xonim de Cima, Xonim de Baixo, Derribadilha, Vila Nova Floresta, Goiabal, Penha do Cassiano, Santo Antônio do Pontal, São José do Itapinoá, São Vítor (FIGURA 1). Representa um polo econômico do médio Vale do Rio Doce, exercendo significativa influência sobre o Leste e Nordeste de Minas Gerais e municípios do estado do Espírito Santo, sendo a economia local baseada nas pedras preciosas, na indústria, no comércio, na pecuária, na agricultura e no turismo.

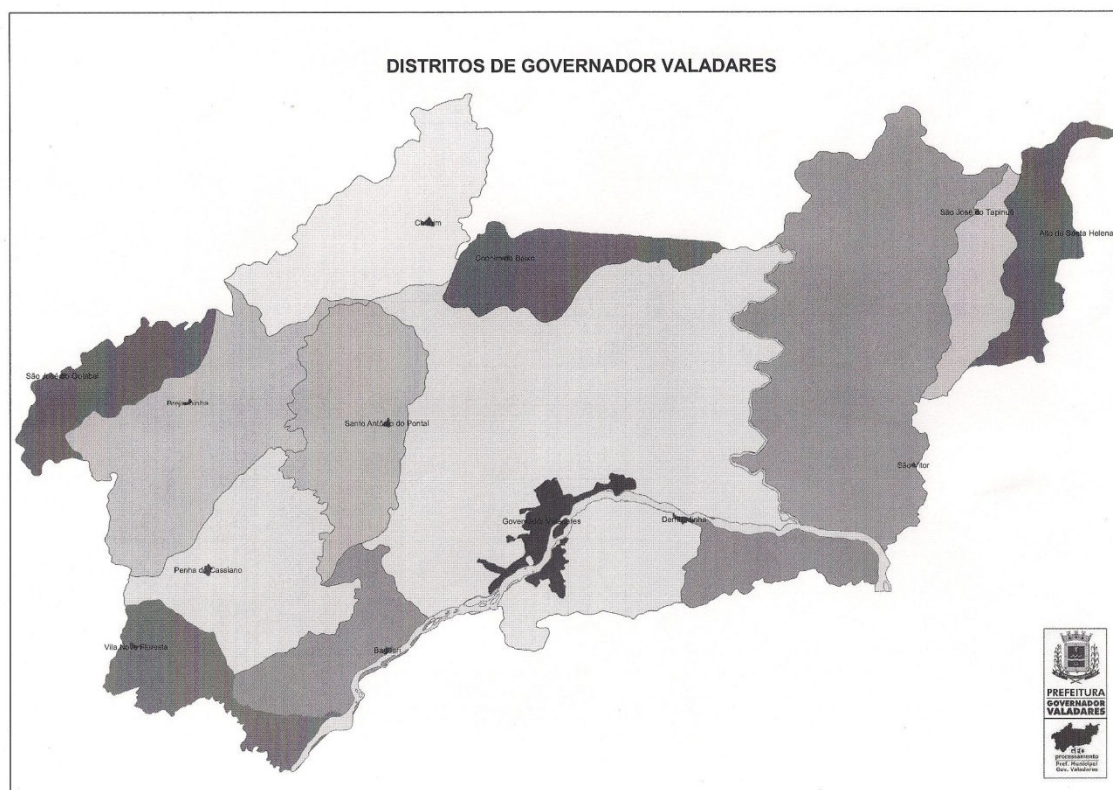


Figura 1: Governador Valadares e distritos. Fonte: www.valadares.mg.gov.br

Segundo dados da prefeitura de GV (2011), possui clima tropical megatérmico e sub-úmido, com estação chuvosa de outubro a abril e estiagem de maio a setembro. A temperatura média anual oscila em torno de 23° C, máxima de 30° C e média de 17° C. Os principais cursos d'água de Governador Valadares são os rios Doce, Suaçuí Grande, Suaçuí Pequeno e Tronqueiras. E também os córregos do Onça, Bernardo, Itapinoã, Santa Helena, Caramonho, Paca, Cassiano, Cadro, Figueirinha, Capim e Melquíades e outros menores. Sua altitude máxima é de 1.123 m no Pico da Ibituruna, e a altitude mínima de 170 m na foz do Rio Doce.

É uma cidade arborizada, que tem duas grandes riquezas naturais: o Pico da Ibituruna e o Rio Doce. A maior parte do relevo deste município é ondulada (60%), com 25% de área montanhosa e 15% de área plana. A zona urbana da cidade é atravessada pelo Rio Doce, que também tem um grande percurso pela zona rural.

Na área da saúde o município apresenta 35 unidades do Programa Saúde da Família, 12 Unidades Básicas de Saúde e 16 Postos de Saúde.

2.2 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA: XONIM DE BAIXO

Geograficamente, Xonim de Baixo (XB) é cortado pela rodovia BR-116 (figura 2) que faz a ligação entre o Ceará e o Rio Grande do Sul e se situa no leste do estado de Minas Gerais, mais precisamente no Vale do Rio Doce. Constitui-se como um distrito de Governador Valadares, localizado a aproximadamente 30 km do centro da cidade, com acesso por meio da BR-116, sentido Teófilo Otoni. Segundo dados do IBGE (2000), apresenta uma população de aproximadamente 1566 pessoas, que vivem tanto na zona urbana como na zona rural e representam atualmente 8,99 % da população distrital de Governador Valadares, com quem mantém uma estreita relação, tanto em nível econômico, referente ao desenvolvimento geral, quanto no setor da saúde.



Figura 2: Vista panorâmica de XB, com BR. Fonte: www.googleearth.com

O distrito de Xonim de Baixo apresenta uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Figura 3), localizado na Rua Tito Alves, 55, Xonim de Baixo, Governador Valadares-MG e é composto por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, três agentes comunitários de saúde (ACS) e um técnico em enfermagem, além de um trabalhador de serviços gerais. A ESF funciona como porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), mas atende apenas as demandas básicas da atenção primária. Os demais atendimentos estão vinculados a GV, sendo encaminhados para esta cidade de referência.



Figura 3: ESF Xonim de Baixo. Foto: Lopes, 2010.

A população de Xonim de Baixo é dividida no ESF em três micro áreas de atendimento das ACS, para facilitar a aproximação das agentes com a comunidade e, através desta inserção em suas histórias de vidas, (muito além do que apenas o seu aspecto saúde/doença) poderá identificar possíveis alterações primárias de saúde (desde moradia, saneamento básico, alimentação, higiene) e prevenir possíveis patologias.



Figura 4: Mapa divisão das micro áreas do ESF. Micro área 1 está demonstrada no esquema pela cor amarela. Foto: Lopes, 2010.

Estes mapas que apresentam a localização do ESF e da divisão das micro áreas, são fundamentais e representam este espaço concebido, numa correlação com os estudos de Lefebvre (1991, *apud* SEEMANN, 2011), que caracteriza esta representação do espaço como derivada do conhecimento científico. Entretanto, interessa a esta pesquisa prioritariamente o espaço percebido, que inclui as práticas espaciais, o corpo e os sentidos como a “base prática da percepção do mundo exterior” (SEEMANN, 2011), e o espaço vivido, que é diretamente experimentado por meio de imagens e símbolos. Geertz (1976) corrobora ao afirmar que o mapa transforma-se em uma metáfora para apreender uma cultura, enfatizando o processo da conversão dos aspectos da realidade em símbolos e significados. Esta transformação de informações geográficas em símbolos nos mapas também faz parte deste sistema cultural.

Para uma melhor compreensão dos espaços vividos e da localização das mulheres entrevistadas na pesquisa de campo, adiante é apresentado um mapa mental interpretativo do distrito de Xonim de Baixo. Neste mapa estão localizados alguns topos importantes no cenário do distrito e as casas das mulheres entrevistadas. Observa-se que os nomes das interlocutoras foram substituídos por nomes de flores para preservar suas identidades. Por se tratar de uma representação da pesquisadora, nota-se que a micro área 1 foi apresentada com maior profundidade, visto ser o local em que se demandou mais tempo durante a pesquisa, por ser local de morada das mulheres.

Além disso, através do mapa interpretativo, podem-se exemplificar as espacialidades cotidianas destas mulheres descritas no capítulo cinco, quando as mesmas saem de casa à tarde, levam as crianças na escola, param nas barracas de coco para saberem das últimas notícias; quando saem de casa à noite para irem ao bar do Gaúcho, ou a alguma igreja evangélica ou católica.

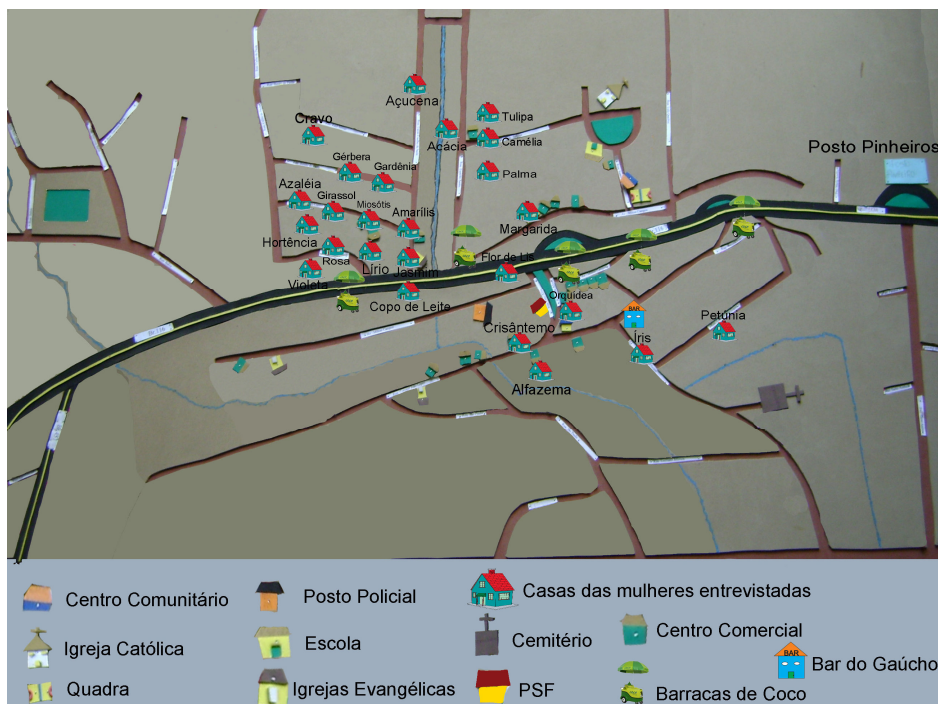


Figura 5: Mapa mental interpretativo, focalizando as casas das entrevistadas. Adaptação de Breno Fernandes.

Além de situar geograficamente, deve-se contextualizar historicamente Governador Valadares, visto que Xonim de Baixo faz parte da cidade e, portanto, de sua história. Nestes subcapítulos adiante pretende-se introduzir os aspectos históricos sobre GV e XB, entretanto, sem a pretensão de uma análise histórica mais aprofundada, mas apenas situando historicamente o município e seu distrito.

2.3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DE GOVERNADOR VALADARES

Segundo dados da prefeitura de GV, a primeira exploração do Vale do Rio Doce foi datada de 1573, com Sebastião Fernandes Tourinho, tendo como finalidade a

descoberta de ouro e pedras preciosas. Entretanto, esta região era coberta pela Mata Atlântica com suas densas florestas, dificultando sua exploração, e ainda somava-se aos obstáculos a ferocidade dos índios botocudos⁷. O número de índios foi reduzido à medida que eram aldeados, pois, por causa das doenças, os filhos dos índios eram retirados do convívio materno, para serem educados separadamente, além de ser promovido o casamento dos índios com os brasileiros (ESPINDOLA, 1998).

Esses obstáculos iniciais, entretanto, impediram, por muito tempo, o estabelecimento de núcleos regulares de população. Com o intuito de conter os constantes ataques dos índios, instalou-se no Vale do Rio Doce, no local conhecido como Porto de Dom Manuel, uma das seis Divisões Militares do Rio Doce, criadas pela Carta Régia de 13 de maio de 1808. Surgiu então um povoado em torno do Quartel de Dom Manuel. Em 1882, este povoado passou a distrito de Paz com a denominação de Baguari sob a Lei nº 3.077, e, em 1884, a Distrito do município de Peçanha, mudando seu topônimo para Santo Antônio de Figueira; em 1923, para Figueira e, em 1938, para Governador Valadares (PREFEITURA GOVERNADOR VALADARES, 2011).

O Vale do Rio Doce passou por um processo lento de ocupação do território. Dentre muitos fatores que contribuíram para acelerar o processo de territorialização e consequente ocupação urbana, Espindola (1999) destaca a decisão do governo brasileiro, em 1942, de exportar o minério de ferro de Itabira em grande escala. A partir daí, a ocupação humana cresceu de forma acentuada, havendo também derrubada da floresta para abastecer as locomotivas movidas a carvão e as madeireiras que se instalavam às margens do rio Doce. Posteriormente, os campos abertos deram lugar às pastagens e criação de gado que se tornaram o principal elemento econômico do Vale do Rio Doce. Os estudos da Companhia Vale do Rio Doce (1963) destacam a importância da região como zona de pecuária, com a vantagem de ser entre as grandes áreas de criação brasileira, a que se encontrava mais próxima dos grandes mercados de consumo. Espindola (1998) ressalta, entretanto, que o esgotamento dos recursos naturais exigiu dos empresários maiores investimentos de capitais para obter ganhos de produtividade, e a opção do capital foi migrar. O conjunto da região, em que Governador Valadares está inserido, de polo de atração e crescimento, converteu-se, gradativamente, em reservatório de mão-de-obra industrial e de mão-de-obra para o

⁷ Diríamos ao invés de “ferocidade”: aguerridos índios conhecidos como “botocudos”, em defesa do seu território.

trabalho doméstico. Essa década é marcada pelo início do processo de involução demográfica e econômica, encerrando-se o ciclo de expansão. A população iniciou um processo migratório, deixando a região em busca de novas fronteiras agrícolas e dos centros industriais em crescimento.

Atualmente, Governador Valadares possui algumas dificuldades de demorada resolubilidade como a abundância de mão-de-obra; a redução de sua influência no mercado regional; baixo nível técnico/tecnológico da força de trabalho e da capacidade de empreendimento da iniciativa privada, graves problemas ambientais, especialmente degradação do solo e assoreamento dos rios, além da escassez de capital, que reflete diretamente em seu PIB e índice de Gini que demonstra a desigualdade entre as populações (IBGE, 2010).

Além da breve reflexão sobre GV, será analisado também o distrito de Xonim de Baixo. Entretanto, uma vez observada as dificuldades em que Governador Valadares se encontra, é natural que tais situações sejam repassadas também nos distritos dependentes do município.

2.4 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DE XONIM DE BAIXO

Marcelino José da Cunha tornou-se um nome de referência na história de Xonim, pois veio de Guanhães com sua família com o intuito de territorializar a região até então composta por alguns indígenas e poucos moradores. Após a conquista do território, Marcelino formou sua fazenda dando-lhe o nome de Bom Retiro de Chonim, pois um dos chefes indígenas, que anteriormente ocupava este vale, se chamava Choni, e, a partir disto, a fazenda e depois a vila recebeu o seu nome. (OBERG, 1958)

Entretanto, o Instituto de Geociências Aplicadas do Estado de Minas Gerais sugere nova grafia para Chonim, distrito de GV. O Instituto recomenda o uso da escrita com “x” e não com “ch”, pois, segundo prescreve a 6ª Recomendação da Conferência de Geografia de 1926, referendada pela legislação ortográfica ulterior, deve-se grafar com x o som chiante nos nomes de origem indígena. Visto que Xonim é o topônimo originário de índios da tribo botocuda do antigo aldeamento de Dom Manoel, em princípio do século XIX, na margem do rio Doce, deve seguir a recomendação e, portanto, ser grafado com “x”. (Anexo A)

2.4.1 Emancipação de Xonim de Baixo e de Cima

A história de Xonim de Baixo está imbricada com a história de GV, pois à época de intensificação das atividades econômicas e ao processo de urbanização do distrito de Figueira, surgiu a necessidade de maior organização político-administrativa, e as ideias de emancipação tomaram corpo em 1937, sendo que o Partido Emancipador de Figueira concretizou seus objetivos com a criação do Município, emancipando-se de Peçanha em 31 de dezembro de 1937 pelo Decreto-Lei Estadual nº 32. Em 30 de janeiro de 1938, aconteceu a instalação do Município e a posse do primeiro prefeito e, em 17 de dezembro de 1938, teve seu topônimo mudado para Governador Valadares, através do Decreto-Lei Estadual nº 148.

Na ocasião, ficou composto dos distritos de Governador Valadares/Sede (ex-Figueira); Brejaubinha; Xonim e Naque. Atualmente, além do distrito Sede, figura com os distritos: Alto de Santa Helena; Baguari; Brejaubinha; Derribadinha; Goiabal; Penha do Cassiano; Santo Antônio do Pontal; São José do Itapinoã; São Vítor; Vila de Nova Floresta; Xonim; Xonim de Baixo.

Com a emancipação de Figueira e formação de GV, houve um desenvolvimento maior da cidade-sede, entretanto, o distrito de Xonim não acompanhou tal progresso, permanecendo como um distrito pacato e subdesenvolvido. Tal situação incomodou uma parcela da população (líderes comunitários, especialmente) que optou pela emancipação de XB de GV. Segundo dados da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, os distritos de Xonim e de Xonim de Baixo pleitearam em 1995 a emancipação de Governador Valadares, mas não houve quórum necessário para realização da consulta plebiscitária, sendo então arquivada definitivamente a solicitação. (Anexo B)

Estas reflexões geoistóricas servem não apenas para uma localização no tempo e no espaço, mas principalmente para relacionar estes dados com outros aspectos deste sujeito social, pois ele está inscrito em uma sociedade, sendo, portanto, reflexo destas características históricas e geográficas. Partindo deste pressuposto, o local onde ele está inserido e sua trajetória de vida construída (muitas vezes até bem antes do seu nascimento) estão imbricados com vertentes de outras áreas de pesquisa, como a saúde, por exemplo. Esta linha de pesquisa, aparentemente nova, mostra-se fundamental, pois como o profissional da área da saúde poderá classificar doenças, propor tratamentos,

indicar caminhos, se eles não souberem quem são estes pacientes? Qual trajetória de vida teve que percorrer e o que isto representa na sua busca por saúde e tratamento? O que o espaço em que está inserido reflete sobre as condutas na área da saúde, principalmente as formas de curar e prevenir patologias? Qual a relação entre o território e o acesso por saúde? Em Xonim de Baixo, observa-se uma estreita relação entre a forma atual do processo saúde/doença/cura realizadas pelas mulheres entrevistadas com a forma de etiologia-tratamento-cura de grupos étnicos que ocuparam a região. Pode-se exemplificar pela forma como estas mulheres buscam por saúde, utilizando plantas com fins medicinais e também através da fé no universo mágico religioso. Esta abordagem será mais bem analisada no capítulo cinco.

A partir destas reflexões, observa-se que atualmente os profissionais da área da saúde devem refletir sobre a questão do simbolismo, do imaterial, ampliar o olhar para a organização do mundo vivido, do espaço vivido e para as práticas locais sobre o processo saúde/doença/cura, podendo, dessa forma, traduzir a imbricação das áreas da saúde com as demais disciplinas da área humana e de ciências sociais, no intuito de pesquisar melhor este sujeito social. Propõe-se a seguir, uma análise mais aprofundada desta imbricação.

3 QUESTÕES CONCEITUAIS E A INTERFACE COM O CAMPO DA SAÚDE: ESPAÇO, TERRITÓRIO E "LUGAR"

Neste momento serão analisadas as definições de espaço, território e lugar, mas não apenas com a preocupação voltada para os aspectos geográficos, mas principalmente com a relação destes conceitos na prática da comunidade e as noções de saúde. Alguns autores chave serão utilizados, como Tuan, Roberto Lobato Corrêa, Marcelo Lopes de Souza, Milton Santos, Rogério Haesbaert e Dardel para referenciar a reflexão sobre alguns temas pertinentes à geografia. Estas ferramentas da geografia são importantes, principalmente para ampliar o conceito de território na saúde.

Observou-se que para a Geografia Tradicional (terceiro quarto do séc. XIX, e décadas de 1950 a 1970 do séc. XX) a abordagem espacial é considerada de forma secundária, porque percebia o espaço como receptáculo, apenas como área. Os conceitos de paisagem e região eram priorizados em detrimento dos conceitos de espaço, território e lugar (CAPEL, 1982). E ainda neste período na visão hartshorniana, o conceito de espaço seria o do espaço absoluto, ou seja, um conjunto de pontos que tem existência em si, sendo independente de qualquer coisa, associando, dessa forma, o espaço a todas as dimensões da vida (HARTSHORNE, 1939 *apud* CORRÊA, 1995). Esta visão limitada de espaço com suas representações matricial e topológica se constituem em meios operacionais que corroboraram o conhecimento sobre localizações e fluxos, hierarquias e especializações funcionais, ajudando na compreensão da organização espacial (CORRÊA, 1995).

Num segundo momento a partir da Geografia Teorético-quantitativo e Geografia Marxista (na década de 1970) surge a Geografia Crítica fundamentada no materialismo histórico e na dialética. Assim, a Geografia na condição de ciência social busca compreender o resultado da ação humana modelando a superfície da Terra, e o faz através de cinco conceitos fundamentais: espaço, região, território, paisagem e lugar, conforme aponta Corrêa (1995) e não apenas com paisagem e região como anteriormente analisado. Confirmando esta análise, Claval (1987) afirma que o espaço tem se constituído em tema central para os geógrafos neomarxistas e Harvey (2005), por sua vez, estabelece conexões entre espaço e tempo ao discutir a pós-modernidade. Entretanto, o espaço aparece efetivamente na análise marxista a partir da obra de Lefébvre, que enfatiza que o espaço desempenha um papel decisivo na estruturação de uma totalidade (LEFÉBVRE, 1991 *apud* SEEMANN, 2011).

Ainda segundo o autor, o espaço não deve ser analisado como espaço absoluto, pois ultrapassa esta concepção, devendo ser entendido como espaço social, vivido, em estreita relação com a prática social. Seria, na verdade, segundo o autor, o *locus* da reprodução das relações sociais de produção, isto é, a própria reprodução da sociedade. Milton Santos (1996), inspirado por Lefébvre, contribui com a discussão ao introduzir o conceito de espaço social, onde não existe dissociação de sociedade e espaço, sendo o espaço um conjunto indissociável de sistemas de objetos e ações que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente. Corrêa (1986) também corrobora este pensamento ao refletir sobre a organização espacial como um conjunto de objetos criados pelo homem e dispostos sobre a superfície da Terra, sendo uma materialidade social.

Na década de 70 surgiu também a geografia humanista, que está assentada na subjetividade, na experiência, no simbolismo, e, para tanto, o conceito de espaço é reforçado com o significado de espaço vivido; há uma revalorização do conceito de paisagem e região; o conceito de território passa a ser uma de suas matrizes, e lugar é valorizado como conceito-chave da geografia (HOLZER, 1992; CORRÊA, 1995). Nesta dissertação, serão analisados estes conceitos chaves, principalmente espaço, território e lugar, segundo esta linha da geografia. A proposta é analisar as mulheres da pesquisa de campo de Xonim de Baixo (ver capítulo 5), considerando os sentimentos espaciais e as ideias de um grupo ou povo sobre o espaço a partir da experiência, conforme perspectiva de Tuan (1983) e demais geógrafos humanistas.

Yi-Fu Tuan (1983) é um autor que recorre a uma abordagem com viés da psicologia, tratando da afetividade produzida pela humanidade e sua relação com o lugar. O materialismo histórico entende o lugar como uma expressão geográfica da singularidade; e a corrente Humanística percebe o lugar como uma porção do espaço em relação ao qual se desenvolvem afetos a partir da experiência individual ou grupos sociais. Este autor trata a relação entre espaço e tempo na construção do lugar. Na vivência, o significado de espaço frequentemente se funde com o de lugar. "A sensação de tempo afeta a sensação de lugar. Na medida em que o tempo de uma criança pequena não é igual ao de um adulto, tampouco é igual sua experiência de lugar" (TUAN, 1983, p. 206). Espaço é um conceito mais abstrato que o de lugar. O que começa como espaço indiferenciado, transforma-se em lugar à medida que é conhecido melhor e dotado de valor, portanto, só se familiariza com um lugar após algum tempo. Lugar é, por sua vez, definido por e a partir de apropriações afetivas que decorrem com os anos de vivência e

as experiências atribuídas às relações humanas. "Lugar é uma mistura singular de vistas, sons e cheiros, uma harmonia ímpar de ritmos naturais e artificiais (...) Sentir um lugar é registrar pelos nossos músculos e ossos" (TUAN, 1983, p. 203).

Finaliza-se esta etapa da análise corroborando a ideia de Buttimer (1982) e Xavier (2009) sob a ótica de Heidegger, onde a noção de lugar se imbrica com a noção de habitação, pois habitar transcende apenas morar, cultivar ou organizar o espaço, seria construir um lar, este sendo símbolo de um diálogo diário com os aspectos ambientais e sociais deste ator social.

Por fim, mas não menos importante, analisar-se-á o território. Marcelo José Lopes de Souza (1995) o entende como sendo "um campo de força, uma teia ou rede de relações sociais a par de sua complexidade interna, que define ao mesmo tempo um limite, uma alteridade: a diferença entre nós e os outros" (p. 86). Este autor está falando da trilogia: espaço, fronteira e poder, mudando a perspectiva de análise de território apenas como sinônimo de Estado-Nação e ampliando para análise de que todo espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder deve ser caracterizado como território.

O autor defende a concepção de que os territórios existem e são construídos e desconstruídos nos mais diversos momentos e configurações, podendo ter um caráter permanente ou uma existência periódica, cíclica, tomando como exemplo os territórios de prostituição no Rio de Janeiro (RIBEIRO e MATTOS, 1996) e os estudos sobre nordestinos no Bairro da Tijuca. Enfatiza ainda que os territórios são, no fundo, antes, relações sociais projetadas no espaço, em vez de apenas espaços concretos. Bonnemaison, (2002) discute a ideia de limite do território, quando ressalta que ele não é obrigatoriamente fechado e nem necessariamente estável, pois antes de ser uma fronteira, um território é, sobretudo, um conjunto de lugares hierarquizados, conectados a uma rede de itinerários. Assim, existem povos onde a noção de fronteira é praticamente inexistente, sem que isso signifique que eles não tenham território, como os nômades. E territorialidade pode ser compreendida pela relação social e cultural que um grupo mantém com a trama de lugares e itinerários que constituem seu território, considerando, portanto, a subjetividade das pessoas, sua forma de estar neste mundo. Com o olhar na geografia urbana (urbanidade), Lopes de Souza (1995) também amplia o olhar sobre o território analisando esta identidade territorial, a territorialidade.

Em reflexões anteriores, Sack (1986) já apresentava territorialidade como uma ferramenta, uma estratégia geográfica poderosa, para influenciar e controlar espaços,

lugares e pessoas, e onde estas relações estão intimamente ligadas às relações de poder como um recurso estratégico e de controle de determinado grupo social, ou seja, o comportamento espaço territorial de um grupo social (SACK, 1986; RAFFESTIN, 1993). Entretanto, Lopes de Souza (1995) amplia esta análise, pois, para ele, a territorialidade, no singular, teria uma conotação abstrata, sendo definida por relações de poder espacialmente delimitadas e operando sobre um substrato referencial. E as territorialidades, no plural, significam os tipos gerais ou ideais em que podem ser classificados os territórios conforme suas propriedades dinâmicas, conforme já analisado anteriormente com os territórios cíclicos. É importante aprofundar um pouco mais nesta perspectiva.

Ao refletir sobre o caráter cíclico que a territorialização pode conter, iniciar-se-á com os estudos sobre prostituição no Rio de Janeiro, que apresenta uma alternância habitual dos usos diurnos e noturnos dos mesmos espaços, explicitando esta identidade territorial apenas relativa, mais funcional do que afetiva. Já no tráfico de drogas que também foi analisado pelo autor, sob a perspectiva da territorialidade, observa-se a complexidade diante deste tema, pois demonstra que a territorialidade de cada facção ou organização do tráfico de drogas constitui-se em um mesmo espaço concreto, em uma rede complexa unindo nós pelo pertencimento a um mesmo comando, superpostos por outros nós de outras redes, disputando a mesma área de influência econômica, ou seja, o consumidor. Enfatiza-se que o exercício do poder não é concebível sem territorialidade, sejam os limites externos, como as fronteiras espaciais do poder desta coletividade, sejam as diferenciações internas da sociedade que impõem territorialidades específicas.

O território, para Lopes de Souza (1995), encerra a materialidade de um grupo, observando sob a ótica de sustento econômico e de identificação cultural. Alguns autores ampliam esta análise ao abordar a imaterialidade do território com seus significados e significantes (GUATARI, 1985; CLAVAL, 1999; HAESBAERT, 2006; XAVIER, 2006). Para Rogério Haesbaert (1995), o território tem uma dupla face: é um espaço dominado ou apropriado com um sentido político, mas também apropriado simbolicamente, onde as relações sociais produzem ou fortalecem uma identidade utilizando-se do espaço como referência. Neste sentido, a dupla dimensão do território, cultural e político-disciplinar, pode estar conjugada, reforçada ou ainda contradita, devendo ser analisada de acordo com as formas e a intensidade com que se apresenta esta relação. Haesbaert (2006) enfatiza ainda que território deve ser identificado como produto da apropriação/valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço

vivido. Felix Guatari (1985) é outro autor que também corrobora este pensamento. Para ele:

Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente 'em casa'. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.

A ideia de cultura, traduzida em termos de espaço, não pode ser separada da ideia de território, pois é pela existência de uma cultura que se cria um território; e é por ele que se fortalece e se exprime a relação simbólica existente entre cultura e espaço. O território teria, ao mesmo tempo, aspectos de um espaço social e um espaço cultural, pois está associado tanto à função social quanto à função simbólica, onde cultura e sociedade seriam duas faces da mesma realidade (BONNEMAISON, 2002). O espaço social é produzido, concebido em termos de organização e de produção, como visto anteriormente; e o espaço cultural é vivenciado e concebido em termos de significação e relação simbólica, ou seja, um enquadra e o outro é portador de sentido.

Buttimer (1982) reflete sobre a noção subjetiva e cultural do espaço social, e acrescenta que o espaço vivido seria um espaço–movimento, formado pela soma dos lugares e trajetos que são usuais a um grupo ou indivíduo. Portanto, trata-se de um espaço de reconhecimento e familiaridade ligado à vida cotidiana. Seria a tal expressão de geograficidade citada nos termos de Dardel (1990), ou sua expressão territorial. Discorrer sobre esta geograficidade da identidade territorial seria a associação entre como é o determinado território, quem vive nele e como é viver nele, ou seja, seria apreender como os indivíduos concebem este espaço e agem em relação a ele. (DE PAULA; MARANDOLA JR., 2007). Ao repensar o grupo de mulheres pesquisadas em Xonim de Baixo, será perscrutado o território através deste olhar, refletindo não apenas em seu aspecto geográfico (no sentido apenas de aspectos físicos), mas principalmente em seu território vivido, entendendo esta geograficidade estudada pelo autores supra citados. Relembrando que Xonim de Baixo constitui-se em um distrito de Governador Valadares, ainda falta analisar os aspectos micro deste território, as características particulares desta ruralidade que dão sentido às territorialidades ali outrora presentes.

3.1 RURALIDADE E SUAS COMPLEXIDADES: ÊNFASE FOFOCA

Ao repensar ruralidade e cidades pequenas iremos contrastar esta realidade com a vida na cidade grande, fazendo um contraponto entre Xonim de Baixo e Governador Valadares, entre a vida no distrito e a vida na cidade de referência. No capítulo cindo, aprofundar-se-á sobre os aspectos específicos desta estreita relação, mas, antes, torna-se fundamental uma reflexão teórica sobre a vida em cidades grandes e pequenos vilarejos ou ainda em bairros, que refletem uma vivência similar de um distrito.

Existe um conhecimento que se realiza cotidianamente, inerente à vivência de todos os indivíduos, um conhecimento intuitivo e intersubjetivo, originado no mundo vivido (BUTTIMER, 1982). No mesmo sentido, Cornélius Castoriadis, em *A instituição da sociedade e da religião*, publicado em 1985, defende a ideia de que a espécie humana só sobrevive criando a sociedade e as instituições. Esta autocriação da sociedade é também tema de discussão de Berger e Luckmann (1985), que argumentam que "a autoprodução do homem é sempre e necessariamente um empreendimento social. Os homens em conjunto produzem o ambiente humano, com a totalidade de suas formações socioculturais e psicológicas". Sendo assim, a ordem social é uma produção humana contínua que foi criada para que o homem forneça para si mesmo um ambiente adequado para sua conduta. As instituições desempenham papel fundamental para este controle, pois têm sempre uma história, da qual são produtos.

A sociedade, portanto, pode ser vista como um mosaico de territórios estabelecidos de maneira simultânea e sobreposta, como uma teia de relações entre os grupos e indivíduos. O território destas relações será diferente em função do aspecto social a partir do qual tal território é constituído. É na vida cotidiana que se desenvolvem condutas subjetivamente dotadas de sentido a partir das significações que se constroem no senso comum e que se institui a complexificação da realidade social (SILVA, 2000). A vida em sociedade é resultado de um processo cultural que se concretiza pelas relações sociais que instituem símbolos que expressam uma determinada visão de mundo comum, manifestando-se em várias formas de comunicação como a linguagem, comportamentos, artefatos materiais, etc. Os símbolos instituídos terão capacidade de influenciar e controlar o comportamento humano, dependendo da sua capacidade de transmitir e reforçar um sistema ideológico já dado. A sociedade, então, pode ser considerada um agregado de relações sociais, e a cultura é seu conteúdo.

A cidade é retratada como espaço do movimento de coisas e pessoas, do encontro com o diferente, de local com ritmo de vida acelerado, e principalmente, como o local das impessoalidades, onde há dificuldade na criação de laços entre as pessoas. Segundo Tuan (1983), a grande lacuna do viver urbano é a ausência de tempo para sentir, o instante da pausa, onde há a possibilidade de formação de laços afetivos e significativos entre as pessoas e entre o espaço. Contrariamente, a vida em cidades pequenas, bairros ou distritos apresentam um ritmo de vida mais lento, onde o tempo pode ser percebido de forma diferente, há laços de parentesco e afetividade entre as pessoas onde as relações são marcadas pelos códigos e símbolos que se constroem na vida cotidiana, e o espaço é visto como gerador de significados (TUAN, 1983; HOLZER, 1999; SILVA, 2000).

As pequenas cidades foram esquecidas como integrantes da totalidade da sociedade moderna, sempre vistas em oposição às grandes cidades, ou como uma repetição atrasada destas, segundo a autora Silva (2000). Se as grandes cidades eram complexas, símbolo de modernidade, atraentes e representavam o futuro, as pequenas cidades eram simples, símbolo do atraso, abandonadas e fadadas a ficarem no passado; entretanto, mesmo assim, estas apresentam relações sociais a partir de códigos particulares e constituem territórios específicos, cuja lógica só pode ser entendida no desenrolar de sua vida cotidiana, mergulhando-se no universo cultural que lhes dá sentido.

Há complexidade na vida cotidiana, principalmente nas invisibilidades, porque é no cotidiano que elas vão construindo as suas historicidades e vão expressando esse modo de estar no mundo – *ethos* –, expressão de espacialidade, que dá o tom da sociedade (XAVIER, 2004; 2009). Cada pessoa a partir do seu conceito de habitar (alusão a Heidegger) apresenta um ambiente espacial estruturado, ou seja, uma série de lugares que se fundem para formar regiões significativas, cada qual com sua estrutura apropriada e orientada para outras regiões. Portanto, a pessoa está rodeada por camadas concêntricas de espaço vivido, da sala para o lar, para a vizinhança, cidade, região e para a nação.

Silva (2000) explana ainda sobre a convivência entre as pessoas do interior. É necessário seguir um padrão para ser socialmente aceito, onde se criam regras de convivência e todos devem se enquadrar nessas exigências, e onde o medo da exclusão social faz com que esse jogo funcione. As relações sociais na cidade pequena são marcadas pela personalidade que geralmente exerce um controle muito eficaz sobre os

membros de sua coletividade. Geertz (2008), que trata a cultura sob a perspectiva de um 'mecanismo de controle', argumenta que ela "inicia-se com o pressuposto de que o pensamento humano é basicamente tanto social como público". A forma de comportamento das pessoas está sujeita a uma determinada forma de controle, porque nas pequenas cidades "todo mundo conhece todo mundo e se mete na vida de todo mundo" (SILVA, 2000). Os espaços demarcados desta maneira são utilizados como referência para distinguir seus usuários como pertencentes a uma rede de relações e, para pertencer a esta rede, é preciso que se cumpram determinadas regras de convivência. Estes usuários, entretanto, obedecem às regras sem necessariamente dar-se conta disso, pois o padrão está internalizado e, para obter o reconhecimento da coletividade e aproveitar-se das relações sociais profundamente marcadas pela pessoalidade, não se devem transgredir as regras culturais, ou, como reflete Silva (2000), "não se pode causar falatório na cidade".

Nesse aspecto a fofoca é outro aspecto relevante nesta reflexão teórica, pois está presente tanto em cidades grandes quanto pequenas. Entretanto, a pessoalidade é maior nas cidades pequenas ou bairros, proporcionando a este sujeito social uma maior visibilidade, e conseqüente controle social.

A fofoca, segundo Fonseca (2004) envolve o relato de fatos reais ou imaginados sobre o comportamento alheio e é sempre concebida como uma força nefasta, destinada a fazer mal a determinados indivíduos. Elias e Scotson (2000) acrescentam que a fofoca pode ser tanto positiva quanto negativa e em todas as suas formas, tem um valor considerável como entretenimento de interesse coletivo, entretanto, observa-se que as notícias sobre o desrespeito às normas aceitas, cometido por pessoas conhecidas da comunidade, são muito mais saborosas, fornecendo maior entretenimento e uma satisfação mais prazerosa, tanto para narradores quanto para ouvintes, do que os boatos sobre alguém que fosse digno de elogios por defender os padrões aceitos, ou merecedor de apoio num momento de necessidade.

Ninguém se considera fofocueiro, mas todo mundo concorda em dizer que há fofoca constantemente na vizinhança (FONSECA, 2004). A fofoca serve para informar sobre a reputação dos moradores de um local, consolidando ou prejudicando sua imagem pública. Atacar, pela fofoca, os atributos de um e de outro é atentar contra o que há de mais íntimo no indivíduo, a imagem que ele faz de si. Essa perspectiva faz sobressair o poder das mulheres porque, ainda que os homens tenham uma capacidade

superior de violência física, culturalmente, as mulheres são vistas com as principais manipuladoras da reputação, através da fofoca.

A fofoca serve ainda segundo Elias e Scotson (2000), muitas vezes, para enviar à vítima um insulto indireto cuja origem é só parcialmente encoberta e, para proteger-se, a fofocadeira joga com a ambiguidade inerente à fofoca. Faz apenas alegações insinuantes, deixando o público livre para tirar suas próprias conclusões. Usada contra os fortes, a fofoca é uma arma de manipulação e de proteção; usada por fracos contra fracos, ela se torna um instrumento de ataque. E no fundo, não existe medida fixa para julgar o grau ofensivo da fofoca. O impacto de uma palavra, de uma injúria, varia conforme o contexto, podendo, inclusive levar a pessoa injuriada a cometer atos de violência no intuito de controlar e/ou acabar com esta fofoca.

Em XB, a fofoca apresenta este caráter de controle social nos sujeitos, coibindo atos e obrigando ações, através da constante necessidade de manter-se uma boa reputação, principalmente nas mulheres. Neste tocante, o PSF, que antes era visto como território da saúde (ou em busca de), atualmente é referenciado como o local central de fofoca no distrito e, como consequência, algumas mulheres não aderem ao exame Papanicolaou por medo da fofoca (exposição à comunidade) da sua doença, do seu corpo e de suas histórias de vidas. Este tema será abordado mais profundamente no capítulo 5.

Diante da discussão proposta nesta pesquisa, ainda no que concerne à reflexão teórica sobre os aspectos geográficos de uma sociedade, iremos relacionar estes aspectos com a área da saúde.

3.2 SAÚDE E TERRITÓRIO: INTERFACES

Nos estudos sobre a saúde e a saúde pública, o encontro entre os conceitos espaço, território e ambiente vem sendo novamente privilegiado, Capel (1983) afirma que, dependendo do momento e do contexto, da tradição geográfica e da origem dos discursos, estes termos não só ganham novas conotações como podem tornar-se eixos privilegiados da perspectiva geográfica.

Czeresnia & Ribeiro (2000) perscrutaram os aspectos do espaço relacionando-o com a epidemiologia, mas o entendiam como um campo de conhecimento separado do

tempo e dos sujeitos sociais. Já os conceitos geográficos propostos por Milton Santos constituem uma das referências mais importantes para as análises da relação entre espaço e doença, especialmente as produzidas no Brasil. Esse autor conceitua espaço como “um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações”; “um conjunto de fixos e fluxos que interagem” (SANTOS, 1996). O espaço é aquilo que resulta da relação entre a materialidade das coisas e a vida que as animam e transformam. A configuração territorial é uma produção histórica resultante dessas relações.

Não interessa, neste momento, realizar uma repetida discussão sobre território/territorialidade e espaço, mas preocupa principalmente a relação destes com a área da saúde.

Sob a influência de Milton Santos alguns autores [SILVA (1985); SABROZA E LEAL (1992); BARRETO (2000)] procuraram aplicar o arsenal teórico da geografia crítica em estudos sobre a distribuição de doenças endêmicas e epidêmicas como resultado da organização social do espaço (e suas transformações). Para Sabroza e Leal (1992), por exemplo, “o espaço socialmente organizado, integrado e profundamente desigual, não apenas possibilita, mas contribui para a ocorrência de endemias e sua distribuição”.

O conceito de território também foi perscrutado despertando o interesse notório dos gestores de saúde, dos administradores dos serviços e dos próprios trabalhadores, com o objetivo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) motivando uma reflexão sobre o funcionamento dos serviços, correlacionando-os com sua base territorial, analisando principalmente seu processo de territorialização. Segundo Unglert (1993), a base territorial é um dos princípios organizativo-assistenciais mais importantes do sistema de saúde. Ela considera que:

(...) o estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita. (Unglert, 1999).

O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (MONKEY, 2004). Muito além de

ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território fluido, em permanente construção (MENDES, 1993).

Numa divisão do espaço, o Estado adota atualmente, através da estrutura do SUS (Sistema Único de Saúde), um município, um distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde (MONKEN, 2004) como áreas de gestão administrativa. Corroborando com estas delimitações, Mendes (1993) acrescenta que no processo de municipalização podem ser identificados os seguintes territórios: território-distrito (como delimitação político-administrativa); território área (delimitação da área de abrangência de uma unidade ambulatorial); território-micro área (delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômica sanitária) e território-moradia (como lugar de residência da família).

Mais recentemente, se avaliar-se as regulamentações operacionais do SUS – Norma Básica da Atenção - NOB/96 e a Norma Operacional da Assistência – NOAS/2002 percebe-se uma série de nomenclaturas relacionadas às noções de espaço geográfico e território. Na primeira, NOB-96, a ênfase é dada ao processo de municipalização dos serviços, exigindo-se uma série de procedimentos que devem ser paulatinamente repassados do estado para a gestão do município, implicando em uma série de repasses financeiros que dão sustentabilidade ao sistema. A segunda, NOAS/2002, preocupa-se com a regionalização da assistência, com uma forte retomada do poder do estado, na perspectiva de reorganizar os sistemas a partir de polos de atenção com maior capacidade de dar respostas aos problemas e necessidades em saúde daquela região (MONKEY, 2004).

Este modelo, embora seja uma tentativa de facilitar a gestão, o que pode ser viável até dado ponto, apresenta o inconveniente de ter a mesma e sempre verticalização dos velhos sistemas administrativos que contêm uma sobreposição de territórios, territorialidades e, principalmente, de poderes e saberes (XAVIER, 2004, 2005). Esta constatação remete a refletir sobre a dificuldade, ainda atualmente, de um programa de políticas públicas com boa resolubilidade, onde sejam observadas as horizontalidades

das representações simbólicas dos sujeitos sociais, sua territorialidade e não apenas alguns processos sociosespaciais que definem como territorialização, e onde estes sujeitos sociais não se reconhecem.

Com o intuito de corroborar com estas reflexões, a pesquisa desta dissertação busca a imbricação da área da saúde com a área humana e de ciências sociais, além disso, inova ao propor, como método de pesquisa, uma abordagem antropológica e geográfica, um estudo etnogeográfico. No capítulo 4, aprofundar-se-á na problematização da saúde, focalizando a saúde da mulher, e o câncer de colo de útero, mas com preocupação não apenas com os aspectos materiais do processo saúde/doença/cura, mas também suas representações, visto que este sujeito social do gênero feminino está inserido em um tempo e em um espaço que reflete na sua territorialidade, seu modo de estar no mundo.

4 SAÚDE EM FOCO: SAÚDE DA MULHER

Inicialmente, refletiremos sobre a Carta de Ottawa e suas implicações práticas no que tange às ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e o reflexo nas práticas cotidianas nas comunidades, principalmente de Xonim de Baixo (XB).

Além disso, será analisada neste capítulo a saúde mulher, observando a evolução de suas Políticas Públicas, e enfatizando o câncer de colo de útero. Neste capítulo haverá ainda, uma discussão sobre a questão do gênero e o corpo feminino. No capítulo cinco, retornar-se-á com esta discussão, imbricando com a pesquisa de campo.

4.1 REPENSANDO SAÚDE: DO CONCEITO À REALIDADE

No dicionário Michaelis (WEISZFLOG, 2007) a definição de saúde é: bom estado do organismo, cujas funções fisiológicas se vão fazendo regularmente e sem estorvos de qualquer espécie; bem-estar físico, econômico, psíquico e social. E doença como: falta de saúde, enfermidade, indisposição, moléstia, ainda como processo mórbido definido, com sintomas característicos, que pode afetar o corpo todo ou uma ou várias de suas partes.

A Carta de Ottawa de 1986 se refere à saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e as condições e os recursos fundamentais para alcançá-la são a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002).

Este documento representa um marco na definição de saúde, pois não vincula a saúde apenas a uma concepção curativa e preventiva de doenças, mas vai além incorporando à questão do bem-estar, um conjunto de fatores que implicam em boas condições de vida do ser humano. Em Xonim de Baixo, para as mulheres entrevistadas, há uma percepção de saúde ainda apenas como ausência de sintomas.

Saúde é definida, ainda, segundo a Constituição Brasileira de 1988, no artigo 196, como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2011).

No artigo 198 ainda da Constituição Brasileira, definem-se as diretrizes para que as ações e serviços públicos de saúde sejam integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único. Para tanto, define-se: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade (BRASIL, 2011). A universalização da saúde, ou seja, saúde como direito efetivado por todos é o grande objetivo da existência do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde, inicialmente, com a própria luta pela redemocratização do país. Desse momento político, destaca-se o movimento de Reforma Sanitária Brasileira que visava as reais necessidades da população nas questões de saúde na condição de direito de cidadania; foi pautado em uma mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa. Neste cenário, nasce uma concepção integradora, alvo de grandes revoluções no prisma da compreensão holística do processo saúde- doença (CAMARGO, 2003).

Assim, a luta pela reforma sanitária foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde como um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção, sendo embasado a partir de uma dimensão ideológica e alicerçado em uma concepção ampliada do “cuidado” em saúde do indivíduo, família e comunidade (MENDES, 1999).

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000, os princípios da integralidade assistencial, da humanização e da equidade foram reiterados, constituindo-se como objetivos para a consolidação do SUS, como também a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado, definida na Constituição Federal (BRASIL, 2000).

A partir da implementação do SUS, não só foi desencadeado um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde, como também na qualidade destes, já que um de seus princípios é o da integralidade da atenção. Tratava-se, então, de buscar um modelo de atenção primária à saúde que viabilizasse a concretização da integralidade das ações e dos serviços de saúde, ocupando uma posição de confronto frente ao modelo convencional vigente (MENDES, 2002).

No Brasil, o SUS incorpora o espaço geográfico a partir da noção de território e territorialidade: um espaço vivo, delimitado e ocupado por um grupo populacional específico, com identidades em comum: social, cultural, entre outras (CONASEMS,

2005). Considerar a forma de organização social do espaço constitui uma das estratégias para o entendimento da ocorrência e distribuição de agravos à saúde. Além disso, como os serviços de saúde são organizados em base espacial, esses conhecimentos podem contribuir para a adequação das ações de saúde às necessidades diferenciadas da população.

Contrariamente ao planejado, o SUS utiliza a ideia de território apenas no sentido de territorialização, com o objetivo de demarcação de espaços e não consegue ainda ampliar estes conceitos para uma visão mais ampla, visando a territorialidade das pessoas, ou seja, um território vivido. Este fato ocorre em XB, onde o saber biomédico hegemônico não reconhece a legitimidade dos demais saberes. A invisibilidade dos “outros saberes” constituídos leva a um não diálogo, o que fere o direito Constitucional à Saúde, e deixa-se de concretizar os princípios do SUS.

Observa-se, portanto, que na teoria estes projetos de saúde igualitária e única não se concretizaram idealmente, mobilizando o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais a estabelecerem mecanismos capazes de assegurar a concretização dessas conquistas. Várias iniciativas de mudanças nos processos organizativos dos serviços de saúde foram esboçadas, inclusive a tentativa de implementar medidas humanizadoras de atenção a saúde, indo desde ambientes mais agradáveis nas salas de espera das Unidades Básicas de Saúde a ações motivadoras de melhoria da relação dos profissionais de saúde com seus pacientes; entretanto, consistiam em projetos pontuais e com resultados pouco perceptíveis pela população (SOUSA, 2004). Até que é idealizada em 1994, a estratégia utilizada pelo Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como propósito a mudança do modelo da atenção à saúde, que passa, então, a ter as famílias como núcleo do cuidado. Segundo Araújo (2002), muda-se o modelo assistencial vigente baseado apenas no uso da tecnologia de ponta, pois agora o atual modelo está calcado no pressuposto de que o envolvimento com o paciente facilita a condução do tratamento, resgatando o valor da clínica em relação às especialidades, podendo, portanto, levar a saúde para mais perto da família melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF é priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua (CONASEMS, 2005).

Pelo PSF ter sido considerado potente para a universalização do atendimento a saúde e para implementar os preceitos da reforma sanitária brasileira, passou-se a haver um esforço e um incentivo para que se transformasse em Estratégia (ESF) de um projeto

único do sistema da saúde e responsável pela atenção primária de saúde (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

A ESF é, portanto, uma estratégia para a reorganização da prática assistencial à saúde, aproximando os serviços de saúde da população. Neste contexto, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutive (LEITÃO, 2001).

O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou em domicílio por uma equipe multiprofissional que é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo ser complementado por dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde.

A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde têm como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimentos da vigilância da saúde; não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população e, finalmente, aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituído das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde.

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, é preciso exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso ainda estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca entre os distintos saberes éticos e êmicos (GEERTZ, 1997, 2008; XAVIER, 2004, 2005, 2009) que contribuam para as ações de promoção de saúde em nível individual e coletivo. A noção de integralidade como princípio deve orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades num novo paradigma de atenção à saúde.

Neste contexto, em 2006, foi regulamentada a função do agente comunitário de saúde (ACS), que tem como requisitos para o exercício da profissão, segundo a lei federal nº 11.350 da Constituição Federal: residir na área da comunidade em que atuar; haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; haver concluído o ensino fundamental. E propõe como

papel do ACS o exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Em suma, cada ACS se encarregaria de cadastrar um número determinado de famílias adscritas a uma “base geográfica” sob os seus cuidados - em torno de 150 famílias ou 750 pessoas, onde os problemas deveriam ser identificados em cada “território de trabalho”, por meio de um mapeamento de sua “área de abrangência”, ressaltando as “micro-áreas de risco”. Deve ser alguém da própria comunidade, alguém que se identifica, em todos os sentidos, com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem, costumes, servindo como elo entre a comunidade e o sistema de saúde, criando uma rede informal de saúde. Entretanto, este elo ainda não se consolidou como necessário, pois, entende-se que é um processo longo, visto que a implantação do PSF em um país de dimensões continentais como o Brasil seja permeado por avanços e retrocessos. (BRASIL, 2004).

Um dos problemas apontados é que grande parte dos profissionais inseridos nas equipes de ESF não apresenta perfil para o trabalho preconizado nas diretrizes do programa. Isso leva a uma assistência não muito diferenciada do modelo centrado no médico e com baixa resolutividade. Esta teoria é reforçada por Travesso-Yépez e Moraes (2004) que ressaltam que não pode ser desconsiderado que o processo de implantação do SUS teve que lidar com inúmeras limitações, visto que representava uma proposta de ação renovada em saúde, quando na verdade os profissionais não haviam sido formados em consonância com o modelo de promoção à saúde, como também os gestores deparavam-se com inúmeras dúvidas ao tentar adequar à estruturação de ações básicas de saúde, sem dispor, na ocasião, de recursos para esta finalidade. Assim, embora a saúde seja um direito garantido em constituição, na prática revela uma enorme contradição entre essas conquistas sociais estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor.

Schraiber (1999) reforça que, para atingir a integralidade da assistência no plano macro, um dos objetivos a perseguir é a integralidade da assistência no atendimento de cada profissional e no conjunto de cuidados desses profissionais a cada indivíduo e/ou comunidade.

No que tange à saúde da mulher, foram criadas algumas estratégias específicas para tentar reverter o hiato criado entre a comunidade e os profissionais da área de saúde, como veremos.

4.2 SAÚDE DA MULHER

Segundo dados do DATASUS em 2009, as mulheres eram a maioria da população brasileira (50,88%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos (IBGE, 2009). Ao analisar estes dados, observa-se o papel fundamental que a mulher exerce na sociedade, mas é necessário analisar quais as medidas e propostas de saúde que são programadas visando a sua saúde, além de analisar os avanços e limites das políticas públicas de saúde para a mulher.

4.3 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, numa perspectiva reducionista baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares, relembrando a tradicional cultura patriarcal tão enraizada em nossa cultura.

Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (COSTA, 1999).

No intuito de reverter tal situação, o movimento feminista brasileiro enfatizava as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991). Argumentavam ainda que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina.

Com base naqueles argumentos, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo,

uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (OSIS, 1998).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (OSIS, 1998).

Apesar de todo o empenho, há o reconhecimento das dificuldades para consolidação do programa e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da mulher, forçando o governo federal a repensar sua estratégia concernente à política pública referente à mulher (BRASIL, 2006).

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) foi criada em 1º de janeiro de 2003, com *status* de ministério e inaugurou um novo momento da história do Brasil no que se refere à formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens, em especial os Planos de Políticas Nacionais para as Mulheres (PNPM I e II).

A Política Nacional para as Mulheres orienta-se pelos seguintes pontos fundamentais: Igualdade e respeito à diversidade; Equidade; Autonomia das mulheres; Laicidade do Estado; Universalidade das políticas; Justiça social; Transparência dos atos públicos; Participação e controle social.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a avaliação do I PNPM (2004-2007) apontou como principais avanços na institucionalização da Política Nacional para as Mulheres e na sua implementação: a maior inserção da temática de gênero, raça/etnia no processo de elaboração do orçamento e planejamento do governo; a criação de organismos governamentais estaduais e municipais para coordenação e gerenciamento das políticas para as mulheres; e os avanços na incorporação da transversalidade de gênero nas políticas públicas. Mereceu destaque, ainda, a promulgação da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), a criação da Comissão Tripartite para a Revisão da Legislação Punitiva contra o Aborto, o aumento de crédito das mulheres rurais e a política nacional de direitos sexuais e direitos reprodutivos, entre outros. Esta mesma avaliação indicou como principais insuficiências, que necessitam ser superadas: a não existência de organismos de políticas para as mulheres em inúmeros governos estaduais e na maioria dos governos municipais; o baixo orçamento para as políticas para as mulheres; a criminalização do aborto; a falta de dados; a baixa incorporação da

transversalidade de gênero nas políticas públicas; a ausência de compartilhamento, entre mulheres e homens, das tarefas do trabalho doméstico e de cuidados; a fragilidade dos mecanismos institucionais de políticas para as mulheres existentes; entre outras. Vale lembrar ainda que a saúde da mulher perpassa pela saúde do homem⁸.

O II PNPM, (2008 – 2011), porém, ampliou o escopo do PNPM I, introduzindo novos eixos estratégicos e propondo o detalhamento de eixos já existentes, de forma a destacar segmentos de mulheres em situação de vulnerabilidade, ou de qualificar os procedimentos e os meios para a obtenção de resultados esperados.

Entretanto, apesar das mudanças quantitativas observadas, diversos estudos que compõem o diagnóstico da situação de saúde da mulher no Brasil mostram não haver ampliação significativa da qualidade e acesso na atenção à saúde da mulher. E uma das patologias que merece destaque ao pensar-se em saúde da mulher é o câncer de colo de útero, pois, apesar de se constituir em uma doença de fácil prevenção, de evolução lenta e de tratamento conhecido e eficaz, apresenta um aumento considerável de números de casos em todo o mundo, principalmente a partir do século passado, e segundo Guerra, Moura Gallo e Mendonça (2005) configura-se, atualmente, como um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial.

4.4 SAÚDE DA MULHER E O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Em 2003, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, estimava que 16.480 mulheres apresentassem câncer cérvico-uterino, com 4.110 óbitos em todo o país. Em Minas Gerais a estimativa de novos casos foi de 1410/100.000 mulheres com 320 óbitos /100.000. No Estado de Minas Gerais, o câncer foi a segunda causa de morte entre mulheres no ano de 2006, sendo precedido apenas pelas doenças do aparelho circulatório. Entre as neoplasias malignas conhecidas, o câncer de colo de útero apresentou-se como a sexta causa de morte no sexo feminino. Em relação ao número de casos novos, a taxa de incidência ajustada por idade pela população mundial para o ano de 2000 em Belo Horizonte foi de 31,98 casos por 100 mil mulheres para o

⁸ Em agosto de 2008, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, justificada pela dificuldade de acesso do homem à prevenção e tratamento de doenças. Tais dificuldades na sua busca por saúde vêm enraizadas pela cultura patriarcal, que potencializam os estereótipos de gênero, onde à mulher fica a obrigatoriedade do cuidado (inclusive do homem) e ao homem é proibido demonstrar fragilidade (a própria doença torna-se um momento de fragilidade).

câncer de colo de útero e de 3,92 casos por 100 mil mulheres para o câncer de útero porção não especificada (INCA, 2004).

A morbi-mortalidade por câncer do colo do útero é alta nas mulheres brasileiras, e a forma mais eficiente de controle desse tipo de tumor é diagnosticar e tratar as lesões precursoras (neoplasias intraepiteliais) e as lesões tumorais invasoras em seus estágios iniciais, quando a cura é possível em praticamente todos os casos (INCA, 2004).

Duavy *et al* (2007), constatam que a evolução do câncer de colo uterino, na maioria dos casos, acontece de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de cura pela prevenção. A principal estratégia para a prevenção primária da doença é o uso de preservativo (masculino ou feminino) durante as relações sexuais, visto que a infecção pelo vírus papiloma humano (HPV) está presente em 90% dos casos. A prevenção secundária é realizada por meio do exame preventivo (Papanicolaou) para a detecção precoce da doença. (INCA, 2004)

O exame de Papanicolaou permite identificar a presença do Papiloma Vírus Humano (HPV), considerado o principal fator de risco para a neoplasia de colo uterino (WALBOOMERS *et al.*, 1999). Além disso, o exame de Papanicolaou é uma tecnologia simples, eficaz e de baixo custo para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de suas lesões precursoras. O Ministério da Saúde Brasileiro recomenda que toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve se submeter a exame preventivo periódico, especialmente dos 25 aos 60 anos de idade. Inicialmente, o exame deve ser feito a cada ano. Se dois exames anuais seguidos apresentarem resultado negativo para displasia ou neoplasia, o exame pode passar a ser feito a cada três anos (BRASIL, 2002). A realização anual do exame eleva a proteção em apenas 2%. O maior benefício será obtido quando o rastreamento for praticado em mulheres de 35 anos ou mais, porque nessa idade foi relatado aumento da incidência do câncer invasor.

No Brasil, apenas 30% das mulheres submetem-se ao exame de Papanicolaou pelo menos três vezes na vida. A Organização Mundial de Saúde estabelece como necessária uma cobertura de 85% da população feminina, para obtenção de impacto epidemiológico na frequência e distribuição do câncer cérvico-uterino. (BRASIL, 2002). Além disso, grande parte dos exames citopatológicos refere-se às mulheres com menos de 35 anos de idade (MS, 2002). Considerando que o pico de incidência da doença situa-se entre os 40 e 60 anos de idade, resulta que os diagnósticos em 70% dos casos são efetuados já na fase avançada da doença (BRASIL, 2002).

Número alto de neoplasias demonstra dificuldade em resolver o problema ainda na fase primária. Do ponto de vista de políticas públicas em saúde, reduzir as disparidades sociais tem ampla repercussão para a população, pois os benefícios se estendem além dos grupos socialmente vulneráveis, como assinalado por Wunsch *et al* (2008), ao discutirem o paradoxo do princípio da prevenção.

A razão para a permanência da situação de morbimortalidade por câncer do colo do útero está, provavelmente, na ineficiência dos programas de rastreamento em alcançar as mulheres de risco para a doença, aquelas que nunca realizaram o exame ou realizaram há mais de cinco anos, e de garantir um seguimento e tratamento adequado aos casos detectados. O êxito dos programas de prevenção depende da reorganização da assistência clínico-ginecológica, da capacitação dos profissionais de saúde, da continuidade e qualidade das ações de prevenção e do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas, que respeitem as diferenças culturais entre as mulheres e sejam focalizadas em eliminar as barreiras e iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos (PINHO, 2003).

O estudo das desigualdades em saúde permite reconhecer possíveis mecanismos causais das doenças e identificar oportunidades de intervenções preventivas com alto potencial de efetividade. Por outro lado, é imprescindível que se coloque o ser humano no centro da investigação e da prática terapêutica para criar Políticas Públicas onde o próprio público se identifique. É imperativo reduzir as iniquidades em saúde, pois são eticamente inaceitáveis, posto que sejam evitáveis ou remediáveis, não esquecendo que saúde é um direito de todos e proclamado na Constituição Federal no artigo 196.

A situação de saúde, conforme discutido anteriormente, envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação histórica nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico, além de variáveis como raça, etnia e situação de pobreza que realçam ainda mais as desigualdades (BRASIL, 2006).

Torna-se fundamental, portanto, o estudo sobre saúde da mulher com enfoque no gênero, visto que esta vulnerabilidade feminina perpassa muitos séculos e vem historicamente imbricado com a cultura patriarcal à qual a mulher foi sujeitada. Entretanto, é importante relacionar tais estudos com outros mais recentes, que enfocam a mulher não mais à mercê de seu contexto histórico, mas inserida na sociedade como um ator social que pode transformar o papel da mulher.

4.4.1 Pensando a questão do gênero nas franjas da modernidade

Encontram-se na literatura vários conceitos sobre saúde da mulher. Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COELHO, 2003).

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica, podendo ser construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. (SCOTT, 1989; PAIM, 1998). Rubin (1979) reforça ainda que gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher, além de delimitar campos de atuação para cada sexo, o gênero, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação.

Bourdier (2003) relaciona as categorias de gênero com as divisões e dominação entre eles, lembrando que, apesar de opostos são complementares, pois aos homens coube o papel de ser chefe da família e posto de autoridade máxima, enquanto à mulher coube ser chefe da casa e de todas as demandas dela, além do papel de sujeição ao homem, ficando exposto, portanto, o poder simbólico que historicamente vem sendo designado ao homem. Para Sarti (1996), o homem corporifica a ideia da autoridade, como mediação da família com o mundo externo, é a autoridade moral, responde pela família e é responsável pela respeitabilidade familiar. Já à mulher, cabe outra dimensão da autoridade: manter a unidade do grupo, sendo valorizada na condição de mãe, em um universo simbólico da maternidade. Louro (1996), reforça que às mulheres foi destinado, historicamente, o ônus da prole e do cuidado, enquanto aos homens a participação na esfera pública, mantenedor da família. A Igreja reproduzia uma imagem da mulher vinculada ao lar, ao espaço doméstico, como sendo o seu espaço de reprodução por natureza. À mulher cabia o papel de gerar e criar seus filhos, também zelar pela integridade da família através de cuidados compulsórios.

Entretanto, Gonçalves (2006) discorda destes estudos de gênero refletidos apenas através da cultura patriarcal e introduz um novo olhar ao afirmar que a categoria gênero é uma interação socialmente construída e remodelada incessantemente, nas diferentes sociedades e períodos históricos. Alguns pesquisadores mais recentes (GUILLIAN ROSE, 1993; ROSA ROSSINI, 1998; DONNA HARAWAY, 2000; JOSELI SILVA, 2010) ratificam essa remodelagem na categoria gênero.

Haraway (2000) discute esta visão de gênero imbricada com questões patriarcais, questionando estas dominações hierárquicas com uma visão na pós-modernidade. O conceito de gênero nega a construção universal das diferenças e passa a agregar a dimensão social e cultural da diferença sexual. Neste sentido, Haraway adota a perspectiva da construção social nos papéis sociais que devem ser desempenhados por homens e mulheres, implicando a compreensão destes papéis em determinada estrutura temporal e espacial. Silva (2010) reforça que as fronteiras identitárias entre os gêneros, masculino e feminino (antes tão estabelecidas), tornam-se cada vez mais tênues e menos nítidas na sociedade contemporânea. O que pode ser claramente exemplificado, quando não mais temos uma limitação precisa sobre os papéis historicamente impostos na cultura patriarcal, visto que, atualmente, somos representados na condição de nação por um sujeito social do sexo feminino dotado de plenos poderes, legitimados de forma democrática, a presidenta Dilma Rousseff, além de outras mulheres que exercem função de poder antes destinadas apenas aos homens⁹.

O ser mulher, para estas autoras supracitadas, se define num contexto de relações sociais, e a identidade feminina se apresenta no plural e permanentemente reelaborada. Sendo produto deste complexo de relações sociais, a definição identitária feminina está intimamente ligada à construção da masculinidade, sendo uma ligação complementar e ao mesmo tempo, oposicional. Portanto, considera-se o conceito de gênero uma representação e enquanto representação, construção social sempre renovada, diferenciada local e temporalmente. A mulher não pode ser vista apenas como constituinte de um gênero, mas também da sexualidade, da raça, religião e da classe social. Rose (2003) ratifica essa ideia ao discutir o conceito de gênero, onde não são as diferenças dos corpos de homens e mulheres que os posicionam em diferentes âmbitos e hierarquias, mas sim a simbolização que a sociedade faz delas.

⁹A primeira mulher a chegar à presidência na América Latina foi a argentina María Estela Martínez de Perón, mais conhecida como “Isabelita” Perón. A argentina Cristina Kirchner, eleita em 2007, a costarriquenha Laura Chinchilla, eleita em fevereiro de 2010, e agora Dilma Rousseff compõem o grupo de mulheres que atualmente governam um país latino-americano.

Butler (2003) estuda o gênero ainda, para além de um dado biológico, já categorizado como macho/fêmea e sob o qual se institui papéis culturais e expectativas de comportamentos, mas o relaciona com o desejo, construído socialmente, experienciado através das representações que se constroem a partir do próprio corpo. E exemplifica observando que há corpos biologicamente categorizados como mulheres que podem desenvolver uma identidade de gênero masculina e ainda desejar outros corpos tanto masculinos como femininos.

A identidade do sujeito se constrói na ação cotidiana, que mescla o ideal regulador do gênero com sua experiência concreta, englobando tanto pressões de contexto quanto escolhas individuais. Em Xonim de Baixo será analisada a noção de gênero com olhar na cultura patriarcal, mas pretende-se também trabalhar o corpo como um espaço deste ator social, constituído como feminino e, portanto, territorializado como tal; interpretar a territorialização desta mulher e identificar a influência deste território em sua busca por saúde. Observa-se que em XB, as mulheres entrevistadas utilizam seu corpo, como seu primeiro espaço, constituindo um território, dotado de limite e poder. De fato superfícies de inscrições sociais e culturais que albergam subjetividades (Xavier, 2011, comunicação pessoal, em alusão ao artigo de João Sarmiento, 2009) ¹⁰.

Nesse sentido interessam-nos as representações e os significados inscritos sobre os corpos femininos que expressam de forma diversa o espaço construído. Compreender além do sistema social, mas principalmente focar as percepções e representações acerca do próprio corpo feminino. Aprofundar nos signos e significados designados às estruturas corporais femininas, aos marcos e rituais da vivência desta mulher, além da relação destas representações e suas marcas simbólicas no convívio social.

4.4.2 O olhar antropológico sobre o corpo feminino

Buttimer (1976) levanta algumas questões filosóficas ao analisar o corpo, pois o estuda em sua globalidade, não apenas como um objeto puro, mas sim, percebendo esta pessoa como uma complexidade de corpo, mente, emoção, vontade, interligado com o mundo e engajados nos processos e padrões observáveis no comportamento evidente.

¹⁰ As inescapáveis geografias do corpo: mobilidade, escala e lugar. In: Geografias do corpo: ensaios de Geografia Cultural Azevedo, Ana F. de;Pimenta, José R.; Sarmiento, João. Porto, PT: Figueirinhas, 2009.

Portanto, não se pode conhecer inteiramente o corpo, exceto através da vida que vive dentro dele, no mundo.

O corpo, ainda que visto como algo natural e individual é conformado e moldado socialmente, sendo compreendido e usado como referência ao universo cultural específico a cada grupo social (PAIM, 1998). Mauss (1974) analisa as manifestações corporais como fenômenos sociais e não apenas como reflexos mecânicos de um corpo físico. Reforça sua argumentação ao analisar as posturas nas quais as mulheres costumam ter seus filhos, pois na Índia preferem a posição de pé, enquanto na Europa permanecem mais na posição deitada, observando que essas posições adotadas não derivam de escolhas individuais ou meramente mecânicas, mas resultam de intenso processo educativo que começa desde a tenra idade e que se distingue conforme a idade e o sexo das pessoas.

Com esta análise preliminar observa-se como é possível vislumbrar aspectos da organização social que expressam pressões sociais sobre os indivíduos, tomando como base o estudo das concepções, usos e cuidados com o próprio corpo ou com o dos outros (PAIM, 1998).

O caráter socialmente construído da gravidez e da maternidade é ilustrado pela diversidade de significados que podem assumir dentro de uma mesma sociedade ou em sociedades distintas. Estes não são apenas indícios do desempenho de uma atividade biológica, mas constituem também eventos culturais, pois são submetidos a uma construção simbólica que se impõe aos indivíduos, ainda que sejam percebidos pelos indivíduos como sendo naturais. Como argumenta Bourdieu (2003), se certos fenômenos são considerados naturais, como a divisão sexual do trabalho, isto se deve ao fato de estarem presentes de forma objetiva no mundo social e por terem sido incorporados à própria estrutura cognitiva do sujeito. Paim (1998) corrobora com a ideia de Bourdieu quando reforça que os fenômenos biológicos, em verdade, são vivenciados mediante um universo cultural, compreendendo-se que as imposições culturais tornam-se tão arraigadas que são percebidas como naturais.

Homens e mulheres percebem diferentemente os seus corpos. As mulheres lhes dedicam maiores cuidados; preocupam-se com a estética e com a apresentação pública do corpo. Já os homens, na pesquisa de Jardim (1992), julgam que o excessivo embelezamento corporal sinaliza comportamento efeminado e compartilham o gosto “descuidado” e as comidas gordurosas. Apesar de estarmos na modernidade, onde as fronteiras do cuidado e corpo não estão bem limitadas (pode-se exemplificar com os

homens metrossexuais), na localidade estudada, no grupo analisado, ainda são encontrados esses papéis relativamente fixos.

Victora (1992) analisou as representações sociais de algumas mulheres e registrou que as mesmas percebem seus corpos como únicos, não podendo dar explicação geral nem para o processo menstrual, nem para a fecundação, nem tampouco a vivência da gravidez. A autora afirma ainda que “os corpos mantêm-se similar enquanto órgãos que o compõem, mas singular em seu funcionamento”. Leal (1994) caracteriza o corpo feminino por movimentos de abertura e fechamento que são naturais, indicando, assim, seu bom funcionamento. Os períodos menstruais e fecundação são percebidos como momentos em que o corpo está aberto, além, é claro, do corpo grávidico que se abrirá para permitir que o bebê nasça.

No jogo de significações dos humores do corpo que envolvem a menstruação e a concepção, a representação do corpo feminino como algo que se abre e se fecha é determinante sobre todas as outras e também chave para compreendermos a lógica da reprodução... O corpo da mulher é portador de uma cavidade oca, o útero, espaço onde se desenvolverá o feto. O sangue menstrual é específico e indicador da condição de fertilidade feminina. (LEAL, 1994)

As marcas inscritas no corpo após as experiências da gravidez, do parto e aleitamento parecem deixar, no corpo das mulheres, o registro da função social considerada ideal neste universo simbólico da cultura. As marcas parecem ficar como um registro do *status* de mulher adulta, alcançado através da maternidade e que não se tem a preocupação de prevenir ou apagar (FONSECA, 1995). As especificidades do corpo feminino foram tomadas como determinando sua posição, *status* e função social.

Esta reflexão sobre as questões de gênero e suas modificações na modernidade, proporciona um embasamento teórico sobre o “ser mulher”. Observa-se que em XB, o grupo de mulheres entrevistadas ainda é influenciado pelo poder patriarcal, mas há também uma resistência a este, quando elas decidem como utilizar o seu corpo, inclusive na sua vestimenta, sexualidade, espacialidade e busca por saúde.

Finalizando este capítulo sobre saúde, pretende-se, a seguir, analisar os conceitos de representação social sobre saúde e doença, pois apenas quando se entende a visão dos *insiders*¹¹ pode-se avançar no debate em saúde.

¹¹ Norbert Elias (2000) tratava da relação outsiders/insiders, que limita as fronteiras, constrói muros simbólicos que se propõem intransponíveis. Assim, cogitar a pluralidade das identidades é considerar a legitimação das identidades tidas então como dissidentes, e considerar a possibilidade de cruzar fronteiras, ou mesmo extingui-las.

4.5 PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

A construção deste subcapítulo foi fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS), uma interpretação da realidade que pressupõe que não haja distinção entre sujeito e objeto da pesquisa, uma vez que toda realidade é representada pelo indivíduo, “toda representação é, portanto, uma forma de visão global e unitária de um objeto. Para que o indivíduo possa formar essa visão global, ele usa elementos de fatos cotidianos e de conhecimentos do senso comum” (OLIVEIRA; SÁ, 2001).

Neste subcapítulo há ainda, um estudo sobre o olhar antropológico no processo saúde/doença, vendo a doença como processo e como experiência.

4.5.1 Representação Social

A representação social é expressada como uma “forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, com um alcance prático que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”, onde o sujeito da pesquisa dá sentido a um objeto partindo da sua própria realidade e/ou experiências (COSTA; ALMEIDA, 1999; OLIVEIRA; SÁ, 2001).

O conceito de Representação Social (RS) atravessa as ciências humanas e não é patrimônio de uma área em particular. Ele tem raízes sólidas na sociologia, e uma presença marcante na antropologia e na história das mentalidades. (ARRUDA, 2002).

Neste subcapítulo da dissertação será analisado o conceito de RS com a ótica da psicologia social onde a representação social ganha uma teorização desenvolvida por Serge Moscovici e aprofundada por Denise Jodelet, passando a servir de ferramenta para outros campos, inclusive na saúde.

Moscovici (1979) dirá que:

As representações sociais são conjuntos dinâmicos, seu *status* é o de uma produção de comportamentos e relações com o meio, o de uma ação que modifica uns e outros, e não o de uma reprodução [...], nem o de uma reação a um estímulo exterior determinado. [...] são sistemas que têm uma lógica própria e uma linguagem particular, uma estrutura de implicações que se referem tanto a valores como a conceitos [com] um estilo de discurso próprio. Não as consideramos como opiniões sobre, nem imagens de, mas como teorias, como ciências coletivas *sui generis*, destinadas à interpretação e à construção da realidade.

A psicologia social aborda as representações sociais refletindo sobre como os indivíduos, os grupos, os sujeitos sociais, constroem seu conhecimento a partir da sua inscrição social, cultural etc., por um lado, e por outro, como a sociedade se dá a conhecer e constrói esse conhecimento com os indivíduos. Em suma, como interagem sujeitos e sociedade para construir a realidade, como terminam por construí-la numa estreita parceria (ARRUDA, 2002).

Moscovici (1979) propõe uma psicossociologia do conhecimento, com forte apoio sociológico, mas sem desprezar os processos subjetivos e cognitivos, desmontando as velhas divisórias, como a fronteira entre razão e senso comum, razão e emoção, sujeito e objeto. Assim, a realidade seria socialmente construída e o saber seria uma construção do sujeito, mas não desligada da sua inscrição social.

A antropologia e, mais recentemente, a história das mentalidades abraçaram o conceito de representação, colocando sobre ele o foco do simbólico, por parte da primeira, e da memória, por parte da segunda.

Moscovici (2003) considera que:

O processo social no conjunto é um processo de familiarização pelo qual os objetos e os indivíduos vêm a ser compreendidos e distinguidos na base de modelos ou encontros anteriores. A predominância do passado sobre o presente, da resposta sobre o estímulo, da imagem sobre a realidade tem como única razão fazer com que ninguém ache nada de novo sob o sol. A familiaridade constitui ao mesmo tempo um estado das relações no grupo e uma norma de julgamento de tudo o que acontece.

Jodelet (2002) lembra que a representação social deve ser estudada articulando elementos afetivos, mentais e sociais, e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, as relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal (das ideias) sobre a qual elas vão intervir. Sintetiza a ideia: toda representação é representação de alguém e de alguma coisa. Toda representação se refere a um objeto e tem um conteúdo. E o alguém que a formula é um sujeito social, imerso em condições específicas de seu espaço e tempo.

Em resumo, ao ser produção simbólica destinada a compreender e balizar o mundo, ela provém de um sujeito ativo e criativo, tem um caráter cognitivo e autônomo e configura a construção social da realidade. A ação e a comunicação são seu berço e chão: delas provém e a elas retorna a representação social.

Moscovici (2003) refere-se ainda à fluidez da RS afirmando tratar-se de uma fluidez proposital, que visa permitir desenvolver a teoria e a criatividade dos pesquisadores, na medida em que o interesse maior seria a descoberta e não a

verificação, a comprovação. Seria uma alternativa de grande plasticidade, que busca captar um fenômeno móvel, por vezes volátil, por vezes rígido, cuja complexidade reforça a dificuldade da sua captação.

Este breve estudo das Representações Sociais teve como intuito fomentar conhecimento na expectativa de aprofundar em um tema mais complexo, mas nem por isso menos instigante para os pesquisadores: a ligação entre as ciências sociais e humanas com a área da saúde. A partir desta primeira reflexão, torna-se possível repensar o conceito biomédico até então vigente em nosso país; repensar a forma de construção do próprio corpo e de conceitos tão enraizados como a saúde e doença.

O corpo é pensado, representado e passível de leituras diferenciadas de acordo com o contexto social, além disso, a noção de saúde e doença é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade. Torna-se, portanto, imprescindível o olhar sobre as representações desse sujeito social (especialmente nesta dissertação, a mulher) no processo saúde/doença.

4.5.2 Olhar antropológico no processo saúde/doença

Nos subitens anteriores foram analisadas as definições de saúde, os mecanismos legais que a proporcionam, além de uma breve reflexão sobre a condição de gênero feminino, do espaço do corpo desta mulher, bem como suas implicações na saúde aplicada atualmente. Essa revisão de saúde foi realizada no intuito de uma aproximação da realidade brasileira nas patologias predominantemente femininas, principalmente o câncer de colo de útero.

Entretanto, neste subitem os estudos vão para além de apenas definição ortográfica das palavras saúde e doença, interessa analisar a construção da real definição de saúde e doença, resgatando não apenas a análise biológica, mas, sobretudo a análise da sociedade, os processos culturais que modificam o que é doença, o que é saúde, como se devem tratar tais doenças e, principalmente, como se prevenir para continuar saudável.

Os pesquisadores na área da saúde vêm ampliando suas análises sobre construção cultural da saúde e da doença elaboradas pelos diferentes grupos culturais. Surge o interesse, então, pela experiência individual, familiar e cultural da doença, que pode ser estudada através de pesquisas qualitativas, como a antropologia (CAPRARA; LANDIM, 2008).

A antropologia médica aborda as maneiras pelas quais as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde, relacionando os tipos de tratamento em que acreditam e aos indivíduos a quem recorrem quando adoecem. É, também, o estudo de como essas crenças e práticas relacionam-se às mudanças biológicas, psicológicas e sociais do organismo humano, tanto na saúde quanto na doença (HELMAN, 2003).

Foster e Anderson (1978) corroboram com esse pensamento e definem antropologia médica como sendo uma disciplina biocultural, preocupada tanto com os aspectos biológicos como com os modos pelos quais eles interagem no decorrer da história humana de modo a influenciar a saúde e doença.

A visão antropológica da saúde “permite reconhecer a grande variedade de concepções e tratamentos adotados pelas pessoas, e relativizar os próprios parâmetros impostos por nossa sociedade como a forma universal e correta”, considera a antropóloga Ceres VÍctora (1992). E Minayo (1989) reafirma que, para a antropologia, tudo que afeta o corpo ou espírito (saúde e doença) passa pela mediação cultural e não apenas biológica.

Neste espírito de dialogar, pretende-se abordar alguns conceitos mais atuais circulando entre os antropólogos trabalhando na área de saúde. Repensando a relação saúde/cultura, há uma proposta de um modelo alternativo ao da biomedicina. O enfoque principal da biomedicina é a biologia humana, a fisiologia ou a fisiopatologia, onde a doença é vista como um processo biológico universal. As novas discussões em antropologia questionam a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico e concebem saúde e doença como processos psicobiológicos e socioculturais (LANGDON, 1995). Nesta abordagem, a doença não é vista como um processo puramente biológico/corporal, mas como o resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva de aflição.

O antropólogo moderno está preocupado com os significados culturais que são dados aos fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais, assim como os modos como esses significados influenciam o comportamento das pessoas e até mesmo o sistema social, econômico e de saúde da sociedade (HELMAN, 2003).

Ao repensar sobre as definições de gêneros nas sociedades humanas sob a ótica antropológica, observa-se uma valorização do ambiente, ou influências sociais e culturais, onde cultura contribui para com um conjunto de diretrizes (explícitas e implícitas) que são adquiridas desde a primeira infância e ditam ao indivíduo como ele

deve perceber, pensar, sentir e agir na condição de membro masculino ou feminino daquela sociedade, ou seja, a divisão do mundo social nas categorias masculino e feminino significa que garotos e garotas são socializados de modos diferentes (HELMAN, 2003).

Para compreender melhor o funcionamento do comportamento humano, e o modo como os atores sociais se agrupam, devem-se considerar conjuntamente os afetos, as condutas, a organização, a sistematização de como eles compartilham crenças, atitudes, valores, perspectivas futuras e experiências sociais (MOSCOVICI, 2003). E Helman (2003) observa ainda que crenças e comportamentos característicos de determinada cultura de gênero podem contribuir para a causa, a apresentação e o reconhecimento de vários problemas de saúde.

A saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (LAURELL, 1983).

4.5.3 A doença como processo e como experiência

Iniciar-se-á com um aprofundamento sobre a doença, analisando-a como processo e também como experiência vivida.

Doença como processo é uma sequência de eventos onde os atores sociais têm como objetivos entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida e, se possível, aliviar o sofrimento. A interpretação do significado da doença emerge através do seu processo. Assim, para entender a percepção e o significado é necessário acompanhar todo o episódio da doença desde o seu itinerário terapêutico e os discursos dos atores envolvidos em cada passo da sequência de eventos. O significado emerge deste processo entre percepção e ação. Um episódio apresenta um drama social que se expressa e se resolve através de estratégias pragmáticas de decisão e ação.

No conceito da doença como experiência, a doença é mais bem entendida como um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores. A doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas é um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura (LANGDON, 1995).

Ferreira (1995) aprofundou o significado do “estar doente”, onde a percepção se dá através de um conjunto de sensações desagradáveis e sintomas (cansaço, fraqueza, dor, mal-estar, falta de apetite, sono, febre), sendo o corpo veiculador de mensagens que, ao serem apropriadas pelo médico ou pelo indivíduo, conduzem ao significado da doença. A seu ver, a doença é uma construção social, e a cultura, plena de significações, somente tem valor se compartilhada pelo grupo social.

Isso fica mais claro quando se consegue estabelecer a diferença entre o significado de perturbação e doença, que, a princípio, podem se confundir (KLEINMAN *et al.*, 1978; KLEINMAN, 1980). Perturbação é a forma como os indivíduos e os membros de sua rede social percebem os sintomas, categorizam e dão atributos a esses sintomas, experienciando-os, articulando esse sentimento por meio de formas próprias de comportamento e percorrendo caminhos específicos em busca da cura. Além da experiência pessoal, o indivíduo atribui significado à doença. Enfim, é a resposta subjetiva do indivíduo à situação de enfermidade, uma resposta que engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente.

Por outro lado, doença é a forma como a experiência de adoecer é reinterpretada pelos profissionais de saúde à luz de seus modelos teóricos e que os orienta em seu trabalho clínico. Seria, portanto, uma definição de disfunção, assentada num substrato essencialmente biomédico.

A experiência da doença é moldada culturalmente, o que determina a maneira como é percebida e como se busca superá-la. Pode-se dizer que os sujeitos sociais literalmente “aprendem a ficar doentes”, de acordo com o meio social, que influencia diretamente a forma como são sentidas as doenças, expressados seus sintomas e utilizados os recursos de cura à disposição (OLIVEIRA, 2002).

Esses atores sociais apresentam comportamentos e pensamentos singulares quanto à experiência da doença, assim como noções particulares sobre saúde e terapêutica. Até mesmo o corpo humano é visto como um conjunto de crenças sobre o seu significado social e psicológico, sua estrutura e função, e não apenas um organismo físico que oscila entre a saúde e doença. Tais particularidades não advêm das diferenças biológicas, mas, sim, das diferenças socioculturais (HELMAN, 2003).

Tanto as crenças quanto os padrões de comportamento dos indivíduos fazem parte dessa forma de perceber e experimentar a doença, e são, em grande parte, derivados de regras culturais. Neste sentido, a inclusão do pensamento de Geertz (2002) torna-se pertinente nesta discussão, pois esse autor defende a ideia da cultura como uma

“teia de significados” e da importância de ser analisada enquanto ação e como sistema simbólico. Como ação, a forma de expressão da cultura é pública, pressupondo, no discurso social, a existência de “protagonistas” e “assistentes” que se comunicam entre si a partir de interpretações de códigos socialmente estabelecidos de modo prévio.

Outra contribuição importante de Geertz (2008) é quanto ao próprio método para desvendar a cultura e seus significados, que é, segundo o autor, essencialmente interpretativo. O trabalho etnográfico presta-se muito bem para isso, ao tentar “ler” o que ocorre à sua frente, decifrando não apenas o que está explícito, à superfície, mas também os comportamentos aparentemente “incoerentes” e “deslocados”, que, em última análise, têm respaldo na realidade simbólica dos atores sociais. Em outras palavras, é a realidade simbólica que permitiria às pessoas atribuir significados a partir de sua experiência individual e segundo as normas sociais e culturais do seu grupo.

A partir do emprego do método etnográfico e da análise interpretativa, tais estudos apontam para a centralidade da construção do significado das enfermidades por parte dos pacientes, a qual se sobrepõe à causalidade e racionalidade biomédicas (MUNIZ, 2008; VIEIRA N, VIEIRA L, FROTA M, 2003).

A doença e as preocupações para com a saúde são universais na vida humana, presentes em todas as sociedades. Cada grupo organiza-se coletivamente – através de meios materiais, pensamento e elementos culturais – para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências, ou episódios de doença e infortúnios, sejam eles individuais ou coletivos.

Conseqüentemente, a maneira através da qual um determinado grupo social pensa e se organiza, para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociado da visão de mundo e da experiência geral que esse tem a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturais. Será somente a partir da compreensão dessa totalidade que serão apreendidos os conhecimentos e práticas atrelados à saúde dos sujeitos formadores de uma sociedade portadora de um sistema, ou cabedal cultural, próprio.

No Brasil, embora o sistema médico estatal seja o biomédico, que oferece serviços de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS), a população, quando enferma, recorre a vários outros sistemas. Muitos grupos não procuram biomédicos, mas utilizam os saberes da arte de curar tradicional (NEVES, 1984; XAVIER, 2004, 2009; LANGDON, WIIK, 2010), outros utilizam sistemas médico-religiosos, outros, ainda, recorrem a vários sistemas ao longo do processo de doença e cura. Pensar o sistema de

atenção à saúde como um sistema cultural de saúde ajuda a compreender esses múltiplos comportamentos.

Calcula-se que 70 a 90% dos episódios de doença são manejados fora desse sistema, por autocuidado ou busca de formas alternativas de cura (KLEINMAN *et al.*, 1978; KLEINMAN, 1980; KNAUTH, 1991). Ou seja, o modelo biomédico é apenas um entre tantos sistemas disponíveis no campo da saúde. A maior parte da assistência primária à saúde ocorre dentro de casa, na própria família, pois no setor informal, as principais responsáveis pela assistência à saúde são, em geral, mulheres – mães e avós. Boltanski (1989) complementa que as mães, atentas à saúde dos filhos, sabem reconhecer por certos sintomas quando a criança está em boa saúde ou doente, e se, nesta última eventualidade, elas próprias podem tratá-la ou devem levar a um médico.

Observa-se ainda que, em comparação aos homens, as mulheres são criadas para mais facilmente recorrer a consultas médicas e a se referir ao sofrimento com mais emoção; e estas consultas médicas frequentes podem auxiliar no reconhecimento precoce de determinadas patologias (HELMAN, 2003; XAVIER, 2004, 2009).

É interessante perceber que, apesar de a perspectiva antropológica vir auxiliando no entendimento desses fenômenos cada vez com mais clareza e veemência, o modelo biomédico é ainda brutalmente hegemônico, o que tem levado a uma visão reducionista do corpo e da própria doença, vista como processo exclusivamente biológico. Em XB, observa-se uma dificuldade em reconhecimento de outros saberes, levando a uma desvalorização das representações das mulheres entrevistadas, sobre corpo, exame Papanicolaou, saúde e doença.

Esta análise é que motiva a investir em pesquisas onde o saber êmico seja considerado no entendimento do conceito real do processo saúde/doença nas comunidades. E apenas este conhecimento já é um grande passo no intuito de aproximar os dois saberes (êmico e ético), com a finalidade de, em um futuro próximo, vislumbrar propostas de saúde condizentes com a verdadeira realidade da comunidade vivida, e, sendo assim, as pessoas se reconheceriam e buscariam por saúde em uma harmonia entre os saberes. Retornar-se-á mais profundamente a este tema no momento da análise da pesquisa de campo de Xonim de Baixo, no próximo capítulo.

5 ETNOGEOGRAFIA: REPRESENTAÇÃO ESPAÇO/CORPO NUMA SOCIEDADE - XONIM DE BAIXO

“A etnografia é a interpretação das culturas”
(CLIFFORD, 2002)

Neste capítulo serão apresentados os resultados e discussão da pesquisa na qual se privilegiou a metodologia de abordagem qualitativa com pesquisa etnográfica interpretativista da antropologia cultural, modificada para geografia. Para tanto, foi realizada a observação participante com uso de gravador e máquina fotográfica; entrevista aberta em profundidade com roteiro memorizado, além dos diários de campo. Aprofundar-se-á um pouco mais neste caminho metodológico.

Uma das metáforas preferidas, para Geertz (2008), para definir o que faz a Antropologia Interpretativa é a da leitura das sociedades como textos ou como análogas a textos. A interpretação se dá em todos os momentos do estudo, da leitura do "texto" cheio de significados que é a sociedade à escritura do texto/ensaio do antropólogo, interpretado por sua vez por aqueles que não passaram pelas experiências do autor do texto escrito. Todos os elementos da cultura analisada devem ser entendidos, portanto, à luz desta textualidade, imanente à realidade cultural.

Geertz (2008) apresenta a concepção de que a vida social e cultural não é um conjunto de fragmentos autônomos, mas constitui uma teia de significados integrados. Através desta análise é necessário observar as inter-relações entre os diversos aspectos da cultura, servindo, assim, para mostrar a imbricação dos aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos na vida social diretamente observável, ou seja, a multidimensionalidade do vivido humano. Descrição minuciosa e apaixonante do que é chamado de imponderáveis da vida real – aqueles fatos cotidianos sutis, mas ricos de significados, como os cuidados com o corpo, o modo de comer, o tom das conversas e da vida social, a amizade, simpatia ou aversão entre as pessoas - que vai criar a imagem viva e humana de um povo completamente diferente de nós (DURHAM; MALINOWSKI; BILAC, 1986).

Em Xonim de Baixo (XB), esses imponderáveis da vida real foram se revelando a todo o momento, bastou um olhar mais aprofundado e foi possível observar as diferenças entre as pessoas do distrito (principalmente as entrevistadas) e a pesquisadora, um jeito característico de concepção de vida, principalmente no que concerne ao processo saúde/doença/cura. O estranhamento iniciou sobre este novo saber contrastando com o saber hegemônico da medicina tradicional (à qual pertence a autora

por graduação), foram alguns momentos marcantes nesta trajetória de apreender e respeitar sem julgamentos a cultura do outro, suas histórias de vida e suas escolhas no processo saúde/doença/cura. Peirano (1992) já refletia sobre esta questão ao afirmar que as impressões de campo não são apenas recebidas pelo intelecto, mas exercem um verdadeiro impacto na personalidade total do etnógrafo, fazendo com que diferentes culturas se comuniquem na experiência singular de uma única pessoa.

Continuando com a metodologia, Peirano (1992) salienta ainda que na Antropologia não é possível ensinar a fazer pesquisa de campo como se ensina em outras abordagens metodológicas, pois, o desenvolvimento da mesma está diretamente ligado à biografia do pesquisador, ao objeto de pesquisa, ao enfoque teórico ou de que lugar se deseja abordá-lo, do contexto histórico mais amplo, das relações que se estabelecem entre o pesquisador e o campo de pesquisa, além dos imprevistos que fazem parte do pesquisar.

O trabalho de campo se estruturou pelo uso de várias técnicas e estratégias para a coleta de dados e foram consideradas essenciais a observação participante e a entrevista com roteiro memorizado, onde a pesquisadora seguia uma linha de perguntas e direcionava a entrevista para melhor entender o processo saúde/doença/cura da comunidade dentro de suas características geoistóricas e sociais.

A técnica da observação participante se realiza por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno estudado, com a finalidade de obter informações sobre a realidade das pessoas em seus próprios contextos. Tem como pré-requisito a presença constante do observador no campo, convivendo com os informantes no seu ambiente natural durante algum tempo. A interação social produzida ocasiona modificações no contexto observado, ao mesmo tempo em que torna o observador receptáculo de influências do contexto. Em Xonim de Baixo, houve a observação dos hábitos de vida das mulheres entrevistadas, mas também das demais pessoas do distrito; observação mais direta (participante) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e em atividades do posto (palestra no Dia da Mulher, por exemplo); observação participante do distrito de XB num sentido mais amplo e mais abrangente, mas atento ao detalhe, ao singular, aos imponderáveis da vida real.

Ainda seguindo com a metodologia, tornam-se fundamentais os diários de campo, registros sistemáticos das atividades em campo, onde são anotados descrições, trechos de fala, impressões, sentimentos. Este material foi lido e relido durante o

processo da pesquisa para que novas interpretações fossem feitas ou questões aprofundadas.

As transcrições das entrevistas, com o detalhamento das falas das entrevistadas, foram realizadas de forma cuidadosa e minuciosa, pois, corroborando com Minayo e Sanches (1993), a fala dos entrevistados torna-se reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos e reproduz as representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Os dados foram analisados segundo abordagem qualitativa numa perspectiva etnográfica, através da busca por uma descrição densa. Geertz (2008) já a nomeava como uma descrição em busca de significações; uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e implícitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar. Ainda segundo Geertz (2008), a descrição densa apresenta quatro características: é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso local; a interpretação consiste em salvar o dito num discurso, de modo que ele não se extinga e fixá-lo em formas pesquisáveis; é microscópica.

Nesta pesquisa houve um aprofundamento nas relações em busca de uma apreensão da realidade do cotidiano, entretanto deve-se ressaltar que houve uma limitação quanto ao tempo da pesquisa e a descrição tornou-se tão densa quanto possível.

Outra observação importante a salientar é que houve uma adaptação do método etnográfico para o etnogeográfico nesta pesquisa, ou seja, uma etnografia modificada para a Geografia. Continuaremos focando o *ethos*, modo de vida, modos de se inserir no mundo das interlocutoras, entretanto, o foco principal é o espaço-espacialidade, território, territorialidades (nos processos, ações). Entendendo o espacializar dos sujeitos sociais - mulheres -, principalmente no processo saúde/doença/cura.

Nos próximos subcapítulos serão apresentados o distrito de Xonim de Baixo e os resultados da pesquisa de campo.

5. 1 ESCOLHA DO DISTRITO

Antropólogos cruzaram oceanos para estranhar e reconhecer a alteridade e, ao longo do século, ingleses tornaram-se africanistas; franceses, americanistas;

norte-americanos, oceanistas, o que fornece um indício claro de que, na antropologia, as orientações teóricas estão ligadas à especificidade geográfica de uma maneira que talvez não aconteça em outras ciências sociais.

(Peirano, 2002)

Diferentemente dos antropólogos mais conservadores, nesta pesquisa não foi preciso cruzar oceanos para interpretar uma cultura diferente, pois o estudo foi realizado na cidade de Governador Valadares-MG (mesmo local de residência da pesquisadora), entretanto, pesquisou-se mais especificamente no distrito de Xonim de Baixo (XB). Este distrito apresenta uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) situada na Rua Tito Alves, 55.

A escolha desse distrito deve-se ao fato de ter sido realizado no ano de 2007 uma pesquisa com o título: “Inquérito Epidemiológico de Câncer de Boca em Unidades do Programa Saúde da Família de Governador Valadares/ Minas Gerais”, 2007, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), tendo como coordenadora e orientadora a Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Maria Fonseca Escalda, co-orientadora a Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Franco Viegas Pereira, com existência de banco de dados pertinentes ao objeto deste estudo.

Inicialmente, este era o principal motivo para a escolha deste local como pesquisa. Mas, ao realizar uma avaliação prévia para escolha do distrito (*in loco*), observou-se que o caráter qualitativo (percepções, subjetividades) poderia ser bem analisado neste distrito, imbricando a teoria com a pesquisa. A pesquisa qualitativa traria as respostas que em uma pesquisa quantitativa apenas, não haveria. O intuito era ampliar o sujeito social para além de um número na pesquisa, mas antes, compreender sua territorialidade e relacionar estes dados com seu processo saúde/doença/cura.

Xonim de Baixo apresenta uma população acessível tanto sobre o aspecto da localização, quanto de aceitação/acolhimento do outro. Em uma primeira observação participante pôde-se analisar e interpretar os dados observados na ESF e no próprio distrito. O exame Papanicolaou era realizado duas vezes ao mês por uma enfermeira, sendo selecionadas dez fichas para este exame a cada vez, entretanto sempre sobravam fichas e a informação do ESF era que muitas mulheres não realizavam o exame Papanicolaou por constrangimento, traduzido localmente como “vergonha” e por dificuldade de acesso ao médico.

Em um primeiro instante, e através dos conceitos nas referências bibliográficas, havia um condicionamento em seguir o mesmo caminho e apresentar os mesmos

resultados nas pesquisas, mas, ao aprofundar o olhar e, principalmente, no despir da antiga hegemonia biomédica (da qual faço parte), foi possível, começar a compreender que as peculiaridades do distrito de Xonim de Baixo são enormes, e muito se pode atribuir ao local onde estão inseridas, suas características geoistóricas. Portanto, apenas quando comecei a ouvir mais e interpretar para além de uma fala é que se pôde compreender e apreender o *modus vivendi*¹² da população do referido distrito e, finalmente, foi possível observar esta territorialidade na cotidianidade de seus habitantes.

A primeira mudança ocorreu com o olhar, na domesticação teórica do olhar (Cardoso de Oliveira, 2000), onde o objeto de pesquisa é previamente alterado pelo próprio modo de visualizá-lo, sendo apreendido pelo esquema conceitual da disciplina formadora de nossa maneira de ver a realidade. A segunda mudança foi treinar o ouvir, principalmente através das entrevistas (um ouvir todo especial), onde a maior dificuldade está na diferença entre os “idiomas culturais”, a saber, entre o mundo do pesquisador e o do nativo, esse mundo estranho no qual se deseja penetrar. E o último exercício de mudança de postura e não menos árduo foi o de escrever, pois, segundo Geertz (2008), trata-se de duas realidades diferentes, onde o olhar e o ouvir estariam classificados na categoria: “estando lá – *being there*”, numa alusão à situação do estar no campo e a outra realidade seria o “estando aqui – *being here*”, na qual se inclui a categoria do escrever. Esta última cumpre sua mais alta função cognitiva, textualizando os fenômenos socioculturais observados “estando lá”. Balizada pelas categorias ou pelos conceitos básicos constitutivos da disciplina, a interpretação seria uma conversão dos dados observados, quer pela aparência externa, propiciada pelo olhar; quer pelos seus significados íntimos ou do “modelo nativo”, proporcionado pelo olhar, numa articulação entre o trabalho de campo e a construção do texto.

5.2 O CAMINHO SE FAZ CAMINHANDO

Ao iniciar uma pesquisa etnográfica, fica sempre a insegurança de como iniciar. Tarefa árdua para uma profissional da área da saúde (fisioterapeuta) e pouco familiarizada com as técnicas e interpretações das ciências humanas. O esforço na busca de referenciais teóricos que embasassem esta aventura não foi pouco, mas

¹² Segundo Geertz (1997) “modus vivendi” seria o modo de vida, a cultura, os hábitos de cada comunidade.

imprescindível, pois foi possível perceber que aquele estranhamento inicial e insegurança fazem parte do processo de “tirar o jaleco” (referência à formação da graduação) e observar o distrito de Xonim de Baixo com um novo olhar, despida dos pré-conceitos e capaz de apreender uma nova cultura.

Geertz (2008) argumentava que o homem está amarrado em teias de significados que ele próprio criou, sendo essas teias a própria cultura. Neste sentido, critica a busca de leis gerais e procura desenvolver dentro da antropologia uma ciência interpretativa, procurando significados, mais do que explicações uniformizantes, onde o pesquisador deve se envolver nos códigos que determinam as relações culturais. Observa ainda que é necessário aceitar a experiência de vida expressa no discurso dos indivíduos evitando enquadrá-la a partir da realidade objetiva do pesquisador, o qual deve admitir as diferentes realidades que correspondem a diferentes apreensões individuais ou grupais de seu mundo. Por mais que se mergulhe nos diferentes universos culturais, Geertz afirma ainda que sempre se está interpretando as diferentes culturas de segunda ou terceira mão, porque “somente um 'nativo' faz a interpretação de primeira mão, pois é a sua cultura”.

Realizei uma primeira investida em campo, no inverno de 2009, ao ESF de Xonim de Baixo, e havia uma noção pré-concebida de que Xonim de Baixo, por ser um distrito de GV, seria um local atrasado e com pouco recurso, inclusive na área da saúde. Estranhei principalmente o fato de a ESF ser muito parecido com os de GV, com cartazes, atendimentos e uma aparente ordem (pelo menos superficialmente). Esta primeira imersão no campo trouxe surpresas e incertezas, mas também o direcionamento de que esse era o caminho.

Na primavera de 2009, realizei uma investigação em Xonim de Cima (XC), na intenção de definir o local de pesquisa. Apesar de também ter sido bem recebida neste distrito, havia a dificuldade do aumento da distância do trajeto, e, além disso, XB se mostrou com um grande potencial para esta pesquisa, pois havia muitas mulheres que não realizavam o exame Papanicolaou ou o realizava em GV. Diante dos fatos, houve a definição por realizar a pesquisa de campo em XB. Entretanto, permanecia ainda o questionamento da razão pelo qual elas não o realizavam ou porque realizavam o exame Papanicolaou em GV.

Nesta etapa ainda houve entrevistas com líderes comunitários de Xonim de Baixo e Xonim de Cima, além das enfermeiras do ESF. Esta fase tornou-se importante

pelo conhecimento das características geográficas e socioculturais do distrito, além de uma aproximação destes com a área da saúde.

Depois de um tempo de reflexão e estudos, iniciei a fase de aproximação ao ESF, onde passei a frequentá-lo para estreitar os laços com as agentes de saúde, enfermeira e demais funcionários do posto, mas também observar o funcionamento do mesmo e a participação das mulheres em suas atividades. Vale lembrar de um acontecimento: foi celebrado o Dia Internacional da Mulher em 2010, que contou em XB com a participação da enfermeira, ministrando palestra sobre câncer de mama e de colo de útero. Tornou-se possível observar a fraca demanda de mulheres nestas atividades, coincidindo com os relatos das agentes e enfermeira. Essa etapa da pesquisa compreendeu também a seleção de informantes privilegiados (principalmente a agente de saúde) e escolha das mulheres para realizar a pesquisa. A agente de saúde foi escolhida por apresentar maior receptividade e disponibilidade em ajudar a pesquisadora. Ela realizou a seleção das mulheres dentro da sua micro área de abrangência (micro área 1 – vide figura 4), e posteriormente apresentou-me a todas as mulheres da pesquisa.

Foram selecionadas mulheres cadastradas no ESF de Xonim de Baixo com idade entre 25 e 60 anos, que não realizaram o exame Papanicolaou e/ou que realizavam o exame em outra localidade nos últimos três anos. As participantes deveriam estar de acordo em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta etapa tornou-se mais fácil pelo fato de a agente acompanhar-me nas visitas de apresentação. Primeiro, o fato de a agente apresentar-me o caminho, pois por ser uma moradora do local, conhecia cada viela, cada casa, cada morador. Segundo, a apresentação às entrevistadas tornou mais fácil para as mulheres confiar na pesquisadora e relatar/demonstrar suas “trilhas de vida no tempo/espço”¹³, sua forma de concepção no processo saúde/doença/cura e suas características sociogeográficas. Terceiro, mas não menos importante, a disponibilidade e presteza da agente que muito colaboraram com a pesquisa, pois ela sempre tinha informações pertinentes sobre cada morador, sobre a saúde em XB e sobre as condições gerais do distrito, tornando, portanto o caminho entre cada casa uma excelente oportunidade de apreensão desta realidade. Esta etapa da pesquisa compreendeu o período de março a junho de 2010,

¹³ David Harvey, 2005, retrata as biografias individuais como se fossem trilhas de vida no tempo e espaço.

totalizando 25 apresentações. Pode-se ainda aprofundar um pouco nos aspectos sócio demográficos das entrevistas.

Todas as entrevistadas nesta fase são do sexo feminino e a maioria de raça/cor negra.

As entrevistadas trabalhavam como: donas de casa (15), doméstica (1), dona de açougue (1), vendedora coco (1), e 7 trabalhavam na ESF, sendo 2 enfermeiras, 3 agentes de saúde, 1 técnica de enfermagem e uma auxiliar da limpeza. Como peculiaridades observam-se nesta análise sobre trabalho, uma atual dona de casa que trabalhava com prostituição e a mulher do benzedor local, que apesar de ser dona de casa o ajudava em suas obrigações espirituais.

Com relação ao estado civil observa-se que a maioria era casada ou tinham relação estável com companheiro durante mais de 20 anos. Houve algumas mulheres solteiras e uma em particular se autodenominava solteira, mas vivia maritalmente com outra mulher.

A renda das mulheres entrevistadas era em média, até um salário mínimo, entretanto, a maioria apresentava casa própria. A escolaridade apresentada em média, foi primeiro grau incompleto (menos de quatro anos de estudo). Havia ainda muitas analfabetas, completamente ou apenas funcional.

Esta fase de apresentação e conhecimento dos dados sócio demográficos proporcionou uma primeira imersão ao mundo destes sujeitos sociais, embora ainda muito na superficialidade.

No segundo semestre de 2010, foram realizadas as entrevistas e a observação participante do distrito e do ESF com mais profundidade. A etapa de apresentação foi importante, entretanto, foi possível apreender melhor as características do distrito, da territorialidade das pessoas, quando me vi só no campo, sem informantes que pudessem me dar a falsa sensação de conforto e familiaridade.

Estar só no campo trouxe muitas dúvidas e estranhezas. Ruas antes fáceis de serem percorridas mostravam-se um emaranhado a ser desvendado. Pessoas antes que me observavam com curiosidade e familiaridade, agora demonstravam uma curiosidade muito maior. Quem seria aquela garota de tênis, caderno na mão, bolsinha na cintura e que fazia várias perguntas, observações e anotações? O que ela queria? Percebi novamente o estranhamento inicial tanto da parte da pesquisadora quanto da parte dos moradores. Malinowski (2004), durante sua pesquisa “Argonautas do Pacífico Ocidental”, escreveu sobre a sensação de desespero e desalento, após as inúmeras e

obstinadas tentativas inúteis para tentar estabelecer contato real com os nativos e deles conseguir material para a pesquisa. Zaluar (2000) também descreve estes sentimentos ao estacionar seu carro particular na rua de um bairro pobre cujo nome permanecia nas manchetes dos jornais como um dos focos da violência urbana, um antro de marginais e bandidos a quem teria que entrevistar e observar para desenvolver sua pesquisa. Sentimentos de insegurança e medo preenchiam a autora naquele momento. Foi preciso vencer esta etapa e compreender que o estranhamento inicial faz parte do caminhar de qualquer pesquisa etnográfica, tanto tropical quanto urbana. Isto apascentou meu coração.

O desconhecimento é visto como responsável por uma das condições clássicas de realização da pesquisa etnográfica, que se traduz como estranhamento. Esta situação onde tudo é significativo, e nada pode ser previamente hierarquizado numa escala de valores entre o insignificante e o relevante: tudo é digno de observação e registro (MAGNANI, 2009). Observa-se, ainda, que este estranhamento foi importante, pois à medida que me acostumava com as ruas e pessoas, percebia também que havia deixado o “jaleco”¹⁴ em GV e entrado verdadeiramente no campo com um outro olhar, um “olhar etnográfico” no sentido da observação, como diria Cardoso de Oliveira (2000). Nada seria visto com ingenuidade, como uma mera curiosidade diante de algo exótico, porém com um olhar devidamente sensibilizado pela teoria previamente apreendida. Do outro lado, percebia que as pessoas também iam se familiarizando e se acostumando com a minha presença. Embora minha presença ainda provocasse curiosidade na comunidade, já havia um ar de familiaridade e de soltura em estar ali. Os laços invisíveis iam se estreitando a cada dia. Aquelas invisibilidades das relações cotidianas começavam a se delinear a cada aproximação.

Foi possível perceber as mudanças de atitudes dos atores sociais que, no início, mostraram-se desconfiados ao entregarem suas histórias de vida e confiarem em uma estranha (que naquele momento já não se mostrava tão estranha assim, apesar de sempre ser uma “outsider”- alusão a Norbert Elias, 2000¹⁵). Realmente o caminho se faz caminhando e, na descoberta etnográfica, pude apreender as características culturais e sociogeográficas que têm importância para as mulheres de XB e as norteiam em não procurarem por saúde da forma tradicional hegemônica, onde prevalece o saber

¹⁴ Referência à formação da pesquisadora, que é fisioterapeuta, ou seja, da área biomédica.

¹⁵ A relação *outsiders/ insiders* limita as fronteiras, das pessoas pertencentes ao grupo/comunidade dos excluídos (*outsiders*).

biomédico, mas, ao contrário, apresentam outra dinâmica do seu processo saúde/doença/cura, ou seja, outra forma de compreender o seu processo de estar saudável ou doente e buscar por saúde. Aprofundarei mais neste tema em outro subcapítulo. Entretanto, acreditamos que somente quando houver um olhar mais humano para estas características subjetivas das comunidades é que poderá vir a diminuir a distância entre a relação paciente-profissional de saúde (relação entre o *ênico* e o *ético*), como relata a pesquisa de Xavier (2004). Neste sentido, esta mulher poderá decidir a forma de enxergar seu corpo e sua vida, vivenciá-los e escolher entre os vários saberes de cura existentes neste processo de saúde/doença/cura, visto que somos sociedade, mas também somos indivíduos e fazemos escolhas do que achamos que é melhor para nós em um dado contexto. Não se trata de uma utopia, ou uma sociedade perfeita, mas o simples (e complexo) fato de conhecer, apreender e respeitar as diferenças culturais abre um caminho para reflexão sincera e ampla sobre o verdadeiro conceito de saúde que a Constituição nos proclama¹⁶.

5.3 VISÃO PANORÂMICA DE XONIM DE BAIXO

Xonim de Baixo (XB) fica a aproximadamente 30 km do centro de GV. Entretanto, a distância em relação a GV não é um problema apenas de extensão, mas também de eficácia, da qualidade e potencialidade dos meios de locomoção. Além dos perigos da própria via-BR-116; esta BR faz a ligação de Governador Valadares até o distrito e constitui-se em uma rodovia importante na malha viária do Brasil, sendo uma via de grande tráfego de caminhões e alto índice de acidentes automobilísticos. A constatação da periculosidade da BR ocorre não apenas através de dados, mas de relatos da comunidade, dos informantes e experiência da própria pesquisadora. Lembro também das pessoas que pegam carona na BR e todos os perigos desta ação, além de pessoas que morrem atropeladas na BR, enquanto tentam atravessá-la. Os fatos são muitos.

Mulher, 35 anos (Rosa): Essa estrada é perigosa por demais... outro dia, tava voltando do culto, eu e o pastor, a gente tava nos banco da frente, tinha mais

¹⁶ Saúde é definida segundo a Constituição Brasileira de 1988, no artigo 196, como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

gente atrás, e aí a gente tava voltando pra Xonim e eu olhando a estrada e vendo aquele caminhão vindo bem de frente, na nossa frente, bem na cara... fiquei muda, nem soube falar pro pastor sair, mas a sorte é que ele viu e ‘jugou’ o carro bem perto do acostamento... Nem gosto de lembrar, bateu só atrás no carro, mas bateu bem no outro carro detrás. Num escapou ninguém,... acho que o motorista dormiu, só pode. O povo tava falando isso...

Apesar dos perigos da BR, a mesma se caracteriza como uma forma de movimento a esse distrito, representando uma perspectiva de ganho financeiro diante das dificuldades de emprego e comercialização das mercadorias necessárias para a própria sobrevivência e conforto, visto que os moradores encontram em GV a fonte destes recursos. Parece que há uma estreita ligação, por um lado houve ganhos históricos para GV com sua junção com Xonim de Baixo¹⁷, mas analisando do ponto de vista de XB, observa-se uma dependência enorme dos moradores de XB em relação a GV, demonstrando uma ineficácia do distrito em satisfazer as suas necessidades do modo de vida urbano. Os moradores de XB, segundo relatos das entrevistadas, apresentam dificuldade em compras de supermercado, remédio (há farmácia em XB, mas com preços mais elevados), sacolão, hospital, trabalho, faculdade, lazer (festas, shopping, lojas, cinemas, clubes, esportes).

Mulher, 55 anos (Copo de Leite): “Xonim depende de GV para tudo, pra feira, médico, telefone... O orelhão vive quebrado”.

Segundo meus interlocutores, a própria distância entre GV e XB se caracteriza como um empecilho para o desenvolvimento atrelado a GV, pois há dificuldade nesta mobilidade, apresentando dificuldade de ônibus como horário das viagens e preço da passagem¹⁸. E também no transporte de táxi ou pessoas que realizam estas viagens mesmo sem serem cadastradas para tal fim, pois cobram preços exorbitantes, independentemente da situação, mesmo quando é caso de urgência médica, eles não amenizam nos preços.

Mulher, 46 anos (Azaleia): ... não fui (GV) porque o meio de transporte fica apertado para eu ir com esse monte de criança, para ir e voltar fica apertado pra gente (...)

¹⁷Governador Valadares pôde tornar-se município, graças à união com XB e demais distritos, analisados no capítulo 2.

¹⁸ Vale transporte valadarense intermunicipal Xonim de Cima e Xonim de Baixo: R\$ 4,20. Horário: GV a XB: Seis ônibus/dia: 05h40min; 8h; 10h40min; 13h30min; 15h50min e 18h30min. E de XB a GV: 06h30min; 9h; 12h20min; 14h40min; 16h50min; 20h.

Mulher, 45 anos (Cravo): Não tem ambulância, nada que socorre coisa rápida, ... uma amiga minha foi mordida de escorpião aqui. Foi no posto eles falo: você tem que dá um jeito de ir lá para Valadares. Ela não tinha dinheiro, não tinha nada. Ela teve que pegar dinheiro emprestado com os outros. O rapaz teve coragem de cobrá dela cem reais. É o Divino aqui do lado, aqui. Cobrô cem reais porque era emergência, teve que levar ela até na porta do hospital. Se não consegue esse dinheiro emprestado? ... Tinha que ter pelo menos um atendimento de urgência.

Esta distância de GV imputa características peculiares ao distrito de XB, pois diferentemente de GV, XB apresenta algumas características de cidade pequena ou de bairro, com um estreitamento no significado do conceito “lugar”. Refletindo a categoria lugar como Yi-Fu Tuan (1983), observa-se uma conotação, não apenas como um espaço físico, mas como uma área que foi apropriada afetivamente, transformando um espaço indiferente em “lugar”, o que por sua vez implica na relação do espaço com o tempo, ou seja, o lugar é um mundo de significado organizado.

Esta etnogeografia propõe um olhar de perto e de dentro, a partir dos arranjos dos próprios atores sociais. Entretanto, há uma análise para além dos atores sociais, onde se analisa também o território cuja prática se desenvolve, entendida não como mero cenário, mas sim como parte constitutiva do recorte de análise. A cidade é vista, portanto, como o resultado das práticas, intervenções e modificações impostas pelos mais diferentes atores em sua complexa rede de interações, trocas e conflitos. (MAGNANI, 2009). É com este olhar que tento vislumbrar XB, numa visão panorâmica, mas não meramente superficial, interessa-me entender a relação solidária (de troca) entre este sujeito social e o local onde está inserido.

Em XB é possível descrever um cenário de um pequeno vilarejo, com pessoas calçando chinelo, às vezes descalços, roupas simples e andando num ritmo calmo, como se estivessem em outro tempo/espaço se comparados com a agitação de uma cidade grande. Crianças brincando na rua, mulheres sentadas em frente de casa, conversando, observando as pessoas e o movimento lento do distrito. Não há edifícios, mas apenas casas. Estas casas são pequenas, simples e em geral têm dois quartos pequenos, uma sala, cozinha e um banheiro, normalmente para abrigar muitas pessoas. Em geral, todas as casas têm quintal onde cultivam plantas com fins medicinais, algumas hortaliças, frutíferas (principalmente o coco), e alguns criam galinhas, cavalos, porcos, cachorros.

Observa-se que a maioria das pessoas andam a pé, às vezes de carroça, bicicleta e alguns poucos de carros. O ritmo intenso de tráfego de carros na BR contrasta com a lentidão do distrito. Há uma curiosidade em relação à BR: há um comércio de cocos à beira da BR, esperando caminhoneiros ou motoristas de outros carros para venderem

cocos. É comum ficarem o dia inteiro, esperando seus clientes e, nesta espera, a vida passa mais lenta; observa-se, ainda, que as pessoas realizam suas atividades de vida cotidiana lá mesmo, na barraca de coco à beira da BR, pois é neste local que elas almoçam, que bordam, conversam, tentam distrair (jogando bola) e observam a vida das outras pessoas que por lá passam. Estas barracas tornam-se ainda um ponto de encontro, onde as pessoas passam e, além de se refrescarem com uma água de coco, ficam informadas das últimas notícias do distrito¹⁹. Muitas pessoas permanecem nestas barracas por toda a tarde, sem terem a obrigação financeira (trabalho), mas como uma forma de passar o tempo e ficar “informado”. Observa-se uma rede de fofoca, onde estas barracas tornam-se o nó central - distribuição dos comentários.



Figura 6: BR com barraca de coco. Fonte: Lopes, 2010.

A BR-116 corta a cidade, e aparentemente, divide-a em duas, do lado direito da estrada (sentido GV-Teófilo Otoni), em frente a uma pequena praça, (que tem apenas uma árvore e grama), encontramos a escola, o antigo clube (há apenas uma quadra de

¹⁹ Os interlocutores referem-se às últimas notícias, como as novidades na vida cotidiana dos moradores do distrito e de quem passa por lá: observam o que fazem, o que vestem, com quem andam.

futebol em condições pouco favoráveis para a tal prática, pois tem um aspecto de abandono, apesar de alguns garotos ainda jogarem bola por lá); a igreja católica fica no alto do morro com alguns degraus de escadas e algumas casas pequenas, mas bem organizadas, como toda esta região. Entretanto, ao aprofundarmos nesta micro área, percebemos as dificuldades, pois há ruas sem calçamento, casas simples, com telhados de amianto, sem laje, debilidade em saneamento básico, animais na rua, cachorros, cavalos, porcos, galinhas. Um pouco adiante, neste lado ainda, encontramos o ponto de ônibus, restaurante, oficina de carro, onde parece ser um ponto de comércio, e as casas ficam mais vistosas por aqui novamente. A maioria dos interlocutores desta pesquisa reside nesta área do distrito, conforme mapa mental interpretativo (figura 5).



Figura 7: micro área 1: rua sem calçar, animais nas ruas. Fonte: Lopes, 2010.



Figura 8: casa de interlocutora, mostrando fogão à lenha e construção precária, com telhado de eternit. Fonte: Lopes, 2010.



Figura 9: praça central, com apenas canteiros de árvores e a igreja católica ao alto. Fonte: Lopes, 2010.



Figura 10: Escola estadual em frente à praça central, perto da igreja católica. Fonte: Lopes, 2010.



Figura 11: Centro Comunitário de Xonim de Baixo, em frente à escola. Fonte: Lopes, 2010.

Do outro lado da BR, XB apresenta um centro comercial maior com farmácia, açougue, barracas de água de coco, mercearia, bar, lanchonete, o PSF, posto policial. As ruas (maioria calçadas) são mais largas (aparentes avenidas), com casas mais estruturadas (laje), maiores e mais bem cuidadas, apresentando uma paisagem mais harmônica, limpa e mais organizada, segundo percepção da pesquisadora.



Figura 12: Centro comercial a esquerda da BR (sentido GV – TO), apresentando farmácia, restaurantes, barraca de coco. Fonte: Lopes, 2010.



Figura 13: avenida mais larga, apresentando casas com infraestrutura mais organizada.

Fonte: Lopes, 2010.



Figura 14: casa lado esquerdo da BR, bem estruturada. Fonte: Lopes, 2010.

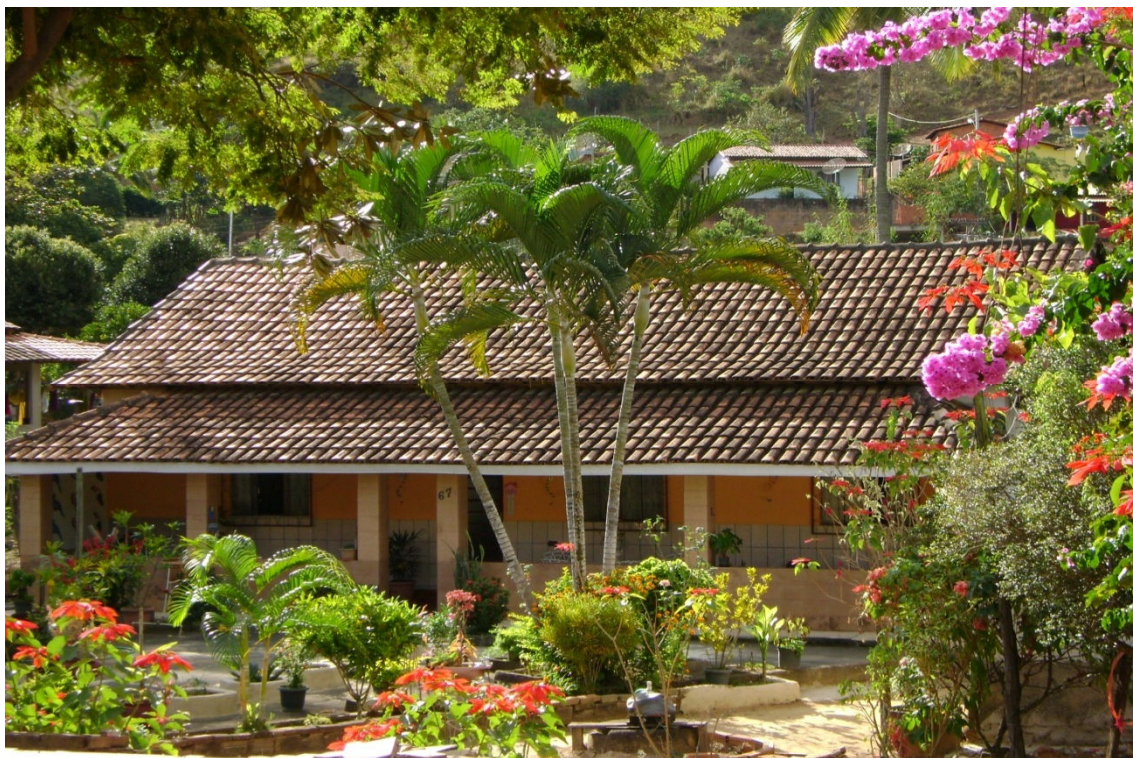


Figura 15: casa bem estruturada, arborizada, do lado esquerdo da BR. Fonte: Lopes, 2010.



Figura 17: Casa grande, bem estruturada, do lado esquerdo da BR. Fonte: Lopes, 2010.



Figura 18: Posto policial às margens da BR 116. Fonte: Lopes, 2010.

As pessoas acordam cedo em XB e começam a realizar os afazeres domésticos, principalmente as mulheres, pois, a maioria não trabalha fora de casa. Os homens geralmente trabalham em GV, entretanto, os que trabalham em XB, o fazem principalmente nos Postos de gasolina Cherokee e Pinheiros. As mulheres têm uma dificuldade em sair de casa pelo período da manhã, por ser o horário do cuidado com a casa, com as crianças e da preparação do almoço. Outro detalhe muito importante: a água cai na caixa neste período, geralmente entre 8h e 08h30min da manhã. Eles, então, armazenam água e, portanto, ficam impossibilitados de sair de casa, inclusive nas atividades propostas no PSF, como consultas, realização de exames, atividades físicas e demais atividades.

Mulher, 60 anos (Açucena): A água, nossa Senhora! Água aqui é uma hora só. Depois cabou! Não cai mais água durante o dia. Sempre na parte da manhã, começa oito horas, oito e quinze, meia hora já parou. Se for lavar roupa e água as plantas, cê fica sem água... você escolhe um ou outro.

A água, ou melhor, o abastecimento da água, parece ser um entrave nas atividades dos moradores de CB, controlando o horário de saída e as atividades a serem realizadas. Entretanto, se marcam as atividades no PSF para o turno vespertino, segundo

informações das agentes de saúde, eles reclamam do sol quente e que tem que levar as crianças na escola. À noite, no final de semana, as pessoas, principalmente os jovens, permanecem na avenida principal, em um local chamado Bar do Gaúcho. Há uma mesa de sinuca, mesas com cadeiras na calçada e música ambiente proporcionando um ambiente agradável para conversas, paqueras e diversão. Não há outra opção de lazer, eles têm que ir à GV, o que causa insatisfação aos moradores do distrito, principalmente dos jovens.



Figura 19: Bar do gaúcho, na avenida principal (lado esquerdo BR). Fonte: Lopes, 2010.

Mulher, 45 anos (Cravo): Tinha que ter pelo menos uma praça para os meninos brincar, pelo menos para falar: eu vou descer lá na praça. De lazer aqui não tem não, (...)lá em Valadares é diferente, tem praça para todo lado, tem lugares para passear, tem o shopping, tem lojas,... nem pizzaria aqui tem.

Mulher, 50 anos (Amarílis): Lazer aqui num tem nada, a quadra toda estragada (...) num dá nem pros menino brincar.

Mulher, 57 anos (Girassol): De lazer vou à igreja, visito os doentes, falar da palavra de Deus (...) aquele que aceitar bem, aquele que não aceita, não posso falar nada. (...) tem que convidar para ir à igreja.

Durante a noite ainda há a possibilidade de ir às igrejas, opção escolhida como única forma de lazer pela maioria das mulheres entrevistadas nesta pesquisa.

A religião costuma ser uma das formas de entretenimento no distrito, juntando fé e lazer. Embora a religião principal no distrito seja a católica, há ainda outras igrejas como Pentecostal Árvore da Vida, Deus é Amor, Igreja Presbiteriana Renovada, Igreja Presbiteriana Tradicional, Assembleia de Deus, Maranata, além do benzedor.

Segundo meus interlocutores, há em XB um benzedor que realiza muitas curas, sendo procurado por pessoas que moram no distrito e cercanias, e até mesmo por pessoas de GV. Estes vão até o distrito para que o benzedor os benza e cure os transtornos que os mesmos apresentam. Este assunto é polêmico ainda entre os moradores de XB, pois muitas mulheres não acreditam em suas curas, ou imputam ao benzedor uma conotação de charlatanismo ou satanismo.

Para as mulheres que acreditam no benzedor, elas apresentam uma classificação simbólica das doenças que são curadas com uma origem no universo mágico-religioso. Para Foster (1976, *apud* XAVIER, 2004) há dois tipos de classificação no que ele chama de “medicina popular”, usando como base a explicação que cada grupo cultural dá para a origem das suas doenças. Conforme a interpretação predominante, ele denominou as classificações de *personalísticas e naturalísticas*. Os tipos *personalísticos* referem-se a doença com origem no *universo mágico-religioso* onde o indivíduo é vítima (por exemplo: o “mau olhar”, “espinhela caída”). Já o tipo *naturalístico* indica que a doença é compreendida como tendo sua origem nas *forças naturais* (como “ventre virado”, “catarro sufocante”, “cobreiro”), na qual o indivíduo não é vítima, mas agente de sua doença (como relacionado a algo que ele comeu, onde esteve).

Melvina Araújo (2002) corrobora com esta ideia, mas usa outra classificação, empregando a dicotomia material e espiritual, constando na primeira as doenças relacionadas a distúrbios biofisiológicos, enquanto as doenças espirituais poderiam ser enviadas por Deus ou mandadas por outras pessoas. De acordo com essas concepções, se uma doença não cede, ainda que a pessoa recorra a vários tratamentos e agentes terapêuticos, sem que se descubra a causa ou cura efetiva, é provável que se trate de uma doença de origem espiritual. Em XB, há uma imbricação entre os dois tipos de origens da doença e sua profilaxia e tratamento, pois há algumas doenças que são tratadas pelo benzedor e pelo medicamento alopático e outras que são tratadas com medicamento alopático e “remédio de mato”²⁰. Existem também algumas doenças que

²⁰ Conotação utilizada pelas interlocutoras sobre o uso de chás e banhos de assento, utilizando ervas com fins medicinais.

são prevenidas apenas através do uso constante dos chás terapêuticos, e existem ainda, segundo as entrevistadas, algumas doenças que médico não trata, apenas o benzedor.

5.4 CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS

Para compreensão da realidade, iremos além de sua organização, constituição e estrutura, é preciso introduzir os significados que dela fazem aqueles que com suas práticas sociais construíram a própria realidade. Trata-se de interpretar a espacialidade criada e seus sentidos, pois, segundo Cosgrove (2000), toda atividade humana é ao mesmo tempo material e simbólica, produção e comunicação. A pesquisa qualitativa procura entender os significados, as experiências, entretanto, o fenômeno não pode ser compreendido fora do seu contexto, por isso o significado emerge da relação com outros signos e, na antropologia, o significado é sempre construído culturalmente: nada é o que parece ser (BANYAI, 2002).

Refletindo sobre signos e significados e observando a prática sobre as doenças em XB, classifiquei-as segundo as categorias da pesquisa de Xavier (2004), separando as classificações *éticas* das categorias *êmicas*. As doenças estão divididas basicamente em doenças que “médico não cura” ou “não reconhece” e “doenças que não tratamos”. Há também um híbrido, onde a etiologia da doença é conhecida e têm saberes e práticas de cura próprios e, mesmo assim, recorrem tanto aos especialistas da comunidade com benzimentos, simpatias e chás como também ao especialista médico do posto de saúde. É importante frisar que, geralmente, eles não dispensam o saber biomédico, apenas articulam os dois saberes. Boltanski (1989) enfatiza que o medicina exercida pelo médico e a praticada pelo curandeiro não podem ser classificadas como antagônicas, mas podem ser complementares pelos sujeitos sociais.

Doenças que médico não cura	Tratada pelo universo mágico-religioso
Doenças que “não tratamos”	Tratada pelo saber biomédico
Doenças híbridas	Articulação dos dois saberes – biomédico e universo mágico religioso
Doenças tratadas com uso das plantas	Articulação dos dois saberes – biomédico e plantas; uso exclusivo das plantas

Quadro 1: classificação das doenças e seus respectivos tratamentos; classificação ética, das classificações êmicas.

5.4.1 Doenças que médico não cura

As doenças que “médico não cura” ou “não reconhece” geralmente são diagnosticadas primeiro pelos familiares e estes recorrem aos especialistas da comunidade. Se o caso for menos grave (a doença varia de menos grave até a mais grave), a própria família se encarrega do tratamento através de uma simpatia ou uso de chás (ensinado pelo familiar mais velho), oração se for católico ou voto se for “crente”. Entretanto, Boltanski (1989) afirma que todas as doenças conhecidas são organizadas numa ordem de gravidade crescente, onde as doenças julgadas mais graves exigem um recurso médico e as demais podem ser tratadas com outros saberes.

Algumas doenças tratadas apenas pelo benzedor e que “médico não reconhece” ou “não cura” são assim nomeadas: “mau-olhado”, “espinhela caída”, “amarração”.

Mulher, 54 anos (Margarida):

“Benzedor serve pra mau-‘oiado’, ‘espilha caída’, ‘cobrero’ um tanto de trem.”

5.4.1.1 Mau-olhado

Ocorre no adulto e há o sentimento de inveja e raiva contra outra pessoa. Esta inveja pode estar relacionada com o desejo de possuir aquilo que o outro tem, ou ainda destruir o que distingue aquela pessoa da maioria dos seus vizinhos, podendo ser um elemento chave para a compreensão de conflitos interpessoais, segundo pesquisa de Araújo (2002). Este “mau-olhado” faz com que o adulto tenha sintomas de indisposição geral com forte sonolência, além de ter o poder de “secar” as pessoas, fazendo com que as pessoas vomitem ou evacuem muito.

Estes sentimentos apenas fazem mal às outras pessoas se tiverem a intencionalidade, portanto, as crianças excetuam-se a essa regra, pois, de acordo com pesquisa de Araújo (2002) as crianças além de não possuírem inveja, não são conscientemente invejadas. Podem ser vítimas de algum olhar invejoso, o que na criança é chamado de “quebrante”. Entretanto, este olhar é mais por admiração às qualidades da criança, mas sem intento de causar o mal.

Na pesquisa em XB observaram-se os mesmos padrões.

Mulher, 54 anos (Margarida): Dor de cabeça, fica ‘esmuricado’ com sono essa (filha) aí, tava ruim, eu levei ela lá antes de ontem, aí o benzedor falou assim que era mau oiado mesmo, e benzeu e já curô (...) o que move também é a fé e eu tem.

Percebe-se o ritual místico religioso muito ligado a fé da pessoa, onde a graça alcançada só é possível conforme a intensidade desta fé. Neves (1984) corrobora esta reflexão ao afirmar que as curas milagrosas (compreendidas como atos ritualizados), mesmo colocando em evidência as dificuldades, dores e angústias destes fatos naturais, expressam a relação do homem com este mundo sobrenaturalizado ou com poderes que atribuem às divindades.

5.4.1.2 Espinhela caída

É percebida por uma forte dor na região do peito (alguns relatam como se fosse dor no estômago), mas sempre depois de pegar peso demais. O benzedor mede os membros superiores e quando um está menor que o outro é porque você está com a espinhela caída. Entretanto, se o médico examinar, não encontrará nada, somente o benzedor é que poderá curar essa doença, segundo meus interlocutores.

Homem, 26 anos, (Pau Brasil): “tive espinhela caída e ele que curou (benzedor)”.

Mulher, 54 anos (Margarida): “dá uma dor na boca do estombo, enche a boca de água e fica ‘esmuricido’ é de pegar peso,(...) antes de ontem mesmo eu benzi lá”.

Mulher, 27 anos (Begônia): “(...), o benzedor mede numa linha os braço e vai medindo assim, benze e ela passa. Médico num sabe fazo isso assim não, eles num credita nesses trem”.

5.4.1.3 Amarração

Segundo meus interlocutores, o benzedor vê quando a pessoa está amarrada (com algum entrave na vida), ou quando fizeram macumba (feitiço). Ele benze com um ramo e quando a pessoa está carregada o ramo enverga, entorta todo, faltando até mesmo quebrar. Além do ramo, ele usa vela também. Essas consultas são realizadas sem ônus ao cliente, pois, o benzedor não aceita qualquer pagamento em espécime, apenas, às vezes, em algumas trocas de mercadoria.

Homem, 26 anos, (Pau Brasil): “O benzedor vê quando a gente tá amarrado”.

Mulher, 54 anos (Margarida): Ele falou com minha menina que tava aqui, pra tomar cuidado que tem um namorado dela que quer acabar com ela. (...) aí a gente tem que ir três vezes também e ter fé, leva vela tamém. (...) diz ele (benzedor) que benzeção paga não vale. Se quiser doar um quilo de alimento, ele recebe, o que a gente levar ele recebe, uma roupa, (...) tem que levar tudo de graça tamém, né? Ele gosta de cigarrinho dele tamém. (...) ele benze com ramo e vela. (...) os ramos falta quebrar, cai as folhas.

Segundo Boltanski (1989) um dos principais méritos que os membros das classes populares reconhecem ao curandeiro ou benzedor reside no fato de que ele explica ao doente a doença de que ele sofre, utilizando uma linguagem imediatamente acessível e fornecendo explicações que contem representações da doença que são próximas às dos doentes. Outro mérito reconhecido no benzedor é que mesmo sendo um especialista qualificado para identificar e curar a doença, ele é ainda assim um membro das classes populares, de cujo modo de vida e de pensamento ele participa.

5.4.2 Doenças híbridas

As doenças classificadas como híbridas (tratadas pelo benzedor ou pelo médico do posto de saúde), são assim denominadas: cobreiro, vermes e lombrigas, gripe ou resfriado, íngua, entre outros.

5.4.2.1 Cobreiro

O cobreiro vem sendo descrito como uma doença que se contrai através do contato direto com roupas por onde tenham passado certos insetos ou animais peçonhentos. Caracteriza-se por erupção cutânea, acrescida de vesículas, geralmente acompanhadas de dor que, devido à sua configuração, é conhecida no meio popular por *cobreiro*. Trata-se de uma dermatose, cientificamente denominada *herpes zoster* ou zona. Há, geralmente, queixa quanto às sensações de coceira, ardor como de queimadura ou dor interna (“por dentro”), mesmo depois de efetuada a cura.

Mulher, 54 anos (Margarida): Fica marejando água, fui no benzedor e ele disse que é cobreiro; (...) tem que ir três vezes, três sexta-feira. Ele fala que é cobreiro, benze,... tem cobreiro de aranha, lagartixa, sapo e barata. Fui no posto primeiro, ele (médico) passou os remédio e depois fui no benzedor. Tô tomando (os medicamentos) até hoje, tem que correr atrás de tudo.

Mulher, 26 anos (Violeta): “tem que evitá que o cobreiro se alastre, (...) não deve crescer para não encontrar cabeça com rabo, igual cobra.”

5.4.2.2 Gripes ou resfriado

Inicialmente, a gripe se parece com um resfriado comum, com congestão nasal, coriza, espirros e dor de garganta, entretanto, resfriados normalmente se desenvolvem lentamente, ao passo que a gripe tende a começar repentinamente. Geralmente um resfriado causa apenas um mal-estar e, na gripe, os sintomas são mais graves e as pessoas se sentem muito pior.

Mulher, 45 anos (Cravo): “Bom, eu pego remédio de mato que pessoal antigo fala pra mim que é bom agora mesmo eu fiz um chá pra ele (filho). (...) ta tomando pra gripe. (...) o certo era ir lá no posto. (...) eles fala que não tem médico. Que que eu vou fazer?”

Mulher, 49 anos (Orquídea): “Eu uso o chá mais a benzedura pra sará da gripe. Funciona, mió, né? Às veis, uso garrafada com remédio do posto, mas é mió se benze junto.”

Estas falas demonstram a descrença na resolutividade do SUS e a dificuldade de acesso aos tratamentos no saber tradicional biomédico e mostra, ainda, a busca de outros saberes para manter-se saudável ou o que ela pensa de saúde para si e sua família. Segundo Cerqueira (2010) e Xavier (2004), uma das principais barreiras de acesso a serviços de saúde das populações pobres é a não aceitação, pelos profissionais, de que as camadas populares organizam e sistematizam saberes compartilhados e validados entre eles sobre a sociedade. A desqualificação dos outros saberes pelo saber biomédico gera enorme desgaste, despotencializando os usuários, levando-os a desacreditar o sistema de saúde.

5.4.3 Doenças que “não tratamos”

Estas doenças, em geral, são tratadas pelos médicos do Posto de Saúde da Família (PSF) de Xonim de Baixo, ou em GV. São consideradas doenças mais graves e as minhas interlocutoras reconhecem no poder biomédico a legitimação para seu tratamento e prevenção. Algumas patologias citadas na pesquisa foram: diabetes, hipertensão, câncer, problema no coração, entre outros.

Mulher, 45 anos (Jasmim): “Apareceu a diabetis do nada... fiquei muito magra.... Demoro pra descobrir... só o dotor que deu jeito”.

Apesar da crença no poder biomédico, muitas entrevistadas referiram o uso de plantas com fins terapêuticos, imbricando os dois saberes. Aprofundemos um pouco sobre esta forma de tratamento e prevenção.

5.4.4 Doenças tratadas com o uso das plantas

Há ainda as doenças que são tratadas através do uso das plantas, os médicos conhecem a etiologia das doenças, profilaxia e tratamento, mas as pessoas preferem realizar a prevenção e cura através de outros saberes, com o uso de plantas, banhos de assento e emplastos. Estes saberes êmicos, parafraseando Geertz e corroborando com as pesquisas de Xavier (2004, 2009), em XB representam uma parcela grande da

população estudada, pois muitas pessoas escolhem prevenir e tratar das doenças através destes saberes perpassado entre as gerações a se submeterem a saberes científicos da biomedicina.

Segue abaixo um quadro com as principais doenças citadas com seu respectivo tratamento. Observa-se que a lista é vasta e diversificada.

Chá	Doença
São Caetano	Dor no joelho. Forma de usar: Banhar o local e tomar o chá (uma colher).
Capim guiné	Reumatismo
Hortelã pimenta	Gripe
Folha de laranja	Tosse
Erva cidreira	Gripe; baixar pressão alta
Alecrim	Baixar pressão alta Forma de usar: tomar gelado
Amora	Baixar pressão alta
Folha de chuchu	Baixar pressão alta
Carqueja	Baixar pressão alta
Camomila	Problema nos nervos e febre
Folha de carambola	Problema nos nervos
Chá de mate	Problema nos nervos
Boldo	Estômago; azia
Santa Maria	Verme, ameba, “xistose” – (esquistossomose).
Raiz da salsa	Inflamação e corrimento
Transagem	Inflamação, infecção, protege contra tudo, útero
Arnica	Inflamação, infecção, dor, útero
Folha de algodão	Inflamação, infecção, protege contra tudo, útero, cesárea, resguardo, puerpério, dor abdominal, cólica menstrual. Forma de usar: cozinhar a folha e beber durante o dia, no lugar da água. Tem que ser frio. Banho de assento: Ferve a folha e tira as folhas e depois senta em cima por 30 minutos. Quando for cesárea deve-se molhar o local da cirurgia.
Folha de meracilina	Útero
Flor de rosa branca	Infecção
Chá de noni	Inflamação, anemia
Cana de macaco	Infecção urinária masculina e feminina, problema no útero

Quadro 2: Plantas com fins medicinais e suas finalidades terapêuticas

Mulher, 35 anos (Rosa): Eu uso meracilina, igual hoje mesmo uma paciente minha trouxe chapéu de cora para o fígado. (...) eles me indicam o chá e eu indico também, falo: o fulano falou que a meracilina é ótima se não curar, também não faz mal.

Mulher, 42 anos (Tulipa): Para os nervos chá de foia de carambola, não foi o médico, não. Foi uma senhora que me ensinou.

Mulher, 45 anos (Hortênsia): Quando eu fiz cesariana, mermo, eu tomei chá de folha de algodão, sarou rapidim. Não deu infecção niuma, eu fazia um vasia cheia, guardava e em vez de eu tomar água, eu tomava chá de folha de algodão.



Figura 20: mulher entrevistada e sua horta caseira, com plantas utilizadas como fins medicinais e alimentares. Fonte: Lopes, 2010.

Além destes chás, algumas mulheres ainda realizavam a “xaropada”, que, segundo relatos das interlocutoras, é uma união de várias ervas. Deve-se usar sempre que tiver a doença ou de forma preventiva. Foi citada a xaropada para prevenir ou tratar problemas relacionados ao aparelho reprodutor, especialmente o útero: folha de

algodão, transagem, flor de rosa branca, usados como chás terapêuticos e banhos de assento.

Outra xaropada citada foi a preparada contra gripe: chá de hortelã, levante, poejo, camará, associada com mel. Esta xaropada para gripe foi me oferecido; apresenta um gosto suave, doce, prevalecendo o gosto do mel. Foi uma experiência importante, pois foi possível aproximar mais da realidade das interlocutoras, além de realizar a observação participante. Geertz (1997) afirma ter que existir uma contínua tensão entre análise científica e experiência da vida cotidiana. O termo que mais reflete esta tensão entre a participação e a observação destacada é a observação participante, que expressa um paradoxo: o primeiro termo convida a uma distância. O segundo termo convida a um envolvimento emocional. Clifford (2002) reformula a expressão em termos hermenêuticos, como uma dialética entre experiência e interpretação.

5.5 TRADIÇÃO - FÉ - CULTURA

Neste tópico apresentaremos a relação da tradição, da fé e da cultura na busca por saúde/doença/cura. Em Xonim de Baixo estas características próprias permitem embasamento na busca por outros saberes de cura, diferentes do saber biomédico hegemônico.

Durante a pesquisa de campo, observou-se a relação ao cuidado com o umbigo de recém-nascido, pois foram citadas duas formas passadas de geração em geração: Poejo associado com gordura de galinha e AAS: para curar o “mal de sete dias” (curar umbigo). E banho de “pó de fumo” associado a “grelho” de goiaba²¹ Deve-se, ainda, enterrar ou guardar o umbigo, pois há sempre a preocupação para rato não pegar o umbigo, pois do contrário o bebê podia virar ladrão quando crescesse. Este interdito nos demonstra a preocupação de que não se pode enterrar em qualquer local o umbigo, devendo-se enterrá-lo em local resguardado.

Mulher, 36 anos (Miosótis): Eh! o pessoal da roça tem muito isso... Minha mãe curava umbigo da gente com azeite, esqueci o nome, não sei se é de mamona, fedorento pra caramba, era de mamona mesmo, curava umbigo com aquilo, com pó de fumo e grelo da goiaba também eles queimavam e fazia um pozinho e colocava no umbigo para cicatrizar. Foi assim que minha mãe curou nosso umbigo... Umbigo minha mãe carregava e guardava lá em casa

²¹ Pó de fumo, segundo explicações de interlocutora, seria um produto natural à base de folha de fumo; e grelo de goiaba seria um cabo pequeno ou muda nova da goiaba.

guardava tudo. Se rato pegasse, o filho virava ladrão, disse. Rato não podia pegar, minha sogra enterrou o da minha menina.

Observa-se a tradição sendo passada de geração em geração e, à medida que o tempo vai passando, estas receitas vão ganhando força, pois a fé e o exemplo é que importam. Elas observam os atos de suas antecessoras (mães e avós, especialmente) no processo saúde/doença/cura e repetem os exemplos, pois confiam nestas pessoas e sabem que suas histórias de vida foram bem sucedidas. Além disso, como afirma Boltanski (1989) é uma oportunidade de reativar as lembranças de família, de falar da mãe ou da avó, enfim de assinalar as oposições e semelhanças entre o passado e o presente.

A escolha das mulheres desta pesquisa em buscar por saúde se baseando em outros saberes de cura (principalmente por meio de chás) está embasada na tradição e cultura em que este ser social está inserido, através de sua territorialidade, do meio que conhece, que está familiarizado. Deve-se perceber, portanto, que saúde e doença são processos também socioculturais, que dependem de um espaço/tempo, uma geohistória. E é por essa razão que, como qualquer outro sistema cultural, precisa ser entendido em termos de sua atividade instrumental e simbólica. Como afirma Kleinman (1980), estudos da própria sociedade e investigações comparativas devem iniciar contemplando a atenção à saúde como um sistema que é social e cultural na sua origem, estrutura, função e significado. Entender ainda que este processo sociocultural varia de indivíduo para outro numa dada sociedade, pois somos sociedade de indivíduos, como apresentou o sociólogo Norbert Elias (2000).

Neste momento, torna-se também importante a discussão sobre a construção social da realidade, abordada por Berger & Luckman (2002), no sentido de tornar claras as relações humanas estabelecidas pelo indivíduo com os outros e com o mundo que o rodeia. São relações governadas por regras culturais específicas, incorporadas pelos indivíduos, que as provêm de significado e as legitimam perante o grupo social. Esta realidade social não é única no tempo e no espaço, monolítica a ponto de não permitir variações individuais e coletivas. Mas o fundamental é perceber que ela exerce uma influência decisiva na maneira como cada um de nós pensa e age diante de uma situação de doença, optando por um determinado tipo de atendimento e avaliando seu resultado (ATKINSON, 1993). Muitas destas escolhas estão pautadas, portanto, em tradições e em conhecimentos analógicos, assistemáticos e subjetivos, como argumenta Neves

(1984), pois atuam sobre o aspecto psicossomático da doença a partir da eficácia simbólica que possui.

Mulher, 54 anos (Gardênia): minha mãe tem 70 anos, nunca fez exame nenhum (...) ela usava é chá de folha de algodão... muito melhor, que esses remédios de hoje.

Mulher, 30 anos (Flor de Lis): A maioria fala: eu tô com corrimento, eu tomo um chá de folha de algodão ou então o chá de transagem. Elas, ainda, às vezes vem, tem algum medicamento pra tomar, elas pergunta: tem problema se eu tomar o chá? Aí eu sempre falo: não, toma o remédio primeiro, depois você toma o chá, é questão de cultura mesmo, o chá, ninguém quer abri mão do chá.

Mulher, 36 anos (Miosótis): Eu só tomo chá se tiver sentindo alguma coisa.. folha de algodão, já vi falar de transagem, rosa branca. Isso aí que minha mãe me ensinou e eu não gosto de chá, mas uso, eles falam que é antibiótico. (...) dizem que é bom o chá para essas infecçãozinha oportunista. Eles falam que é bom, eu não gosto de chá não, mas quando a gente ganha neném aqui, o povo dana fazer chá de folha de algodão pra gente, para banhar e tudo mais. No resguardo, mais bebe e usa mais é a folha de algodão. (...) O banho, uai, pega o chá depois que cozinha, pega e tira as folhas e joga fora e deixa mornardinha e senta e fica sentado lá. É banho de assento... Eu ficava meia hora, parto normal, quando é cesária, banhando a cesárea. Aqui sempre foi assim, fala também de grelo da goiaba que é bom para cicatrizar. É o cabinho tipo, um botãozinho, quando tá nascendo ou então, quando tá nascendo mudinha, bem novinha bem da ponta, faz o chá também, isso foi minha mãe que me ensinou. Vai passando de mãe para filha.

Mulher, 35 anos (Rosa): “Quando usa o chá, o importante é a fé (...) se for grande, rapidim cura”.

O uso que faz a população das plantas com fins medicinais não está calcado nos mesmos pressupostos que sustentam os usos biomédicos, ou seja, baseado em conhecimentos construídos com base na experimentação científica. Os saberes populares de cura ancoram-se em princípios que levam em consideração a possibilidade de intervenção divina e/ou espiritual no processo de adoecimento, tratamento e cura, assim como na capacidade concedida a algumas pessoas para diagnosticar e curar os males do corpo e da alma (MELVINA ARAÚJO, 2002; XAVIER, 2004, 2009). As mulheres informantes reportam à importância da fé para que se tenham benefícios com o uso do chá, demonstrando que a doença atua no corpo seguindo a lógica que ultrapassa aquela atribuída ao saber biomédico, pois os aspectos espirituais presentes em rituais católicos, evangélicos, de curandeiros ou benzedores, e que são responsáveis pela cura de doenças espirituais, estão presentes também no uso dos chás. Na verdade, as

mulheres entrevistadas se apoiam na fé deste universo mágico-religioso para justificar a cura das doenças.

Mulher, 57 anos (Girassol): Depois eu fui para Belo Horizonte, 2009, para opera de uma hérnia... eu operei só porque eu não sabia. Se eu soubesse que lá ni Belo Horizonte, na igreja Deus é Amor tava fazendo cura, eu não tinha operado não. Eu tinha fé que eu ia lá e Jesus tinha operado as duas hérnia e eu tinha vindo embora e não tinha sofrido tanto.

Mulher, 58 anos (Lírio): Os rins tamém foram curados, tava inflamado e lá dentro da igreja, lá sai dois caroço no meu seio, dentro da igreja (...) não tinha nada antes, o meu seio esquerdo ficou dando fíncada. Eu falei assim: oh! Meu Deus, será que eu vim aqui agora, que fíncada é essa? Eu não tinha nada aí, depois levantei o braço, passei a mão, tinha três caroço, tava desse tamanho (...) aí eu fiz meu pedido na hora lá. Oh! Jesus tem misericórdia de mim, opera esse caroço pra mim, seja ele maligno ou não seja, opera ele para mim e eu sou sua serva pra sempre. Operô na hora, foi queimando e dando fíncada e quando cabou o culto, a oração, eu não tinha mais nada nem cicatriz. (...) aqui em Xonim tem cura, entendeu, mas só que para ter aqui, a pessoa tem que ter muita fé, porque é muita fé cura a daqui. Não é igual a igreja de Belo Horizonte, não sei por que, não sei, mas mermo assim se tiver fé, cura.

Mulher, 54 anos (Margarida): A gente vai pedindo. Igual eu tava bebendo, bebendo, quanto mais bebia, tinha mais vontade eu tinha. Eu falava: Oh! Senhor, me ajuda, senhor, tem dó de mim, faz com que eu paro com esse vício. Meus filhos, tudo revoltado comigo, a mais veia ate chorava, me pedia: oh mãe, não faz isso, não. Eu pegava e xingava eles tudo, queria bater nele, era aquele nervoso. Eu ia pra sair, eles me garrava pra não deixar sair eu. Meu marido ficava sem paciência, mandava eles me puxar, se eles não me garrasse, eu ia qualquer hora da noite. Fui pedindo a Deus, pedindo com uma santa fé, oh, Senhor tira esse vício de mim, senhor, oh minha **Nossa Senhora Aparecida** me ajude, ajoelhava dentro do quarto pedindo o Senhor. Tô bebendo não é porque eu quero, parece uma coisa que tinha posto, sentava, chorava pedindo, pedindo graças a Deus da minha vida.

Mulher 58 anos (Palma): Eu sofri, eles falava comigo: você não vai sarar porque tem pressão alta e é diabética, vai ter que corta o pé. Isso pra mim era contrariedade, saber que ia ficar numa cadera de roda. Eu peguei com São Sebastião, para quem é crente, não acredita não, eu tem muita devoção com São Sebastião, ele curou meu pé. Eu tenho uma fé com São Sebastião, ele curou minha perna, eu vou rezar um terço dia vinte de janeiro. (...) é o dia dele, eu vou rezar um terço aqui em casa pra ele, me salvou duas vezes, me salvou da coqueluche, deu uma tosse nos meninos pra aqui a fora, muito morreram. Minha mãe pediu ele pra me curar, ele me curou, era criança, quando essa tosse chegou aqui, morreu muitas crianças, o cemitério não tava dano conta de enterrar as crianças. (...) Minha mãe pediu São Sebastião, mosquito passava dentro do meu zói assim, minha mãe, sem recurso, minha mãe pediu ele para me curar, ele me curou. (...) já é duas vezes, agora desse caroço na perna, me salvou de novo, a base de Jesus é ele que, ele me salva, tenho uma fé muito grande por ele, eu tou usando essa fita vermeia aqui é dele, tá veno? Depois que eu pedi ele, eu uso até janeiro, depois janeiro, eu compro outra igual, põe nos pés dele, eu uso emprestado. Eu comprei a fita no armarinho e benzi na igreja, depois que benzeu ate a dor do pé miorô. Isso pra mim é milagre, para outros que não entende não é nada. São Sebastião me curou, lumiou pra mim um médico bom, doutor Anderson, de Valadares, me curou.

Mulher, 54 anos (Camélia): Tomava o chá, as folhas de tudo e remédio também, a médica que foi lá olhar meu joelho falô: a senhora tem pressão alta, né? Tem não, minha fia, no passado tinha mesmo.... Por que não tem mais? Jesus me curou.

Alguns elementos, segundo Araújo (2002), são importantes para a compreensão do sentido das ações em torno dos períodos da vida. A fé em Deus e a relação com os santos (e com o mundo sobrenatural de um modo geral) são fundamentais nesta orientação de vida, pois as regras e convenções de sua instituição religiosa (seja católica, evangélica, espírita, ou outra instituição), ajudam a determinar sua territorialidade, suas trilhas de vida no tempo-espaço.

Muitas pessoas utilizam ainda o chá como forma de prevenção, principalmente de doenças do aparelho reprodutor, especialmente o útero. Elas entendem que se usarem o chá rotineiramente estão protegidas de doenças, inclusive do câncer de colo do útero. Por esse motivo, muitas mulheres resistem ao exame Papanicolaou, mesmo sabendo da importância deste exame na prevenção de uma doença ainda tão estigmatizada e avassaladora quanto o câncer, mas tão curável e de fácil prevenção, utilizando os meios adequados. Escolhem se prevenir e tratar através de outros saberes, especialmente os chás.

Os chás mais relacionados foram o chá de folha de algodão, seguido da transagem. As formas mais utilizadas foram: cozinhar a folha e depois fazer ingestão do líquido durante o dia todo, especialmente gelado; ou ainda usar como banho de assento, depois de fervidas as folhas, senta-se em cima por 30 minutos.

Mulher, 33 anos (Gérbera): Eu não sinto nada, se sentisse, procuraria, eu morro de medo desses trem. Eu tomo chá de mato direto, previne infecção, esses trem assim, (...) transagem mermo, é ótimo, arnica, algodão. Tomo direto, é pra não ter nada mesmo. (..) O exame preventivo eu fiz por fazer, à toa assim, eu não estava sentido nada não.

Mulher, 25 anos (Iris): Ah! Eu sempre tomo chá de algodão, minha mãe que faz os chá dela lá. Algodão é bom para infecção. Ah! tem vez que a gente toma, sei lá, minha mãe que manda a gente tomar, ela fala que é bom cólicas qualquer coisa assim, dor. Serve pra prevenir também. Ah! Tomava chá e sentia protegida. O exame é importante, mas ah! (...) eu nunca fiz.

Aprofundaremos agora nas representações que este grupo de mulheres apresentou durante a pesquisa de campo. O olhar principal da pesquisa foi sobre a saúde e principalmente o exame Papanicolaou.

5.6 VER, PERCEBER, CONHECER

Conforme apresentado no capítulo 4, o exame Papanicolaou constitui-se de um exame barato, disponível na rede pública de saúde e que consegue diagnosticar a presença do papiloma vírus humano (HPV), responsável pelo câncer de colo de útero. Este exame é popularmente conhecido como exame preventivo, sendo orientado pelo Ministério da Saúde Brasileiro que toda mulher, especialmente dos 25 aos 60 anos de idade que tem ou já teve atividade sexual, deve se submeter a exame preventivo periódico. Inicialmente, o exame deve ser feito anualmente, e se dois exames anuais seguidos apresentarem resultado negativo para displasia ou neoplasia, o exame pode ser feito trienalmente (BRASIL, MS, 2002). Em Xonim de Baixo, durante a pesquisa de campo, tentou-se responder aos questionamentos iniciais sobre as representações simbólicas das mulheres entrevistadas sobre o exame Papanicolaou, em relação ao corpo feminino e ao processo saúde/doença/cura. Interessa-me as diversas formas que as mulheres se veem, como percebem seus corpos e sua territorialidade, pois é este conhecimento empírico que lhes dá embasamento para realizar as escolhas em seu processo saúde/doença e nas suas trilhas de vida.

Para a biomedicina, o caráter de visualidade da doença desfruta um lugar privilegiado na constatação da sua existência. Foucault (1994, *apud* XAVIER 2004) refere o nascimento da clínica para corroborar com esta afirmação, pois o próprio nascimento da clínica é decorrente de uma mudança no olhar que o médico lança sobre os corpos. Araújo (2002), concordando com este autor, define como um olhar atento à observação empírica, desvinculando do espírito, mas embasado de um aparato lógico controlador do olhar, que vincula esse olhar médico a um olhar analítico para estabelecer a linguagem da doença ou linguagem médica.

O olhar ganha esta conotação tão especial para os biomédicos, pois goza de um lugar privilegiado na construção do diagnóstico da doença. Entretanto, para a população dita leiga, o olhar também se torna representativo, pois, como afirma Araújo (2002), está vinculado com o espírito. Portanto, estas pessoas seriam capazes de “ver a doença”, não por formação acadêmica, mas por conhecimento advindo de um dom divino, um dom inato, recebido de Deus. A visão na condição de evidência, que leva ao conhecimento da verdade, marca as concepções populares de doença, cura e busca por

saúde em XB. Com este dom, as pessoas são capazes de perceberem seus corpos e de seus filhos (ou demais parentes de um modo geral) e afirmar quando estão doentes, quando estão saudáveis, pois podem visualizar a doença através de dons espirituais.

Sob a luz da hermenêutica de Geertz (1997, 2008), e seguindo a mesma linha de pesquisa dos autores supracitados sobre a visão e a percepção e imbricando com a análise já realizada das representações sociais (ver capítulo 4), analisarei as representações do corpo feminino, do processo saúde/doença e do exame Papanicolaou das mulheres pesquisadas em XB. Entende-se, entretanto, que estas categorias não podem ser estudadas separadas, pois, na concepção destas mulheres, elas aparecem conectadas, configurando-se em sua realidade, de forma imbricada.

5.6.1 Exame Papanicolaou

As mulheres apresentam dificuldade em identificarem o exame pelo nome Papanicolaou, mas quando refiro a sua forma popularmente conhecida – preventivo -, a maioria das mulheres relata conhecer o exame; sabem a forma como é realizado, sua importância.

Boltanski (1989) reflete sobre a utilização pelos membros das classes populares de termos médicos, onde estes nunca estão livres de subentendidos ou de reticências, usados em geral com certa vergonha. Este termo permanece uma palavra estranha que não se integra na sua fala, como veremos nas falas abaixo:

Mulher, 55 anos (Copo de Leite): Esse é o pior exame que existe. (...) boa coisa para as mulheres fazer todo ano e para livrar daquela doença horrível que tenho até medo de falar.

Mulher, 25 anos (Iris): Achei bom um pouco desconfortável, mas tá bem, pois evita muitas doenças.

Mulher, 49 anos (Acácia): ... esse negócio de preventivo mesmo, isso a eu fiz uma vez, quando o Fabim pagô (...) o nome do doutor chamava Valverde. Aí eu fiz, foi pagado, mas quando eu saio de lá também preciso ele me dar um calmante, porque minha pressão alta foi a 26, quem me atendeu foi inte uma doutora chamada Catarina, fui... levada assim de supão –(surpresa), me encaminharam pra lá, quando chegou lá, a pressão tava de 26, mas ela era, de preventivo, sabe?

Mulher, 48 anos (Petúnia): (...) é só o negócio do preventivo mesmo, porque isso aí, é só pra quem é novo mesmo, ... aahh, sei lá... eles esquece uns negocio, (risos), esse negócio num é comigo não, eu sô daquele da moda antiga ainda. Nossa! pelo amor de Deus (...) se eu sentisse alguma coisa dentro que eu percebesse, que eu tava sentindo alguma coisa, aí eu riscava. Mas acontece que por enquanto não, ultima coisa que eu tenho é esse problema, é dor nas perna, inchado, assim em mim dói, igual tem muié que tem, né? Que sabe que tá tendo algum problema por dentro, isso aí eu não

tenho por enquanto não, graças a Deus. Se fosse último caso assim que eu sabê que eu tô sentindo, assim que eu ver que ele igual tem uns por aí... **que ver e percebe**, aí eu vô... aí eu corro e eu vô, e faço.

Mulher, 45 anos (Cravo): Eu acho que o exame é bom para a gente ficar por dentro do que está acontecendo com a gente, eu, pra te falar a verdade, tem que marcar esse exame pra mim, me falta a coragem de ir lá marcar. Sei que preciso fazer, tem muito tempo que eu não faço o exame... isso foi ótimo para nós, para ficar por dentro, para saber como está. Me falta coragem mesmo.

Mulher, 50 anos (Amarilis): Eu sei que é do negoço do útero tem que fazer para vê, que é muito perigoso, dá aquelas doença ruim... eu falei que não vou fazer porque tenho vergonha, eu nunca fiz não. É bom fazer, importante... às vezes dá alguma coisa, trata e tem mais chance de vida. Mas só que eu tenho vergonha, eu sei que precisa... mais se deixar para última hora é mais perigoso, né? Mas cadê a coragem? (...) aí é fazer o exame para vê se não tá sentindo nada (...) a Clarisse falou pra mim que, às vezes, não tá sentindo nada e pode aparecer. Eu não tô sentindo, quando eu vejo que tô sentindo, eu dou um jeito. (...) é importante fazer, se não tratar e tiver alguma doença tem que tirá útero e aí fica esquisito.

Mulher, 36 anos (Miosótis): Acho ele injuadim. Sinceramente me incomoda um pouquinho, acho ele bem enjoado de fazer, na hora que vai colher eu não gosto, sinceramente. Mas é rápido, não gosto não, mas tem que fazer pra ver se não tem alguma inflamação no útero... proteger, né? Muito importante, eu acho mermo que é ruim de fazer, mas eu fiz o ano passado, fiz em março.

Mulher, 26 anos (Violeta): É difícil **abrir o corpo no exame**, mostrar tudo (...) tenho vergonha, não gosto.

Observando as falas e percepções das entrevistadas, foi possível apreender um pouco da realidade delas em relação ao exame Papanicolaou: a subjetividade da doença, para estas mulheres está pautada nos sintomas, sinais ou representações que tem da doença e quando não há sinais que demonstrem alguma alteração em seu funcionamento normal do corpo, não há por que buscar por tratamento, pois não há doença.

Além disso, apesar de as mulheres terem informação sobre o exame, esta não é a forma que elas escolheram para prevenção do câncer de colo de útero. Por conhecerem seus próprios corpos, elas preferem buscar por esta prevenção através de outras formas de curar (chás, por exemplo), onde não há constrangimento, medo, dor ou vergonha. Pelo contrário, há confirmação e certeza do prognóstico através das “histórias de vidas” de seus antepassados.

5.6.2 Saúde

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde¹, de 1986, conquistou-se uma conceituação mais abrangente e democrática de saúde, vista como “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho,

transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (MS, 1986). Entretanto, nas mulheres entrevistadas em XB, ainda há a concepção do conceito de saúde como ausência de doenças.

Mulher, 55 anos (Copo de Leite): Saúde é não sentir nada, fazer os exames no período certo, de ano em ano.

Mulher, 58 anos (Palma): Porque eu falei assim: minha menstruação acabou mermo, pra que fazer mais exame? Precisa fazer não. O meu útero é sadio, toda vida eu tenho o útero sadio, só não foi saudio meu ‘estambo’ (...) útero sadio é eu não ter nada, não tem corrimento nenhum, tem uma vagina sequinha, acho que por isso, eu tem uma tristeza disso (...) eu acho que a vagina da mulher devia ser moiada, eu não tem isso não, porque o fundo da minha calcinha fica limpinho, eu já vi tantas meninas nova com problema de útero.

Mulher, 35 anos (Rosa): O exame é importante, com certeza, uma vez na relação, meu esposo passou o pênis na lateral e me machucou. Na hora eu não senti, depois de dias comecei a sentir dor, (...) tava doendo no útero demais, como uma cólica forte, aí eu ia para São Paulo passar as férias lá, eu vou lá, que lá e mais fácil consultar. Nunca tinha consultado aqui não. Chegou lá eu fui no posto de saúde perto da casa da minha irmã, aí eu fiz preventivo, o médico falou que tinha que queimar e fazer preventivo direto. Eu que não quero perder meu útero, minha cunhada já perdeu, eu não quero perder, (...) dói, um caroço dói. Não guentava nem andar de dor. Era um caroço, ia virar câncer, um tumor poucos dias, já não dava mais, tem uns quinze anos já. Se na relação sentir dor, tem que fazer preventivo.

Outra questão a ser analisada seria a representação do “ser saudável” e “estar doente” tanto para o médico quanto para o doente, pois diante da distância médico-paciente (principalmente no discurso), percebe-se que são representações diferentes. Entretanto, segundo Boltanski (1989), o médico mistura aos termos técnicos representações ilustrativas da doença cuja função seja fazer com que o doente aceite a técnica de tratamento que o médico quer impor a ele. Em XB percebe-se uma resistência a este saber biomédico, quando as mulheres entrevistadas decidem quando estão saudáveis ou doentes.

5.6.3 Doença

O adoecimento é diferente da palavra doença, como sugere Czeresnia (2003), pois o conceito doença trata-se da sua construção mental e o adoecimento seria a experiência da vida, um adoecer concreto. Corresponde a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Contudo, é pela palavra que a pessoa doente expressa seu mal-estar para o médico, que

tenta dar significado e classificar as queixas do paciente. É justamente neste momento que ocorrem maiores entraves nesta relação paciente-médico, pois o biomédico, com sua objetividade de conceitos, no esforço racional de discriminar sintomas e classificar patologias, esbarra na subjetividade da experiência da doença.

Boltanski (1989) discute ainda sobre a dificuldade deste sujeito social em desenvolver um discurso sobre a doença, pois desde a escola primária inicia-se o aprendizado do respeito pela ciência e pelo detentor deste saber - o médico. Resta aos demais a submissão a este saber, delegando inclusive até o direito de falar do próprio corpo e dos males que o atingem.

Mulher, 58 anos (Lírio): Não gosto de ir no posto direto não, só vô mesmo quando aperta.(...) é pra não prejudicar os outro, né? Tem gente que vai mesmo sem precisão. Primero, tem que dexá o corpo reagir sozinho, se defendê da doença e depois, se não der certo, vô no médico.

Mulher, 49 anos (Acácia): Minha pressão, ela é alta, eu sou assim, se eu pisar em falso, eu já fico nervosa, e minha pressão já sobe.

Mulher, 55 anos (Copo de Leite): Tenho pressão alta, probrema na tiroide e de colestorol, mas, às vezes, o armário que toma os remédios. (...) mesmo o médico insistindo. (risos)

Mulher, 58 anos (Palma): Minha mãe morreu de parada cardíaca, nossa famia, a famia da minha mãe não adocece de ficar na cama não, morre de repente. Por isso que eu posso tá viva agora, daqui três minutos, posso tá morta, de repente.

Mulher, 42 anos (Tulipa): E quando eu passo raiva, uma pessoa me xinga e fica assim, me dói a alma. Eu falo com o médico, eu entro no consultório chorando, eu falo com ele: tá doendo minha cabeça, meus nervos, minha alma. Só ele me entende, tá doendo minha alma e choro sem parar, aí ele já sabe que o remédio tá fraco, tem que trocar tudo e eu só choro.

O discurso médico-científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer, pois a saúde não é objeto que se possa delimitar, não se traduz em conceito científico apenas. Czeresnia (2003) amplia este conceito quando observa a relação entre a saúde e as condições de vida das pessoas; quando fortalece a ideia de autonomia dos sujeitos e grupos sociais e, principalmente, quando há uma configuração dos conhecimentos e das práticas destas sociedades que ajudam a construir as representações simbólicas e culturais no processo “vivido” de saúde/doença/cura da população. Não se trata de propor conceitos e modelos científicos mais inclusivos e complexos, mas de construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com qualquer conhecimento científico.

Em XB, há uma percepção própria deste processo saúde/doença/cura, onde se observa que algumas doenças não são reconhecidas como tal e as pessoas enfatizam apenas o adoecimento. Algumas pessoas reconhecem a doença, mas escolhem outro tipo de tratamento ou nenhum tratamento. Elas reconhecem o próprio corpo e percebem quando inicia o processo do adoecimento, qual o melhor período para buscar tratamento e elegem o tratamento que melhor corresponde ao seu modo de vida, à sua interpretação do processo saúde/ doença e cura.

5.6.4 Corpo feminino e seus estados liminares na vida da mulher

“Mulher é bicho esquisito
Todo mês sangra”.
(Rita Lee)

No capítulo três realizamos um embasamento teórico sobre o corpo feminino e a questão do gênero, entretanto neste momento realizaremos uma imbricação com os dados da pesquisa de campo. Interessa-nos a percepção destas mulheres com relação ao corpo feminino e seus estados liminares.

5.6.4.1 Ser mulher

Entende-se por gênero a construção social dos sujeitos como feminino ou masculinos sendo, portanto histórica. Interessa-nos neste momento, entretanto, a percepção das entrevistadas em relação ao fato de “ser mulher”.

Mulher, 57 anos (Girassol): **Mulher sofre demais**, tudo de ruim é para mulher. Sofre mais que o homem, mas Deus fez, tá bom.

Mulher, 33 anos (Gérbera): Mulher sofre mais tudo, o homem não sofre igual a mulher. (...) **a gente tem que resolver tudo, é cansativo demais**, o homem só trabalha e põe a comida dentro de casa e pronto. (...) **a mulher procura mais médico, remédio, chá** do que o homem. Meu esposo mesmo, ele não gosta de médico, busca na farmácia, remédio.

Mulher, 58 anos (Palma): Gosto de ser muié, mas eu sou mulher e **eu sou igual home dentro de casa**. Nunca tive home na minha casa pra me mandar, não sei como é vida de home, não. Nunca vivi com home não. Gosto de ser muié, cuidar da minha casa agora, antes que eu adoeci, eu plantava meu quintal todinho de mandioca, viu? Capinava, plantava, cuia mandioca, fazia farinha, nos fazia dois, três saco de farinhado no meu quintal..

Mulher, 42 anos (Tulipa): Eu gosto de ser mulher, sou feliz, até porque **Deus me deu meus filhos**, que eu amo muito, eu sou feliz,... meus filhos... meus netos.

Mulher, 58 anos (Palma): Porque eu não acreditava nessas coisas (Papanicolaou) não, eu era **mulher de vida livre**, andava direto de uma cidade na outra. Dexava minha família aqui, saía e chegava com dinheiro. Pra minha mãe eu falava que tava trabalhando, eu não falava que tava prostituindo, não. Minha menina tinha raiva disso, falava: **oh mãe, a senhora tem que arrumar um marido pra senhora e sair dessa vida**. Engraçado, eu quis essa vida pra mim, mas para minha filha e meus netos eu não quero. Eu sei levar a vida e eles não sabem, eles morrem logo se mexerem com isso, a gente não pode maltratar os freguês, se tiver de carona com caminhoneiro e ele conversa fiado, não pode responder... tem que atolar aquilo, não pode responder, se responder eles mata e joga no mato.

Em XB, observa-se que algumas mulheres entrevistadas relacionam o fato de ser mulher com algumas ideias naturalistas, onde a maternidade e o matrimônio são indicados como fatores essenciais para constituição da feminilidade e identidade da mulher. Além disso, há uma visão também sobre o lado negativo do ser mulher, demonstrado pelo excesso de sofrimento e sobrecarga na vida feminina.

5.6.4.2 Menstruação

Vieira (2002) refere-se à importância da menstruação e a classifica como representante da função reprodutora da mulher, ou seja, seria um sinal claro de sua potencialidade para a procriação. Acrescenta ainda que a vida da mulher começa com a menarca (primeira menstruação) e termina com a última menstruação (menopausa).

Mulher, 55 anos (Copo de Leite): Retirei o útero também. (...) o corpo, ficou igual, não mudou o corpo, não. Pra falar a verdade, achei bom, pois daí **não tive mais que menstruar**. (...) Antes menstruação era toda falha, irregular, tinha mês que vinha e depois ficava um tempo sem aparecer, até seis meses já ficou. Nessa cirurgia fiz também, perineo e ligadura.

Mulher, 58 anos (Lírio): Chegô a menopausa tinha 46 anos, isso já tem uns 13 anos. (...) não foi fácil, não. **Não é bom, a gente fica seca por dentro**. Cabô o ânimo, **só é mulher quando menstrua**, depois a gente fica inútil. (...) tem que cuidar também, quem não cuida tem que tirar o útero todo. (...) eu cuido, não faço o exame preventivo, mas uso remédio do mato, eu cuido com chá.

Algumas mulheres entrevistadas em Xonim de Baixo referem-se à menstruação de forma negativa, demonstrando o incômodo ao sangrar todo mês. Entretanto outras mulheres reportaram o lado positivo, enfatizando a imbricação da questão do gênero com a menstruação, ou seja, a menstruação seria uma afirmação do “ser mulher”.

5.6.4.3 Gestação / Fecundação

Vieira (2002) reflete sobre a mediação entre a biologia e a organização social e cultural, afirmando que a situação reprodutiva das mulheres nunca é somente o resultado da biologia, mas sim uma imbricação desta com a cultura e organização da sociedade.

Mulher, 49 anos (Acácia): ... agora que eu num tem coragem, se fosse pra eu ganhar um menino eu não tinha coragem de ficar com a partera, porque **agora tudo mudou, né?** Porque antigamente tinha partera boa, cê é nova, você, não entende (...) Mas você já viu alguma mais antigo falar, né? Agora se fossa alguma coisa, eu preferia o doutor. Agora eu já fico com medo, antigamente eu não tinha medo não, nossa casa não tinha televisão, a gente ficava só pra mato trabalhando (...) é com o Doutor, se fosse comigo é **igual essas muié aí da tevê.**

Mulher, 58 anos (Palma): **Eles falava que eu não engravidei porque eu ficava com um e outro, né?** Isso não, eu já vi, muita muié ficar com um e outro e engravidá. Pode ser também essa minha neta que eu te falei, que tá com dezoito anos e nunca engravidou e a minha fia com a idade dela, ganhou ela. A Erlane, minha fia, ganhou Edna com dezoito anos. Eu falei: pode desistir. Ela, em depressão, quebra as coisas dentro de casa. Eu fico com dó dela, que as amigas dela tá chamando ela de mula. Porque mula é que não cria. Cê acha que passou da idade dela criar? Passou não, né? Desde de dezesseis anos que ela é amigada, elas chama ela de mula porque ela não cria (...) eu falei com ela que ela tem que entrar em tratamento, porque **minha famia não é criador mermo** e ela fica com depressão assim, fica nervosa.

Mulher, 57 anos (Girassol): Uma dona perto de casa tinha três menino e me ensinô, falava assim que com o comprimido é assim quando não pode comprá, pará de tomá é pior, ela falô assim: eu não tomo remédio porque eu não posso. Não se dô com comprimido, quando for na hora que tá transando, quando vai gozar, ranca fora, não deixa, **ranca fora e não deixa cai na cama, se cai na cama aqueles verme acompanha e vai andando e vai direto na vagina da gente, aí engravida do mesmo jeito.** Não pode deixá cai na cama. (...) eu tava ganhando um minino atrás do outro. Aí a gente pelejava para evitá... não tem jeito, não. Depois a mulher visitou eu e falou que não pode deixar cai na cama não, sua boba, se cai na cama, aquele verme vai e entra dentro da gente e ele te engravida, ela me ensinô, assim e eu fui fazendo assim de vera, aí deu certo.

Mulher, 58 anos (Palma): Sô mãe sortera, eu era mulher de vida livre, nunca tive marido, não. Eu fazia vida pra cuidar da minha famia. Vida livre, assim, cê não entende, não? A gente fala vida livre pra não falar prostituição. **Mas eu prostituía pra cuidar da minha famia, depois que a minha fia morreu cabou tudo, eu deixei.** Falei assim: pra quê que eu quero esse dinheiro, dinheiro que ganha fácil vai embora fácil, não serviu pra cuidar da minha fia, meu mior tesouro, que Deus me deu. Deus levou. Pra que que eu quero essa vida? Vou ficar queta na minha casa, aí fui lavar roupa pro outros, a conferência da igreja católica, quando minha fia morreu, eles que cuidou de mim, pagou minha luz.

Em XB observa-se uma influência social e cultural nas formas de fecundação, gestação, parto e até nos hábitos de cuidado desta família. Entretanto, diante da realidade encontrada, deve-se refletir um pouco mais sobre a questão de gênero.

5.7 A MULHER EM XONIM DE BAIXO: MULHER PÓS MODERNA?

Após tantas falas e experiências de vida, neste subcapítulo não mais retornarei à discussão de gênero e corpo, visto que esta ação já ocorreu no capítulo 4. Entretanto, torna-se importante um aprofundamento na teoria pós-moderna sobre gênero²², não apenas na intenção de uma desconstrução literária, mas uma transformação limiar. Usarei para tal fim, a autora Donna Haraway (2000), preferencialmente, em seu livro “Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano”.

Tem-se tornado difícil nomear o feminismo por um único adjetivo, pois a consciência da exclusão no ato da nomeação é aguda. Discutem-se ainda os conceitos já tão consolidados como gênero, raça e classe, de serem socialmente construídos, pois foi imposta pela terrível experiência histórica das realidades sociais contraditórias do capitalismo, do colonialismo e do patriarcado. Atualmente questionam-se as identidades de união destas mulheres que motivem o envolvimento nesta comunidade, e, a partir destas fragmentações entre as feministas, buscam-se respostas para uma nova unidade essencial, por meio da *coalizão*, da afinidade em vez da *identidade*. Esta visão pós-modernista de consciência de oposição é plenamente política e se embasa na outridade, na diferença e na especificidade.

Há uma argumentação que as mulheres não querem mais nenhuma matriz identitária natural, onde a construção seja uma totalidade. Nestes termos, cai por terra a inocência, a ilusão e a abstração, pois esta mulher não aceita mais ser meramente um desejo do outro, quer pela apropriação sexual ou de trabalho. Atualmente, a situação real das mulheres é definida por sua integração/exploração em um sistema mundial de produção/reprodução e comunicação. A casa, o local de trabalho, o mercado, a arena pública, o próprio corpo, todos esses locais podem ser dispersados e entrar em relações de interface sob formas quase infinitas e polimórficas, com grandes consequências para as mulheres e outros grupos, consequências essas, próprias e às vezes muito diferente

²² Nesta teoria não há papéis específicos de homem e mulher, e o gênero apresenta maior flexibilidade de possibilidades.

para as diferentes pessoas. Embora vividas de forma problemática e desigual, as formas ideais das famílias podem ser esquematizadas, segundo Haraway (2000), como:

1- a família nuclear patriarcal, estruturada pela dicotomia entre o público e o privado e acompanhada pela ideologia burguesa branca de separação entre esferas;

2- família moderna mediada (ou imposta) pelo estado de bem-estar e por instituições como o salário-família, com um florescimento de ideologias heterossexuais a-feministas;

3- a família da economia do trabalho caseiro, caracterizada pela paradoxal intensificação e erosão do próprio gênero.

Nesta última classificação, podemos ampliar a análise ao identificar, na indústria moderna, uma integração em uma nova escala com a casa e o mercado, onde nesta fábrica os lugares das mulheres são cruciais e definidos como “economia de trabalho caseiro” (RICHARD GORDON, 1983), caracterizado por subemprego estrutural. Entretanto, na prática observa-se uma feminização da pobreza, onde as mulheres assumem o sustento da vida cotidiana tanto para si própria quanto para os homens, crianças e pessoas mais velhas, crescendo as estatísticas de lares chefiados por mulheres, caracterizando uma decadência do estado de bem-estar, onde nesta economia de trabalho caseiro, nem os salários destas mulheres são igualitários aos dos homens.

Outro ponto analisado pela autora Donna Haraway (2000) é em relação às novas tecnologias que afetam as relações sociais tanto da sexualidade quanto da reprodução, reestruturando uma nova forma de visão sobre o corpo que o concebe como uma espécie de máquina de maximização da satisfação e da utilidade privada. Uma das mais importantes transformações da situação reprodutiva das mulheres dá-se no campo biomédico, no qual as fronteiras de seus corpos se tornam permeáveis, de uma nova forma, à visualização e à intervenção das novas tecnologias. Obviamente, saber quem controla a interpretação das fronteiras corporais na hermenêutica médica é uma questão feminista importantíssima, pois nossos corpos são nossos “eus”, são mapas de poder e identidade.

Helman (2003) também discute sobre fronteiras e corpos sob outro ponto de vista, onde as fronteiras do senso individual do “eu” não são necessariamente as mesmas de seu corpo, e o senso de identidade vai além dos limites físicos da pele. As peles simbólicas que ajudam a definir o senso de *self* das pessoas podem incluir suas roupas, as paredes de seus quartos, seus carros, os limites externos de seus distritos, seu pertencimento a um grupo étnico ou classe social ou até mesmo as fronteiras de seu

Estado-nação. Contudo, estas fronteiras da imagem corporal de um indivíduo não são estáticas, visto que podem ser alteradas com o estado emocional, a doença, cirurgia (amputações, mastectomias, transplantes), em estados fisiológicos como a gravidez, obesidade e também variam com a idade. Muitos pares se identificam através de suas peles simbólicas, caracterizando sua cultura ou grupo social. Este conceito de peles simbólicas ainda significa que a existência do corpo é sempre moldada e alterada por noções culturais de espaço e tempo. Segundo Tuan (1983); Xavier (2004, 2009), o corpo é ainda seu espaço – espacialmente construído - e seu território, onde as roupas, o quarto, a casa, seus pertences são extensões de seu corpo.

Entretanto, com o avanço no tratamento médico e na tecnologia de diagnósticos, surgiram diversos corpos novos (ou novos modos de conceituar o corpo humano). Poderia se repensar o sucesso de corpos transplantados, peças artificiais de corpo, feitas de metal, plástico ou borracha, além de fusões mais concretas deste corpo humano com as máquinas (numa alusão à teoria de reposição de peças do ciborgue de Donna Haraway, 2000). Este corpo médico é reduzido à análise microscópica, onde poderemos inclusive, realizar avançados tratamentos de tecnologias de fertilização “*in vitro*” ou barrigas de aluguel.

Com o avanço de tantas tecnologias e visão socioculturais mais fluidos observa-se, portanto, que a visão historicamente construída partindo da dicotomia entre os domínios públicos e privados torna-se de difícil sustentação, visto dever considerar-se que essas posições foram reestruturadas, em parte, por meio das relações sociais da ciência e da tecnologia. É preferível uma imagem de rede ideológica, que sugere uma profusão de espaços e identidades e a permeabilidade das fronteiras no corpo pessoal e no corpo político e conseqüentemente, ao interpretar estas redes de poder e de vida social, poderemos construir novas alianças e novas coalizões.

Na verdade, nós não escolhemos originalmente ser “ciborgues”²³, como diria Donna Haraway, mas esta realidade nos impacta a cada dia, em diferentes proporções, quer estejamos no ocidente ou oriente; na sociedade de esquerda ou de direita; sendo

²³ “Ciborgue” é uma expressão utilizada por Donna Haraway em seu livro: Antropologia do ciborgue, as vertigens do pós-humano, que é representativo de um ser híbrido – teórico e fabricado, de máquina e organismo; da ontologia, determinando a política.

É também um esforço de contribuição para a teoria e para a cultura socialista-feminina, de uma forma pós-modernista, não naturalista, na tradição utópica de se imaginar um mundo sem gênero, ou seja, é uma criatura de um mundo pós-gênero. O mito do ciborgue significa ainda fronteiras transgredidas, potentes fusões e perigosas possibilidades.

feminista ou não. Esta transformação na realidade feminina existe e é altamente propagada pelos meios de informação através da comunicação, oral, escrita, visual. Uma mulher, em Xonim de Baixo, mesmo morando em uma zona rural de um distrito de Governador Valadares, está sendo influenciada de alguma forma pela pós-modernidade, que invade seu distrito, sua casa, seu corpo, sua vida. Como consequência, teremos mulheres mais ou menos revolucionadas por esse movimento, mulheres que terão pleno domínio de suas vidas, seus corpos e escolherão como viver em sociedade, em suas casas, com seus corpos. Pode-se observar esse processo de transformação na vida de tais mulheres quando elas escolhem sua opção sexual (mesmo que ainda não consigam demonstrar em público²⁴), quando escolhem a maneira de cuidar de seu corpo, inclusive no processo saúde/doença, quando decidem a forma de expressar e viver sua territorialidade.

Analisaremos a seguir os fatores que contribuíram ou dificultaram o acesso ao exame Papanicolaou.

5.8 FATORES QUE CONTRIBUEM OU DIFICULTAM O ACESSO AO EXAME PAPANICOLAOU

Neste subcapítulo, empreenderemos um estudo comparativo entre a literatura e a percepção das mulheres quanto aos fatores que contribuem ou dificultam a adesão ao exame Papanicolaou. Os principais fatores que contribuem para a adesão ao exame são a disponibilidade do exame na rede pública de saúde, tanto no horário matutino, quanto vespertino, além de ser responsável pela detecção precoce de câncer de colo de útero. Entretanto, este exame consta de uma análise física da região genital da mulher, principalmente do colo do útero, e, por necessitar desta avaliação física minuciosa, algumas mulheres referem constrangimento, insegurança, medo, dor, vergonha, que muitas vezes a impedem de realizar o exame.

Além da vergonha, outros fatores foram citados como obstáculos na realização do exame, como a dificuldade de acesso e a fofoca, sem esquecer, é claro, da preferência em utilizar os chás como meio de prevenção para as doenças do útero, ao

²⁴ Em XB, foi entrevistada uma senhora branca de 50 anos de idade, que na sua vida privada, consegue vivenciar uma nova forma de estrutura familiar, contendo duas mães, que vivem maritalmente e seus respectivos filhos. Ainda não se assume como homossexual, apesar de a vizinhança confirmar tal fato, mas, dentro de casa, convive de forma natural com sua escolha.

invés de realizar o exame Papanicolaou (como foi visto no subcapítulo anterior). Vamos aprofundar um pouco nestes fatores.

5.8.1 Dificuldade de acesso ao médico

Minhas interlocutoras relataram que uma das maiores dificuldades para a realização do exame em XB é a dificuldade de acesso, pois são apenas 10 fichas para consultar com médico (na terça e quinta-feira) e 10 fichas para realizar o exame Papanicolaou com a enfermeira (duas vezes por mês). Uma dificuldade apresentada foi a incerteza de atendimentos médicos, que pôde ser confirmada durante a pesquisa de campo, onde o ESF de XB ficou sem médico e sem enfermeira. Diante desta realidade, algumas mulheres preferem realizar o exame em GV, pois o mesmo é realizado por médico, facilitando a vida delas, que na mesma consulta pode investigar sobre outras patologias, além de realizar o exame Papanicolaou.

Mulher, 55 anos (Copo de Leite): Já sei qual remédios que é bom e vô lá na farmácia ou pego no posto, (...) num dá pra esperar vê o médico (...) é muito difícil.

Mulher, 45 anos (Cravo): Médico é difícil, (...) arrumar uma consulta. Eu já conversei com as meninas lá no posto para arrumar uma vaga, é difícil conseguir. É difícil mesmo indo cinco, seis horas da manhã, costuma não encontrar ficha. As meninas falô que esta faltando médico. Agora não sei se chegô médico. (...) para eu pegar ele (filho) e levar lá em Valadares, eu tenho que ter, no mínimo, na minha bolsa vinte reais. Eu e ele, no caso de emergência, nos estão mais ferrado ainda.

Mulher, 26 anos (Violeta): é a minha colega, tá aí com exame, já pegô o exame e não consegue marcá para ver o resultado do exame. Custou para conseguir, mas conseguiu. Agora tá custando é para mostrar.

Mulher, 50 anos (Amarílis): (...) quando tem médico aqui, tem que atender o outro Xonim tamém... deveria ter só pra qui o atendimento. Ia ser bem melhor.

Mulher, 53 (Gardênia): Depois cê vai lá no posto e oia bem pra cara das pessoa. Cê vai vê, ... é tudo os mermo, todo dia. Aí num sobra ficha pra nós. Nem diana, tem que chegá 3h da manhã, mais tarde nem diana... Cristiane, só passa quem ela qué. Só põe, quem ela conhece, ... gosta. (...) Ah! A Clarice, não. Quando tá com febrão danado, passando mal, ela põe pro médico oia. As outra, manda tudo pro Regional.

Mulher, 33 anos (Gérbera): é muito difícil eu ir, eu vou mais na UBS (Unidade Básica de Saúde), gosto de marcar lá, porque lá é mais rápido. Aqui mermo, só se não tiver outro jeito mermo (...) um dinheiro pra levar na rua... mais muito difícil eu mexer neste posto aqui, porque aqui é uma amolação danada, tem que levantar duas horas da manhã para pegar um ficha.

Mulher, 30 anos (Flor de Lis): As mulheres, principalmente dona de casa, vive no posto. Em casa não tem o que fazer, não trabalha. As que trabalham mesmo é raro aparecer no posto, as que não trabalha, tá todo dia, sempre as

mesmas, um dia leva um menino, no outro leva o outro, outro dia é ela no outro dia marca pra outro e assim vai e entra mês e sai mês, é sempre as mesmas pessoas.

Há uma dificuldade na quantidade de exames ofertados à população se contrapondo com a demanda excessiva de pacientes, levando a uma insatisfação e tentativa de resolubilidade falha, visto que não adianta chegar de madrugada ao posto para tentar marcar consulta, pois o atendimento, segundo informações das entrevistadas, não se mostra igualitário. Outra fala das entrevistadas é de não haver rotatividade nos pacientes, onde alguns são consultados muitas vezes e outros negligenciados na sua tentativa de busca por saúde. Estes últimos, ou partem em busca de exame biomédico em GV, ou escolhem outra forma para tornarem-se saudável.

Há ainda uma dificuldade quanto à confiabilidade no saber biomédico gerando uma limitação na pessoalidade nesta relação. Isto ocorre muitas vezes, pelo fato das classes populares não apresentarem segundo Boltanski (1989), o equipamento linguístico, o vocabulário da introspecção e a linguagem das emoções que lhes seria necessária para abrir-se ao médico sobre seus problemas e preocupações mais íntimos. Ainda segundo o autor, outro fator dificultador nesta relação seria a raridade dos contatos com o médico ou a curta duração das consultas.

Esta dificuldade em estreitar os laços nesta relação, torna-se um distanciador deste saber médico e conseqüentemente dos exames. Em XB, a busca por outros saberes se faz muitas vezes pelo uso dos chás ou no universo mágico religioso, como já foi analisado anteriormente.

Outro fator que prejudica a busca pelo exame Papanicolaou, como forma de prevenção do câncer de colo de útero, é a vergonha. Vergonha de si mesmo, do seu corpo, do outro, do olhar do outro.

5.8.2 Vergonha

Em Xonim de Baixo, muitas mulheres não realizavam os exames por: vergonha de exposição do corpo pelo constrangimento de expor sua nudez e por padrões sociais de beleza impostos por interesses econômicos; vergonha pela diferença de gênero (paciente e médico); medo da fofoca, de ter sua vida e seu corpo exposto na sociedade, gerando uma vergonha social.

Uma situação em particular me chamou a atenção, visto que muitas pessoas preferiam realizar o exame em GV ao invés de realizar o exame em XB, pois existia

uma vergonha do cotidiano, no constrangimento social onde há laços afetivos, profissionais, de amizades, parentescos, ou apenas de conhecidos do distrito. Mesmo sendo mais difícil realizar o exame em GV, devido ao gasto financeiro e de tempo, muitas mulheres escolhiam GV a XB.

Mulher, 45 anos (Cravo): Não é medo, acho que é vergonha, sei lá, eu sei que é preciso fazer, né? Igual a Clarisse falou que ia marcar pra mim. Eu falei pra ela que eu estou na fase da menopausa e eu precisava conversa com o médico. Ela falou assim: eh! minha filha, médico aqui, só daqui uns dois meses e olhe lá, eu tou sentindo dor no corpo, eu tô achando que é a fase da menopausa... que é osso,... Ela ficou de marcar.

Mulher, 35 anos (Rosa): (...) eh, uma vez, eles falou que o médico que ia fazer, aí o pessoal recusou, porque eles queria mulher. Já estava acostumada com Assunção, não queria homem não. Ainda mais aqui que vai ver sempre, lá em Valadares é uma vez na vida, aqui não.

Mulher, 36 anos (Miosótis): Fico constrangida, colega de trabalho a Késia, sei lá, fica sem graça, ela deixa a gente a vontade, mas fico sem graça. Prefiro Valadares, vê o médico só uma vez.

Mulher, 58 anos (Lírio): Porque tem que fazer, sei lá, eu ficava com vergonha, com medo de doer. Na menopausa, a gente fica seca por dentro (...) e da última vez, doeu foi muito, chego saí sangue. (...) a enfermeira era muito grossa.

Mulher, 25 anos (Iris): Não faço não, piorô, aí que eu tem mais vergonha ainda, porque a Ângela eu vejo todo dia, praticamente todos os dias, aí eu fico mais vergonha ainda.

Mulher, 35 anos (Rosa): Antes não trabalhava, eu não conhecia ninguém, nem vinha no posto. Na época não tinha fé, não fazia visita. Depois que eu ganhei meu menino, eu vim trabalhar no posto, aí que eu comecei a fazer (exame Papanicolaou), todo dia via fazendo, aí eu marquei em Valadares. Só que a Késia não deixou eu ir, por isso que eu fiz aqui. Ela falou que um dia sem trabalhar, ficava sem receber. Ela falou: larga de ser boba, menina, faz aqui. Aí eu tinha marcado depilação, aí eu peguei e fiz. (...) é igual eu passei pra uma e conseguir uma fazer, hoje eu conversei com outra pessoa e conseguir marcar, falei com ela que é muito bom. Para você passar, primeiro tem que sentir.

Observa-se ainda uma vergonha na relação médico-paciente, onde este último apresenta uma dificuldade em expor seus sinais e sintomas da patologia. Há uma barreira linguística que separa o médico do doente. Boltanski (1989) acrescenta que, na verdade, trata-se de uma relação de classe, onde o médico é percebido pelos membros das classes populares como o representante de um universo estranho.

Uma situação peculiar encontrada foi que algumas mulheres entrevistadas resolveram realizar o exame após a minha apresentação pela agente de saúde, pois quando voltei para a entrevista elas já haviam realizado o exame Papanicolaou. Outra

situação peculiar também foi a mudança de conduta de uma agente após realizar o seu exame em XB, pois a mesma, começou a enfatizar os benefícios da realização do exame no distrito, o que também acarretou uma mudança na conduta de algumas mulheres que realizavam o exame apenas em GV e optaram por realizar o exame em XB. O objetivo final da agente está sendo cumprido, que é tentar alcançar a meta de exames realizados em XB.

Por fim, analisaremos a fofoca que em XB é representada como um controlador social, que regula a vida em sociedade, podendo impedir ações, inclusive na saúde, como por exemplo, a busca pelo exame Papanicolaou.

5.8.3 Os olhos, os ouvidos e a língua: fofoca – uma categoria local

Aprofundei sobre este tema no capítulo 2, entretanto é necessária uma imbricação da categorização teórica com a prática do cotidiano encontrada na pesquisa de campo.

Nos trabalhos de Silva (2000), a autora demonstra as características de uma pequena cidade, e o distrito de Xonim de Baixo se apresenta como uma pequena cidade onde, embora também se desempenhem diferentes papéis, o anonimato é impossível, e a pessoalidade impera nos comportamentos dos indivíduos. Dessa forma, há um entrelace nas relações através da afetividade, parentesco e respeito, gerando uma confiança estabelecida em regras e códigos relacionados com a conveniência e a convivência.

Além do ambiente da casa que tem como referência a família, o ambiente fora de casa é altamente controlado, em primeiro lugar pela vizinhança, e só então o espaço fora da vizinhança ganha importância. A vivência nesta coletividade, buscando o reconhecimento social, significa, segundo Silva (2000), portanto, aderir ao seu sistema de valores e desempenhar comportamentos para cumprir o papel social que foi designado pelo grupo. Muito cedo, aprendemos a agir de acordo com o que o mundo espera de nós e, quando nos comportamos socialmente de modo apropriado, garantimos nossa sobrevivência. A conveniência é, assim, um gerenciamento simbólico da face pública de cada um de nós desde que nos achamos na rua. Ela engendra de forma simultânea a maneira com que se é percebida pelos outros e um meio de se obrigar à submissão pela regulação interna que se desenvolve no sujeito, ditando comportamentos adquiridos por herança, seja afetiva, política ou econômica.

Martins (1999) observa ainda que a relação social de vizinhança tem implicações peculiares, pois se trata de uma sociabilidade marcada pela ambiguidade pelo fato de as

peessoas viverem próximas quanto ao espaço físico, mas ao mesmo tempo distantes. Próximas o bastante para ter conhecimento dos aspectos da vida privada dos outros, mas distantes, pois, em princípio, não são familiares ou amigos íntimos, ou seja, pessoas que podem ter acesso à sua intimidade. Esta ambiguidade reflete a linha tênue entre estes moradores, pois há sempre a preocupação para que não ultrapasse a cerca imaginária que protege a intimidade, a privacidade. Quando isso ocorre, geralmente há situações conflituosas. Em XB, constantemente, foram reportadas tais situações de embaraço, onde esta intimidade foi mostrada em público. Um fato que deveria permanecer oculto, ou seja, dentro da vida privada, foi desmascarado e levado à vida pública.

Mulher, 33 anos (Gérbera): Eu não gosto de fazer aqui (exame Papanicolaou), eles aqui é muito futriqueiro. Ah! Não gosto não, sô mais fazer lá (GV),... eu não conheço ninguém... eu ... no meu caso eu fico mais à vontade, tranquila. (...) incomoda, né? É ruim andar com o nome dos outros, principalmente a gente que está trabalhando, não está nem lembrano deles, eles ficam fofocando da vida da gente, incomoda demais. (...) acho que é que toda cidade pequena é assim, num tem uma cidade pequena que não é assim, ... sempre tem um fofoqueiro. (...) É porque quem fala demais, dá bom-dia cavalo e o posto é o principal centro da fofoca.

O temor do olhar que, às vezes, não se torna palavra, que não se traduz em comentário face a face, mas sim às escondidas, torna-se um traço marcante da condição de vizinhança e também de pequenos vilarejos, ou distrito, como é o caso de XB, pois as pessoas não querem ser categorizadas ou olhadas, vistas como “mal falado” pelas pessoas que estão constantemente por perto. E, segundo Fonseca (2004), enquanto a reputação é útil ao homem, ela é crucial para a mulher, pois, além de determinar sua integração ou exclusão da rede comunitária de trocas, pesa no teor de seus conflitos conjugais. Raramente se diz que um homem é "dado". Em princípio ele é forte, não precisam insinuar-se nas boas graças dos outros. A preocupação com a boa reputação, assim como a fofoca, parece ser de domínio dos fracos, dos que não têm a força física do seu lado.

Mulher, 42 anos (Tulipa): é isso que eu penso, o comentário. Eu tenho medo, eu não faço preventivo aqui não. O povo daqui **conversa demais**, eu não confio não... Ah! eu não sei, mas eu não sou de confiar, não. O povo sai falando, cê sabe, né? Tem gente, eu já vi gente, muie aqui ni Xonin ajudar a outra ganhar nenê e socorrendo e sai falando como é o corpo dela. (...) Eu tenho medo dos comentários, até pra ganhar nenê, o povo comenta. Outro dia uma ganhou um aqui no posto, aí a Ângela tava atendendo, colocou na maca, deitada, que ia examinar, aí daí a pouco a menina fez força e já tinha ganhado dentro do posto. Foi o comentário: a menina ganhou menino no posto... a menina regalou um zoi desse tamanho... a menina fez isso... a

menina fez aquilo... falei: tá vendo? Por isso que eu não faço isso no posto, vê só: pra dá à luz uma criança é um comentário danado, e para fazer um preventivo? Vou não, comentou tanto, que eu não sei como ela sai na rua. Se fosse eu tava com a cara dentro da sacola. A gente é de uma época mais reservada, sei lá, a mocidade de hoje quase não tem vergonha.

Mulher, 36 anos (Miosótis): Assim... umas que já não fazem aqui, relata que antigamente fazia o preventivo e que a dona Alaíde saía falando que a pessoa tava suja, que a pessoa tava com algum tipo de doença...

Mulher, 35 anos (Rosa): Eles fala muito, fala de mim pra você, fala de você pra mim. Cidade pequeninha não tem muito o que fazer... Ah! veí uma moça aqui em casa, que veí com você uma vez, lembra? Fez um monte de pergunta e aí foi bom... eles fala... Eu falo: trabalho dela de faculdade. São curiosos só para saber.

(referência a esta pesquisadora e a pesquisa de campo realizada em Xonim de Baixo)

Além de a fofoca ser um **controlador social**, que impede até de realizar os procedimentos médicos, inclusive o exame Papanicolaou, evidenciou-se ainda o decoro, a vergonha, de um fato em que a informante nem era o ator principal na cena, fazia parte dos bastidores, mas se envergonhou com a malícia e exposição da intimidade, da privacidade, ou seja, da vida privada das pessoas. A exibição da intimidade, como sugere Martins (1999), deixa em evidência as mazelas do cotidiano privado, e isto é fator de grande incômodo tanto para quem está no centro da ocorrência quanto para quem é circunstante. Os moradores, de um modo geral, ainda segundo o autor, têm uma relação de compromisso com seu local de residência, pois se identificam com o local onde moram, tornando-se uma importante referência em sua apresentação para o mundo, portanto, torna-se essencial não ser interpretado negativamente num dos lugares onde se é conhecido, pois há o medo, a insegurança da exclusão moral e social.

5.9 TERRITÓRIO

“Vai diminuindo a cidade
Vai aumentando a simpatia
Quanto menor a casinha
Mais sincero o bom-dia”...
(Simplicidade – Pato Fu)

Neste subcapítulo pretendemos relacionar alguns conceitos da Geografia, operacionalizando-os como ferramenta para auxiliar a análise da saúde, principalmente para compreensão do processo saúde/doença das mulheres entrevistadas em Xonim de Baixo. Trabalharemos com estes conceitos, sem um aprofundamento teórico já realizado

no capítulo 2, mas dentro de um processo de um estar-no-mundo, onde o espaço que nos interessa é o socialmente construído; o lugar será entendido com o sentido que Heidegger (*apud* HOLZER, 2006; XAVIER, 2009) nos conota, de uma habitação, um lar; e, por fim, refletiremos sobre o território vivido, principalmente no cotidiano.

A análise da dimensão espacial do cotidiano ou do conteúdo geográfico do cotidiano (SANTOS, 1996) pode, sobretudo, concretizar as ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado dos usos do território, das ações e das formas geográficas que podem revelar contextos vulneráveis para a saúde (MONKEN, 2004).

Corrêa (1995) vem discutindo estes conceitos, utilizando, principalmente, as características simbólicas da espacialidade, englobando nesta análise também os trajetos percorridos pelo homem; trajetos estes, que apresentam uma lógica estabelecida no domínio de valores simbólicos, impregnados de significados específicos para tal pessoa. Sodré (1988, *apud* XAVIER, 2009) corrobora com esta reflexão sobre os conceitos geográficos do cotidiano, ao relatar que o território traça limites, especifica o lugar e cria características que irão dar corpo à ação do sujeito, sua territorialidade.

Repensando estes conceitos, observa-se que a compreensão das espacialidades/territorialidades deste grupo de mulheres pesquisado em Xonim de Baixo pode ser analisado através da configuração dos espaços internos da casa e sua simbologia (casa no sentido de lar, habitação – HEIDEGGER, 2001); nos espaços externos; nos itinerários simbólicos; na distância entre GV e XB; no ir e vir dos atores locais no suceder dos dias da semana, nas variações dos meses do ano, obedecendo a práticas já constituídas e institucionalizadas. Estas configurações do espaço simbólico apresentam as “trilhas de vida no tempo-espaço”, demonstradas por Harvey (2005). A verdadeira pretensão desta pesquisa (ênfatisando novamente), está em relacionar estes conceitos geográficos, na compreensão do processo saúde/doença das mulheres pesquisadas.

Começaremos então, com a descrição destas práticas cotidianas, onde os indivíduos são vistos como agentes movidos por um propósito engajado em projetos que absorvem tempo através do movimento no espaço. Harvey (2005) exemplifica que para tal finalidade devemos começar com rotinas cotidianas de movimentos (da casa para o trabalho, para a BR, para a escola, igreja e de volta a casa) e estender-se a movimentos migratórios que alcançam a duração de uma vida (juventude na roça, estudos em GV, casamento, trabalho em XB e aposentadoria de volta à roça). A ideia

consiste em estudar os princípios do comportamento do tempo-espaço tendo como embasamento as entrevistas realizadas na pesquisa de campo.

As mulheres de Xonim apreciam seu distrito como lugar de morada, pois apresentam uma afetividade com o local e reportam principalmente a vantagem de poder comprar uma casa própria em XB, diferentemente de outras localidades, como GV, onde o aluguel e valor da casa são muito mais caros que em XB.

Mulher, 45 anos (Cravo): Vim para Xonim para sair do aluguel, ... aqui é casa própria... comprei o lote e tô construindo, né?...devagarzinho eu chego lá... meu primo, pedreiro, tá me ajudando.

Mulher, 57 anos (Girassol): Xonim... gosto, é bom,... é ruim, porque aqui não tem serviço... para morar é bom, é sussegado. Antes deu aceitar Jesus não, depois que eu aceitei Jesus, nada me perturba.

Outro ponto positivo no distrito, reportado pelas entrevistadas, é a tranquilidade e o ritmo de vida mais calmo, lento. Esta tranquilidade aparente²⁵ possibilita uma aproximação maior com as demais pessoas do distrito, pois há um tempo maior para o bate-papo informal, ajuda mútua nas atividades e preocupação com o bem-estar do seu vizinho.

Pessoas de hábitos simples e bastante cordiais, seres humanos investidos de grandeza e fragilidade, ou, como diria Marques (2001), apenas gente sem idílio e sem romance. Ao entrar em suas casas e suas realidades, foi possível sentir o estranhamento e o encantamento. Como pessoas que eu nunca havia visto, se dispõem das máscaras e mostram-me suas realidades? Por certo que, às vezes, esta realidade foi-me apresentada por entrelinhas, nas interpretações de suas falas, seus gestos, seus hábitos de vida e de convivência com as demais pessoas. Através destes pequenos e fascinantes detalhes, foi possível observar o desenrolar de suas trilhas de vida e, só então, entender como elas embasaram seus conhecimentos no processo saúde/doença/cura, através deste caminhar no tempo e espaço.

²⁵ Existe ainda a tranquilidade em XB, apesar das observações de que antigamente o distrito era muito mais calmo e seguro, mostrando o poder da globalização, mesmo em um distrito, com características mais rurais. No período da pesquisa, houve o assassinato de um garoto de “boa família”, um “garoto do bem” que foi reportado por várias entrevistadas, mostrando medo e indignação pelo ocorrido. (Referiam-se a ele dessa forma, principalmente, pelo fato de o garoto não usar drogas, estudar, trabalhar e se interessar por uma boa convivência com as demais pessoas do distrito).

Mulher, 57 anos (Girassol): Minha casa é.. tem três cômodo e um banheiro, a minha cama tava toda quebrada, Jesus abençoou que o Nego (filho) comprou essa beliche e uma cama de casal. Aqui é muito quente, tem que tirar essas teia daqui, ... Eternit esquenta muito. (...) num tem televisão, não, a religião não permite, eu falei vende ou dá para os outros, joga fora, senão, eu não vou pra aí não, ele falou: não, mãe e vendeu. (...) tem um radinho, de vez em quando eu passo o CD, ele (filho) ouve música do mundo, ele é disviado, sabe que não pode...

Mulher, 58 anos (Palma): A água chega pra oito horas da manhã, mas eu não tem depósito pra armazenar ela. Pra quem tem caixa, põe água. Pra quem não tem igual eu, eu encho os baldes de cinco litros e na casa dos vizinho e passo o dia. E pra tomar banho, nós toma banho dentro da máquina de lavar roupa, uma máquina veia de lavar roupa, que cabou eu fiz uma caxinha dela, uma caxinha de cinquenta litros, mas eu vou comprar pra mim uma caixa, mas sabe quanto custa uma caixa? Duzentos e vinte, ali em cima.

Mulher, 58 anos (Lírio): Eu nasci ni Xonim de Cima, mas vim pra cá tava com treze anos, morava no aluguel, mas Deus me deu dois sobrinho que são como meus filho mesmo, ... um mora nos Estados Unido e outro mora aqui (...), ele, que é pedreiro, que ajuda consertá a casa, o outro manda dinheiro dos Estados Unidos. Eu fico só em casa, de casa para a igreja, igreja casa. De manhã fico envolvida com a água, minha irmã, cê sabe, ela tem problemas de cabeça, eu que tomo conta dela... façú comida tamém e depois ainda tem que rumar a casa. Nem dá para sair, só pra Deus mesmo.

Mulher, 45 anos (Jasmim): Vô todo dia pra barraca do coco, meu marido num gosta, fala assim, que num precisa, mas eu vô fazer o quê? Eu gosto de vê as pessoa... primero, eu cuida da casa, da minha hortinha... é bom, gosto de planta minhas hortinha, fazer meus chá, fico lá um tempão. Fiz até um lugar só pra minhas folhinhas, cê precisa vê como tá bonito.

Mulher, 46 anos (Azaleia): Moro aqui, é de aluguel, do fio da Fátima ... meu fio tem problema, nasceu assim, toma um monte de remédio. Levo ele na escola todo dia, eu e essa aí (neta, garota de 2 anos que mora com ela), todo dia, vamo na escola com ele e depois vamo na barraca da Fátima... Ah! Aí é bom, fico o dia todo lá, conversamo, vemo as pessoas, fica sabendo de tudo que acontece...

Observam-se fatos onde há a relação de cumplicidade, reciprocidade, entre os comunitários, entretanto esta relação torna-se ambígua, pois, ao mesmo tempo em que esta proximidade proporciona uma troca de afetos e favores, pode apresentar também uma “liberdade” maior do que a desejada, causando constrangimentos. Uma linha tênue que pode transpor para o outro lado, o da invasão de privacidade, intromissão do seu modo de viver e de agir.

A socialização e entretenimento foram analisados também em Xonim de Baixo. Para Silva (2000),

Na praça central de uma pequena cidade "onde tudo acontece" (na visão dos seus habitantes), estão localizadas as residências da elite local, onde formam "redes de prestígio" com integrantes de um determinado estrato social que não necessariamente possuem poder econômico, mas concentram as famílias

tradicionais. Esse mesmo local pode servir de espaços de socialização de jovens no domingo à noite, ou ainda a realização das festas religiosas congregando várias classes de renda, unidas pela crença religiosa. Assim, a apropriação do espaço é determinada pelas relações que se estabelecem entre seus membros, pelo manejo de símbolos e códigos comuns.

Em XB, diferentemente do que acrescenta a autora supracitada, a praça existente em frente à Igreja católica não demarca território de encontro e festividades, mas existe sim um local onde tudo acontece: uma avenida do distrito, a maior (figura 13); suas casas são mais estruturadas e torna-se ponto de encontro, principalmente para os jovens após as missas ou no sábado à noite. Há bares e lanchonetes nesta avenida, proporcionando momentos de lazer para as pessoas, principalmente o “bar do Gaúcho” (figura 19). Durante o dia esta avenida costuma ser movimentada também, pois há um comércio próprio e esta avenida termina no PSF.

Mulher, 25 anos (Iris): Ah! A gente sai mais é no sábado, só o bar mesmo, o gaúcho. Fica bebendo, conversando com os amigos, tem vez que tem balada na escola, mas o pessoal vai mesmo é no Gaúcho. (...) no domingo eu vou a igreja católica e desço aqui pra baixo, conversando aqui em baixo na escada. A gente num fica na praça da igreja, fica tudo aqui embaixo, fica sentado aqui na escada conversando. A única coisa que tem, não tem nada nesse Xonim, nem uma pracinha nem nada. (...) quando tem festa no sábado, nós fica aqui até umas dez, onze horas e vem um amigo nosso de Valadares e leva nós para Valadares, pra festa, Monalisa (boate em GV) ... quando não tem, nos fica aqui mesmo.

Mulher, 58 anos (Palma): Tem bar, fica até o dia manhecê, o bar do gaúcho, um bar que não tem briga, de respeito, de fãmia. Tem outro bar do Zezinho Gato berano a BR, o do Gaúcho é dentro da rua. Só eles que fica a noite acordada, só eles dois, vai caminhão de som, fica com som ligado no meio da rua, até tarde. Os povo diverte só lá, aqui ni Xonin... Lugar bom pra morar, só tem que nada tem valor, ocê não acha uma festa pra ir.

Mulher, 45 anos (Hortênsia): Eu trabalho pra mim mermo na minha casa, fico mais é ni casa, mermo... eu não gosto de sair sozinha, acho sem graça.

Mulher, 55 anos (Copo de Leite): Faz três anos que moro em Xonim de Baixo e agora que tô começando a acostumar. Aqui, tem lazer, mas eu não participo, ... tem grupo no posto, o povo fazi exercício, dança, ...eu fui só uma vez.... fico cum preguiça. Ah! A gente acomoda, eu gosto mesmo é de cuidar da casa, lavar, passar, cozinhar. Quando acaba gosto de olhar a tevê e dormir. (...) Num conheço ninguém, só os vizim de frente e de lado, na novena conhece mais, né?

Algumas trajetórias de vida, com mudanças migratórias também foram analisadas.

Mulher, 49 anos (Acácia): Quando minha perna tava boa, ... mexia com hortinha, arrumava minha casa direitinha, andava mais, buscava lenha ... eu pescava. Agora, mais é aqui dentro dessa casa.(...) nascer mesmo, foi em

Itambacuri, mas já tem muitos anos que eu moro entre Frei Inocêncio e Xonim... rodando, né? Depois de Frei Inocêncio, eu vim pra qui, não, de Itambacuri eu vim pra Frei Inocêncio, de Frei Inocêncio eu vim pra qui, eu já morei pra tudo quanter canto, já morei em São Geraldo de Piedade, Capitão Andrade. (...) mudava muito assim, porque na época num era esse homem aí não, era outro, o pai da primeira menina minha, era vaquero. Depois com esse homem aí, ele trabalhava lá nos Bretas, era de dia a dia, mexia é com tudo lá, mexendo com esgoto, capinando, mas também quando ele saiu de lá, num teve sacrifício de ficar correndo atrás de papel não, ele adoeceu, já foi pro hospital. Aí é, aqui nós comprou esse lote que tinha aqui, que num tem valor, quando nós começou aqui num tinha nenhuma... eu comprei de 400 e montei essa casinha. Tem é 8 anos entra pra 10, antes morava só nas roças.

Mulher, 45 anos (Hortênsia): Sou de Itamarandiba, pra cima de Santa Maria do Suaçuí e vim pra cá, era pequinininha, era bem novinha. Nós morava ni fazenda, meu pai trabalhava em fazenda, daí minha mãe foi mudando para as fazendas, meus irmãos ficou trabalhando ni fazenda. Meu pai faleceu, eu era pequena, eu nem conheci meu pai. Daí minha mãe foi mudando pra as fazenda, aí meus irmãos ficou trabaiano, ela também trabaiaava ne roça, aí foi mudando, até ficou morando pertim da Puai, ficou morando lá ni fazenda. Aqui ni Xonim, nessa casa, já tem bem tempo, uns dez ... catorze anos, o Rafael tava pequenininho... Aqui, mora eu, eu mais dois meninos e a Edna,... casa é minha, foi comprada.

Coleção inumerável de singularidades, seus caminhos entrecruzados dão sua forma aos espaços, pois unem “lugares” e, assim, criam a cidade por meio de atividades e movimentos diários. Eles não são localizados; são, antes, os responsáveis pela espacialização (HARVEY, 2005). Certeau (2000) reconhece também que as práticas da vida cotidiana podem ser e são convertidas nas totalizações do espaço e do tempo organizados e controlados de maneira racional.

Outro ponto a ser analisado foi a relação da territorialidade, estas trilhas de vida no tempo-espaço, com a área da saúde, analisando, principalmente, os fatores de invasão desta privacidade. Um dos pontos desta intromissão já foi analisado anteriormente, a fofoca. Outro fator de invasão que pretendemos analisar neste momento, sob a luz da hermenêutica de Geertz (1997, 2008), é em relação à saúde, ou melhor, às estratégias de intervenção em saúde. Esta mulher usa seu corpo como seu espaço, sua espacialidade expressa em si e em seu modo de viver e no local onde vive, seu território. No momento em que o poder biomédico enfatiza para a mulher como ela deve agir e se portar em seu território vivido, (principalmente quando decide qual terapêutica ela deve seguir), há uma resistência da mulher, que percebe que sua privacidade, seu poder de escolha, autonomia, está sendo ameaçada (XAVIER, 2011, comunicação pessoal). Seria o público determinando conceitos e formas de vida para as pessoas, mesmo em seus setores privados. Analisando, dessa forma, temos, o corpo como conceito primeiro de privacidade, de sensação de pertencimento das pessoas,

justificando, portanto, tamanha resistência, neste momento. Percebemos que esta resistência se deve por vários fatores, alguns já analisados (como a questão da tradição, da fé, da fofoca), mas este fator (invasão da privacidade) deve também ser considerado.

Harvey (2005), ao refletir sobre a teoria de Foucault, trata o espaço do corpo como o elemento irreduzível do esquema de coisas sociais, visto ser sobre esse espaço que se exercem as forças de repressão, da socialização, da disciplina e da punição. O corpo existe no espaço e deve submeter-se à autoridade ou criar espaços particulares de resistência na luta de libertação do desejo humano.

A mulher ao longo do tempo teve seu corpo negligenciado pelo poder patriarcal, uma rígida estrutura social pautada no poder do pai, do homem, que impõe um controle severo sobre a mulher e, conseqüentemente, sobre sua sexualidade, seu corpo. O patriarcado se sustentava em dois aspectos fundamentais: a divisão sexual das tarefas, que valorizava o papel do homem como provedor e responsável pelas obrigações externas, públicas e à mulher o papel de dona da casa, do espaço privado; e o controle da fecundidade da mulher, cabendo ao homem a decisão de quantos filhos queria ter e quando, sendo a mulher apenas a responsável por gerar seus filhos e por dar continuidade à herança do homem através deles (LINS, 2007). A autonomia feminina iniciou-se com a conquista da fabricação da pílula anticoncepcional nos anos 60, em que a mulher teve a liberdade de escolha para ter quantos filhos quiser ou puder, e no tempo que ela julgar oportuno.

Atualmente, segundo Rodrigues (2005), sabe-se que o corpo humano é menos biológico do que se pensava de acordo com a Escola Sociológica Francesa e um de seus representantes maiores, M. Mauss; é muito menos individual do que costuma postular o pensamento influenciado pela visão de mundo de nossa cultura individualista; que o corpo humano é socialmente construído e, portanto, apresenta também características dos fenômenos culturais. Além de ser histórico e temporal, visto que não é o mesmo segundo os diferentes tempos de indivíduos, grupos e sociedades.

Bourdieu (1987) sugere que é através da relação dialética entre o corpo e uma organização estruturada do espaço e do tempo que as práticas e representações comuns são determinadas. E é exatamente a partir dessas experiências, na casa em particular, que se impõem esquemas duradouros de percepção de pensamento e de ação. Harvey, (2005), completa ainda que a organização dos espaços dentro de uma casa diz muito sobre as relações de gênero e de idade e que pode de fato definir relações entre as pessoas, atividades, coisas e conceitos.

Observa-se ainda que as diferentes medicinas apresentam interpretações próprias de corpo e das doenças, colocando em ação técnicas e terapêuticas específicas, com eficácia comprovada, visto que perduram por longos anos. Estes saberes biomédicos, além de expressarem as concepções, experiências e observações específicas relacionadas ao processo saúde/doença/cura em uma determinada sociedade, também traduzem, em cada cultura particular, os princípios e crenças morais, políticas e cosmológicos que presidem nesta sociedade. Os outros saberes tradicionais de cura, ao contrário da biomedicina, podem não contar com toda a objetividade e conhecimento autônomo deste, mas pode-se afirmar que esses saberes também são detentores das características culturais peculiares e representam esta sociedade.

Na interpretação desta pesquisa, a mulher de XB busca esses outros saberes no seu processo saúde/doença/cura, como forma de resistência à cultura patriarcal, que tentou desqualificar e desvalorizar os sentimentos e ações femininas, até mesmo no seu próprio corpo. Preferem expressar a sua insatisfação perante a coerção sofrida pela sua sexualidade através também de suas escolhas sobre o seu corpo. Escolhe outros saberes, nesta pesquisa especificamente, escolhem principalmente o uso de chás terapêuticos, como tratamento perpetuado através da hereditariedade, fé e tradição cultural.

No campo da saúde, conhecer a diversidade cultural pode ser um disparador de alternativas e possibilidades para auxiliar na solução de problemas e demandas da população (XAVIER, 2009; CERQUEIRA, 2010). Esse saber acumulado através das gerações precisa ser reconhecido, pois desconsiderá-lo seria desqualificar atores sociais, suas territorialidades, suas trilhas de vida no tempo-espaço. É preciso apreender a riqueza destes outros saberes, desta outra cultura, que pode ser vista como um conjunto de produções simbólicas e materiais em permanente transformação, que organizam formas de sociabilidade, de pensar e sentir, valores, identidades, práticas sociais e comportamentos coletivos que caracterizam o estilo de vida da população.

Os setores da biomedicina devem, portanto, estar focados em apreender este fator cultural do seu paciente, no momento da escuta, da anamnese, para assim identificar e respeitar as diferenças culturais também no seu processo saúde/doença/cura. Acreditamos que apenas dessa forma será possível pensar em atenção à saúde de alta qualidade, buscando composição de visões de mundo que possibilite o enfrentamento e a resolução dos problemas.

Compreender sua territorialidade, sua percepção de mundo, sua forma de entender, prevenir e tratar as patologias (incluindo a percepção do exame Papanicolaou

e o câncer de colo de útero, especificamente) pode, portanto, trazer um salto de qualidade nos serviços de saúde, que tem como diretriz básica o compromisso interativo entre serviços de saúde e população, ou seja, a imbricação dos vários saberes em prol de uma sociedade melhor, tendo como objetivo final a universalidade, equidade e integralidade, propostas em diversos documentos doutrinários e técnicos da área de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo reservaram-se algumas considerações finais pertinentes à pesquisa. Esta se apoiou em reflexões de três pilares de estudos na busca de interpretar as representações do grupo de mulheres analisadas: estudo sobre gênero/corpo feminino; representações do processo saúde/doença/cura; conceitos da geografia. Entretanto, nesta pesquisa, não foi possível desmembrar um tema do outro, visto estarem imbricados.

- A reflexão da questão do gênero e suas constantes evoluções e transformações estão diretamente relacionadas com os caminhos trilhados por esta mulher, orientando a autora a interpretar melhor suas escolhas de vida, principalmente no que tange a sua saúde.

Nesta análise interpretativa, observou-se a influência do poder patriarcal, entretanto, revelaram-se também as resistências a este poder, que pôde ser compreendida como uma forma de resistência da mulher à identificação com a imagem homogeneizante e cristalizada do significado que dá origem à representação social da mulher apenas como mãe, esposa e não como ser social amplo dotado de poder e autonomia nas decisões de sua vida e seu corpo.

Além disso, o corpo feminino é vislumbrado como seu espaço - primeiro território, considerado como privado e não público, onde o poder público pode, através de jogos de poder, dominar e impor tratamentos, curas, prevenções, obrigar padrões de comportamento nos gestos, falas e nas ações. As mulheres entrevistadas percebem esta invasão de privacidade no seu corpo, e escolhem a melhor forma para elas de vivenciarem sua sexualidade; sua forma de se posicionar frente à sociedade, inclusive em relação a vestimentas e atitudes; sua forma de vivenciar sua territorialidade, inclusive na sua saúde, onde apresenta uma resistência ao saber biomédico hegemônico.

- O processo saúde/doença/cura e suas percepções e representações foram analisadas sob o olhar ético do êmico, e pode direcionar a compreensão das percepções e representações de mundo que estas mulheres realizam na sua vida cotidiana.

Em XB, para a análise desta pesquisa, observou-se que as mulheres entrevistadas apresentaram representação de saúde e doença baseada na sintomatologia, no concretismo da doença e apenas quando há sintomas deve-se buscar por tratamento, inclusive o exame Papanicolaou.

Observa-se ainda uma escala de gravidade de doença, onde as doenças mais leves devem ser tratadas em primeiro lugar pelos familiares (principalmente mães e avós), ou esperarem passar espontaneamente, e somente depois, se agravar a patologia as mulheres decidiam qual tratamento seguir. Para as entrevistadas, observou-se uma preferência por outros saberes de cura como: universo mágico religioso ou o uso de plantas com fins medicinais. Estas plantas eram utilizadas ainda como prevenção de algumas patologias, inclusive do câncer de colo de útero, tornando o exame Papanicolaou desnecessário, na visão das entrevistadas.

A medicina baseada nas noções cartesianas de ciência tem como pressuposto a fragmentação do ser humano, não o entendendo como um todo indivisível. O distanciamento do médico à vida do paciente e àquilo que ele sente e pensa transforma o que deveria ser um diálogo em um monólogo, tendo como ponto fundamental um modelo de conhecimento que coloca o paciente como objeto de observação e intervenção médicas. Este modelo de conhecimento é a base de sustentação da hegemonia do saber de um sobre o outro.

As concepções dos pacientes sobre o corpo, a doença e a vida continuam não sendo consideradas, o que pode ser facilmente demonstrado através deste distanciamento entre o médico e o paciente. Nesta pesquisa observou-se que este distanciamento dificultou, inclusive, o acesso ao exame Papanicolaou, pois as mulheres realizam uma resistência ao saber biomédico, ao escolherem outras formas de vivenciarem seu processo saúde/doença/cura.

Esta relação médico-paciente se modificará quando houver compreensão do universo simbólico que sustenta as representações de saúde e doença da população atendida pelo SUS. É preciso ter um conhecimento dos conceitos êmicos do processo saúde/doença, bem como das estratégias de cura utilizadas pela população, resgatando, inclusive, conhecimentos terapêuticos que estão sendo esquecidos.

Somente quando houver a aproximação do médico ao paciente, através da compreensão do conceito “popular” de saúde e doença, haverá uma saúde mais plena. Deve-se entender, portanto, que a doença, a saúde e a cura são consideradas partes da vida e não podem ser entendidas separadamente das concepções de mundo que as orientam.

- E, por fim, os conceitos da geografia, principalmente o território vivido, a territorialidade, corroboraram com a apreensão das nuances do cotidiano das interlocutoras, principalmente da saúde. As características peculiares da sua cultura

impulsionam aquele ser social - grupo de mulher pesquisado em XB - a escolher saberes próprios no seu processo saúde/doença/cura.

Através da etnogeografia houve o aprofundamento no cotidiano destes sujeitos sociais, suas relações e, assim, pode-se compreender suas territorialidades /espacialidades. Algumas destas características analisadas foram a questão da tradição, da fé, da cultura, que embasavam as mulheres à resistência ao saber biomédico e escolherem os saberes locais que já estavam tradicionalmente familiarizadas.

As espacialidades analisadas através dos trajetos cotidianos e das trajetórias de vida das interlocutoras embasaram nas representações de redes de afetos e intrigas no distrito, inclusive a rede de fofoca, que é vista, principalmente, como um controlador social. Na interpretação desta pesquisa, o nó principal desta rede está representado nas barracas de água de coco, aonde as pessoas vão para saberem das últimas novidades do distrito.

Ao analisar este território vivido, percebe-se a distância entre a territorialização exercida pelo SUS com sua área de atuação ainda verticalizada (analisada no capítulo 4) e a territorialidade das pessoas do distrito, mais especificamente das mulheres entrevistadas. Observam-se, ainda, as resistências das interlocutoras a este poder biomédico, através do seu corpo, suas representações no processo saúde/doença/cura e através de sua territorialidade, sua forma de ‘estar no mundo’. Apenas quando o SUS realizar propostas de saúde mais compatíveis com a vivência destas mulheres, poder-se-á pensar em saúde da mulher com qualidade.

Estas reflexões em Xonim de Baixo apresentaram um início de diálogo entre os saberes biomédicos e os saberes locais. Estes saberes (principalmente sobre o uso dos chás e da cura através do universo mágico religioso) mostraram-se como verdadeiros conhecimentos tradicionais, entretanto, não foi possível aprofundar no tema, visto não ser este o foco da pesquisa. Nesse sentido, é possível concordar com Sousa Santos (2006), quando diz que “o princípio da incompletude de todos os saberes é condição da possibilidade de diálogo e debate epistemológico entre diferentes formas de conhecimento”. Todo saber é incompleto, porque todo sujeito é *incompleto*. São as perguntas sem respostas que impulsionam o diálogo entre saberes, entre sujeitos, produzindo teias sociais e políticas. E, enquanto houver vida humana, sempre haverá perguntas sem respostas, sempre haverá a dúvida, o mistério, a incerteza, a ignorância, as entrelinhas, as fronteiras. A ciência moderna qualifica a incerteza e a incompletude como limitações a serem reprimidas. Entretanto, elas são inerentes à condição humana.

Ainda sobre esta dissertação, vislumbram-se desmembramentos desta pesquisa com um aprofundamento nestes saberes locais e uma interação maior entre os diferentes saberes. Pode-se, também, realizar uma pesquisa refletindo com maior profundidade sobre a visão dos profissionais de saúde. Além de pesquisa em outras áreas, aprofundando nas questões sobre a geografia ou sobre a antropologia. Enfim, a intenção era fomentar o diálogo e as reflexões sobre outros saberes e percepções/representações, podendo, inclusive, contribuir futuramente para favorecer outras comunidades que vivem problemas semelhantes em outros lugares.

Pretendeu-se, ainda neste estudo, aumentar a reflexão sobre propostas públicas de saúde em que o usuário (sujeito social) seja entendido como o centro, o objetivo, a principal razão de ser destes serviços de saúde. Uma saúde onde haja o respeito por sua diversidade, onde haja aceitação, pelos profissionais da área biomédica, de que os sujeitos sociais se organizam e sistematizam saberes compartilhados e validados entre eles sobre a sociedade. Somente assim, os princípios de integralidade e humanização do cuidado não serão comprometidos e a saúde com qualidade estará disponível para todos.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, T. M. C. e Pereira, O. P. **Projeto de Pesquisa de As Ciências Humanas e a Saúde: inovações teórico-metodológicas na formação médica**. Brasília - DF, 2002.

ASSEMBLEIA DE MINAS. **Parecer sobre o processo de emancipação dos distritos de Xonim de Cima e Xonim de Baixo, no município de Governador Valadares**. Disponível em: http://www.almg.gov.br/dia/a_1995/06/1150695.pdf Acessado em: 12/02/11.

ASSEMBLEIA DE MINAS. **Distritos subordinados a Governador Valadares**. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/durbana/municipios/mun629.asp> Acessado em: 12/02/11.

ARAÚJO, Melvina A. M. **Das ervas medicinais à fitoterapia**. São Paulo: Ateliê Editorial/ Fapesp, 2002.

ARRUDA, A. Teoria das Representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, novembro, 2002.

ATKINSON, S. Anthropology in research on the quality of health services. **Cad. Saúde Públ.**, v.9, n.3, 1993.

ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. **A Contracepção no Brasil 1980-1990**. Recife: SOS Corpo, 1991. Mimeo.

BANYAI, I. **Zoom**. Rio de Janeiro: Brinque-Book, 2002.

BARRETO, Maurício Lima. O Espaço e a Epidemiologia: entre o conceitual e o pragmático. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 613-614, 2000.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1985.

BOLTANSKI, LUC. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

BONNEMAISON, Joël. Viagem em torno do território. *In*: CÔRREA, Roberto L.; ROSENDAHL, Zeny (orgs). **Geografia cultural: um século (3)**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002.

- BOURDIER, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.
- BRASIL. **Constituição Brasileira, artigos 196 e 198**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao_saude_idoso.pdf Acessado em: fevereiro, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **XI Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- BRASIL. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Presidência da Republica. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: 2006.
- BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2003.
- BUTTNER, Anne. Apreendendo o dinamismo do mundo vivido. *In*: CRISTOFOLETTI, Antonio (org). **Perspectiva da Geografia**. São Paulo: DIFEL, 1982.
- CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C.L. A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**. mai/ago, 2005.
- CAMARGO Jr KR. Um ensaio sobre a (In) Definição de integralidade. *In*: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.
- CAPEL, Horacio. **Filosofia y ciencia en la geografia contemporánea**. Barcelona: Barcanova, 1983.
- CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.363 -76, abr./jun. 2008.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever**. 2ª ed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP, 2000.
- CASTORIADIS, Cornélius. A instituição da sociedade e da religião. *In*: _____.(org) **Os destinos do totalitarismo e outros escritos**. Porto Alegre: L&PM, 1985.

CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato. (Org). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

CECCIM R.B.; FERLA A.A. Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. *In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003.*

CERQUEIRA. Monique Borba. Pobreza, periferia e diversidade cultural: desafios para a saúde. *In: **Desigualdades e Iniquidades em Saúde**. Boletim do Instituto de Saúde. Volume 12 – nº 2 – São Paulo: Agosto, 2010.*

CERTEAU, Michel de; GIARD, Luce; MAYOL, Pierre. **A invenção do cotidiano**. 1- Artes de fazer. Petrópolis, RJ:Vozes, 2000.

CLAVAL, Paul. O território na transição pós-modernidade. **Geographia**. Rio de Janeiro, ano 1, n.2, 1999.

CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COMPANHIAVALE DO RIO DOCE. **Perspectivas de Desenvolvimento Industrial da Região do Rio Doce**, III vol, São Paulo: SERETE, 1963.

CONASEMS, (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). **CONASEMS: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CORRÊA, R.L. **Região e organização espacial**. São Paulo: Ática, 1986.

CORRÊA, Roberto Lobato. Espaço: um conceito-chave da Geografia. *In: CASTRO, Elias de; GOMES, Paulo César da C.; CORRÊA, Roberto Lobato. **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995, p.15-47.*

COSGROVE, D. “Mundo de significados. Geografia cultural e imaginação”. *In: Z. Rosendahl e R. L. Corrêa (org.) **Geografia Cultural: Um século** (3). Rio de Janeiro, EDUERJ, 2000.*

COSTA W.A.; ALMEIDA A.M.O. Teoria das representações sociais: uma abordagem alternativa para se compreender o comportamento cotidiano dos indivíduos e dos grupos sociais. **Rev Educ Publica** [on-line] 1999 jun/dez; Disponível em: <http://www.ufmt.br/revista.html>.

COSTA, Renata; PEREIRA, O. P. Pedagogia Médica e Corpo da Mulher: uma leitura feminista. *In: Seminário Educação 2008. **20 anos de pós-graduação em educação: avaliação e perspectivas**, 2008, Cuiabá. Semiedu 2008. Cuiabá : UFMT, 2008.*

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: Czeresnia D, Freitas CM (orgs.). **Promoção da Saúde** – Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 40-53.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O Conceito de Espaço em Epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-613, 2000.

DARDEL, Eric. **O Homem e a Terra**: natureza da realidade geográfica. Paris, Ed. CTHS, 1990. (1ª ed. Paris, PUF, 1952).

DE PAULA, F.; MARANDOLA JR E. Entre o bairro e o lugar: experiência urbana nos DIC's, Campinas. *In*: Colóquio nacional do núcleo de estudos de espaço e representações, 2, 2007, Salvador. **Anais...** Salvador: NEER, 2007. 18p.

DUAVY, L. M. *et al.* A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 3, Rio de Janeiro, maio/jun. 2007.

DURHAM, E.R. **A dinâmica da cultura**. São Paulo: Cosac & Naify, 2004.

DURHAM, Eunice R.; MALINOWSKI, Bronislaw; BILAC, Elisabete Dória. **Bronislaw Malinowski**: antropologia. São Paulo: Ática, 1986.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2000.

ESPINDOLA, H. S.; WENDLING, I. J. Elementos biológicos na configuração do território do rio Doce. **Varia Historia**, Belo Horizonte, vol. 24, nº 39: p.177-197, jan/jun 2008.

ESPINDOLA, Haruf Salmen. A história de uma formação sócio-econômica urbana: Governador Valadares. **Varia História**, Belo Horizonte, n. 19, 148-155, nov. 1998.

ESPINDOLA, Haruf Salmen. **Associação comercial de Governador Valadares**: sessenta anos de história. ACGV, 1999, p.25-29.

FERREIRA J. **Semiologia do corpo**, pp. 363-390. *In* J.M.G Fachel & O.F Leal (org.). *Op. cit.* 1995.

FONSECA, Claudia. Amor e família: vacas sagradas da nossa época. *In*: RIBEIRO, I. e RIBEIRO, A T. (Org.). **Famílias em processos contemporâneos**: Inovações culturais na sociedade brasileira. São Paulo: Loyola, 1995.

FONSECA, Claudia. **Família, fofoca e honra**: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares, 2.ed. - Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

FOSTER, G. M.; ANDERSON, B. G. **Medical Anthropology**, pp.2-3. Wiley, 1978.

GEERTZ, C. Art as a cultural system. **MLN**, v.91, n.6, 1976.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. 1 ed., reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GEERTZ, Clifford. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis: vozes, 1997.

GONÇALVES, A. L. **História & Gênero**. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2006.

GORDON, Richard. "The computerization of daily life, the sexual division of labor, and the homework economy", **Silicon Valley Workshop conference**, University of California at Santa Cruz, 1983.

GUATARI, Félix. Espaço e poder: a criação de territórios na cidade. **Espaço & debates**, São Paulo, ano V, n. 16, 1985. 20

GUERRA MR; MOURA GALLO CV; MENDONÇA GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2005.

HAESBAERT, Rogério. A noção de rede regional: reflexões a partir da migração "gaúcha" no Brasil. **Território**, Rio de Janeiro, ano III, n. 4, jan. / jun. 1998.

_____. Desterritorialização: entre as redes e os aglomerados de exclusão. In: CASTRO, Iná Elias de *et al.* (Org). **Geografia: Conceitos e Temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA, Tomaz Tadeu. **Antropologia do ciborgue – as vertigens do pós humano**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

HEALTH EMPOWERMENT, RIGHTS AND ACCOUNTABILITY – HERA. **Direitos sexuais e reprodutivos: idéias para ação**. [S.l.: s.n.], [19- -]. Folder elaborado com base nos conceitos e acordos da CIPD, 1994 e da Conferência Mundial da Mulher, 1995. *Hera Secretariat*, web site. Disponível em: < www.iwhc.org/hera>.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença – 4.ed.**Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOLZER, Werher; HOLZER, Selma. Cartografia para crianças: qual é o seu lugar? In: SEEMANN, Jörn (org). **A aventura cartográfica: perspectivas e reflexões sobre a cartografia humana**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2006. p.201-217.

HOLZER, Werther. **A geografia humanista: sua trajetória de 1950 -1990**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ/ PPGG, 1992.

IBGE: Secretaria da Cultura - **Confederação Nacional dos Municípios** <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acessado: dezembro, 2010.

IBGE: População e desenvolvimento. **Coordenação de população e indicadores sociais**. DATA SUS, 2007- 2009. Acessado em: Dezembro, 2010.

INCA (Instituto Nacional do Câncer). **Estimativas 2010. Incidência de câncer no Brasil**.

http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama – Viva Mulher**. Junho/11. Disponível em: <http://www.inca.org.br/prevencao/programas/pncccum/index.html>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Estado da Saúde. **Coleta do Papanicolaou e ensino do autoexame da mama: manual de procedimentos técnicos e administrativos**. 2a ed. São Paulo: INCA, 2004.

JARDIM D.F. Espaço social e auto-segregação entre homens: gostos, sonoridade e masculinidade. **Cadernos de Antropologia**, 1992.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, D. (org.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California. Press, 1980.

KLEINMAN, A., EISENBERG, L., GOOD, B. **Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research**. *Ann. Int. Med.*, v.88, n.2, p.251-8, 1978.

KNAUTH, D. **Os caminhos da cura: sistema de representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma vila de classes populares**. Dissertação (Mestrado) Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991.

LANGDON, E. Jean. ; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, maio de 2010.

LANGDON, E. Jean. **A Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica**. Palestra oferecida na Conferencia 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23/08/95.

LAURELL, Asa Cristina. A Saúde-doença como processo social, 1982. *In*: GOMES, Everardo Duarte (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global Editora, 1983.

LEAL, Ondina Fachel. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. *In*: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 127 – 139, 1994.

LEITÃO G.C.M. **Reflexões sobre gerenciamento**. Texto Contexto Enferm 2001.

LINS, R. N. **A cama na varanda**: arejando nossas idéias a respeito de amor e sexo: novas tendências, Rio de Janeiro: BestSeller, ed. rev. e ampliada, 2007.

LOPES DE SOUZA, Marcelo José. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. *In*: CASTRO, Elias de; GOMES, Paulo C. da Costa: CÔRREA, Roberto L.(orgs). **Geografia**: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. *In*: LOPES, M. J. M; D.E.; MEYER, D.E.; WALDOW V. R. (Orgs). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, p.9- 18, 1996.

MAGNANI, J.G.C. Etnografia como prática e experiência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 15, n.32, p.129-156, jul./dez.2009.

MALINOWSKI, B. K. **Argonautas do Pacífico ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MARQUES, José Geraldo W. **Pescando pescadores**: ciência e etnociência em uma perspectiva ecológica. 2º ed. São Paulo: Nupaub, USP, 2001.

MARTINS, J. Souza. **Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU, 1974.

MENDES E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

_____ **Distritos Sanitários**: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993.

_____ **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec; 1999.

MINAYO, M. C. S. Saúde e Doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ), RIO DE JANEIRO, v. IV, n. 4, p. 363-381, 1989.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo**: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Brasil, v. 9, n.3, p. 239-262, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2004.

_____ **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

MONKEY, *et al.* **O Território na saúde:** construindo referências para análises para saúde e ambiente. III Seminário Nacional de Saúde e Ambiente. Rio de Janeiro, setembro de 2004.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

_____. **Comunicação apresentada ao Colóquio sobre as Representações Sociais,** Paris, EHESS, 8-10 jan. 1979.

MUNIZ R; ZAGO M. A experiência da radioterapia oncológica para os pacientes: um remédio-veneno. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** novembro-dezembro,2008.

NEVES, D. P. **As curas milagrosas e a idealização da ordem social.** Niterói, Universidade Federal Fluminense – CEUFF- PROED, 1984 .64p.

OBBERG, K. **Chonim de Cima:** A Rural Community in Minas Gerais, Brazil. Rio de Janeiro: USOM/Brazil, 1958.

OLIVEIRA D.C.; SÁ C.P. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. **Rev Bras Enferm.** out/dez, 2001.

OLIVEIRA, F. A. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication, *Interface* _ **Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.10, p.63-74, 2002.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 1998.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L.F.D. **Doença, sofrimento, perturbação:** perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

PEIRANO, Mariza, G. S. A favor da etnografia. **Série Antropologia**, Brasília, DF. 1992.

PINHO A.A.; FRANÇA-JUNIOR I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev Bras S Mat Inf.**, 2003

PRADO, A. **Poesia reunida.** São Paulo: Siciliano, 1991.

PREFEITURA DE GOVERNADOR VALADARES. **História de Governador Valadares.** Disponível em: http://www.valadares.mg.gov.br/current/portal/historia_de_governador_valadares. Acessado em: fevereiro de 2011.

PREFEITURA DE GOVERNADOR VALADARES. **Mapas**. Disponível em: <http://www.valadares.mg.gov.br/current/mapas>. Acessado em: fevereiro de 2011.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Editora Ática S.A., 1993.

RIBEIRO, M.A.C. MATTOS, R.B. Territórios da prostituição nos espaços públicos da área central do Rio de Janeiro. **Revista Território**, Rio de Janeiro, ano 1, n.1, 1996.

ROBLES, S. C.,. Deconstructing the Myths of Cervical Cancer. **Perspectives in Health**, 2005 .

ROBLES, S. C.; WHITE, F. & PERUGA, A. Trends in cervical cancer mortality in the Americas. **Bulletin of the Pan American Health Organization**, 1996.

RODRIGUES, José Carlos. Os Corpos na Antropologia. *In*: MINAYO, Maria Cecilia de Souza; COIMBRA Jr., Carlos Everardo. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Manginhos/RJ: Fiocruz, 2005.

ROSE, Gillian. **Feminism and Geography: the limits of geographical knowledge**. Cambridge: Polity Press, 1993.

ROSSINI, Rosa Ester “As geografias da modernidade - Geografia e Gênero - Mulher, trabalho e família. O exemplo da área de Ribeirão Preto.” *In*: **Revista do Departamento de Geografia/NEMGE** – Universidade de São Paulo, n.º12, p. 7-26, São Paulo, 1998.

RUBIN, G. The Traffic in women: notes on the .political economy. of sex. *In*: REITER, R. **Towards an anthropology of women**. New York: Columbia University Press, 1979, p.157-210.

SABROZA, Paulo Chagastelles; LEAL, Maria do Carmo. Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais. *In*: SABROZA, Paulo Chagastelles *et al* (Org.). **Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: uma análise interdisciplinar**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

SACK, Robert David. **Territorialidade humana: teoria e história**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço – Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. **Por uma nova Globalização**. Record, 2000.

SARTI, C. A. **A família como espelho**. Campinas: Autores Associados, 1996.

SCHRAIBER LB. Desafios atuais da integralidade em saúde. **Jornal da Rede Feminista de Saúde** [on-line] 1999 maio; Disponível em:

http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr17_desafios.html. Acessado em: Dezembro, 2010.

SCOTT, Joan. **Gênero**: uma categoria útil para a análise histórica. Tradução autorizada de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo, 1989.

SEEMANN JÖRN: O ensino de cartografia que não está no currículo: olhares cartográficos, “carto-fatos” e “cultura cartográfica”. *In: Ensino de geografia: novos olhares e práticas.* / Flaviana Gasparotti Nunes (Organizadora). – Dourados, MS : UFGD, 2011.

SILVA, J. M. Cultura e Territorialidades Urbanas - Uma abordagem da pequena cidade. **Revista de História Regional** 5(2):9-37. Inverno, 2000.

SILVA, Joseli. Articulando os espaços privado e público: gênero e famílias monoparentais femininas. **Revista de Psicologia da UNESP**, 2010.

SILVA, Luis Jacinto. Organização do Espaço e Doença. *In: CARVALHEIRO, J. R (Org.). Textos de Apoio: Epidemiologia I.* 2. ed. Rio de Janeiro, v. 1, p. 159-185, 1985.

SODRÉ, Muniz. **O terreiro e a cidade**: a forma social negro-brasileira. Petrópolis: Vozes, 1988.

SOUSA MF. O Programa Saúde da Família: uma visão nacional. *In: Fernandes MEL, Dowbor TP, Kretzer MR, Gouveia I, Sucupira AC, Menezes L, Resegue R, organizadores. AIDS: prevenção porta a porta.* São Paulo: Hucitec; 2004. p. 41-5.

SPRADLEY, J.R. **Participant observation**. New York: Wolt, Rinehalt and Winston.1980.

TRAVESSO-YÉPEZ M; MORAIS N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, 2004.

TUAN, Yi-Fu. **Espaço e lugar**: A perspectiva da experiência. São Paulo: Difel, 1983.

UNGLERT, Carmem Vieira de Souza. Territorialização em Sistemas de Saúde. *In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). Distritos Sanitários: processo social de mudança nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde.* São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993. p. 221-235.

VÍCTORA, Ceres Gomes . Corpo e representações. **Cadernos de Antropologia** Ppgas Ufrgs, Porto Alegre, v. 6, p. 33-54, 1992.

VIEIRA N; VIEIRA L; FROTA M. Reflexão sobre a abordagem etnográfica em três pesquisas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**: setembro-outubro, 2003.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

WALBOOMERS *et al.* Human papilomavírus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. **J Pathol**, 1999.

WEISZFLOG, Walter. **Michaelis Moderno** Dicionário Da Língua Portuguesa. Ed. Melhoramentos. São Paulo: 1998-2007.

WÜNSCH, et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**. vol.18 no.3 Rio de Janeiro: setembro, 2008.

XAVIER, Maria Aparecida de Sá. **Estudo das Representações Simbólicas de Saúde/Doença/Cura na comunidade do Saco do Mamanguá, Paraty, RJ**. Dissertação Mestrado, PGCA, UFF, 2004.181p.

_____. **O Ticumbi e a arte de curar na Vila de Itaúnas, Conceição da Barra, ES, como expressões de espacialidades**. Tese de doutorado, Niterói, RJ: PP Geografia, UFF, 2009.

_____. **Territorialidade, Identidade e políticas públicas: uma articulação possível e necessária (ensaio)**. Seminário de campos temáticos. Niterói, RJ: PP Geografia, UFF, 2005.

ZALUAR, Alba. **A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza**. São Paulo: Brasiliense, 2000.

ZEFERINO, L.C. *et al.*, Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jul-ago, 2001.

8 ANEXOS

8.1 Anexo A: Distritos subordinados a Governador Valadares

GOVERNADOR VALADARES

Adoção do nome: 1938 (D.L. 148, de 17/12/1938)

Criação do distrito: 1882 (Lei 3.077, de 6/11/1882)

Emancipação do município: 1937 (D.L. 32, de 31/12/1937)

Denominações anteriores: Quartel de Dom Manuel; Porto da Figueira; Porto da Figueira do Rio Doce; Baguari; Figueira; Santo Antônio da Figueira

Distritos Subordinados: Alto de Santa Helena; Baguari (ex-Porto de Figueira); Brejaubinha; Derribadinha; Goiabal; Penha do Cassiano; Santo Antônio do Pontal; São José do Itapinoã; São Vítor; Vila Nova Floresta; Xonim (27) (ex-Xonim de Cima); Xonim de Baixo

Nota explicativa de distrito: 27

Adjetivo pátrio: valadarense

Município de origem: Peçanha

NOTA EXPLICATIVA²⁷

"Que se grafê com x o som chiante, nos nomes de origem indígena" prescreve a 6ª Recomendação da Conferência de Geografia de 1926, referendada pela legislação ortográfica ulterior. Assim, não se justifica a grafia generalizada Chonim, visto que o nome se trata, segundo nos informa Joaquim Ribeiro Costa, em sua "Toponímia de Minas Gerais", de "topônimo originário de índios do aldeamento de São Manuel, em princípio do século XIX, na margem do rio Doce". Grafe-se, portanto, Xonim.

Fonte: <http://www.almg.gov.br/durbana/municipios/mun629.asp> acessado 12/02/11

8.2 Anexo B: Parecer sobre o processo de emancipação dos distritos de Xonim de Cima e Xonim de Baixo, no município de Governador Valadares.

Diário do Legislativo de 15/06/95

TRAMITAÇÃO DE PROPOSIÇÕES

PARECER SOBRE O PROCESSO DE EMANCIPAÇÃO DOS DISTRITOS DE XONIM DE CIMA E XONIM DE BAIXO, NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES - REQUERIMENTO Nº 142/95.

Comissão de Assuntos Municipais e Regionalização

Relatório

O processo de emancipação dos Distritos de Xonim de Cima e Xonim de Baixo, no Município de Governador Valadares, recebido mediante requerimento do Deputado José Henrique, vem a esta Comissão para receber parecer nos termos do art. 103, III, "b", do Regimento Interno, e do inciso III do art. 7º da Lei Complementar nº 37, de 18/1/95.

Fundamentação

O processo em análise foi apresentado tempestivamente, atendendo, portanto, ao prazo determinado no art. 10 da Lei Complementar nº 37, de 1995.

Encontra-se anexada ao processo a ata de constituição da Comissão Emancipacionista, registrada em cartório de títulos e documentos (às fls. 5 a 17). A representação vem assinada por 479 eleitores (às fls. 20 a 49), número que supera a exigência de 7% do eleitorado do distrito na última eleição realizada no município, e a entidade que se responsabilizou pela idoneidade das assinaturas encontra-se legalmente constituída, tendo apresentado a ata da eleição e o termo de posse de sua diretoria devidamente registrados em cartório (às fls. 3 e 4).

Certidão da Justiça Eleitoral (a fls. 19) comprova a existência de 2.299 eleitores na área emancipanda, e certidão da Prefeitura Municipal de Governador Valadares atesta a existência de mais de 400 moradias no Distrito de Xonim de Cima (a fls.111), número que supera o exigido por lei.

Constam, ainda, no processo as certidões que atestam a existência de posto de saúde, cemitério, escola pública de 1º grau completo, bem como a presença de serviços de telefonia, correios, energia elétrica e abastecimento de água (às fls. 51 a 60).

Verificamos, também, estar anexado ao processo o mapa com a descrição de limites elaborado pelo Instituto de Geociências Aplicadas - IGA - (às fls. 107 a 110), além do inventário patrimonial dos bens móveis e imóveis municipais localizados na área emancipanda (às fls. 65 a 105), e a relação discriminada dos servidores municipais lotados na referida área (às fls. 61, 62 e 64).

Conclusão

Em face do exposto, concluímos pela apresentação de requerimento nos seguintes termos.


REQUERIMENTO

Exmo. Sr. Presidente da Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais: A Comissão de Assuntos Municipais e Regionalização requer a V. Exa., na forma regimental e em observância ao disposto no inciso III do art. 7º da Lei Complementar nº 37, de 18/1/95, seja enviado ofício ao Tribunal Regional Eleitoral solicitando a realização de consulta plebiscitária às populações dos Distritos de Xonim de Cima e Xonim de Baixo quanto à sua emancipação do Município de Governador Valadares, passando a constituir o Município de Xonim, com sede na localidade de Xonim de Cima.

Sala das Comissões, 14 de junho de 1995.

João Batista de Oliveira, Presidente - José Maria Barros, relator - Ivair Nogueira - Paulo Piau - Dimas Rodrigues - José Henrique.

Proposição: RQE 142 1995 - REQUERIMENTO DE EMANCIPAÇÃO

Publicação:  DIÁRIO DO LEGISLATIVO EM 27/05/1995

Autor: DEPUTADO JOSÉ HENRIQUE PMDB

Regime de Tramitação: ESPECIAL

Assunto: ENCAMINHA DOCUMENTACAO PARA EMANCIPACAO DOS DISTRITOS DE XONIM DE BAIXO E XONIM DE CIMA, NO MUNICIPIO DE GOVERNADOR VALADARES.

Observação: DOCUMENTACAO APRESENTADA EM 24 5 1995.

Indexação: ENCAMINHAMENTO, DOCUMENTACAO, EMANCIPACAO, DISTRITO, XONIM DE BAIXO, XONIM DE CIMA, MUNICIPIO, GOVERNADOR VALADARES.

Assunto Geral: EMANCIPAÇÃO POLÍTICA

Situação: ARQVD - ARQUIVADO DEFINITIVAMENTE

Última Ação: DATA: 13/12/1995 LOCAL: COMISSÃO ASSUNTOS MUNICIPAIS E REGIONALIZAÇÃO
RELATOR: DEP. JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA.
PARECER PELO ARQUIVAMENTO. APROVADO.
PUBLICADO NO DL EM 14 12 1995, PAG 20 COL 4.

Tramitação:

DATA: 25/05/1995 LOCAL: PLENÁRIO
PUB PAG 42 COL 2.
A COMISSAO DE ASSUNTOS MUNICIPAIS E REGIONALIZACAO.

DATA: 14/06/1995 LOCAL: COMISSÃO ASSUNTOS MUNICIPAIS E REGIONALIZAÇÃO
RELATOR: DEP. JOSÉ MARIA BARROS.
PARECER PELA APRESENTACAO DE REQUERIMENTO AO PLENARIO SOLICITANDO
SEJA ENVIADO OFICIO AO TRE PARA A REALIZACAO DE PLEBISCITO.
APROVADO.
PUBLICADO NO DL EM 15 6 1995, PAG 44 COL 2.

DATA: 21/06/1995 LOCAL: PLENÁRIO
APROVADO O REQUERIMENTO. OFICIE-SE.

DATA: 30/06/1995 LOCAL: MESA DA ASSEMBLÉIA
ENCAMINHADO O OFICIO 1300/1995/SGM AO TRE CONTENDO A
SOLICITACAO
PLEITEADA.

DATA: 31/10/1995 LOCAL: PLENÁRIO
OFICIO 4/1995 DO TRE COMUNICANDO QUE NAO HOUE O QUORUM
PREVISTO NO
ART. 14 DA LEI COMPLEMENTAR 37 PARA A REALIZACAO DA CONSULTA
PLEBISCITARIA.
OFICIO PUBLICADO NO DL EM 2 11 1995, PAG 4 COL 4.

Do Plebiscito

Art. 14 - A tramitação de projetos de Lei de criação, incorporação, fusão e desmembramento de município e de anexação de distrito dependerá de consulta prévia, mediante plebiscito, às populações diretamente interessadas, exigida a aprovação por maioria dos votos apurados em cada distrito ou município onde se processar a consulta, tendo votado a maioria absoluta dos eleitores alistados.

Parágrafo único - Consideram-se populações diretamente interessadas as residentes:

I - em cada distrito emancipando, no processo de criação de município por desmembramento;

II - em cada município a ser extinto, no processo de criação de município por fusão;

III - no município a ser incorporado, no processo de extinção de município por incorporação;

IV - no distrito a ser anexado, no processo de anexação.

Fonte: http://www.almg.gov.br/dia/a_1995/06/1150695.pdf. Acessado 12/02/11