FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DOUTORADO EM GEOGRAFIA

DANIEL DELANI

DIMENSÕES GEOGRÁFICAS DOS SABERES E PRÁTICAS DAS BENZEDEIRAS/ORES NOS CUIDADOS EM SAÚDE EM PORTO VELHO/RO

Porto Velho
2019

DANIEL DELANI

DIMENSÕES GEOGRÁFICAS DOS SABERES E PRÁTICAS DAS BENZEDEIRAS/ORES NOS CUIDADOS EM SAÚDE EM PORTO VELHO/RO

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação Doutorado em Geografia da Fundação Universidade Federal de Rondônia.

Orientador: Prof. Dr. FRANCISCO DE ASSIS MENDONÇA

Porto Velho
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Fundação Universidade Federal de Rondônia

Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

D337d Delani, Daniel.

Dimensões geográficas dos saberes e práticas das benzedeiras/ores nos cuidados em saúde em Porto Velho/RO / Daniel Delani. -- Porto Velho, RO, 2019.

180 f. : il.

Orientador(a): Prof. Dr. Francisco de Assis Mendonça

Tese (Doutorado em Geografia) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Modernidade . 2.Tradição. 3.Medicina tradicional . 4.Benzedeiras/ores. 5.Processo saúde-doença. I. Mendonça, Francisco de Assis. II. Título.

CDU 911:398.1(811.1)

Bibliotecário(a) Rejane Sales de Lima Paula CRB 11/903

PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO
E DOUTORADO EM GEOGRAFIA
Ambiente e Território na Pan-Amazônia

Ministério da Educação - MEC
Universidade Federal de Rondônia - UNIR
Núcleo de Ciências Exatas e da Terra - NCET
Departamento de Geografia – DGEO/UNIR
Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Geografia – PPGG/UNIR

ATA DE DEFESA PÚBLICA DE TESE DE DOUTORADO

DANIEL DELANI

A Banca de Defesa de Tese presidida pelo Orientador e Presidente **Prof. Dr. Francisco de Assis Mendonça** e constituída pelos examinadores: **Prof. Dr. Adnilson de Almeida Silva** - Examinador Interno/PPGG/UNIR; **Profa. Dra. Maria das Graças Silva Nascimento Silva** - Examinadora Interna/PPGG/UNIR; **Profa. Dra. Xênia de Castro Barbosa** - Examinadora Externa/IFRO e **Profa. Dra. Rosa Ester Rossini** - Examinadora Externa/Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas/FFLCH/USP, reuniram-se em 10 de maio de 2019, às 15h, no Auditório Milton Santos/CEGEA/UNIR/Bloco 1T, Campus José Ribeiro Filho, para avaliar a Tese intitulada: "***Dimensões Geográficas dos Saberes e Práticas das Benzedeiras/es nos Cuidados em Saúde em Porto Velho/RO***" do doutorando **DANIEL DELANI**, matrícula **20162001406**. Após a explanação do pós-graduando e arguição pela Banca Examinadora, a referida **TESE** foi avaliada e de acordo com as normas estabelecidas pelo Regimento do Programa de Pós-Graduação em Geografia foi considerada APROVADA. O Candidato terá o prazo de até 90 dias para fazer as correções sugeridas pela banca e entregar as cópias definitivas de sua tese, sob pena de invalidação, pelo Colegiado, do processo de Defesa, conforme preceitua o § 3º do artigo 83 do Regimento Interno do PPGG, uma vez que o curso só finaliza com a entrega da Tese revisada e a comprovação do cumprimento dos demais créditos, conforme Regimento Interno. ***Este documento tem validade de 90 dias a contar desta data.***

Porto Velho-RO, 10 de maio de 2019.

Prof. Dr. Francisco de Assis Mendonça
Orientador/Presidente

Prof. Dr. Adnilson de Almeida Silva
Examinador Interno/PPGG/UNIR

Profa. Dra. Maria das Graças Silva Nascimento Silva
Examinadora Interna/PPGG/UNIR

Profa. Dra. Xênia de Castro Barbosa
Examinadora Externa/IFRO

Profa. Dra. Rosa Ester Rossini
Examinadora Externa/Departamento de Geografia/FFLCH/USP

DEDICATÓRIA

Ao meu Pai por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia. Por ter me dado sustentação e força emocional para superar muitos desafios que surgiram ao longo da minha breve trajetória acadêmica. Por todo amor, carinho e estímulo que me ofereceu, dedico-lhe essa conquista com gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço minha família, especialmente minha mãe Santina Fátima Cavagnol e minha irmã Francielli Delani;

Ao Eduardo Remy pelo carinho, amor e companheirismo.

A amiga Maria Tereza da Silva Cruz pelo apoio incondicional;

A amiga Jaqueline Souza de Araújo e a todos demais colegas do PPGG da Fundação Universidade Federal de Rondônia estendo meus agradecimentos;

Aos demais amigos de Porto Velho/RO, São Paulo/SP e Curitiba/PR (novos e velhos) expresso no mesmo calibre meu reconhecimento de carinho e enorme amizade;

Ao Departamento de Geografia da Fundação Universidade Federal de Rondônia, especialmente a Profª. Drª. Maria Madalena de Aguiar Cavalcante, o Prof. Dr. Adnilson de Almeida Silva e o Prof. Dr. Josué da Costa Silva pelo incentivo recebido durante a realização desta pesquisa;

Ao Núcleo de Saúde (NUSAU) e ao Departamento de Educação Física (DEF) da Fundação Universidade Federal de Rondônia, pelo apoio e compreensão com essa etapa tão importante da carreira docente de um professor. Em especial à Profª. Drª. Silvia Teixeira de Pinho e a Profª. Drª. Tatiane Gomes Teixeira;

A Profª. Drª. Vera Engracia Gama de Oliveira (*in memorian*), minha primeira referência na pesquisa, minha primeira porta aberta.

Ao Prof. Dr. Fabio Betioli Contel, ao Prof. Dr. José Januário de Oliveira Amaral e a Profª. Drª. Rosa Ester Rossini, por me apresentarem à Geografia e a todas as suas possibilidades.

No que diz respeito ao desenvolvimento da pesquisa, gostaria de agradecer a todos os protagonistas que aceitaram contribuir com esse trabalho de forma direta e indireta;

E, por último, mas não menos importante, ao meu orientador, Prof. Dr. Francisco de Assis Mendonça, que, ao propor uma reestruturação do tema abordado no meu projeto original, possibilitou-me um crescimento que vai para além da vida acadêmica, um enriquecimento pessoal que me acompanhará pelo restante da vida. Obrigado pela paciência, pela confiança e pela oportunidade de aprender. Obrigado pelas orientações, pelo estímulo e pelo apoio na construção desse trabalho.

RESUMO

O discurso da modernidade estrutura e molda o espaço dos indivíduos na sociedade. Está embasado no caráter de ruptura, na imposição do novo e na pretensão de alcançar a totalidade. Assim, como justificar a permanência da Medicina Tradicional nos dias atuais? No amplo e complexo universo desta medicina tradicional, nesta pesquisa, privilegiou-se o ofício das benzedeiras/ores. O objetivo principal foi identificar e analisar as dimensões geográficas dos saberes e práticas populares de cuidados em saúde, utilizados na cidade de Porto Velho/RO, por essas protagonistas tradicionais, as benzedeiras/ores. Para melhor compreensão do objeto de estudo, foram contemplados nestas análises as intercessoras/ores (protagonistas modernos), atores-sociais que também utilizam a reza e a oração como ferramenta terapêutica, capaz de promover a cura para enfermidades que afetam o estado de saúde dos indivíduos. Definiu-se pelo método de investigação indutivo e a metodologia de interpretação adotada foi o estruturalismo. A coleta de dados aconteceu, principalmente, por meio de entrevistas semiestruturadas com os protagonistas e os representantes-chaves para solução do problema. As técnicas de análise de discurso e análise de conteúdo também foram empregadas. A linha norteadora está baseada no pensamento de Michel Foucault em relação à constituição da sociedade moderna (2005; 1999; 1996; 2010). A categoria de análise geográfica escolhida foi o espaço, na perspectiva de Claval (1979; 2011a), Bollnow (2008) e Dardel (2011). Os resultados demonstram que as alterações impostas pelo fenômeno da modernidade afetaram o indivíduo, o modo de sua existência e a forma com que esses protagonistas desenvolvem suas práticas. A tese revelada por meio desta pesquisa é a de que o regime disciplinar tem favorecido de forma gradativa e sútil o surgimento de novos protagonistas na sociedade moderna para o ofício da reza e da oração, fazendo com que as benzedeiras/ores sejam lançadas em um espaço à margem deste corpo social. Conclui-se que para a inserção e o devido reconhecimento da medicina tradicional e seus protagonistas na sociedade moderna, é necessário o desenvolvimento de políticas públicas de saúde especiais para esse fenômeno. As terapias alternativas, apesar de não terem comprovação científica, seguramente trazem esperança, conforto espiritual e bem-estar aos enfermos.

Palavras-chave: Benzedeiras/ores; Medicina Tradicional; Modernidade; Processo Saúde-Doença; Tradição.

ABSTRACT

The discourse of modernity structures and shapes the space of individuals in society. It is based on the character of rupture, the imposition of the new and the pretension to reach the totality. So, how to justify the permanence of Traditional Medicine in the present day? In the wide and complex universe of this traditional medicine, in this research, the office of the folk healer was privileged. The main objective was to identify and analyze the geographic dimensions of the popular knowledge and practices of health care used in the city of Porto Velho/RO by these traditional protagonists, the folk healer. In order to better understand our object of study, the intercessors (modern protagonists), social actors who also use prayer and prayer as a therapeutic tool capable of promoting healing for diseases that affect the state of health of the individuals. It was defined by the method of inductive research and the methodology of interpretation adopted was structuralism. Data collection took place mainly through semi-structured interviews with the protagonists and key representatives to solve the problem. The techniques of speech analysis and content analysis were also employed. The guiding line is based on the thinking of Michel Foucault in relation to the constitution of modern society (2005, 1999, 1996, 2010). The category of geographic analysis chosen was space, in the perspective of Claval (1979; 2011a), Bollnow (2008) and Dardel (2011). The results show that the changes imposed by the phenomenon of modernity affected the individual, the way of its existence and the way in which these protagonists develop their practices. The thesis revealed through this research is that the disciplinary regime has gradually and subtly favored the emergence of new protagonists in modern society for the office of prayer and prayer, causing the healers to be thrown in a space on the fringes of this social body. It is concluded that for the insertion and due recognition of traditional medicine and its protagonists in modern society, it is necessary to develop special public health policies for this phenomenon. The alternative therapies, although they have no scientific proof, surely bring hope, spiritual comfort and well-being to the sick.

Keywords: Folk healers; Traditional Medicine; Modernity; Health-Disease Process; Tradition.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Porto Velho/RO - Localização e perímetro urbano. 22

Figura 02: Esquema metodológico da pesquisa 30

Figura 03: Altar característico das benzedeiras e benzedores. 78

Figura 04: Modelo de Dahlgren e Whitehead: influência em camadas 99

Figura 05: Regiões de saúde do estado de Rondônia, 2014. 107

Figura 06: Distribuição das principais unidades de pública da cidade de Porto Velho/RO. 108

Figura 07: Porto Velho/RO - Vulnerabilidade social e localização das benzedeiras/ores na área urbana. 117

Figura 08: Porto Velho/RO - Vulnerabilidade social, localização das benzedeiras/ores e dos locais de atendimento dos protagonistas modernos na área urbana. 142

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGEVISA – Agência Estadual de Vigilância em Saúde
AMI – Assistência Médica Intensiva
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CEM – Centro de Especialidades Médicas
CEMETRON – Centro de Medicina Tropical
CEO – Centros de Especialidades Odontológicas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa de Rondônia
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERO – Centro de Reabilitação de Rondônia
DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF – Estratégia Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PA – Pronto Atendimento
PICS – Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POC – Policlínica Osvaldo Cruz
RCC – Renovação Carismática Católica
RO – Rondônia
SADT – Serviços de Apoio Diagnose e Terapia
SAE – Serviço de Assistência Especializada

SAMD – Serviço de Assistência Multidisciplinar Domiciliar

SEMUSA/PV – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho

SESAU – Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SAI-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SIA-SUS – Sistema de Informações Hospitalares

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD – Serviço de Tratamento Fora do Domicílio

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 13
INTRODUÇÃO 15
DELINEAMENTO METODOLÓGICO 22
CAPÍTULO 1 32
MODERNIDADE E TRADIÇÃO: ABORDAGENS DA GEOGRAFIA E DA SAÚDE HUMANA 32
1.1 Modernidade e Tradição: a Ciência e a Geografia Científica 32
1.2 Contribuições do espaço e o advento da medicina moderna 45
1.3 Medicina tradicional: práticas populares de cuidado em saúde 59
1.3.1 A benzeção como terapia e seus atores sociais: risco, vulnerabilidade e resiliência 73
CAPÍTULO 2 86
A SAÚDE HUMANA NA CIDADE DE PORTO VELHO/RO 86
2.1 Dimensões geográficas e implicações políticas e sociais da saúde, doença e do processo saúde-doença 86
2.2 Saúde da população de Porto Velho/RO: hegemonia da modernidade, organização institucional e seus conflitos 102
CAPÍTULO 3 117
BENZEDEIRAS/ORES EM PORTO VELHO/RO: DIMENSÕES ANTROPOLÓGICAS E SOCIOESPACIAIS 117
3.1 Retrato e representações das benzedeiras/ores em Porto Velho/RO 117
3.2 Dimensões políticas e espaciais dos protagonismos modernos da reza e da oração e sua relação com as benzedeiras/ores em Porto Velho/RO 140
CONSIDERAÇÕES FINAIS 161
REFERÊNCIAS 165
ANEXOS 177
ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 177
ANEXO II: Roteiro de perguntas semiestruturadas para os protagonistas e seus pacientes/usuários em Porto Velho/RO 179
ANEXO III: Parecer Consubstanciado do CEP 180

APRESENTAÇÃO

Escrevo, neste momento, uma breve apresentação sobre a minha trajetória acadêmica e minha vida relacionada à educação e a pesquisa. Trata-se uma oportunidade de mostrar nessa escrita o quanto foi importante as mudanças ocorridas na minha vida, após a minha formação universitária.

Foram muitas as fases que passei para chegar aqui. O mergulho no escuro, na incerteza, na instabilidade. A oportunidade da descoberta, da ousadia e das possibilidades. Diversos momentos foram vividos e todos eles serão sempre lembrados, pois fazem parte do legado que pretendo continuar solidificando com as próximas metas e objetivos, já traçados em minha vida.

Sou formado em Ciências Biológicas. Ao longo da minha graduação, tive oportunidade de ser bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Cientifica (PIBIC) do Instituto de Pesquisas em Patologias Tropicais (IPEPATRO), hoje Fundação Oswaldo Cruz Rondônia (FIOCRUZ/RO). Nesta etapa, eu dei meus primeiros passos na ciência que, apesar de modestos, foram importantes para que eu desenvolvesse uma paixão particular pela educação e a pesquisa.

Após a conclusão de duas pós-graduações latu sensu, ingressei no magistério superior. Atuo no Departamento de Educação Física (DEF), Núcleo de Saúde (NUSAU), da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Fui contratado para atender uma demanda extraordinária e específica do curso na época: permitir uma visão do processo de construção do conhecimento acadêmico das ciências biológicas aplicadas a Educação Física. Através do relacionamento com os alunos, a paixão pela educação transformou-se em amor.

Essa mesma transformação, no tocante à pesquisa, foi mais lenta e conturbada. Foram várias tentativas frustradas, em diferentes programas pós-graduação stricto sensu, realizadas no estado de Rondônia. Uma delas, porém, incentivou-me a investir em outra área. Assim, começou minha história com a Geografia.

Apesar de ter sido reprovado, usei o projeto desenvolvido para participar da seleção do Mestrado em Geografia, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP). Surpreendentemente, recebi a aprovação e dei início a essa tão esperada etapa de formação acadêmica.

Hoje, sou profundamente grato por todas as reprovações que aconteceram anteriormente em Rondônia. Em São Paulo, aperfeiçoei-me como pesquisador. Acima de tudo, por meio das experiências proporcionadas, aperfeiçoei-me como ser humano.

Na Geografia da Saúde encontrei a oportunidade de aproximar minha formação com esse novo universo que se abria. Assim, concluí o meu Mestrado e, posteriormente, dei início ao doutoramento em Geografia pela UNIR.

Estava disposto a manter a mesma corrente teórica usada na primeira etapa, em São Paulo/SP, porém, meu orientador encorajou-me a ir além. Investi na Medicina Tradicional.

Nesse momento, após muitas leituras, lembrei-me das benzedeiras/ores. Tratava-se de protagonistas tradicionais que haviam contribuído de forma significativa para manutenção da minha saúde na infância humilde, em Cabixi/RO e que, aparentemente, haviam desaparecido no contexto social moderno.

A união da minha trajetória acadêmica com esses saberes vernaculares, aliado às vivências do doutorado, formaram um casamento feliz. Esse casamento permitiu, além do aprimoramento da formação de um pesquisador, desenvolver um amor inexplicável pela ciência. Estou muito feliz com as minhas escolhas e com os caminhos que foram percorridos para chegar até aqui.

As pessoas mais felizes e realizadas são aquelas que sabem aonde querem chegar e têm metas. Podemos alcançar nossos objetivos de forma mais ou menos eficaz, mas o fato de termos vivido em função de algo, acrescenta um valor inestimável a nossa existência.

Quando enxergamos a vida dessa maneira, nossa origem humilde e os erros que por ventura tenhamos cometido no caminho, perdem a importância. Como diz o Corão: "A Deus não importa o que você foi, mas o que será a partir desse momento".

Assim concluo essa etapa e dou início a uma nova fase, agora Doutor. É inútil querermos ser bons o tempo todo e fazer tudo certo - o que importa é estarmos dispostos a fazer um pouco melhor hoje, do que fizemos ontem. E é assim, com essa disposição, que encerro essa breve apresentação.

INTRODUÇÃO

A saúde é um tema que tem interessado cada vez mais aos geógrafos. Entre as razões desse interesse, destaca-se a importância dos serviços de saúde no desenvolvimento das cidades (DUMKE; MENDONÇA, 2017; GUIMARÃES, 2015). Neste cenário, marcado por uma conjuntura social globalizada, reemergem velhas e novas crises, paradigmas e desafios à construção do pensamento geográfico (CLAVAL, 1979; MENDONÇA *et al*., 2014).

Neste contexto, Mendonça *et al*. (2014) apresenta a grande diversidade de elementos e fatores espaciais (naturais, sociais, culturais, econômicos e políticos) que determinam e condicionam o processo saúde-doença das populações. Evidenciam, de maneira particular, sua estruturação e tendência no contexto brasileiro. Os autores destacam como desafios futuros, inclusive, que "a diferenciação entre a perspectiva biomédica/saúde pública (Modernidade) e a perspectiva vernacular (Tradição) nos cuidados com a saúde representam um grande desafio nos estudos de Geografia da Saúde no Brasil" (MENDONÇA *et al*., 2014, p.49).

A preocupação contemporânea com a apreensão do espaço, por meio dos contextos imediatos, possui relevância atribuída ao ambiente social cotidiano (BOLLNOW, 2008). A valorização analítica dessa categoria de análise decorre da percepção de que a proximidade torna possível o controle sobre os recursos necessários à vida coletiva através de formas tradicionais (ou modernas) de organização social. O reconhecimento do cotidiano e do espaço constitui a resposta socialmente possível à aceleração dos processos de mudança técnica nas esferas de produção e da reprodução, associados aos processos de globalização.

Essa (re)organização social afeta diretamente o estado de saúde das populações e consequentemente, o processo saúde-doença, atribuem-lhe novos valores e significados. Mendonça *et al.* (2014), destaca que a abordagem do processo saúde-doença das populações humanas foi marcada, ao longo da história, por diferentes concepções. Novas interpelações teóricas e metodológicas e novas disciplinas contribuem para dar maior abrangência e aprofundamento à

conceituação de saúde e doença, bem como, para a adequação de um sistema de saúde que atenda às necessidades e aspirações da população.

A análise espacial, instrumento próprio da ciência geográfica, pode auxiliar na melhor compreensão das relações entre o espaço e os aspectos relacionados à saúde humana, bem como, vida cotidiana (DUTRA, 2011; GUIMARÃES, 2000; 2001; MENDONÇA *et al*., 2014).

Buss (2000) ressalta que existem inúmeras evidências de que a saúde contribui efetivamente para a qualidade de vida dos indivíduos ou de populações. Assim como diversos componentes da vida social humana colaboram, direta ou indiretamente, para que indivíduos e populações tenham um elevado nível de saúde. Mensurar o estado de saúde e bem-estar de uma sociedade é, portanto, não só uma necessidade, mas uma tarefa complexa.

Inúmeras são as inter-relações entre os elementos que compõem o espaço e a saúde de uma população (BARRET, 2000; BARROZO, 2014; FORATTINI, 2000; GOUVEIA, 1999; GUIMARÃES, 2000). A análise da situação de saúde das populações compõe um campo privilegiado na Geografia da Saúde, contribui na definição de políticas públicas e na avaliação do impacto de intervenções.

As diferentes práticas ou cuidados com a saúde, enfatizando os saberes tradicionais e seus métodos, buscando a saúde da população, estão presentes em todo o mundo, e podem ser observadas em diferentes manifestações. Trata-se do que convencionalmente denomina-se medicina tradicional[1].

De acordo com Ferreira (2012), desde o final da década de 1970, as medicinas tradicionais e seus praticantes vêm sendo identificados pelos Organismos Internacionais, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como recursos a serem considerados na organização local da atenção primária desse serviço, de modo a colaborar para a melhoria da saúde das comunidades e populações.

Por medicina tradicional, a OMS entende como um conjunto de práticas e conhecimentos sobre saúde, os utilizados “para manter o bem-estar, além de tratar,

[1] Trata-se da soma total do conhecimento, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não, e usadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, tratamento ou melhoria de doenças físicas e mentais (OMS, 2019).

diagnosticar e prevenir às enfermidades" (OMS, 2002, p.7). O plano de estratégias sobre esse assunto é atualizado com frequência. Em sua atual versão, para o período 2014-2023, o foco é ajudar as autoridades sanitárias a encontrar soluções que propiciam uma visão mais ampla a respeito da melhora da saúde e da autonomia dos pacientes (OMS, 2013). Dois objetivos destacam-se: a) prestar apoio aos Estados-Membros para que aproveitem a possível contribuição da medicina tradicional à saúde, bem-estar e a atenção centrada nas pessoas e; b) promover a utilização segura e eficaz da medicina tradicional, mediante a regulamentação de produtos, práticas e profissionais.

A medicina tradicional, vivenciada por meio dos saberes e práticas populares em saúde, não deve ser pensada apenas enquanto o uso de plantas medicinais. Vários outros componentes sociais, emocionais e simbólicos estão presentes, o que faz com que na atualidade, essas formas de intervenção continuem a ser procuradas, não só nos meios rurais, onde o alcance dos serviços de saúde é mais reduzido, mas também nos meios urbanos.

A medicina tradicional, tal como tratamos nessa pesquisa, envolve basicamente, técnicas de diagnóstico e interpretação etiológicas, como as determinantes das terapêuticas a serem aplicadas às questões que envolvem a saúde física, mental, social e espiritual dos indivíduos[2].

A propósito, o espaço amazônico vive um momento de intensa revisão em referências culturais e ideológicas. Dentro deste universo, encontramos a cidade de Porto Velho/RO, que sofreu importantes mudanças sócio-político-econômicas que intensificaram um quadro de grande desigualdade social. Apesar desse cenário, pode-se observar que a medicina tradicional e seus protagonistas permanecem preservados e podem ser facilmente encontradas ao longo das diversas regiões da cidade.

A grande quantidade e diversidade de atores-sociais envolvidos nas práticas e cuidados com a saúde humana, embasadas no conhecimento tradicional ou vernacular na cidade, despertou o interesse pelo tema central deste estudo.

[2] As práticas de cuidado em saúde utilizadas pelas benzedeiras/ores são tratadas, nesta tese, ligadas a uma perspectiva voltada para o conhecimento (saber) tradicional ou vernacular.

Mapear esse conhecimento tradicional ou vernacular e correlacioná-los aos elementos do espaço, articulado às estratégias da Organização Mundial da Saúde, tornam-se alguns dos desafios pensados para a presente pesquisa e além.

Badke (2012) destaca que pesquisas dessa natureza, apresentam relevância sociocultural por estabelecer um elo entre o conhecimento popular e o científico. Possibilita assim, uma maior aproximação das pessoas da sociedade, tanto com os serviços de saúde, quanto com os profissionais nela atuantes, cuja perspectiva de integralidade no cuidado à saúde, pressupõe o respeito às diferenças e ao contexto sociocultural das pessoas cuidadas.

Tanto no campo do conhecimento, quanto no âmbito das práticas, o processo saúde-doença tem sido objeto de esforços no sentido de compreensão e formulação de modelos e formas de intervenção. Nessa perspectiva, a presente pesquisa busca contribuir para esse arcabouço teórico-metodológico ao identificar e analisar as dimensões geográficas dos saberes e práticas populares de cuidados em saúde, utilizados na cidade de Porto Velho/RO.

Diante do amplo e complexo universo da temática central e da barreira temporal que o doutoramento exige, fez-se necessário delimitar a pesquisa. Nesta análise foi privilegiado o trabalho desenvolvido pelas benzedeiras/ores, protagonistas classificados como tradicionais e outros protagonistas, identificados como modernos, que também utilizam a oração e a reza como ferramenta terapêutica no processo de cura das enfermidades. A seleção e inclusão desses protagonistas, tradicionais e modernos, levou em consideração a correlação existente entre eles a as diferentes formas de expressão do catolicismo atual.

O emprego do termo protagonista é uma forma de facilitar o entendimento sobre esses atores-sociais ao longo do texto. Igualmente, trata-se de uma estratégia de reconhecimento e valorização do papel central desenvolvido por eles, no espaço em que eles desenvolvem suas práticas.

Além dos aspectos de inclusão já apresentados, contribuíram para escolha final desse tema: o discurso entusiasmado dos adeptos da reza e da oração sobre a cura alcançada no tratamento de diferentes enfermidades, por meio desta terapia e seus protagonistas; o conhecimento empírico e a curiosidade do pesquisador em

torno da eficácia dessas práticas e procedimentos usados pelas benzedeiras/ores; a resiliência desses protagonistas tradicionais na sociedade moderna, com uma economia de tipo capitalista; o esgotamento/sucateamento do serviço público de saúde na cidade e a existência de poucos trabalhos desenvolvidos em torno desse assunto, na região.

Acredita-se que analisar o alcance e a eficácia destes conhecimentos tradicionais ou vernaculares na cidade, ligados a uma perspectiva de práticas e cuidados em saúde, pode auxiliar o conhecimento desenvolvido pela medicina moderna (sistema médico oficial), no tratamento de diferentes doenças e no melhor desempenho do setor de saúde em Porto Velho/RO.

Diante do exposto, o debate situa-se naturalmente sobre a dicotomia nos discursos entre modernidade e tradição. Acima de tudo, busca-se compreender a razão da sobrevivência destas práticas, bem como suas adaptações e transformações na sociedade moderna, em que, teoricamente, a exemplo do Estado brasileiro, todos estão amparados pelas politicas públicas de saúde.

O desenvolvimento desta pesquisa encaminhou-se para as seguintes questões:

- Qual o perfil, distribuição espacial e características dos protagonistas e usuários que utilizam a reza e a oração como ferramenta terapêutica alternativa, na cidade de Porto Velho/RO?
- A identificação das práticas e cuidados, ligada a uma perspectiva mais tradicional e/ou mais moderna, teria alguma relação direta com os elementos do espaço como, por exemplo, os índices de vulnerabilidade social da região e a distribuição espacial das unidades públicas de saúde?

A hipótese é a de que há uma relação direta entre os saberes e as práticas populares de cuidados em saúde, na cidade, com os elementos do espaço, principalmente associada a aspectos técnicos, como as infraestruturas urbanas (unidades de saúde) e sociais, como a demografia e o desenvolvimento econômico regional. Acredita-se que as populações mais carentes (periferia sociológica) e as regiões mais afastadas do centro da cidade (periferia geográfica) concentram a

maior parte das práticas populares de cuidado em saúde, utilizados pelas benzediras/ores, não só pelo alcance dos serviços da medicina moderna, mas também, por aspectos culturais e simbólicos dessa população.

Assim, o objetivo principal desta pesquisa é identificar e analisar as dimensões geográficas dos saberes e práticas populares de cuidados em saúde, utilizados pelas benzedeiras/ores, os protagonistas tradicionais na cidade de Porto Velho/RO.

Para melhor compreensão do objeto de estudo, como justificado anteriormente, foram contempladas nestas análises, as intercessoras/ores (protagonistas modernos), atores-sociais que também utilizam a reza e a oração como ferramenta terapêutica capaz de promover a cura para enfermidades que afetam o estado de saúde dos indivíduos.

Dentre os objetivos específicos, destaca-se:

a) caracterizar a influência dos aspectos relacionados à distribuição espacial-cartográfica desses saberes e práticas populares de cuidados em saúde (tradicionais e modernos), no âmbito da cidade de Porto Velho/RO;

b) Analisar o campo e o núcleo de assistência à saúde humana na cidade de Porto Velho/RO, na perspectiva do sistema médico oficial (medicina moderna);

c) Analisar, entre as benzedeiras/ores e as intercessoras/ores, a expressão de suas identidades (perfil) e as relações sociais e espaciais existentes entre esses protagonistas, articuladas ao seu ofício de reza e oração em Porto Velho/RO;

O presente documento organiza-se a partir de três grandes divisões analíticas, estruturadas entre si.

No primeiro conjunto de considerações, apresentam-se as abordagens da geografia e da saúde humana, articuladass aos conceitos de modernidade e tradição. Nesse momento, discorremos sobre as principais correntes teóricas de sustentação da pesquisa. Será discutida a ciência e a geografia científica; as contribuições do espaço (Geografia da Saúde), no advento da medicina moderna (hegemônica), e o campo e o núcleo da medicina tradicional. Em seu último momento, daremos ênfase à benzeção como ferramenta terapêutica.

Na segunda parte, realizar-se-á uma aproximação destas correntes teóricas ao contexto local e à problemática da pesquisa. Para melhor compreensão dos elementos que serão abordados, apresenta-se uma revisão a cerca das implicações políticas e sociais da saúde, doença e do processo saúde-doença. Inserem-se, inclusive, elementos histórico-geográficos da cidade de Porto Velho/RO. Busca-se, acima de tudo, descrever a influência dos sistemas de saúde governamentais na dinâmica do espaço.

Por fim, na terceira parte, apresentam-se e confrontam-se as dimensões geográficas dos saberes e práticas populares de cuidado em saúde, adotados pelas benzedeiras/ores e as intercessoras/ores em Porto Velho/RO. Nesse momento, serão usados com maior ênfase os dados obtidos por meio das entrevistas em campo. Revelar-se-ão as formas de sobrevivência dos saberes vernaculares de cura, muitas vezes marginalizados, anônimos e periféricos. Sinal de uma cultura popular que resiste e que enxerga, além do que foi estabelecido pela ciência moderna.

Tais práticas atendem demandas que nem sempre encontram espaço no sistema médico oficial e de forma não excludente, respondem pelas ausências do Estado, pela insuficiência das políticas públicas e pelos limites de seu alcance. Consolidam-se, dessa maneira, formas de solidariedade que permitem a sobrevivência do pobre, sobretudo, mas também do rico, os quais buscam nessas práticas, os bens espirituais que lhes faltam.

Esses são, em linhas gerais, os grandes eixos através dos quais buscou-se desenvolver a tese aqui proposta.

Espera-se com esse trabalho contribuir para o reconhecimento e a valorização destas práticas populares de cuidado em saúde na região, além de auxiliar na construção de estratégias de saúde que sejam, realmente, capazes de atender às demandas e necessidades da população local.

DELINEAMENTO METODOLÓGICO

A ideia de realizar um estudo no campo da Geografia da Saúde na cidade de Porto Velho, capital do estado de Rondônia e recorte espacial da presente pesquisa (figura 01), sobre os saberes e práticas populares de cuidados em saúde humana, surgiu: a) do contexto em que essa localidade encontra-se inserida, na Amazônia Ocidental Brasileira e, b) pela atenção recebida dessas práticas alternativas de saúde por órgãos importantes como a OMS e a OPAS, no sentido de contribuir para a construção de estratégias de saúde que sejam capazes de atender às necessidades da população local. Os critérios de escolha passaram, também, pela relevância no atual contexto nacional e pelo interesse voltado para a saúde coletiva e das populações da região.

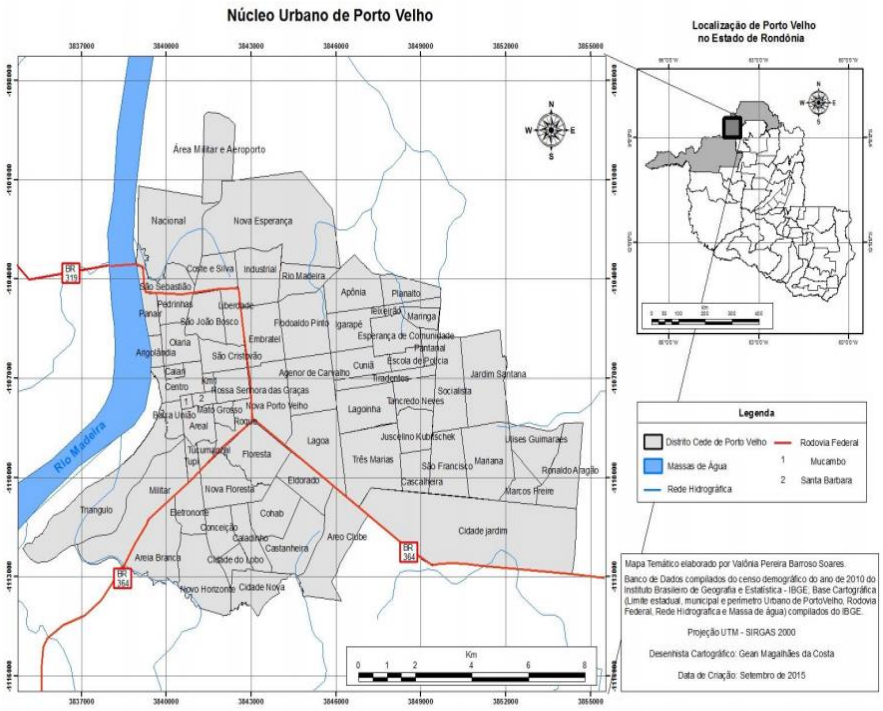


Figura 01: Porto Velho/RO - Localização e perímetro urbano.
Fonte: Soares (2016, p.36)

A Amazônia tem sido cada vez mais objeto de inúmeros estudos que enfocam seu ambiente, sociedade e desenvolvimento. Muitos desses, imbuídos de um discurso de progresso e integração que não leva em consideração as necessidades e os anseios da população local. No que concerne à saúde, diversos aspectos ainda precisam ser trabalhados, de modo a considerar os elementos particulares do espaço amazônico e de seus habitantes.

Nesse sentido, com a intenção de contribuir para o entendimento dessas relações existentes e da formação de arcabouço teórico, definimos pelo método de investigação indutivo que, segundo Gil (1999, p.10), "parte do particular e coloca a generalização como um produto posterior do trabalho de coleta de dados particulares". Nesse método, parte-se da observação de fatos ou fenômenos cujas causas desejam-se conhecer. A seguir, procura-se compará-los com a finalidade de descobrir as relações existentes entre eles. Por fim, procede-se à generalização, com base na relação verificada entre os fatos ou fenômenos (GIL, 1999).

Para Lakatos e Marconi (1991), esse método apresenta duas formas: completa ou formal, estabelecida por Aristóteles e; incompleta ou científica, criada por Galileu e aperfeiçoada por Francis Bacon. Nossa pesquisa caracteriza-se como incompleta, cujas regras, segundo os autores, são: a) os casos particulares devem ser provados e experimentados na quantidade suficiente para que possamos dizer (ou negar) tudo o que será legitimamente afirmado sobre o objeto de estudo; b) com a finalidade de poder afirmar que a própria natureza da coisa (fato ou fenômeno) é o que provoca a sua propriedade (ou ação).

Além da grande quantidade de observações e experiências, é também necessário analisar (e descartar), a possibilidade de variações provocadas por circunstâncias acidentais. Se depois disso, a propriedade, a ação, o fato ou fenômeno continuarem a manifestar-se da mesma forma, é muito provável que a sua causa seja a própria natureza da coisa (fato ou fenômeno).

Foram também utilizados para análise e interpretação dos dados coletados em campo, os métodos de análise do discurso e análise de conteúdo. Os sujeitos desta análise foram as benzedeiras/ores, as intercessoras/ores, as pessoas adeptas a essa prática terapêutica, representantes da medicina moderna e do Estado.

A amostra foi não probabilística, selecionada por conveniência. Foram incluídos: 09 benzedeiras, 11 benzedores, 10 intercessoras/ores, 04 pessoas adeptas a essas práticas terapêuticas tradicionais e modernas, 03 representantes da medicina moderna (sistema médico oficial) e 02 do Estado.

A quantidade de entrevistas realizadas com a população escolhida revelou-se suficiente para que, por meio deste método e das demais técnicas adotadas, como análise de discurso e análise conteúdo, fosse possível estabelecer as observações e reproduções necessárias para a conclusão da pesquisa.

A metodologia de interpretação adotada foi o estruturalismo que, de acordo com Lakatos e Marconi (1991, p.85),

> Parte da investigação de um fenômeno concreto, eleva-se, a seguir ao nível abstrato, por intermédio da constituição de um modelo que represente o objeto de estudo, retornando por fim ao concreto, dessa vez como uma realidade estruturada e relacionada com a experiência do sujeito social.

Conforme os autores, esse método caminha do concreto para o abstrato e vice-versa, dispondo, na segunda etapa, de um modelo para analisar a realidade concreta dos diversos fenômenos. O estruturalismo permitiu, segundo Chauí (2000, p.349) "que as ciências humanas criassem métodos específicos para o estudo de seus objetos, livrando-as das explicações mecânicas de causa e efeito, sem que por isso tivessem que abandonar a ideia de lei científica".

Conforme o próprio termo indica, esse método é utilizado para designar as correntes de pensamento que recorrem à noção de estrutura para explicar a realidade em todos os seus níveis. As bases conceituais desse método são encontradas nos estudos do linguista Ferdinand Saussure (1857-1913) e do antropólogo Claude Lévi-Strauss (1908-2009).

Independente das correntes teóricas e referências citadas para caracterizar o método de investigação indutivo e o estruturalismo, a linha norteadora da presente tese está baseada no pensamento de Michel Foucault, em relação à constituição da sociedade moderna (2005; 1999; 1996; 2010). As bases teóricas de sustentação deste autor serão exploradas no capítulo I, deste documento.

Castro (2005), destaca que este filósofo considera que, a partir de meados do Século XVIII, uma série de acontecimentos contribuiu para uma nova estruturação social, onde o controle passou a ser uma peça-chave. Uma nova estrutura de poder consolidou-se de forma integradora e difusa, tal situação atingiu simultaneamente sociedade e indivíduo e teve a disciplina como base.

A sociedade disciplinar, base da atual sociedade moderna, surge como forma de dominação, introjetada nas instituições sociais, nasce no cotidiano do indivíduo moderno. Para manter a ordem e alcançar o progresso, o processo de controle e correção da sociedade estabeleceu-se por três partes: ideologia, ação e legitimação.

Diversos protagonistas utilizam práticas de saúde consideradas tradicionais e rudimentares por essa sociedade moderna, a exemplo dos raizeiros, benzedeiras, curandeiros, centros espíritas, pais e mães de santo, pajés urbanos, catimbozeiros, juremeiro, dentre outros.

Porém, nesta pesquisa, como justificado anteriormente, as dimensões geográficas dos saberes e práticas populares de cuidado em saúde e a relação entre modernidade e tradição e suas dicotomias foram observadas a partir das benzedeiras/ores e outros protagonistas modernos que utilizam a oração e a reza como ferramenta terapêutica no processo de cura das enfermidades, as intercessoras/ores. Esse recorte é importante em função das características da pesquisa e ao mesmo tempo, por melhor expressar a problemática que buscamos entender, através dessas análises.

Os protagonistas modernos, que usam a reza e a oração como prática de cuidado em saúde, foram também privilegiados na pesquisa, não em sua totalidade, mas apenas aquelas que apresentaram relação direta com a tese que pretendemos defender. Tratam-se de atores-sociais que usam o poder do conhecimento tradicional ou vernacular para promover a cura dos males e enfermidades que afetam a saúde do indivíduo.

A permanência dessas práticas e protagonistas no cenário médico popular, nas sociedades contemporâneas, face aos problemas com que abrangem as políticas públicas de saúde, pode contribuir com respostas e soluções para questões que envolvam a saúde coletiva no Brasil (CAMARGO, 2011).

Inspirados pelo arcabouço teórico e por essas metodologias de interpretação e investigação, definimos pela categoria de análise geográfica espaço, inspirada na percepção de Claval (1979; 2011a), Bollnow (2008) e Dardel (2011). Trata-se de um espaço de atividade racional e simbólica, quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas (sociedade disciplinar/moderna), mas que é também o teatro insubstituível das paixões humanas. Nesse espaço, demos ênfase às dimensões humanas e geográficas propostas por Costa (2007) e outros autores da geografia e da saúde coletiva. Assim, desenha-se o seguinte roteiro:

No primeiro momento da presente pesquisa, definiu-se a hipótese, os objetivos e os procedimentos metodológicos que nortearam a programação das atividades desenvolvidas, ao longo da elaboração da pesquisa. Esses elementos serviram como um guia, na tarefa de investigação e auxiliaram na compreensão e elaboração dos resultados e conclusões.

No segundo momento da pesquisa, utilizamos as informações, os conhecimentos e os dados que foram coletados. Duas etapas distintas, porém complementares, foram realizadas. A primeira, consistiu na pesquisa bibliográfica com o objetivo de recolher e selecionar os conhecimentos prévios e informações acerca do problema ou hipótese, já organizada e trabalhada por outros autores. A segunda, na pesquisa documental, onde foram visitadas entidades de saúde e religiosas da região, na busca de documentos, arquivos e demais informações sobre o objeto de estudo. O objetivo era poder descrever e analisar situações, fatos e acontecimentos anteriores, bem como comparar com os dados da realidade presente.

Estas entidades foram conhecidas após o início das atividades de campo, por indicação verbal dos participantes envolvidos, no projeto de pesquisa. Para serem incluídas, foi necessário celebrar um termo por escrito que autorizava a coleta de dados. Essas emendas foram fornecidas ao Comitê de Ética em Pesquisa para validação documental, de acordo com a Norma Operacional 001/2013/CONEP.

Foram privilegiadas as informações secundárias disponíveis nos principais bancos de dados estatísticos, nos campos da saúde, demografia e economia, como os do DATASUS, IBGE e IPEA – para os dados nacionais – e aquelas mais gerais, disponibilizados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O Departamento de Informação e Informática (DATASUS) é o órgão do Ministério da Saúde que centraliza e disponibiliza (pelo site: http://www.datasus.gov.br) os dados dos principais sistemas nacionais de informação em saúde: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-

SUS), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e dados das secretarias de saúde estadual, municipal e da ANVISA.

Dos bancos de dados do IBGE foram obtidos dados censitários para composição de variáveis e indicadores populacionais e territoriais. Dos bancos de dados do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) foram obtidos os dados para os indicadores de vulnerabilidade social e condições materiais de vida.

O recorte temporal levou em consideração as informações secundárias encontradas na pesquisa bibliográfica e documental. Todavia, consideramos, principalmente, o estado atual do objeto de estudo na cidade de Porto Velho/RO.

A caracterização, a partir de outras fontes de informação, visava apresentar em linhas gerais, a dinâmica populacional e econômica da cidade, a particularidade da sua população em termos de composição socioeconômica, dos serviços de saúde (e do atendimento) e da oferta de infraestrutura de saúde, na região.

No terceiro momento da pesquisa, ainda tratando-se do roteiro metodológico, foram realizadas as entrevistas com a população e os representantes-chave, para solução do problema. Esclarecemos que os representantes-chave não eram a *priori* conhecidos pelo pesquisador. Desta forma, dispensou a carta de anuência em relação à instituição de vínculo dos participantes, pois estes não se encontram vinculados a uma instituição específica. O objetivo desse momento foi colher dados relevantes de determinadas fontes ou pessoas, em contato direto do pesquisador com os sujeitos da pesquisa.

O modelo de entrevista utilizado em todos os casos foi o semiestruturado (anexo II), no qual foram fixados temas a serem abordados em um conjunto de questões predefinidas, mas com liberdade para colocar outras, cujo interesse surgisse, no momento da entrevista.

As benzedeiras/ores e outros protagonistas modernos que utilizam a oração e a reza como ferramenta terapêutica no processo de cura das enfermidades foram identificados através do levantamento empírico, com visitações *in loco*. Os usuários dessas práticas alternativas de saúde foram indicados pelos próprios protagonistas tradicionais e modernos. Aqueles presentes no momento da visita, também foram convidados a participar da pesquisa.

Independente da forma de contato com esses usuários, todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo I). Essa análise nos ajudou no reconhecimento do perfil dessas pessoas que procuram essas práticas de saúde e na análise da influência das dimensões geográficas sobre esses cuidados.

Válido ressaltar a dificuldade de localizar as benzedeiras/ores em Porto Velho/RO. Diferente do observado para as intercessoras/ores, que formam uma rede de contatos internos, as benzedeiras/ores na cidade não costumam conhecer ou indicar outras benzedeiras/ores. Trata-se de um universo restrito, limitado e anônimo, fruto dos riscos que esses protagonistas tradicionais enfrentam, diante do impacto causado pelo fenômeno da modernidade. Esses fatores internos e externos serão mais bem explorados no item 1.3.1 e nos resultados desta tese.

Diante destas limitações e da falta de conhecimento/convivência do pesquisador principal com esses atores-sociais, para encontrar as benzedeiras/ores na cidade, foi necessário visitar instituições religiosas na capital, de diferentes sistemas culturais e crenças e fazer uma varredura entre colaboradores, alunos, amigos e outras instituições (não religiosas) que pudessem fornecer algum tipo de informação, a respeito destas protagonistas tradicionais e sua localização geográfica.

Uma vez em campo, foram também utilizados, como ferramentas, fotografias, gravações e mapas temáticos sobre o objeto de estudo. Os registros fotográficos priorizaram aspectos particulares do espaço, o que assegurava a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa.

Em seguida, no último momento do roteiro, os dados coletados foram analisados para, a posteriori, interpretá-los e obtermos as respostas que procurávamos para as questões da presente pesquisa.

A análise dos dados foi realizada em três atos: a) a interpretação, na qual o pesquisador verifica as relações entre as variáveis existentes na pesquisa; b) a explicação sobre os fenômenos que ocorreram na coleta de dados e c) a especificação, momento em que o pesquisador explicita até que ponto as relações

entre as variáveis do trabalho são válidas, quais são as origens dessas relações e suas limitações.

Em resumo, nesse momento, procurou-se estabelecer as relações necessárias entre os dados obtidos, as questões norteadoras do estudo e a hipótese levantada durante a pesquisa, ou seja, foi o momento de organizar e classificar os dados, a fim de encontrar as relações existentes entre as dimensões do trabalho.

Para a análise do espaço na cidade de Porto Velho/RO, foram adotadas as seguintes variáveis "empíricas": as características do meio técnico, como das infraestruturas urbanas e os serviços de atenção à saúde (unidades públicas de saúde) e as características sociais, como a demografia e do desenvolvimento socioeconômico urbano e regional.

Analisar a evolução dos indicadores e dos elementos próprios do espaço permitiu-nos identificar a sua influência na organização, forma e estrutura dessa nova sociedade. Permitiu ainda, identificar as suas relações com os demais elementos que compõem esse universo e consequentemente, influenciam também, no comportamento das populações acerca dos saberes e práticas populares de cuidado em saúde na região.

Foram consideradas como determinantes, sobre o objeto, as seguintes características: da população e do povoamento; elementos do espaço vivido e suas dimensões geográficas; o comportamento e os estilos de vida da população local; seu estado de saúde, doença e as variantes do processo saúde-doença nos indivíduos; bem como os serviços de atenção à saúde de Porto Velho/RO. Foi realizada então, uma caracterização do perfil das pessoas que exercem e procuram essas práticas alternativas de saúde na cidade de acordo com esses determinantes, relacionando-os em seguida com os elementos do espaço supracitado.

Os mapas da cidade de Porto Velho/RO foram produzidos a partir da aplicação de Sistema de Informações Geográficas - SIG (utilizando o software ArcGIS 10.0), com base de dados georreferenciados, criando-se mapas analíticos que em conjunto, permitiram considerar um amplo espectro de informações e formular hipóteses e associações entre cada aspecto considerado (determinantes) e

os elementos do espaço analisado. Estas análises contaram com o auxílio da Estatística, através do Software de Estatística SPSS 8.0.

Também foram incluídas na presente pesquisa, figuras adaptadas do mapa de vulnerabilidade social de Soares (2016, p.74).

Os mapas e as figuras utilizadas pretendem, além de informar o leitor sobre a área estudada, trazer informações complementares sobre a distribuição dos serviços de saúde da medicina moderna (unidades públicas de saúde), a distribuição e organização socioeconômica da cidade, a relação com as características do meio urbano, bem como, a distribuição geográfica dos protagonistas tradicionais (benzedeiras/ores) e modernos (intercessoras/ores), além de sua área de abrangência e influência na região.

A figura 02 representa o modelo adotado para análise das estruturas nesta tese, seus determinantes e as suas variáveis empíricas.

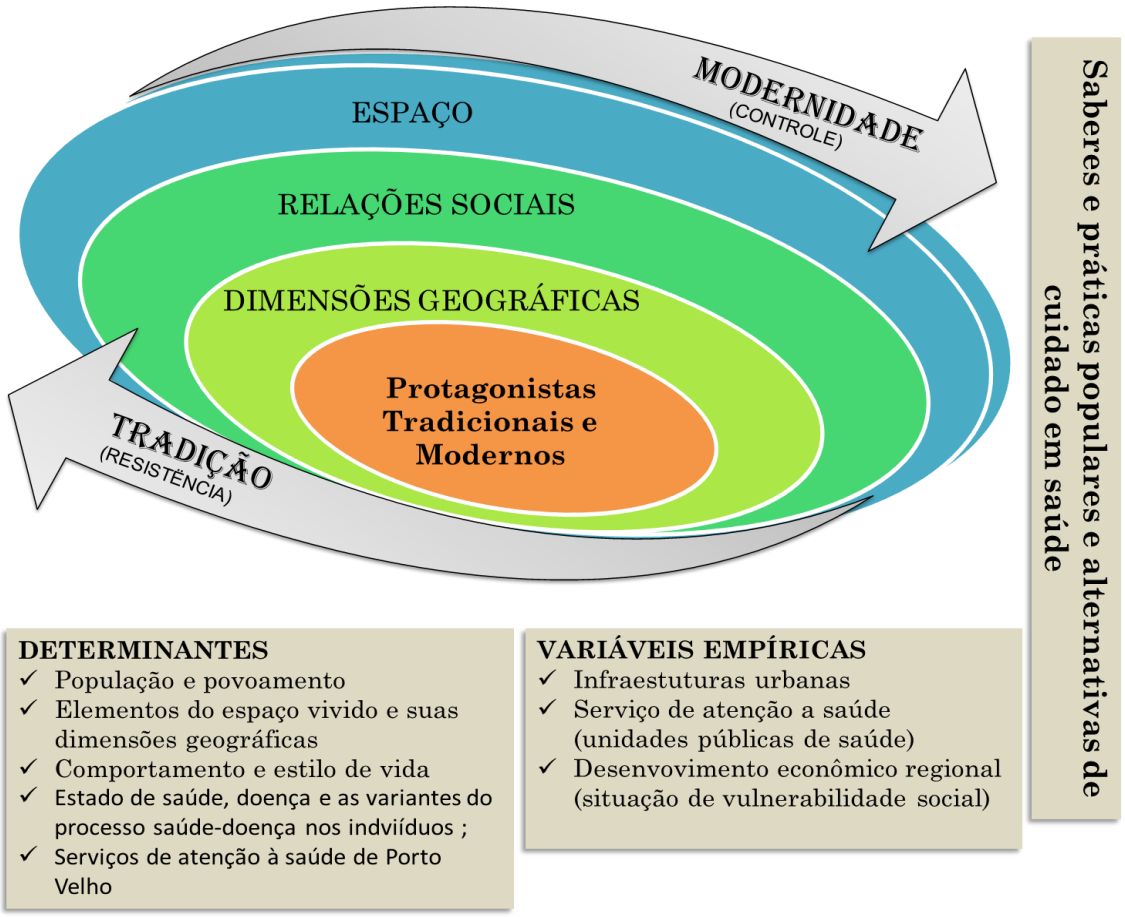


Figura 02: Esquema metodológico da pesquisa
Fonte: DELANI, Daniel. Elaborado e organizado em 25 de agosto de 2018.

Observa-se que tradição e modernidade convivem no mesmo espaço. A modernidade emprega novos mecanismos de controle social, enquanto a tradição posiciona-se como forma de resistência a esse fenômeno.

No centro destes conflitos, encontram-se os protagonistas tradicionais e modernos da tese, que utilizam a reza e a oração como terapia alternativa ao tratamento de doenças que afetam o sujeito e a sociedade. A ausência de um (sistema médico oficial; modernidade), favorece a ocupação do outro (terapias alternativas de saúde; tradição), no espaço.

Trata-se de um jogo de oposições, presenças e ausências que constitui uma estrutura, onde o todo e as partes são interconectados, de tal forma que as modificações que ocorrem num dos elementos constituintes, implicam modificações em cada um dos outros e do próprio conjunto.

As relações entre as dimensões geográficas e o processo saúde-doença, mais evidentes, foram checadas com informações obtidas na bibliografia, na pesquisa documental-estatística, nos trabalhos de campo ou através de consulta a especialistas.

A integração de todas as informações encontradas possibilitou uma visão geral (panorâmica) do comportamento do objeto de estudo, na cidade de Porto Velho/RO e sua relação com os determinantes e condicionantes ali presentes, permitiu ainda, o levantamento de hipóteses sobre as relações entre o espaço e a saúde da população.

Válido ressaltar que os aspectos éticos da pesquisa levaram em consideração as diretrizes da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada com o parecer número 2.444.839 pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Fundação Universidade Federal de Rondônia (anexo III).

Os participantes foram convidados a fazer parte da pesquisa através de contato direto com o pesquisador principal. A participação foi voluntária e condicionada à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O direito de sigilo e privacidade foi assegurado e mantido do início ao fim das etapas, deste roteiro metodológico. Os riscos associados à participação foram limitados à ocorrência de desconforto e/ou constrangimento diante de alguma pergunta.

CAPÍTULO 1

MODERNIDADE E TRADIÇÃO: ABORDAGENS DA GEOGRAFIA E DA SAÚDE HUMANA

1.1 Modernidade e Tradição: a Ciência e a Geografia Científica

Para entendermos a saúde é necessário observarmos o ser humano na sua totalidade psicofísica, são ou doente, considerado em si mesmo, nas suas relações e na sua interdependência com o espaço, seja ele físico, biológico e/ou social. Versar sobre a relação entre modernidade e tradição no cuidado à saúde humana requer, inicialmente, uma contextualização histórica baseada nos processos de evolução da ciência (especialmente a geográfica), e da sociedade moderna em que eles serão analisados.

Historicamente, Foucault (2005; 1999; 1996; 2010), em um plano estritamente teórico, aborda as diferentes transformações do poder, pelas quais passaram as sociedades ocidentais, para constituição da sociedade moderna. Ele distingue três regimes de poder que se apoiaram uns aos outros. O primeiro deles é a soberania régia, que apresenta um funcionamento essencialmente vertical, visto que o rei exerce um direto de vida e de morte sobre seus súditos. O segundo é o regime disciplinar, cuja função é inventar indivíduos produtivos em uma biopolítica (terceiro regime), que tem como objetivo encarregar-se da própria vida dos indivíduos por meio de conjunto de mecanismos e de saberes reguladores e corretivos.

De acordo com o autor, cada um desses três momentos remete a determinado tipo de sociedade, mas especialmente à maneira pela qual funcionam a dominação e as relações de forças. Cada nova configuração comparece com seu lote de novas partilhas, de novas categorizações, de novas exclusões, que se articulam e combinam entre si.

Foucault (2005), demonstra que o poder régio chega a inserir-se até o nível mais elementar de corpo social, a relação interindividual. Com efeito, cada indivíduo pode usar para si e contra os outros, várias possibilidades que esse tipo de poder e

alguns de seus privilegiados oferecem. Nesse modelo, toda a pessoa pode tornar-se para outra pessoa, um monarca terrível e sem lei.

Com o tempo, o poder régio não consegue mais responder aos novos problemas ligados ao crescimento da população, à crescente importância que as sociedades ocidentais atribuem a propriedade e mais genericamente, à progressiva expansão das riquezas que vai surgir, a partir do século XVII, com o desenvolvimento de uma economia de modo capitalista (CLAVAL, 1979; GOMES, 2010; SOJA, 1993).

A vigilância do soberano sobre o conjunto da sociedade tornou-se impossível. As malhas da rede são muito abertas e deixam escapar um número quase infinito de bens, de elementos e de comportamentos. Novas funções de controle e vigilância são desenvolvidas em resposta ao recrudescimento dos crimes econômicos, especialmente no que diz respeito às questões de pirataria (FOUCAULT, 2005; 2010). É necessário encontrar novos dispositivos técnicos capazes de trazer essas economias subterrâneas para debaixo de seu olhar, seja dramatizando-as, seja tornando-as perigosas para a estabilidade do corpo social (CLAVAL, 1979; LACOSTE, 1976).

Foucault (2010), destaca que revoltas esporádicas contra a autoridade criam-se; tornando-se necessário fundar um novo direito de punir, menos concentrado nas mãos de uma só pessoa e capaz de ser exercido em qualquer espaço e de maneira contínua, até o menor grão do corpo social. Finalmente, é a partir dessa demanda da população por uma nova modalidade de castigo que o autor observa o fim da antiga influência do poder régio sobre o corpo dos indivíduos e sua substituição pelas técnicas disciplinares que têm por função operar uma vigilância e um controle constante, sobre cada indivíduo, tomado isoladamente, tanto dos gestos quanto dos pensamentos.

Segundo Foucault (2005), essa é uma transição que não é da ordem de uma ruptura, como explica:

> Em uma sociedade como a sociedade feudal não se encontra nada de semelhante ao panoptismo[3]. Isto não quer dizer que em uma

[3] O Panopticon de Jeremy Bentham é a representação arquitetônica típica de tal período: um edifício em forma de anel, dividido em pequenas celas, no qual tudo o que era feito pelo indivíduo estava

> sociedade de tipo feudal ou nas sociedades europeias do século XVII não tenha havido instâncias de controle social e de punição e recompensa. Entretanto, a maneira pela qual elas se distribuíam era completamente diferente da maneira através da qual elas se instalaram no fim do século XVIII e no começo do século XIX (FOUCAULT, 2005, p. 103).

Enquanto o problema do poder régio é garantir a retenção antecipada de taxas, o da sociedade disciplinar é levar os indivíduos a sentirem as restrições como naturais e até mesmo, como desejáveis. As disciplinas deixam de ser apenas um princípio de coerção dos corpos, como aquela que, na Idade Média, era utilizada para responder aos perigos das cidades fustigadas pelas epidemias de peste. Doravante, as disciplinas têm como função de vigiar e corrigir as condutas classificadas como contraproducentes. Aqui, a ligação com a penetração do sistema capitalista na existência dos indivíduos é claramente estabelecida pelo autor:

> Tal como foi instaurado no século XIX, esse regime foi obrigado a elaborar um conjunto de técnicas políticas, técnicas de poder, pelo qual o homem se encontra ligado a algo como o trabalho, um conjunto de técnicas pelo qual o corpo e o tempo dos homens se tornam tempo de trabalho e força de trabalho e podem ser efetivamente utilizados para se transformar em mais-valia. Mas para haver mais-valia é preciso haver subpoder. É preciso que, ao nível mesmo da existência do homem, uma trama de poder político microscópico, capilar, se tenha estabelecido fixando os homens ao aparelho de produção, fazendo deles agentes da produção, trabalhadores (FOUCAULT, 2005, p.125).

A formação da sociedade disciplinar é caracterizada pelo aparecimento, no final do século XVIII e início do século XIX, de dois fatos classificados por Foucault (2005), como contraditórios, ou melhor, de um fato que tem dois aspectos, dois lados aparentemente contraditórios: a reforma psicológica e moral das atitudes e do comportamento dos indivíduos e a reorganização do sistema judiciário e penal nos diferentes países da Europa e do mundo.

---

exposto ao olhar de um vigilante, que ninguém poderia ver. Este tipo de poder pode receber o nome de panoptismo, que não repousa mais sobre o inquérito, mas sobre o exame (FOUCAULT, 2010).
O Panóptico automatizou o poder ao infundir naquele que é observado uma sensação consciente de uma vigilância permanente. A arquitetura cria e mantém uma relação de poder que não mais depende daquele que o exerce. Os vigiados são presos em um sistema no qual eles mesmos são portadores das relações que os submetem. Em outras palavras, aquele que "[...] está submetido a um campo de visibilidade, e sabe disso, retoma por sua conta as limitações do poder; fá-las funcionar espontaneamente sobre si mesmo; [...] torna-se o princípio de sua própria sujeição" (FOUCAULT, 2010, p. 192). O Panóptico dá ao poder a oportunidade de empreender novas experiências, modificar o comportamento de indivíduos, domesticá-los através de técnicas democraticamente controladas.

Esta transformação não apresenta as mesmas formas, a mesma amplitude e a mesma cronologia nos diferentes países (CLAVAL, 1979; GIDDENS, 1991; BERMAN, 1986; LACOSTE, 1976). O comportamento dos indivíduos, nesse momento, é marcado pela nova distribuição espacial e social da riqueza industrial e agrícola.

Ao reforçar a posição da burguesia, o desenvolvimento do capitalismo provoca o advento de novos quadros jurídicos e éticos. A acumulação de homens e a acumulação de capital não podem ser separadas; não teria sido possível resolver o problema da acumulação de homens sem o crescimento de um aparelho de produção capaz, ao mesmo tempo, de entretê-los. Contrariamente, as técnicas que tornam útil a multiplicidade cumulativa de homens, aceleram o movimento de acumulação de capital (CLAVAL, 1979; FOUCAULT, 2010).

Nesse momento da história, Dardel (2011, p.10) destaca que houve uma espécie de encurtamento do mundo, o que gerou uma perturbação dos dados políticos e econômicos na sociedade. Nesse cenário, Foucault (2010) afirma que a disciplina surge para (re)estabelecer a ordem social. Dentre suas técnicas, destacam-se: a cerca, o quadriculamento e as localizações funcionais.

Pouco a pouco um espaço administrativo e político articularam-se em espaço terapêutico, individualizaram os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes. Constitui-se um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. “Nasce a disciplina, um espaço útil do ponto de vista médico” (FOUCAULT, 2010, p. 139).

Na disciplina, os elementos são intercambiáveis, pois cada um define-se pelo espaço que ocupa na série e pela distância que o separa dos outros. A unidade não é nem o território, nem o lugar, mas uma espécie de posição na fila, outra técnica de distribuição dos indivíduos no espaço. A fila é o espaço que alguém ocupa numa classificação, o ponto em que se cruzam uma linha e uma coluna, o intervalo numa série de intervalos que se pode percorrer sucessivamente (FOUCAULT, 2010). Outros autores, como Bollnow (2008) e Dardel (2011) enriquecem essa discussão.

Diante do exposto, entende-se disciplina como uma política dos corpos, voltado para o estabelecimento de um padrão de comportamento. Política esta que

age por meio de instrumentos diversos, como o controle do espaço, a regulação dos usos, as normas, os currículos e mesmo a tradição. Trata-se de uma técnica para transformação dos arranjos espaciais. Através da disciplina, criam-se espaços complexos e ao mesmo tempo, arquiteturais, funcionais e hierárquicos. Estabelecem-se quadros vivos que transformaram as multidões confusas em multiplicidades organizadas. Seus dois constituintes principais são: a distribuição e análise e o controle e a inteligibilidade. A disciplina permite, ao mesmo tempo, a caracterização do indivíduo em indivíduos e a colocação, em ordem, de uma multiplicidade dada.

Esse novo modelo social evolui para uma estatização do biológico, a formação de um governo da vida. A biopolítica, terceiro regime que molda a sociedade moderna, na obra de Foucalut (2005), nasce da crescente intervenção do Estado na vida dos indivíduos. O autor chama a atenção para o modo como os vários processos tidos como naturais, na vida das pessoas (natalidade, morbidade, expectativa de vida, fecundidade, estado de saúde e doenças) convergem-se para constituir um objeto de regulamentação do Estado.

Nas políticas de regulamentação da vida, o indivíduo é abordado por suas características biológicas ou biossociológicas. Assim, as políticas desse poder sobre a vida, o biopoder, vão ser classificadas de biopolíticas. A sociedade dos séculos XVII e XVIII poderia segundo Foucault (2010; 2005; 1999), ser chamada de sociedade de normalização.

Esse regime instala-se no contexto da revolução econômica e produtiva com o crescimento demográfico (CLAVAL, 1979; GOMES, 2010; SOJA, 1993). Há nele, uma transformação estratégica na forma de apropriação e instrumentalização da vida e das populações. Nesse momento, desenvolvem-se, no seio da sociedade moderna, as grandes reformas políticas e institucionais.

Surgem as políticas públicas de saúde e de higiene urbana, a medicina urbana, o desenvolvimento da disciplina escolar e fabril, a moralização e higienização das ruas (GUIMARÃES, 2000). O controle sobre a vida e a morte que simbolizava o poder soberano é recoberto pela administração dos corpos e pela gestão sobre a vida (FOUCALT, 2005).

Para Foucault (2010), o investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica. É na força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação, mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível, se ele está preso num sistema de sujeição, onde a necessidade é também um instrumento político, cuidadosamente organizado, calculado e utilizado. Claval (1979) amplia essa discussão ao articular o poder como instância chave às relações espaciais que se desenvolvem no interior de uma sociedade.

O corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e submisso. Essa sujeição não é obtida só pelos instrumentos da violência ou da ideologia, pode muito, bem ser direta e física, sem no entanto, ser violenta. Pode ser calculada, organizada, tecnicamente pensada e sútil, sem fazer uso de armas, nem do terror. Há um “saber” do corpo que não é exatamente a ciência de seu funcionamento, mas sim a capacidade de vencê-las (FOUCAULT, 2010, p.30).

Esse saber e esse controle configuram uma tecnologia política do corpo. Para Foucault (2010), essa tecnologia é difusa, raramente formulada em discursos contínuos e sistemáticos. Composta de muitas vezes de peças ou de pedaços, utiliza um material e processos sem relação entre si. Apesar da coerência de seus resultados, ela não passa de uma instrumentação multiforme, além disso, aparelho do Estado.

O Estado recorre a ela, utiliza-a, valoriza-a e impõe algumas de suas maneiras de agir. Todavia, ela mesma, em seus mecanismos e efeitos, situa-se num nível completamente diferente. Trata-se, de alguma maneira, de uma microfísica do poder posta em jogo pelos aparelhos e instituições, mas cujo campo de validade coloca-se, de algum modo, entre esses grandes funcionamentos e os próprios corpos com sua materialidade e suas forças.

Essa forma de poder intervém diretamente sobre os elementos aleatórios que atravessam uma população mediante medidas preventivas e corretivas. Não se trata mais de apenas disciplinar o indivíduo, mas garantir que ele seja regulado. Portanto, com a biopolítica, não existe desaparecimento do poder disciplinar, mas especialmente um ajuste de microtécnicas disciplinares diante de uma nova

preocupação: a de velar pelo conjunto dos fenômenos vitais de uma população. Esses dois tipos de intervenção sobre o social, o disciplinar e a biopolítica, formam um sistema de engrenagem que reforça cada uma das duas lógicas. A disciplina consolida a biopolítica que, em troca, embasa o eixo das técnicas disciplinares e suas tentativas de majoração coextensiva das forças e da obediência de um indivíduo.

Autores como Giddens (1991, p.8), confirmam que a "modernidade refere-se a estilo, costume de vida ou organização social que emergiram na Europa a partir do século XVII e que ulteriormente se tornaram mais ou menos mundiais em sua influência". Isto associa a modernidade a um período de tempo e a uma localização geográfica inicial. O autor destaca a estonteante variedade de termos que têm surgido para esta transição, alguns dos quais se referem positivamente à emergência de um novo tipo de sistema social, tal como a "sociedade de informação" ou a "sociedade de consumo", mas cuja maioria sugere que, mais que um estado de coisas precedentes, chegou-se ao encerramento de um ciclo, "pós-modernidade", "pós-modernismo", "sociedade pós-industrial" e assim por diante.

Independente dos termos definidos para marcar esse período histórico, é unânime entre os autores que trabalham o conceito de modernidade, o importante papel desempenhado pelas instituições na conformação deste novo arranjo social (FOUCAULT, 2010; GIDDENS, 1991; BERMAN, 1986).

Para identificar as descontinuidades que separam as instituições sociais modernas das ordens sociais tradicionais, Giddens (1991) aponta as características que estão envolvidas nessa ortopedia social.

A primeira delas é o ritmo de mudança nítido que a era da modernidade põe em movimento. As civilizações tradicionais podem ter sido consideravelmente mais dinâmicas que outros sistemas pré-modernos, mas a rapidez da mudança em condições de modernidade é extrema.

A segunda descontinuidade defendida pelo autor é o escopo da mudança. Conforme diferentes áreas do globo são postas em interconexão, ondas de transformação social penetram virtualmente toda a superfície da Terra.

A terceira característica diz respeito à natureza intrínseca das instituições modernas. Algumas formas sociais modernas simplesmente não se encontram em períodos históricos precedentes, tais como o sistema político do estado-nação, a dependência por atacado, da produção de fontes de energia inanimadas ou a completa transformação em mercadoria de produtos e trabalho assalariado.

Para além dessas situações, Giddens (1991), destaca ainda que outras instituições têm apenas uma continuidade especiosa com ordens sociais pré-existentes. Um exemplo utilizado pelo autor é a cidade. Os modernos assentamentos urbanos frequentemente incorporam os locais das cidades tradicionais e isto faz parecer que meramente expandiram-se a partir delas. Na verdade, o urbanismo moderno é ordenado segundo princípios completamente diferentes dos que estabeleceram a cidade pré-moderna, em relação ao campo, em períodos anteriores.

É importante insistir no fato de que esta instituição possui como princípios fundamentais de legitimidade a isonomia, o bem comum e o estabelecimento de um equilíbrio entre os interesses públicos e privados. Todos esses princípios repousam na premissa de uma racionalidade intrínseca que constitui o eixo mais importante dessa época (GOMES, 2010).

O desenvolvimento das instituições sociais modernas e sua difusão em escala mundial criaram oportunidades bem maiores para os seres humanos gozarem de uma existência segura e gratificante que qualquer tipo de sistema pré-moderno.

A aceitação de regras comuns facilita a vida social. De acordo com Claval (1979, p.14), “liberta o indivíduo da obsessão da má fé: ele sabe que será tratado com justiça, enquanto as convenções forem respeitadas de parte a parte. Isso permite a ampliação da esfera da vida de relação”.

Todavia, a modernidade tem também um lado sombrio, que se tornou muito aparente nos séculos adiantes. Por meio de uma combinação da divisão do trabalho e do individualismo moral, por exemplo, os indivíduos foram sendo submetidos à disciplina de um labor maçante e repetitivo. Outro exemplo deste lado sombrio é o uso consolidado do poder político, particularmente como demonstrado em episódios de totalitarismo:

> Na estreita ascensão do fascismo, do Holocausto, do stalinismo e de outros episódios da história do século XX, revela-se que a possibilidade de totalitarismos é contida dentro dos parâmetros da modernidade ao invés de ser por eles excluída (GIDDENS,1991, p.14).

O espaço moderno é paradoxal e frequentemente esmaga a criatividade e a autonomia individual. Sobre ser moderno, Berman (1986, p.12-13), destaca que:

> [...] é viver uma vida de paradoxo e contradição. É sentir-se fortalecido pelas imensas organizações burocráticas que detêm o poder de controlar e frequentemente destruir comunidades, valores, vidas; e ainda sentir-se compelido a enfrentar essas forças, a lutar para mudar o seu mundo transformando-o em nosso mundo. É ser ao mesmo tempo revolucionário e conservador: aberto a novas possibilidades de experiência e aventura, aterrorizado pelo abismo niilista ao qual tantas das aventuras modernas conduzem, na expectativa de criar e conservar algo real, ainda quando tudo em volta se desfaz.

O autor complementa que ser moderno é encontrar-se em um espaço que promete aventura, poder, alegria, crescimento, autotransformação e transformação dos elementos ao redor. Ao mesmo tempo, é onde encontramos a ameaça de destruição de tudo o que temos; tudo o que sabemos; tudo o que somos. A experiência:

> [...] da modernidade anula todas as fronteiras geográficas e raciais, de classe e nacionalidade, de religião e ideologia: nesse sentido, pode-se dizer que a modernidade une a espécie humana. Porém, é uma unidade paradoxal, uma unidade de desunidade: ela nos despeja a todos num turbilhão de permanente desintegração e mudança, de luta e contradição, de ambiguidade e angústia (BERMAN, 1986, p.15).

Para ciência, os impactos da modernidade foram marcantes e paralelos a essa nova configuração espacial que se consolidava na sociedade. Reformas no modo de pensar e analisar o universo, como aquelas propostas por Kant (2009) e Descartes (2001), estabeleceram uma verdadeira revolução nesse campo. Surge uma realidade dualística, ou seja, a existência de dois mundos separados: o reino de extensão material, de caráter essencialmente geométrico e mecânico e o reino da substância do pensamento, que não possui extensão.

Esse distanciamento promoveu um verdadeiro abismo entre os saberes e práticas tradicionais de cuidado em saúde, que não podiam ser legitimadas, com as

práticas da medicina moderna, que acabou por consolidar-se como o sistema médico oficial.

O século XVII é parte de uma corrente pós-medieval que marca o auge da Revolução Científica, em que principais investigadores da época, começam a identificar e questionar a falta de base de muitas crenças. O método definido por Descartes (2001), permitiu uma reflexão e possibilitou a eliminação dos aspectos que eram considerados subjetivos ao raciocínio empregado na época.

No campo próprio da ciência geográfica, um dos principais autores a trabalhar a questão da modernidade e o impacto desse projeto na área da Geografia, foi Gomes (2010). O autor demonstra, através de obras clássicas, o desenvolvimento e as contribuições de seus principais autores nos dois últimos séculos, forjada no interior de um contexto epistemológico em suas múltiplas relações. O autor revela as descontinuidades contidas na natureza das coisas e dos processos de evolução. Também aborda, de forma privilegiada, a definição progressiva do objeto da geografia, assim como, as transformações metodológicas que contribuíram em sua constituição.

Em Gomes (2010), existem dois polos epistemológicos da modernidade, os quais constroem suas individualidades. O primeiro é oriundo do projeto de ciência fundado no Século das Luzes, cuja ideia central desta concepção é a universalidade da razão. O outro polo também nasceu no Século das Luzes, mas opõe-se absolutamente à concepção racionalista, seu valor é o particular, pois, segundo essa perspectiva, um fato só adquire significado, no interior de um contexto singular. O sentimento, a empatia, a identidade são instrumentos epistemológicos tão importantes quanto o raciocínio lógico. A primeira via é seguida pelo Iluminismo e a segunda desenha-se no seio Romantismo.

Gomes (2010) destaca que, diferentemente da filosofia da ciência, o campo de intervenção da epistemologia, mais modernamente admitido, é a análise crítica da validade e da eficácia dos conceitos fundamentais e portanto, dos princípios e dos resultados da pesquisa científica. Salienta que a meta é focalizar um aspecto dado na evolução do pensamento científico: o da oposição entre as correntes

epistemológicas que colocam em jogo o papel da racionalidade no discurso da ciência moderna, uma disputa de poder.

Para Gomes (2010), os elementos da estrutura do mito da modernidade são constituídos de três princípios fundamentais: o caráter de ruptura, a imposição do novo e a pretensão de alcançar a totalidade. Para o autor, os fundamentos da modernidade e seus gêneros de limitação apresentam uma perspectiva espacial e temporal.

A reestruturação do poder na constituição do Estado moderno e a separação entre o público e o privado são elementos constitutivos que moldaram a nova configuração social (BERMAN, 1986; CLAVAL, 1979; GIDDENS, 1991; FOUCAULT, 2005; 2010). Gomes (2010), explica que as bases ideológicas dessa nova sociedade podem ser exemplificadas através das mudanças de perspectiva sobre os núcleos urbanos. Acrescenta que o movimento revolucionário do Século das Luzes impôs uma luta entre a tradição e o novo, entre a razão e a emoção, como uma metáfora válida para tudo que for concebido dentro da esfera da modernidade.

Sobre os textos geográficos que fazem referência ao fato moderno, Gomes (2010), destaca que há certa insistência em identificar a modernidade com a mundialização da economia, a urbanização, a metropolização, com o papel dos transportes e da comunicação. Todavia, suas análises restringem-se às características que podem esclarecer a constituição de um discurso geográfico dentro da modernidade. Segundo ele, o pensamento científico moderno é a própria essência da modernidade, ou seja, sua testemunha mais eloquente.

As marcas fundamentais da ciência racionalista residem na natureza do saber. Para que a ciência pudesse ser fundada sobre a excelência do método, outra contradição deveria ser realizada, como “o estabelecimento de uma distância entre o sujeito conhecedor e o objeto deste conhecimento” (GOMES, 2010, p.69).

Os fundamentos dessa ciência e a associação da modernidade aos filósofos do século XVIII, como Descartes, Locke, Newton, Spinoza e Leibniz são compartilhados por autores que abordam o assunto em seus livros (GOMES, 2010; CLAVAL, 2011a). A ciência adquire uma nova importância nesse período, marcada pelo nascimento de sociedades científicas que criavam e difundiam novas ideias. Nesse cenário, a geografia surge e procura estabelecer uma lógica na ordem natural e suas possíveis relações com a dinâmica da organização social.

Ao abordar a natureza organismo e a ciência progressiva, Gomes (2010), destaca o papel do positivismo, herdeiro da ciência do Século das Luzes, o qual propõe um conhecimento normativo, por meio da enunciação de leis gerais, de procedimentos uniformes e da obediência a uma racionalidade estrita. Trata-se de uma doutrina geral que coloca em relação, o desenvolvimento de três termos: sociedade, natureza e ciência. Segundo o autor:

> O saber científico é sempre um produto da interface entre um conjunto de regras determinadas, o método e o objeto. Desses princípios, obtém-se uma ciência modalizadora que rearranja através do raciocínio lógico os dados de uma experiência ou fato (GOMES, 2010, p.94).

Outras correntes abordadas pelo autor são filosofia da natureza e o romantismo. Ambas constituem uma maneira particular de conceber a ciência e diferenciam-se das correntes racionalistas, justamente, pelo método, os temas e a finalidade dos conhecimentos produzidos. Sobre a corrente hermenêutica, destaca que sua importância foi sendo pouco a pouco deslocada do objeto (texto) para o sujeito (hermenêutica). Nessa corrente, compreender é também alcançar uma significação, explicar o obscuro, revelar uma essência, os fatos são expressivos por serem portadores de sentido. O romantismo e a hermenêutica desencadearam uma revolução cultural na ordem das ciências sociais que "abriu novas dimensões à consciência de si constitutiva da modernidade" (GOMES, 2010, p.114), possibilitando a realização/elaboração de trabalhos acadêmicos, como a tese aqui apresentada.

Gomes (2010), embasado em uma análise sobre as obras de Humboldt, Ritter, Ratzel, Vidal de la Blanche, Carl Sauer, Marx e outros grandes nomes da ciência moderna, conclui que no desenvolvimento da geografia sobraram antagonismos. Estes, a despeito de suas diferenças, podem ser analisados como a expressão de uma dualidade fundamental entre dois polos epistemológicos característicos e correspondentes a duas concepções diferentes da atividade científica.

> As correntes do pensamento geográfico moderno articulam-se em torno de uma estrutura similar, na qual são encontradas a mesma refutação da tradição ou do antigo, uma mesma pretensão a ultrapassar as “velhas” dicotomias, e uma mesma certeza de alcançar uma verdade cientifica superior (GOMES, 2010, p.340).

Ultrapassar a modernidade significa renunciar à estrutura das revoluções, à sua dinâmica; é tomar consciência de que o novo é um discurso sobre as coisas que

traz nele mesmo, a crônica anunciada de seu envelhecimento. Não se trata de um retrocesso da sociedade, da ciência ou da própria geografia, mas de atribuirmos a esses elementos, um novo sentido no contexto atual. Essa é uma das pretensões da presente tese.

O desenvolvimento da ciência geográfica no século XIX é uma das manifestações características do espírito moderno no ocidente. O indivíduo e o espaço estão ligados por uma relação concreta, no modo de sua existência e de seu destino “geograficidade” (DARDEL, 2011, p.01). Desta maneira, devemos pensar as relações essenciais que nos ligam a tudo que nos cerca.

A geografia convida o indivíduo a dar à realidade geográfica a um tipo de animação e de fisionomia em que ele reveja sua experiência humana social.

Os geógrafos conceberam sua disciplina como um estudo das relações do indivíduo e da natureza. Os resultados a que chegaram eram substanciais, mas certos aspectos do real lhes escapavam. Eles apreendiam a sociedade do exterior, em termos de densidade, do ambiente construído, das organizações espaciais. Eles não observavam as estruturas sociais, os processos de decisão e os jogos de poder dos diferentes autores (CLAVAL, 1979; GOMES, 2010).

A industrialização e a urbanização obrigaram a repensar a geografia. O instrumento de análise constituído pela noção de gênero de vida, pouco aplica-se a sociedade moderna. O problema não é mais explorar as relações entre os grupos humanos e a natureza, mas levar em conta o papel do Estado nas sociedades, nas quais, a mobilidade e a circulação desempenham um papel crescente. Num mundo mais profundamente humanizado, a geografia deve partir dos indivíduos e não mais, dos lugares.

Entende-se que fazer geografia hoje é debruçar-se sobre os desafios com os quais a humanidade é confrontada; é explorar as mudanças de atitude em que ela deve efetuar; é imaginar as novas normas as quais deve dotar-se. É participar a refundação do pacto que une o ser humano ao espaço, em que os faz viver. É tentar identificar o sentido de sua existência no mundo livre de seus enclausuramentos tradicionais que foram forjados na constituição desta sociedade moderna. O que importa, antes de tudo, é o despertar de uma consciência geográfica, por meio das diferentes percepções e intuitos sob cujo espectro apresenta-se o indivíduo e a fisionomia do espaço.

1.2 Contribuições do espaço e o advento da medicina moderna

A nova geografia proposta, dentro desse contexto apresentado anteriormente, evidencia as dimensões espaciais. Ela ajuda a melhor compreender os desdobramentos que se estabelecem na dinâmica do poder. Ela ainda torna inteligível o papel das relações institucionalizadas na organização dos grupos dotados de uma estrutura, de uma arquitetura social. Trata-se de "uma velha dama que, pelas metamorfoses sucessivas, não para de rejuvenescer. Sua vocação é universal: trata da superfície terrestre em sua totalidade" (GOMES, 2010, p.373).

A vida social inscreve-se no espaço e no tempo. É feita de ação sobre o meio ambiente e de interação entre os indivíduos, além de colocar em relação seres que, para subsistir, devem recolher do ambiente, os alimentos, a energia e as matérias primas que lhes são indispensáveis. Assim, o espaço intervém de várias maneiras na vida social e nas relações de poder que ali, estabelecem-se.

Claval (1979, p.11) salienta que "poder alguma coisa é estar em condições de realizá-la". Para o autor a análise do poder deve incluir uma gama de ações que se sabe praticar para modificar o espaço, explorá-lo e dele tirar o necessário à vida. Poder não é apenas estar em condições de realizar por si mesmo algo, é também, ser capaz de fazer com que sejam realizados por outros, em uma dinâmica estritamente social.

O espaço intervém de várias maneiras na vida social, portanto, no jogo de poder, é ele, um dos apoios privilegiados da atividade simbólica.

> O espaço é percebido e valorizado de forma diversa pelos que o habitam ou lhe dão valor: à extensão que ocupam, percorrem e utilizam se superpõe, em seu espirito, aquela que conhecem, amam e que é para ele signo de segurança, motivo de orgulho ou fonte de apego. O espaço vive assim sob forma de imagens mentais; elas são tão importantes para compreender a configuração dos grupos e forças que os trabalham quanto às qualidades reais do território que ocupam (CLAVAL, 1979, p.20-21).

Dentro desta perspectiva, autores como Dardel (2011), e Bollnow (2008), enriquecem a discussão sobre a importância do espaço na forma como ele modela a sociedade e as diferentes relações que ali organizam-se e estruturam-se. O espaço aparece, essencialmente, qualificado por uma situação concreta que afeta o indivíduo e o modo de sua existência.

O espaço geográfico de Dardel (2011), é único, tem nome próprio, tem um horizonte, uma modelagem, cor e densidade. Ele é líquido ou aéreo, largo ou estreito, ele limita e resiste. Pode ser talhado na matéria ou em uma substância móvel e invisível. A situação do indivíduo supõe um espaço onde ele move-se, um conjunto de relações e de trocas, direções e distâncias que fixam de algum modo, o lugar de sua existência.

Dardel (2011), revela-nos que a geografia tem por objeto esclarecer os signos, espécie de texto que a geografia busca decifrar da terra. Em suas análises ele explora as relações geográficas no mundo real e imaginário. Destaca ainda, que na fronteira desse universo, insere-se a atividade humana, que abre conteúdo simbólico à liberdade do espírito. Da mesma maneira, salienta que a geografia não implica somente no reconhecimento da realidade em sua materialidade, ela conquista-se como técnica de irrealização, sobre a própria realidade e convida o indivíduo a dar à realidade geográfica, um tipo de animação e de fisionomia em que ele reveja sua experiência humana, interior ou social e enfatiza que entre o indivíduo e a terra permanece uma espécie de cumplicidade no ser.

O espaço é preenchido com significados nas relações vitais de atuações opostas e esses significados, por sua vez, mudam de acordo com os diferentes lugares.

A relação do indivíduo com a natureza abrange muito mais do que a simples interação de consumo e implantação das ações humanas, cada um tem suas próprias características, que, interagem entre si, formando assim o espaço em uma dimensão temporal com valor histórico. A vida estende-se no espaço sem ter, necessariamente, uma extensão geométrica em sentido restrito. Para viver, precisamos de extensão e perspectiva. Para o desenvolvimento da vida, o espaço é tão essencial quanto tempo (BOLLNOW, 2008).

Para este autor, o espaço não é homogêneo, ele é composto de um ponto central ligado ao corpo humano e seu movimento, ou seja, ele concentra-se na sensibilidade, vitalidade e espiritualidade do indivíduo e é onde desenvolve-se e expressa a atividade humana. Esse espaço é permeado por uma série de significados de relações vitais de atuações opostas que são a expressão de um grupo social e de um indivíduo. Logo, se caracteriza por vários elementos, cada um desses elementos destinado a uma sensação diferente. Assim, configura-se como

um recipiente de todas as atividades dos seres vivos e também objeto de transformações e ordenamentos.

Os fatos do poder tem dimensão espacial que se relacionam com os elementos por eles incorporados. São fatos de organizações que implicam a mobilização de recursos físicos, embora dependam indiretamente da maneira pelas quais, estes, são explorados e empregados pela sociedade.

A geografia transforma as relações dos grupos com o espaço e permite tornar reais os desenhos ou planos de antemão imaginados e preparados, fornece aos seus responsáveis a possibilidade de analisar seus elementos de maneira muito mais acordada e muito mais sútil do que era, até então, possível.

O espaço tem um papel central na vida das pessoas. O espaço da vida cotidiana, por exemplo, confere um sentido de pertencimento a um grupo local, pois ele tem um papel central na construção das identidades: somos semelhantes por que nascemos num mesmo lugar, frequentamos os mesmos espaços, falamos o mesmo idioma, fazemos parte do mesmo grupo. A história do vizinho é semelhante à minha (BOLLNOW, 2008).

A vida social se desenvolve no espaço: inserir-se em um grupo, desenvolver atividades no seu seio, são situações que têm dimensões geográficas.

Claval (2011b, p.83) destaca que:

> O espaço modela a vida humana de uma maneira complexa e diversa. Cada um tem de desenvolver conhecimentos múltiplos para se orientar, explorar o meio ambiente, inserir-se no tecido social. A sua experiência espacial forja, pelo menos em parte, a sua identidade, e contribui para dar um sentido à sua vida.

A ampliação das perspectivas da nova geografia aos domínios sociais e políticos dá uma apreensão eficaz sobre esses aspectos da realidade. Para definir um grupo social, a determinação dos sistemas de relações institucionalizadas empregados mostra quais os meios de que dispõe para exercer o domínio e controle de uma determinada sociedade. A análise do espaço acordado ao poder, à autoridade e às relações de influência, expõe os mecanismos utilizados, os volumes de informação que implicam e as despesas que pesam sobre a sociedade moderna.

A nova geografia enriqueceu a disciplina para formação da sociedade moderna. Após ela, é impossível considerar grupos sociais como realidades cujo funcionamento não tem relação com a organização do espaço. Igualmente, é inconcebível não encarar os atores geográficos sob o ângulo das decisões que são

conduzidos a tomar e dos processos que as constrangem. Impossível enfim, não ver que, independente dos sistemas e os modos de organização política, o espaço dos indivíduos pesa fortemente sobre a vida social (CLAVAL, 2011b).

Não há como dissociar os acontecimentos envolvidos nestas relações sociais e espaciais sem relacioná-los, adequadamente, ao processo de evolução e interpretação da medicina e da saúde humana, ao longo da história.

No decorrer dos últimos séculos, a medicina passou por grandes transformações, simultaneamente políticas e ideológicas, de grande amplitude. Ela teve reconhecido um lugar privilegiado no aparelho do Estado e envolveu-se, cada vez mais, na existência do indivíduo ao participar, especialmente, da construção de novos quadros normativos, contribuindo para a invenção de um novo dever, o dever de ter boa saúde (BUSS, 2000). Igualmente, os avanços técnicos e tecnológicos influenciaram na consolidação da medicina moderna e nas crenças que ela suscita.

As observações de Foucault (2005; 1977), a cerca do processo de medicalização incidente sobre as sociedades ocidentais são uma oportunidade para entendermos porque, em quais condições e a que custo as exigências em termos de saúde, de bem-estar e de controle da aparência corporal, por exemplo, impõem-se hoje como evidências. É também a partir dessa crítica à evolução da medicina que o autor questiona a evolução da sociedade, quando põe em discussão a natureza e a função dos dispositivos disciplinares. A produção médica é vista como um processo ininterrupto e restritivo que engendra uma ordem social e regulamenta as rotinas cotidianas.

Foucault (1999), aborda o conjunto dos gestos pelos quais a doença foi nomeada, isolada, demarcada e administrada a partir do século XVIII. Apoiado em uma crítica ao funcionamento das instituições de tratamento, cuja função é contribuir com o governo geral das populações, o autor realiza uma análise sobre a evolução das condições de possibilidade de um discurso científico sobre a vida e sobre o indivíduo.

A experiência médica moderna ainda questiona-se sobre a transformação da antiga medicina das nosologias, que via o corpo negativamente, a ponto de apagá-lo da relação terapêutica, em uma medicina anatomoclínica que, por meio da dissecação dos corpos, possibilitou relativizar o conceito de morte, em medicina. Ela

não é mais “a grande ameaça sombria na qual se abolem o saber e habilidade do médico”, mas uma nova possibilidade de exercício (FOUCAULT, 1977, p.149).

> Os tratados do século XVIII, instituições, aforismos, nosologias encerravam o saber médico em um espaço fechado: o quadro formado podia não se completar nos detalhes ou, por ignorância, estar em desordem em alguns pontos; em sua forma geral, era exaustivo e fechado. Ele é agora substituído por quadros abertos e indefinidamente prolongáveis (FOUCAULT, 1977, p.32).

Para o autor, esse quadro é desenhado em um plano de trabalho coletivo que compreende quatro séries paralelas e sem limites. A primeira delas é o estudo das topografias (a situação dos lugares, o terreno, a água, a sociedade e o temperamento dos habitantes); a segunda corresponde a observações meteorológicas (pressão, temperatura, regime dos ventos); a terceira diz respeito à análise das epidemias e das doenças dominantes e por fim, a quarta, corresponde à descrição dos casos extraordinários. O tema da Enciclopédia cede lugar ao de uma informação constante e constantemente revisada, em que se trata mais de totalizar os acontecimentos e sua determinação, do que de fechar o saber em uma forma sistemática.

Outros fatores participam dessa recomposição geral dos saberes sobre os indivíduos. Ao final do século XVIII, entre os quais, a filosofia vitalista ou até as numerosas tentativas de reorganização arquitetônica dos hospitais em que Foucault (2010; 1977; 2005), toma como prova da focalização política, social e econômica da sociedade moderna rumo a um projeto de sociedade resolutamente higienista.

Para melhor compreensão dessa reestruturação, Foucault (2005) aborda os elementos que serviram de alicerce para a formação de uma medicina classificada pelo autor como social.

Foucault (2005, p.58) considera que as etapas que foram responsáveis pelo surgimento desta Medicina Social (base da atual medicina moderna) correspondem: “medicina de Estado”, que se desenvolveu, sobretudo na Alemanha, no começo do século XVIII; “medicina urbana”, representada pelo exemplo da França no século XVIII e finalmente, “medicina da força de trabalho”, fruto da revolução industrial na Inglaterra nos séculos XVIII e XIX.

Nesse momento, exploraremos os aspectos constitutivos e fundamentais de cada uma dessas etapas e como elas convergiram para formar o alicerce da medicina moderna, de acordo com a perspectiva teórica desse autor.

A medicina de Estado, primeira das etapas, buscou, além dos recursos naturais de uma sociedade, entender o funcionamento geral de seu aparelho político. Os inquéritos sobre os recursos e o funcionamento dos Estados foram uma especialidade, uma disciplina alemã do século XVIII. A expressão significa o conjunto dos procedimentos pelos quais o Estado extraiu e acumulou conhecimentos para melhor assegurar seu próprio funcionamento, como objeto de conhecimento e como instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos.

> Desde o final do século XVI e começo do século XVII todas as nações do mundo europeu se preocuparam com o estado de saúde de sua população em um clima político, econômico e científico característico do período dominado pelo mercantilismo. O mercantilismo não sendo simplesmente uma teoria econômica, mas, também, uma prática política que consiste em controlar os fluxos monetários entre as nações, os fluxos de mercadorias correlatos e a atividade produtora da população. A política mercantilista consiste essencialmente em majorar a produção da população, a quantidade de população ativa, a produção de cada indivíduo ativo e, a partir daí, estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a entrada no Estado da maior quantidade possível de moeda, graças a que se poderão pagar os exércitos e tudo o que assegure a força real de um Estado com relação aos outros (FOUCAULT, 2005, p.48).

A polícia médica que é programada na Alemanha em meados do século XVIII e será efetivamente posta em aplicação no final do século XVIII e começo do século XIX, consiste em um sistema completo de observação da morbidade; um fenômeno importante de normalização da prática e do saber médicos; uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos e a criação de funcionários médicos nomeados pelo governo com responsabilidade sobre uma região, seu domínio de poder ou de exercício da autoridade de seu saber (FOUCAULT, 2005).

Na análise desse autor, essa medicina de Estado não teve por objeto a formação de uma força de trabalho adaptada às necessidades das indústrias que se desenvolviam naquele momento. Não é o corpo que trabalha, o corpo do proletário que é assumido por essa administração estatal da saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente, o Estado. É a força, não do trabalho, mas estatal, a força do Estado em seus conflitos, econômicos e políticos com seus vizinhos. É essa força estatal que a medicina devia aperfeiçoar e desenvolver. Há uma espécie de solidariedade econômica e política nesta preocupação da medicina de Estado.

Em síntese, nesse modelo, a medicina é exercida de maneira móvel e constante ao buscar encontrar uma solução para recorrência das epidemias. Novos procedimentos de vigilância das populações são estabelecidos nesse contexto. Essa saída dos médicos para fora do hospital tem efeitos sobre o saber médico em seu conjunto. Trata-se de uma organização estatal pela normalização da profissão e pela subordinação dos profissionais a uma administração (FOUCAULT, 1977).

A segunda etapa no desenvolvimento da medicina social é representada pelo exemplo da França, onde, em fins do século XVIII, aparece uma medicina social que não parece ter, por suporte, a estrutura do Estado, como na Alemanha, mas um elemento inteiramente diferente: a urbanização.

De acordo com Foucalt (2005), as cidades francesas no final do século XVIII, entre 1750 e 1780, não formavam uma unidade territorial homogênea, mas multiplicidades emaranhadas de territórios heterogêneos e poderes rivais. Paris, por exemplo, era uma região onde não se exercia um único poder, mas um conjunto de poderes senhoriais detidos por leigos, pela Igreja, por comunidades religiosas e corporações, poderes estes, com autonomia e jurisdição próprias. Além disso, ainda existiam os representantes do poder estatal: o representante do rei, o intendente de polícia e os representantes dos poderes parlamentares.

Assim, surge o problema da unificação do poder urbano. Segundo o autor, sente-se a necessidade, ao menos nas grandes cidades, de constituir a cidade como unidade, de organizar o corpo urbano de modo coerente e homogêneo, que dependa de um poder único e bem regulamentado. Por razões de interesse econômicos e políticos, nesse momento da história da medicina, resgata-se um modelo de intervenção muito bem estabelecido, mas raramente utilizado. Trata-se do modelo médico e político da quarentena.

A quarentena é aperfeiçoada pela técnica da disciplina nesse momento e usada como mecanismo de regulação homogênea e coerente. Ela traz segurança aos indivíduos diante do medo urbano, medo da cidade, angústia diante da cidade que vai caracterizar-se por vários elementos:

> [...] medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo, também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosas e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos, das caves sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo o perigo de desmoronar (FOUCAULT, 2005, p.48).

Desde o fim da Idade Média existia em todos os países da Europa um regulamento de urgência, a quarentena, que devia ser aplicado quando a peste ou uma doença epidêmica violenta aparecesse em uma cidade. Constituía-se de cinco princípios fundamentais: 1) todas as pessoas deviam permanecer em casa para serem localizadas em um único lugar; 2) a cidade devia ser dividida em bairros que se encontravam sob a responsabilidade de uma autoridade designada para isso; 3) esses vigias de rua ou de bairro deviam fazer, todos os dias, um relatório preciso ao prefeito da cidade para informar tudo que tinham observado; 4) os inspetores deviam, diariamente, passar em revista todos os habitantes da cidade e; 5) casa por casa, praticava-se a desinfecção, com a ajuda de perfumes que eram queimados (FOUCAULT, 2005).

Os objetivos da medicina urbana foram conforme Foucault (2005, p.53-54): a) “analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença”, lugares de formação e difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos; b) “controlar a circulação”, não necessariamente a circulação dos indivíduos, mas de todas as coisas e elementos presentes no espaço e c) “organizar as distribuições e sequências”, forma de organizar no espaço, os diferentes elementos necessários à vida comum da cidade.

A medicalização da cidade no século XVIII é importante porque permitiu à prática médica ser observada em contato com outras formas de fazer ciência. A medicina urbana que se estabelece não é entendida como uma medicina apenas dos indivíduos, corpos e organismos, mas uma medicina complexa que engloba as condições de vida e do meio de existência. É no seio desse modelo e momento histórico que advém o conceito de salubridade.

Assim, para Foucault (2005, p.55) salubridade não é sinônimo de saúde e sim “o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos”. É a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível aos indivíduos. É correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou ao contrário, prejudicar a saúde. Salubridade e insalubridade é o estado das coisas e do meio. Corresponde ao aperfeiçoamento do controle político-científico do espaço naquele período histórico.

A medicina social, cada vez mais envolvida na organização das cidades no século XIX, por meio da incorporação do conceito de salubridade, participa ativamente do controle das condições de vida das populações, da higiene pública, alimentação, habitação e do planejamento urbano geral. Uma nova atenção à salubridade pública, que não se traduzia exclusivamente nos termos de uma intervenção assegurada, unilateralmente, pelo Estado. Esse modelo tem como tarefa resolver os problemas decorrentes da urbanização.

As antigas doutrinas etiológicas passam a levar em conta, a questão do espaço como causa e origem das doenças (COSTA; TEIXEIRA, 1999). Esse novo conceito permite abordar o espaço em função do aleatório que se apresenta sob a forma de acontecimentos específicos.

A terceira etapa da medicina social, a medicina da força de trabalho, é analisada por Foucault (2005), circunscrita, como descrito anteriormente, no exemplo britânico. A medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último. As razões para essa mudança de paradigma são diversas. Segundo o Foucault (2005), a primeira delas é de ordem quantitativa, a aglomeração de pessoas em um único espaço não era ainda tão intensa para que na medicina, a pobreza aparecesse como perigo. Todavia, a razão mais importante destacada pelo autor (2005, p.55), é que “o pobre funcionava no interior da cidade como uma condição da existência urbana”.

> [...] os pobres da cidade eram pessoas que realizavam incumbências, levavam cartas, se encarregavam de despejar o lixo, apanhar móveis velhos, trapos, panos velhos e retirá−los da cidade, redistribui−los, vendê−los. [...] Eles faziam parte da instrumentalização dá vida urbana. Na época, as casas não eram numeradas, não havia serviço postal e quem conhecia a cidade, quem detinha o saber urbano em sua meticulosidade, quem assegurava várias funções fundamentais da cidade, como o transporte de água e a eliminação de dejetos, era o pobre. Na medida em que faziam parte da paisagem urbana, como os esgotos e a canalização, os pobres não podiam ser postos em questão, não podiam ser vistos como um perigo. No nível em que se colocavam, eles eram bastante úteis (FOUCAULT, 2005, p.55).

O pobre aparece como perigo para a saúde pública no segundo terço do século XIX. Nesse período, por razão inicialmente política, a população pobre torna-se uma força capaz de revoltar-se ou pelo menos, de participar de revoltas (FOUCAULT, 2005).

No século XIX encontrou-se um meio de dispensar, em parte, os serviços prestados pela população, com o estabelecimento, por exemplo, de um sistema

postal e um sistema de carregadores, o que produziu uma série de revoltas populares contra esses sistemas que retiravam dos mais pobres, a possibilidade de viver. Outro evento marcante foi a cólera de 1832, que começou em Paris e propagou-se por toda a Europa, ao cristalizar em torno da população proletária, uma série de medos políticos e sanitários (FOUCAULT, 2005).

A partir dessa época, segundo o Foucault (2005), decidiu-se dividir o espaço urbano em espaços pobres e ricos. A coabitação em um mesmo tecido urbano de desses atores-sociais foi considerada um perigo sanitário e político para a cidade, o que ocasionou a organização de bairros pobres e ricos, de habitações ricas e pobres. O poder político começou então, a atingir o direito da propriedade e da habitação privada.

É na Inglaterra que o desenvolvimento industrial e o do proletariado ocorreram de maneira mais rápida e importante, moldando a nova forma de medicina social. É essencialmente na Lei dos pobres que a medicina inglesa começa a tornar-se social, na medida em que, o conjunto dessa legislação comportava um controle médico sobre as classes menos favorecidas.

> [...] a partir do momento em que o pobre se beneficia do sistema de assistência, deve, por isso mesmo, se submeter a vários controles médicos. Com a Lei dos pobres aparece, de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a idéia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre (FOUCAULT, 2005, p.56).

Esse modelo de organização dá origem, segundo o Foucault (2005), a um serviço autoritário, não de cuidados médicos, mas de controle da população. O *health service* é o sistema que surge no seio dessa sociedade e que prolonga a Lei dos pobres. Tinham por função:

> 1) controle da vacinação, obrigando os diferentes elementos da população a se vacinarem; 2) organização do registro das epidemias e doenças capazes de se tornarem epidêmicas, obrigando as pessoas à declaração de doenças perigosas e; 3) localização de lugares insalubres e eventual destruição desses focos de insalubridade (FOUCAULT, 2005, p.56).

Enquanto a Lei dos pobres comportava um serviço médico destinado ao pobre enquanto tal, o *health service* tem como características não só atingir igualmente toda a população; como também, ser constituído por médicos que dispensam cuidados médicos que não são individuais, mas têm por objeto a população em geral; as medidas preventivas a serem tomadas e como na medicina urbana, envolvendo as coisas, os locais e o espaço social.

Esse modelo não foi bem aceito e gerou reações violentas da população e resistência popular. Essas resistências permanecem, inclusive, nos dias atuais, em que grupos contra as campanhas de vacinação, por exemplo, crescem no Brasil e no mundo.

Diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha do século XVIII, a medicina social nesse momento assume um papel que é essencialmente o controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná−las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas.

O sistema inglês é o alicerce do sistema médico moderno. Para Foucault (2005) a medicina moderna é uma medicina social que tem, em segundo plano, uma tecnologia do corpo social. Através dele, foi possível a união de três peças importantes: a assistência médica ao pobre, o controle de saúde da força de trabalho e o esquadrinhamento geral da saúde pública, o que permitiu às classes mais ricas protegerem-se dos perigos gerais. Igualmente, a medicina social inglesa permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial, destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa, encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la.

Nesse momento, agravou-se um quadro de iniquidade social, a medicina tendeu-se hegemonicamente a identificar-se com a crença da onipotência de uma técnica baseada na ciência positivista. Não houve o devido reconhecimento do hiato entre a vivência singular da saúde e da doença e as possibilidades de seu real conhecimento.

Isto produziu um problema importante da forma com que se configurou, historicamente, a utilização dos conceitos científicos na instrumentalização das práticas de saúde. Atribui-se predominância quase exclusiva à verdade científica nas

representações construídas acerca da realidade e principalmente, das práticas de saúde (CZERESNIA, 2009).

O conhecimento e a institucionalização das práticas de saúde pública configuram-se articulados com a medicina. O discurso desse modelo de assistência ocorreu no contexto de sociedades capitalistas e neoliberais. Czeresnia (2009), destaca que a configuração dos conhecimentos e das práticas nas sociedades modernas construíram representações científicas e culturais, conformaram os indivíduos para exercerem uma autonomia regulada, estimularam a livre-escolha de acordo com a lógica de mercado.

A saúde pública e a saúde coletiva surgem envolvidas nesse contexto desenhado por Foucault (2005), dentro desta lógica proposta por Czeresnia (2009). Seus conceitos são definidos "genericamente como campo de conhecimento e de práticas organizadas institucionalmente e orientadas à promoção da saúde da população" (CZERESNIA, 2009, p.44). Mais tarde, evoluem adquirindo perspectivas diferentes, relacionadas ao cuidado da saúde humana.

A atual ênfase da saúde pública é combater determinados estilos de vida, ainda que, aparentemente, reconhece a existência de pessoas concretas. Trata-se de uma forma moralista e normativa de abordagem, já que os grupos a que se destinam essas intervenções não são incorporados na construção ativa de modos de vida.

A saúde coletiva, por outro lado, não é vista como um modo de intervenção sobre o real, mas como um novo paradigma ou um modelo alternativo aos demais. Ela trabalha com grupos concretos abordados em sua dimensão social e cultural. Valoriza o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos. Seus principais núcleos formadores são:

> O apoio aos sistemas de saúde, à elaboração de políticas e à construção de modelos; a produção de explicações para os processos saúde/enfermidade/intervenção; e, talvez seu traço mais específico, a produção de práticas de promoção e prevenção de doenças (CAMPOS, 2000, p.225).

Promoção de saúde é um conceito tradicional, defendido por Leavell e Clark (1976), como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva. Está pautada nas relações entre a saúde e as condições de vida.

A perspectiva conservadora da promoção da saúde reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, ao delegar progressivamente, aos

indivíduos, a tarefa de tomarem conta de si mesmo. Um dos eixos básicos desse discurso é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Uma questão que se apresenta é qual concepção de autonomia é efetivamente proposta e construída. Há uma mudança nas formas de vigilância e controle que passam a ser baseadas no cálculo abstrato do risco (PETERSEN, 1997).

O conceito de risco nasce das incertezas da sociedade moderna (GIDDENS, 1991). Foucault (2005) não abordou diretamente esse conceito, mas evidenciou através do conceito de “governamentalidade” elementos que se manifestaram em várias práticas da nova saúde pública.

A extensão da medicalização é um poderoso revelador dos muitos problemas conexos às questões de saúde nas sociedades contemporâneas, especialmente nas relações complexas que a instituição médica mantém com as esferas política e econômica, particularmente nas pesquisas de rentabilidade e de produtividade dos sistemas de tratamento.

Uma grande contribuição de Foucault (2005), no campo da sociologia médica é ter permitido descrever a medicina como um destacado agente de controle social, especialmente, por meio de sua implicação na designação de novos perigos em que a sociedade pode incorrer.

A medicina moderna, ao levar em conta fatores de risco, abriu possibilidade de uma redefinição do espaço social em termos de ambiente portador de perigos, ampliando, assim, a gama de controles disciplinares e reforçando a marcação potencial de todo indivíduo. O acesso cada vez mais fácil à medicina fez os indivíduos entrarem na área do risco médico e no cálculo necessário entre as consequências positivas e negativas dos tratamentos.

As técnicas de que a medicina dispõe e a possibilidade de modificar a estrutura geral da sociedade contemporânea não afeta apenas o indivíduo ou sua descendência, mas a espécie humana como um todo. É o conjunto de estruturas da vida que se encontram doravante situado no campo de ação e da intervenção médica.

A abordagem microfísica permite desconsiderar a instituição como uma simples correia de transmissão que faria repercutir mecanicamente, as decisões políticas e os valores culturais externos. A saúde humana passou a ser dominada por uma espécie de aparelho ideológico e repressivo.

Recentemente, o discurso da saúde pública e as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde articulam-se em torno de uma revisão progressista da ideia de promoção da saúde. Ela ressurge pautada na melhoria da qualidade de vida das populações. Inclui o espaço em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global e incorpora elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2009).

Esse novo conceito de promoção de saúde ganha destaque nas sociedades contemporâneas devido à necessidade de controlar os custos crescentes com a assistência médica, que não correspondem a resultados igualmente significativos. Tornou-se uma proposta governamental para muitos países desenvolvidos ampliar, para além de uma abordagem exclusivamente médica, o enfrentamento da saúde pública, principalmente das doenças crônicas em populações que tendem a se tornar cada vez mais idosas (BUSS, 2000).

Independente das diferenças filosóficas, teóricas e políticas envolvidas, são muitos desafios enfrentados pela área da saúde, na operacionalização desses projetos. Essas dificuldades aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros e na maioria das vezes, não se distinguem claramente das estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no Brasil, é um exemplo dessa situação. Seu desenvolvimento será posteriormente explorado nesta tese.

O desenvolvimento da racionalidade científica e da medicina moderna exerceu significativo poder no sentido de construir representações da realidade, desconsiderando um aspecto fundamental que é o limite dos conceitos de saúde e doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer.

A construção da consciência desse limite está na base de mudanças significativas nas práticas de saúde. Pensar saúde em uma perspectiva mais complexa, não diz respeito somente à superação de obstáculos no interior da produção de conhecimentos científicos. Não se trata de propor conceitos e modelos científicos mais inclusivos e complexos, mas de construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação (real) com qualquer conhecimento científico.

1.3 Medicina tradicional: práticas populares de cuidado em saúde

Ao assumir as concepções segundo as quais, de um lado, a modernidade difundiu-se pelo mundo e gerou modernidades e de outro lado, esta mesma modernidade é fruto de profundas transformações nas dinâmicas internas do espaço, incluindo as concepções de saúde, doença e o processo saúde-doença, uma questão que ainda deve ser enfrentada é a relação entre modernidade e tradição.

A herança do Iluminismo, fundamental na constituição da ciência, provocou uma abordagem profundamente dicotômica das concepções de tradição e modernidade. Em posições teóricas e metodológicas bastante diferenciadas, é comum a concepção de tradição e modernidade como conceitos, estruturas, fenômenos ou mesmo momentos históricos, totalmente opostos, incompatíveis e até mesmo, excludentes (SANT'ANA JÚNIOR, 2005).

Todavia, a tradição é um contraste inerente à ideia de modernidade. Muitas combinações do moderno e do tradicional podem ser encontradas nos cenários sociais concretos (GIDDENS, 1991). Referem-se a elementos simbólicos que se encontram entrelaçados e compartilham o mesmo espaço vivido. Trata-se de uma estrutura complementar, onde há uma espécie de convivência, mais ou menos, permanente entre os dois.

O espaço vivido corresponde à experiência do espaço. Trata-se do espaço como meio de vida. Esse espaço vivenciado não é algo de caráter espiritual. Não é somente vivenciado ou imaginado ou somente concebido, mas algo real: "o espaço concreto real, no qual acontece a vida" (BOLLNOW, 2008, p.17).

Vive-se e age-se no espaço, e nele dá-se tanto nossa vida pessoal como a vida coletiva da humanidade. Este é preenchido com significados nas relações vitais de atuações opostas e esses significados, por sua vez, mudam-se de acordo com os diferentes lugares e regiões do espaço (BOLLNOW, 2008). Da mesma forma, os elementos que configuram a modernidade e a tradição são também desenhados para os indivíduos dentro de uma sociedade.

Rejeitar a dicotomia entre modernidade e tradição, contribui para pensar sociedades que se localizam para além dos quadriculamentos do espaço e por aí,

criar condições que permitam colocar em questão verdades bastante aceitas sobre o próprio núcleo gerador da modernidade (SANT'ANA JÚNIOR, 2005).

Segundo Sant'ana Júnior (2005, p.36):

> A rejeição da dicotomia entre modernidade e tradição permite perceber que, mesmo nos núcleos geradores do mundo moderno, a total eliminação da tradição não passa de uma quimera, pois tradições culturais, econômicas, institucionais, advindas de momentos históricos anteriores, continuam existindo, ocupando espaços significativos nos novos arranjos societários e, mesmo, renovando-se enquanto tradições localizadas em conjunturas novas.

O mundo moderno cria suas próprias tradições que se tornam instrumentos na manutenção da nova ordem social que se estabelece, como o exemplo dos protagonistas modernos. Essa nova ordem surge de forma diferente no espaço e no tempo nos diversos grupos populacionais como força da resistência desses indivíduos presentes no espaço.

A difusão da modernização acontece em tensão dialética permanente com os modos de vida, costumes, instituições que possuem maior ou menor grau de solidez e/ou poder e vontade de resistência. Desta tensão, emergem novos arranjos sociais que são incorporados e passam a compor o mundo moderno (SANT'ANA JÚNIOR, 2005).

As tradições dificilmente são totalmente eliminadas em uma determinada sociedade. Elas continuam atuando, sobrevivendo, resistindo e quando necessário, transmutam-se para permanecerem vivas e ativas no espaço. Trata-se um processo dinâmico que se encontra em contínua construção e permanente revisão de seus componentes sociais, culturais, emocionais e simbólicos. A situação revelada entre as benzedeiras/ores e as intercessoras/ores, quanto aos saberes e práticas de saúde, fornecem um claro exemplo desse fenômeno.

Sobre sua capacidade de transmutar diante dos novos arranjos sociais que se formam, Giddens (1991, p.31) afirma que a tradição não é "estática". Para o autor:

> [...] ela tem que ser reinventada a cada nova geração conforme esta assume sua herança cultural dos precedentes. A tradição não só resiste à mudança como pertence a um contexto no qual há, separados, poucos marcadores temporais e espaciais em cujos termos a mudança pode ter alguma forma significativa (GIDDENS, 1991, p.31).

De acordo com Giddens (1991), um desses poucos marcadores seria a intervenção da escrita. Nas culturas consideradas mais tradicionais é por meio dos

símbolos e signos que se estabelecem a relação com o mundo (CASSIRER, 2012). Trata-se de diferentes estruturas de linguagem que comportam distintas vivências e compreensões do espaço.

A tradição não se refere a nenhum corpo particular de crenças e práticas, mas à maneira pelas quais estas são organizadas e estruturadas, especialmente em relação ao tempo e ao espaço. A tradição reflete um modo de estruturação do tempo que tem implicações diretas sobre o espaço (GIDDENS, 1991).

A tradição integra e monitora a organização tempo-espacial da sociedade. Ela corresponde a um elemento intrínseco e inseparável das relações e arranjos sociais que se estabelecem.

Hobsbawm (1984) mostra que as tradições são produtos complexos, forjados para o atendimento a interesses do poder. Há um poder subjacente à tradição expressa pelo benzimento, há um poder subjacente à prática da intercessão e esta, embora moderna, também reatualiza um poder, um saber, um saber fazer. Dessa maneira, conhecer é ter habilidade para produzir algo, está ligado à técnica e à reprodução das condições do viver.

A ordem social, sedimentada na tradição, expressa a valorização da cultura oral, do passado e dos símbolos enquanto fatores que perpetuam a experiência das gerações (GIDDENS, 1991). Igualmente, as benzedeiras/ores aparecem como exemplo desta situação.

O tempo e o espaço são dimensões com conteúdo que se formaram com o desenvolvimento da modernidade, mas estão contextualmente implicados na natureza das atividades vividas. A tradição contribui de maneira elementar para a segurança ontológica, na medida em que mantém a confiança na continuidade do passado, presente e futuro e vincula esta confiança a práticas sociais cotidianas (GIDDENS, 1991). Trata-se da relação que surge entre os indivíduos e o seu espaço, logo, também, trata-se da estrutura da própria existência humana, uma vez que esta é determinada por sua relação com o espaço. A existência humana necessita do espaço para nele se desdobrar (BOLLNOW, 2008).

Os saberes e práticas populares, alternativas e/ou tradicionais, de cuidado em saúde correspondem a um importante exemplo dessa articulação.

A medicina tradicional, que engloba esse conjunto de saberes e práticas populares (ou alternativas) de cuidado em saúde, possui racionalidades que divergem da medicina moderna. Todavia, as duas formas de cuidado em saúde

permanecem convivendo, simultaneamente, na sociedade e fazem parte da experiência humana, da vida dos indivíduos.

A medicina moderna insere-se num contexto oficial, engendrada ao poder público e alinhada aos preceitos do sistema econômico. A medicina tradicional, por outro lado, convive à margem desta hegemonia (FLORIANI *et al.,* 2016).

A medicina tradicional ou também conhecida como popular, é definida por Camargo (2014, p.1), como um "[...] sistema médico que envolve técnicas de diagnóstico e interpretações etiológicas, como determinantes das terapêuticas a serem aplicadas". Seus conhecimentos são:

> [...] fundamentados no saber empírico acumulado, são calcados em ideias e valores ditados pelo consciente coletivo, segundo o contexto sociocultural no qual se insere, cujos significados são partilhados por todos seus membros. Transmitidos por meios predominantemente orais, tais conhecimentos envolvem o corpo em sua relação com a saúde, a doença e a cura de males físicos, mentais e espirituais (CAMARGO, 2014, p.1).

Para Grisotti (1998), a medicina popular é definida como o conjunto de técnicas de tratamento utilizado por especialistas não reconhecidos pelo sistema médico oficial.

Tesser e Barros (2008), classificam os saberes e práticas de cuidado em saúde no Brasil em três categorias de análise: a primeira corresponde à medicina popular ou medicina informal. Nesta, residem os cuidados de familiares, amigos, vizinhos, assistência mútua em igrejas ou grupos de autoajuda; a segunda corresponde ao sistema oficial, nela encontramos as práticas de intervenção próprias da medicina moderna, hegemônica ou científica; a última categoria corresponde às medicinas alternativas e complementares ou medicina tradicional, nesta observamos as homeopatias, a acupuntura, os diferentes especialistas e protagonistas populares e tradicionais em saúde.

Sobre essa última categoria, no Brasil, destaca-se a PNPIC, uma estratégia do Ministério da Saúde para implantação de ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS) em todo território nacional (BRASIL, 2006).

As práticas descritas na PNPIC, iniciadas em 2006, são representadas pelas racionalidades médicas da medicina tradicional chinesa, homeopática, pelas práticas

terapêuticas da fitoterapia, plantas medicinais, e pelo termalismo[4] social ou a crenoterapia[5]. Elas têm por objetivo estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, ampliando a oferta e as opções terapêuticas para um novo modelo de atenção à saúde e cuidado aos usuários do SUS (BRASIL, 2012).

Em 2017, PNPIC foi ampliada em 14 novas PICS, a partir da publicação da Portaria nº 849 (BRASIL, 2017a). Também em 2017, foram publicadas as Portarias Nº 633 e 145, que atualizam o serviço especializado das PICS na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2017a; 2017b). Já em 2018, com a Portaria nº 702, mais 10 recursos terapêuticos integraram o rol de PICS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). Atualmente o programa conta 29 PICS oferecidas no SUS.

De acordo com a OMS (2019), o termo medicina complementar refere-se a um amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da tradição do país ou da medicina convencional e não estão totalmente integradas no sistema de saúde dominante. Refere-se ao uso de uma abordagem não-convencional em conjunto com a medicina convencional (moderna/hegemônica).

As práticas integrativas ou medicina integrativa diferenciam-se no campo epistemológico, por estar associada à uma mudança de paradigma e, para exercê-la, é necessário reorientar as crenças, práticas e experiências em relação à saúde. O termo surgiu no Brasil no final da década de 1990, na tentativa de descrever um novo modelo de saúde que retrate a integração dos diversos modelos terapêuticos, mais do que simplesmente, opere com a lógica complementar e que ofereça o cuidado integral à saúde (OTANI; BARROS, 2011).

Para estes autores (p.1803), a palavra integração “significa o ato ou efeito de se integrar; ação ou política que visa integrar em um grupo as minorias raciais, religiosas, sociais”. Embora exista uma variedade de definições usadas para descrever a ideia deste termo entre as práticas convencionais e não convencionais, atualmente, ainda busca-se uma conceituação consistente.

---

[4] O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde (BRASIL, 2006).

[5] A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde (BRASIL, 2006).

Iniciativas, desta natureza, indicam uma aproximação entre os dois modelos de cuidado em saúde (tradicional e moderno), porém, pesquisas recentes revelam que o grau de implantação das Práticas Integrativas e Complementares no território nacional é baixo. Dos municípios investigados por Losso e Freitas (2017), por exemplo, 35 (11,9%) apresentaram implantação incipiente; 46 (15,7%) estavam parcialmente implantados; 50 (17,1%), implantados; e 162 (55,3%) não ofertavam PICS.

Camargo (2014) destaca que no Brasil a medicina tradicional e/ou popular mantém seu espaço lado a lado com a medicina moderna (o sistema médico oficial). Porém, por influência do viés etnocêntrico desta medicina moderna, considerada hegemônica, hoje, a medicina tradicional é entendida como produto de cultura inferior, por não ter valor reconhecido cientificamente e fundamentalmente, pelo seu vínculo com elementos doutrinários de cunho religioso de diferentes origens.

Todo sistema terapêutico é parte indissolúvel do repertório cultural de uma sociedade, ou seja, eles são partes integrantes da cultura, sendo influenciados por ela e vice-versa (SOARES, 2000). Assim sendo, de forma paralela ao modelo biomédico, a medicina baseada no saber popular mantém-se viva no cotidiano da população. Medidas profiláticas e terapêuticas caseiras são realizadas com o intuito de buscar ou manter um estado de bem-estar próximo ao que é concebido como ideal. Essas práticas são, geralmente, trabalhadas no âmbito familiar e quase sempre, repassadas entre diferentes gerações (SIQUEIRA *et al.,* 2006). Trata-se de um sistema que permanece distante do controle social exercido pela sociedade moderna.

Ao entender que, entre culturas e formas de conhecimento, não há uma superior à outra, mas, apenas diferenças, as medicinas (tradicional e moderna) que se competem na preferência popular representam paradigmas diferentes, orientados por padrões culturais diferentes.

O sistema médico tradicional ou popular, em sua dinâmica, ao delinear seu perfil nos diferentes contextos socioculturais do país, vem imprimindo, desde os tempos coloniais, traços que apontam a predominância de elementos doutrinários de caráter religioso, veiculados pelas três principais matrizes influenciadoras: portuguesa, indígena e africana (CAMARGO, 2014).

Na perspectiva geográfica sobre essas matrizes, podemos afirmar que o processo de colonização intensificou a transposição, os deslocamentos, as misturas, hibridações, trocas e os intercâmbios das regiões do Brasil entre si e destas, com outros lugares do mundo, o que paulatinamente imprimiu novas dinâmicas sobre o espaço brasileiro. Essa visão é corroborada por Canclini (2015), ao explorar o longo trajeto que essa hibridez sofreu nas culturas latino-americanas.

Cada vez mais densos, diversos e desiguais, os fluxos de pessoas, plantas e crenças, por exemplo, foram transformando o meio geográfico e o uso do lugar através das terapêuticas e das técnicas de cura.

> Essas práticas curativas, híbridas, da medicina popular europeia, indígenas e mais tarde africana foram as responsáveis pelos cuidados da saúde no Brasil não apenas dos séculos XVI e XVII, mas até boa parte do XIX. A medicina erudita teve pouca importância durante o período colonial, tanto pela presença ínfima de seus representantes (locados principalmente em cidades mais prósperas), quanto pelo seu custo elevado, que a tornava fora do alcance para a grande maioria da população (GURGEL, 2010, p. 172).

Na Amazônia, essas três matrizes religiosas influenciadoras podem ser facilmente observadas em suas localidades. Todavia, Morais (2016 p.68), destaca que “a influência da medicina tradicional indígena e africana encontra-se enraizada e continua a sobreviver mesmo após as fortes influências advindas desde o início do período de colonização”. Estas atuações possuem características da integração do indivíduo com a natureza, onde os elementos presentes no espaço dão suporte para a manutenção do bem-estar da população e buscam garantir saúde e qualidade de vida desses grupos.

O processo contínuo de mescla e difusão dos saberes torna possível que estes valores permaneçam a existir. Essa constante mistura de conhecimentos permite permanentes formas de melhorias e segurança nas questões relacionadas à qualidade de vida e à saúde da população. É na recomendação e na experiência vivida por outros, que existirá a garantia da eficiência da prática tradicional de saúde que será adotada.

Na avaliação de Camargo (2014), na medicina tradicional, o protagonista – personagem categorizado na presente tese como o indivíduo detentor do saber e das práticas populares de cuidado em saúde –, ouve a queixa do doente e emprega os recursos que julga os mais adequados, buscando restituir ao indivíduo que sofre, o estado anterior à instalação do mal que o levou à consulta.

Esse protagonista da medicina tradicional, com base em sua experiência, é capaz de perceber que o sofrer implica na interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais, conjugados subjetivamente por aquele que sofre algum mal. Este mal pode ser traduzido em dor física localizada, o que possibilita ao protagonista, depois de uma interpretação etiológica, subjetivamente construída, determinar o órgão afetado ou a parte do corpo atingida e a terapia a ser aplicada (CAMARGO, 2014).

Para Camargo (2014), há uma espécie de cumplicidade entre o doente e o protagonista da medicina tradicional em torno do poder simbólico de cura, que se supõe presente nos recursos terapêuticos empregados.

Essa cumplicidade pode ser observada tanto nos espaços coletivos, onde congregam adeptos deste ou daquele sistema de crença, quanto no espaço isolado, no encontro do protagonista da medicina tradicional com seu consulente. Para todos os envolvidos, esses espaços, bem como o tempo de duração da intervenção terapêutica, são entendidos como sacralizados (CAMARGO, 2011). A medicina popular, nesse contexto, é regida por três princípios básicos. São eles:

> 1. Princípio da legitimidade dos valores intrínsecos de elementos presentes no conjunto ritualístico de cura, passíveis e verificação empírica: plantas medicinais, posturas corporais, etc.
> 2. Princípio da sacralização de todos os elementos presentes no ritual de cura, impregnados de forças ocultas, traduzidas pelos curadores em: axé, força vital, energias, vibrações, etc.
> 3. Princípio a credibilidade:
> a. na crença do curador na eficácia das técnicas por ele adotadas, assentadas em sua experiência;
> b. na crença do doente nos poderes sobrenaturais do curador, que provem de dons divinos;
> c. na crença expressa pelo consenso, considerando todo o grupo familiar, social e religioso, sobre os reais poderes do curador, capazes de devolver ao ‘doente’, o estado anterior à instalação do mal que o levou à consulta (CAMARGO, 2011, p.06).

A medicina popular possui importante papel no tratamento de diversas doenças. Além disso, ela revela as práticas, tradições, comportamentos e crenças que permeiam os modos de vida da população no espaço. Assim, coloca-se em evidência a necessidade de tais saberes serem registrados e resguardados, pois estes refletem a riqueza dos costumes locais e as marcas de sua cultura (PEREIRA; CUNHA, 2015).

Decorrente dos sistemas de crença envolvidos no processo histórico da medicina popular brasileira, diferentes categorias de protagonistas firmaram-se no

país, com suas designações próprias, tais como: curandeiros, benzedeiras, rezadores, raizeiros, pais e mães-de-santo, mestres catimbozeiros, juremeiros, pajés urbanos e pajôas, entre outros doutores na arte de curar, eleitos pelo povo (CAMARGO, 2011).

Siqueira *et al.* (2006) destacam que a religiosidade e os protagonistas tradicionais representados por benzedeiras/ores e rezadeiras, por exemplo, adquirem um significado importante dentro do processo saúde-doença, pois oferecem, em muitos casos, respostas àquilo que é inexplicável dentro do modelo biomédico de assistência à saúde, da medicina moderna. Além disso, ofertam aos indivíduos que se encontram em situação de fragilidade, devido à doença, o conforto e a força para a reelaboração e enfrentamento de seu sofrimento.

Essas foram algumas das características que influenciaram e justificaram a escolha das benzedeiras/ores e outros protagonistas que utilizam a oração e a reza como ferramenta terapêutica no processo de cura na presente pesquisa. Outros motivos que influenciaram essa delimitação estão baseados no catolicismo, em suas dimensões tradicionais ou como descrito por Floriani *et al.* (2016) “rústicas” e modernas.

Os protagonistas têm o dom de fazer a ligação da dimensão natural (antropo-bio-ecológica) com a dimensão sobrenatural (cosmo-socio-psicológica) por meio das orações, rezas e imagens de santos do catolicismo. A junção de todos estes elementos, conforme Posey (1996), é possibilitada porque:

> [...] frequentemente lida com elevados níveis de abstração, tais como noções de espírito e seres ou forças mitológicas. Os povos tradicionais, em geral, afirmam que, para eles, a natureza. não é somente um inventário de recursos naturais, mas representa as forças espirituais e cósmicas (POSEY, 1996, p. 150).

Segundo Farinha (2011), por meio de representações autênticas do catolicismo popular/rústico, como o caso das benzedeiras, é possível refletir o arcabouço cultural de uma sociedade e de seus indivíduos, que buscam na religião as causas e as curas para suas enfermidades. Essas estruturas revelam um universo repleto de seres e espíritos que a ortodoxia católica não conseguiu expurgar do seu interior.

As benzedeiras/ores são os nós de referência dessa estrutura social, empoderadas, reconhecidas e respeitadas por possuírem conhecimentos próprios que são capazes de promover a cura das diferentes doenças e enfermidades que

afetam a população. As benzedeiras/ores são pessoas predestinadas a possuir tais conhecimentos. Esse conhecimento é inerente aos remédios e a realização de outras práticas populares, como o caso da realização dos partos, por exemplo. Não se confunde com o “saber-benzer”, sendo este, exclusivo a algumas poucas pessoas (FLORIANI *et al.*, 2016, p.342).

As benzedeiras/ores são protagonistas tradicionais que realizam rituais de cura, empregam rezas e orações, que são próprias do catolicismo popular/rústico cujo objetivo é restabelecer, das doenças do corpo e da alma, a saúde para as pessoas que as procuram. O corpo e alma são percebidos por esses agentes de cura como inseparáveis, ou seja, em sua concepção, um desequilíbrio espiritual pode manifestar-se exteriormente. Entretanto, não há doença que resista a uma reza (FARINHA, 2011).

A fé e o conhecimento são utilizados pelas benzedeiras/ores em suas práticas como elementos simbólicos indispensáveis para promoção da cura no indivíduo.

> Nas benzeduras estão os segredos para tirar os males do corpo. Os rituais da cura compreendem orações e receitas específicas para cada tipo de problema apresentado, no entanto o elemento principal presente em todos é a fé. Algumas benzeduras podem ser feitas com a pessoa estando presente ou distante, o necessário para se benzer é que se saibam os sintomas e onde ocorrem (FLORIANI *et al.*, 2016, p343).

Os males tratados pelas benzedeiras/ores, em sua maioria, não são doenças presentes no campo da medicina moderna. Dentre as principais, destacam-se as que são mais recorrentes como: mau-olhado, espinhela-caída, quebrante, vento-virado, cobreiro rendidura, susto, etc. Outros problemas até fazem parte do catálogo das doenças encontradas na medicina moderna, como dor de cabeça, bronquite, vermes, etc. Todavia, estas ganham um novo significado, uma nova interpretação etiológica, bem como, uma forma alternativa de tratamento: a reza (CUNHA, 2011; FARINHA, 2011; FLORIANI *et al.*, 2016; OLIVEIRA, 1985).

As benzedeiras/ores identificam estes males por meio dos sintomas mencionados por seus clientes, como “espinhela-caída” que causa vômito ou ainda, por sinais durante o ritual de cura, como o mau-olhado ou o quebrante, em que a benzedeira sente sonolência ou erra a oração. Nestes casos, afirmam que os clientes estão “carregados” (FARINHA, 2011, p.8).

Farinha (2011), descreve nessa situação o sincretismo religioso, com a utilização dos termos “carregado” ou “fechamento do corpo”, expressões geralmente utilizadas em religiões de cunho espírita ou de matriz africana. Destaca também que há recorrência de elementos da cultura popular como a utilização de ramos durante o ritual e a observação de algumas regras como, por exemplo, não benzer após o sol poente ou mesmo, não realizar orações e rezas no domingo.

Durante a prática da reza e da oração, o cliente também deve obedecer algumas regras para que se garanta a eficácia. Algumas delas, por exemplo, são: não cruzar os braços ou as pernas durante o ritual, pois, desta forma, fecharia o corpo para o recebimento da graça e posicionar-se em direção à porta de saída para que o mal que dele sair, não permaneça no local do ritual (FARINHA, 2011).

Benzer é uma palavra recorrente no vocabulário. Trata-se de um ato que permeia as relações sociais repletas de conteúdos religiosos (OLIVEIRA, 1985). Trata-se ainda de conteúdos com influências predominantemente simbólicas.

Para Farinha (2011, p.01) benzer significa “dar a benção”, uma ação benéfica que um indivíduo pode transmitir ao outro. Porém, não é qualquer pessoa que pode executar essa ação de abençoar o próximo, uma vez que a benzedeira/or precisa estar imbuída da benção para poder fazê-la. Ou seja, seu executor é visto como um instrumento ou um enviado divino. Para a igreja católica, aponta Farinha (2011, p.01-02), que:

> [...] a benção é percebida como um meio por excelência do encontro de Deus com os seres humanos, desta forma adquire no rito católico um papel preponderante, sendo primordialmente realizada pelos sacerdotes, os representantes de Cristo na terra. Diante disso, a benção sacerdotal, conforme a doutrina católica, possui um caráter sacro superior, pois têm a legitimidade da instituição para realizá-la, sendo, em alguns casos especiais, os únicos capacitados a conferir a benção.

Essa posição da igreja é restritiva e serve como forma de regulação e disciplina das práticas religiosas que se desenvolvem em torno da benção, da reza e da oração. É uma espécie de validação da benção que é imposta por uma instituição que se posiciona, muitas vezes, como superior em relação às demais formas de manifestação cultural desses elementos religiosos e simbólicos.

As benzedeiras/ores permanecem distante desse controle da igreja católica e por isso, desenvolvem suas práticas livremente. Realizam uma espécie de enfrentamento aos dogmas e às normas estabelecidas por essa instituição religiosa. É uma forma de luta e resistência que se estabelece dentro de um domínio desigual de forças.

Os outros protagonistas encontrados no trabalho de campo desenvolvem práticas semelhantes, em sua essência, às que são desenvolvidas pelas benzedeiras/ores, encontrados na cidade de Porto Velho/RO, porém, diferentes em sua forma. Suas práticas são vigiadas e monitoradas constantemente pela igreja e seus respectivos representantes, em uma relação microfísica de poder. Trata-se de uma forma nova e sútil de disciplina, que pode conseguir expurgar ou minimizar dos seios desta instituição, essas condutas consideradas inconvenientes pela igreja. Condutas, essas, que são desenvolvidas pelas benzedeiras/ores, atores-sociais que se encontram à margem do regime dominador e influente.

Esses novos protagonistas, reconhecidos e autodenominados como intercessores e/ou carismáticos, nascem junto com o advento do catolicismo moderno, experimentado principalmente através do movimento intitulado Renovação Carismática Católica, ou RCC.

A RCC nasceu em 1967, após um retiro espiritual realizado por um grupo de catedráticos e estudantes da Universidade Duquesne, na Pensilvânia (EUA). Trata-se de movimento leigo e controverso que logo consolidou-se em justaposição com a hierarquia eclesiástica (JURKEVICS, 2004).

Segundo relatos, enquanto rezavam, esses jovens teriam vivido um verdadeiro Pentecostes[6]. Sensibilizados por tal experiência, alguns resolveram intensificar suas práticas religiosas e para isso, formaram um grupo de oração, tomando de empréstimo a experiência descrita por David Wilkerson que, em *A Cruz e o Punhal*, narra a conversão e o “batismo com o Espírito Santo” de jovens drogados das periferias de Nova Iorque (JURKEVICS, 2004, p.122).

Em pouco tempo, esse movimento espalhou-se entre os norte-americanos, ganhou prestígio e visibilidade. Rapidamente, consolidou-se e alastrou-se pelo restante do mundo. Jurkevics (2014), destaca que essa rápida expansão está

[6] Festa cristã celebrada cinquenta dias depois da Páscoa, em comemoração à descida do Espírito Santo sobre os apóstolos, reunidos no Cenáculo, por meio de línguas de fogo (JURKEVICS, 2004).

relacionada a um momento de efervescência religiosa, em que se destacaram várias modalidades de associações católicas internacionais, como as Equipes de Nossa Senhora, os Encontros de Casais com Cristo, os Cursilhos da Cristandade, o *Opus Dei*, o Neocatecumenato, entre outros.

O movimento carismático emergente logo conquistou a aprovação do Papa Paulo VI, o que garantia, por si só, sua legitimidade, apesar da resistência, demonstrada por alguns setores da hierarquia eclesial, especialmente por parte da ala progressista, mais afinada com as Comunidades Eclesiais de Base e com a Teologia da Libertação, voltadas para o compromisso social e que viam com alguma desconfiança as manifestações corporais efusivas, os cânticos, o culto no Espírito Santo e na Virgem Maria e sobretudo, a ênfase nos milagres (JURKEVICS, 2004).

No Brasil, essa vertente católica chegou três anos após o seu surgimento trazida pelos jesuítas norte-americanos, padre Harold Joseph Rahm e padre Eduardo Dougheity, a partir de seu núcleo de ação na região de Campinas, interior do estado de São Paulo, difundindo-se logo depois por todo o país (JURKEVICS, 2004).

Segundo Carranza (1998), em apenas três décadas, esse movimento já estava presente em 90% das dioceses brasileiras e em termos mundiais, pouco antes da entrada do novo milênio, já teria representatividade em 140 países, com mais 40 milhões de adeptos, dos quais 30% só na América Latina.

A RCC, apesar de apresentar-se como um movimento religioso que se distancia de outros que a Igreja conheceu no decorrer do último século, mantém em sua matriz, o domínio e o controle eclesiástico. Conforme Jurkevics (2014), conta com a presença e orientação de padres e religiosos e sua sede situa-se em Roma, na Itália.

Observa-se uma negação sobre aspectos simbólicos e míticos que são utilizados pelos protagonistas tradicionais, como as benzedeiras/ores. Porém, usa o poder da reza e da oração como ferramenta terapêutica para promover a cura das doenças, tal qual fazem os outros protagonistas.

Para que uma nova ordem religiosa estabeleça-se com sucesso, ela preserva alguns aspectos simbólicos de sua antecessora e nega outros, para afirmar-se enquanto uma nova vertente ideológica (CASSIRER, 2012).

Os intercessores ou carismáticos, por exemplo – com a intenção de não serem julgados como curandeiros – não usam plantas, chás e/ou qualquer outra forma de intervenção que não seja a própria oração e as imagens sacras. Existe um conjunto de regras e normas diárias que precisam ser respeitadas, para permanecerem vinculados ao movimento[7].

Segundo a RCC Brasil, a intercessão é uma oração de pedido. Interceder é pedir, suplicar em favor de outro. O intercessor é aquele que se engaja numa batalha espiritual em favor das necessidades de alguém, de algum grupo, família, país, paróquia, etc.

Na Renovação Carismática Católica, o Senhor suscita o carisma da intercessão, ou seja, participantes discernidos no grupo de oração (pelo núcleo) identificam-se mais intensamente com as dificuldades, doenças e problemas das pessoas do grupo e da humanidade.

Em suas práticas e costumes, observa-se uma mudança semântica como um meio de adaptar-se a nova realidade. Aos intercessores impõe-se a necessidade de assumir uma postura mais conservadora diante das normas institucionais da igreja católica, em comparação aos rituais de oração que são desenvolvidas pelas benzedeiras/ores.

Desta forma, podemos observar que são muitos os desafios e barreiras impostos às benzedeiras/ores na atualidade. Elementos aparentemente internos, como o caso descrito sobre o surgimento de novos protagonistas apoiados por uma instituição maior (a Igreja Católica) e externos, como no caso da hegemonia da medicina moderna, são alguns desses elementos que colocam em risco as práticas que são desenvolvidas pelos protagonistas tradicionais.

Assim, nos questionamos sobre a vulnerabilidade desses indivíduos diante dessa realidade concreta, bem como quais seriam os elementos que são capazes de explicar sua resiliência diante dessas estruturas e relações sociais. Esses são, em linhas gerais, os aspectos teóricos que serão discutidos na sessão subsequente.

[7] Disponível em https://www.rccbrasil.org.br/artigo.php?artigo=57. Acesso em 23 de agosto de 2018.

1.3.1 A benzeção como terapia e seus atores sociais: risco, vulnerabilidade e resiliência

Como observado na sessão anterior, as benzedeiras/ores tratam de problemas de saúde que nem sempre encaixam-se no universo da medicina moderna. Cunha (2011, p.2), destaca que para esses protagonistas tradicionais existem “doenças de médicos” e “doenças de benzedeiras”. Essas doenças das quais se ocupam são mais do que um conjunto de sintomas e de sinais físicos. Elas caracterizam-se por possuírem uma série de sinais, significados e símbolos.

O pensamento racional, o pensamento lógico e o pensamento metafísico só são capazes de compreender os objetos que estão livres de contradição e que tenham uma natureza e uma verdade coerentes. Contudo, é precisamente essa homogeneidade que nunca encontramos na análise sobre o individuo. Não se permite ao filósofo conceber um indivíduo artificial pois, ele deve descrever o verdadeiro.

Todas as chamadas descrições do indivíduo, não são mais do que especulações visionárias, se não forem baseadas na experiência do ser humano e por ela confirmadas. A contradição é o próprio elemento da existência humana. O sujeito não tem uma natureza simples ou homogênea, uma vez que ele é uma estranha mistura de ser e não ser. O espaço dele é entre esses dois polos opostos (CASSIRER, 2012).

O autor complementa que os símbolos não podem ser reduzidos a meros sinais. Sinais e símbolos pertencem a dois universos diferentes de discurso:

> [...] um sinal faz parte do mundo físico do ser; um símbolo é parte do mundo humano do significado. Os sinais são ‘operadores’ e os símbolos são ‘designadores’. Os sinais, mesmo quando entendidos e usados como tais, têm mesmo assim uma espécie de ser físico ou substancial; os símbolos têm apenas um valor funcional (CASSIRER, 2012, p.58).

Assim, revela-se que o princípio do simbolismo, com sua universalidade, validade e aplicabilidade, é o que permite acesso ao mundo especificamente humano, ao mundo da cultura humana. Um símbolo humano genuíno não é caracterizado por sua uniformidade, mas por sua versatilidade. Não é rígido e inflexível e sim móvel. Sem o simbolismo, a vida do homem ficaria confinada aos

limites de suas necessidades biológicas e seus interesses práticos; não teria acesso ao "mundo ideal" que lhe é aberto em diferentes aspectos pela religião, pela arte, pela filosofia e pela ciência.

As doenças de benzedeiras/ores são aquelas, cuja concepção e diagnóstico acabam por ser definidos e elaborados dentro desse universo simbólico, pelos próprios atores-sociais. Configuram-se como perturbações que atingem não apenas o corpo, a esfera física, mas principalmente questões sociais, psicológicas e espirituais (SANTOS, 2007).

Esse contexto distante da ciência moderna em que as benzedeiras/ores encontram-se, desguarnece suas práticas e a manutenção desta tradição. Expõe seus protagonistas a uma série de riscos. Para entender essa questão, relacionamos alguns destes riscos aos quais esses protagonistas tradicionais estão expostos. Para isso, é fundamental a apresentação do conceito de risco adotado nesta pesquisa.

Entende-se risco conforme Almeida (2011, p.72), como um “construto eminentemente social, ou seja, é a percepção humana da probabilidade de ocorrência de um evento potencialmente perigoso ou danoso”.

Furtado (2015, p.21), destaca que risco “é função tanto do perigo quanto da vulnerabilidade [...] só há risco, se houver pessoas ou bens em condições vulneráveis a um determinado perigo”, ou seja, risco sempre envolve a dimensão social.

Para as benzedeiras/ores, um dos riscos identificados nesta análise, está relacionado às transformações da sociedade. Essas transformações podem fazer com que esses protagonistas percam, por exemplo, o “elo” com um o mundo espiritual que funciona como pilar de suas práticas.

Ao longo dos anos, a humanidade experimentou diversas mudanças. Novos lugares criam-se, recriam-se e renovam-se a cada movimento. A sociedade opera no espaço e na medida em que o tempo passa, ela atinge níveis cada vez maiores de complexidade (FOUCAULT, 2005; 1999; 1996; 2010). Do feudalismo para o capitalismo, o acelerado desenvolvimento urbano e industrial advindos do desenvolvimento econômico, como processo civilizatório, trouxe inúmeras

consequências às dimensões geográficas do espaço e consequentemente, a seus habitantes.

A constituição da sociedade moderna impacta, diretamente, populações mais vulneráveis, através de um processo de violenta dominação. O surgimento e imposição de novas práticas religiosas, por exemplo, a partir da igreja, impacta a forma como os protagonistas tradicionais desenvolvem suas técnicas.

Essas mesmas transformações no espaço podem fazer com que as novas gerações percam, gradativamente, o interesse em preservar essa tradição, tanto como protagonistas, quanto por adeptos destas práticas de cuidado em saúde.

As práticas de cuidado em saúde que são utilizadas pelas benzedeiras/ores são, em geral, transmitidas através de duas orientações. A primeira, caracteriza-se como um dom, um chamado espiritual, o poder de suas rezas é atribuído ao segredo, ao mistério. A segunda, mais didática e acessível, está vinculada a disseminação do saber. Ao iniciante são repassados os conhecimentos sobre a solução dos problemas de saúde física, mental e espiritual de que tratará posteriormente. Independentemente do processo de transmissão das rezas, ao jovem, é necessário estar aberto para saber reconhecer e responder a esse chamado que garante a perpetuação da tradição. Fenômenos modernos, como a democratização da *internet* e o surgimento das redes sociais, afastam os mais jovens desse universo, considerado por eles, como abstrato e complexo. À medida que o interesse por essa tradição diminui, aumenta-se o risco de sua extinção.

Outros determinantes podem contribuir para esse fenômeno, dentre eles, a discriminação cultural e religiosa, o maior alcance das políticas estatais de cuidado em saúde e o advento e consolidação da indústria farmacêutica.

Sobre esta indústria é válido ressaltar que ao longo dos anos, ela incorporou e continua a incorporar, diversas práticas tradicionais de cuidado em saúde (a exemplo das garrafadas) e as lança no sistema moderno ‘capitalista’. Isso amplia o acesso de determinados métodos terapêuticos e transforma em antiquada, aos olhos da sociedade, a tradição por trás de suas práticas, que passam a ser classificadas como condutas contraproducentes.

Há ainda, o risco das agências reguladoras, que representam o poder do Estado, de proibirem tais práticas por falta de legitimação e validação científica. No

Brasil, a principal agência reguladora é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada pela Lei 9.782 (BRASIL, 1999). Trata-se de uma autarquia que tem sede e foro no Distrito Federal e está presente em todo o território nacional.

Sua finalidade institucional é promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como, o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegários.

A conduta positivista de agências desta natureza não considera os elementos metafísicos envolvidos na cura por meio da reza e não permite legitimar as práticas alternativas de cuidado em saúde que são utilizadas pelas benzedeiras/ores e por outros protagonistas da medicina tradicional.

Essa falta de reconhecimento e legitimação institucional da sociedade moderna sobre as práticas tradicionais de cuidado em saúde, expõe seus protagonistas e usuários a outros riscos. Por exemplo, o da administração de práticas terapêuticas tradicionais por pessoas mal-intencionadas. Sabe-se que determinados métodos considerados tradicionais, se mal administrados, podem causar efeitos colaterais danosos à saúde do ser humano, levando-o inclusive a óbito.

Essa situação fez com que a OMS publicasse uma nota, advertindo sobre os riscos da medicina tradicional ou alternativa, quando administrada por pessoas sem qualificação adequada ou por automedicação. Além disso, a organização também pediu controles mais rígidos sobre os produtos que são comercializados. De acordo com a nota, muitas plantas às quais atribuem-se propriedades medicinais podem ter efeitos colaterais sozinhas ou combinadas com outras substâncias. O plano de estratégia para o período 2014-2023, da organização (OMS, 2013), apesar de não destacar, pode, provavelmente, ter sido inspirado em problemas como esse e congêneres.

Por fim, destaca-se o risco da medicina moderna (hegemônica) dominar as práticas de cuidado em saúde. Essa dominação envolve aspectos sociais, culturais e simbólicos que, aos poucos, assim como os demais riscos aqui apresentados, faz

com que a medicina tradicional caia em descrédito e ceda espaço para as terapias modernas.

A medicina moderna, com bases no progresso da ciência positivista, promoveu uma ruptura com a medicina tradicional, criando um verdadeiro abismo entre esses dois modelos de cuidado em saúde. A modernidade criou inevitáveis transformações na humanidade, impactou os lugares e a vida das populações.

Berman (1986, p.16) destaca que a vida moderna tem sido alimentada por muitas fontes, dentre elas: as grandes descobertas nas ciências físicas; a industrialização da produção, que, segundo o autor, “transforma conhecimento científico em tecnologia, cria novos ambientes humanos e destrói os antigos, acelera o próprio ritmo de vida, gera novas formas de poder corporativo e de luta de classes”; a explosão demográfica, que “penaliza milhões de pessoas arrancadas de seu habitat ancestral, empurrando-as pelos caminhos do mundo em direção a novas vidas”; o rápido e, muitas vezes, “catastrófico” crescimento urbano; os sistemas de comunicação de massa e por fim, os Estados nacionais “cada vez mais poderosos, burocraticamente estruturados e geridos, que lutam com obstinação para expandir seu poder, [...] dirigindo e manipulando todas as pessoas”.

Quanto aos dois modelos de cuidado em saúde (tradicional e moderno), Camargo (2011), destaca que eles representam paradigmas diferentes, orientados por padrões culturais específicos. Salienta que por influência do etnocentrismo da medicina hegemônica, aquela que a população mais vulnerável adota, continua a ser entendida como produto de cultura inferior, ao relegá-la a níveis valorativos baixos.

Em um cenário de riscos e de um número cada vez maior de pessoas vulneráveis, cresce em todo o mundo, a consciência de que se deve elevar o nível de resiliência das populações (FURTADO, 2015). Assim, questiona-se: Por que as benzedeiras/ores podem ser consideradas vulneráveis? O que as torna resilientes na sociedade moderna? E, por fim, como a ciência geográfica pode contribuir para a compreensão adequada dessas estruturas e fenômenos sociais?

Marandola Jr. (2009, p.37), destaca que vulnerabilidade “reflete o grau de exposição ou suscetibilidade aos riscos e desastres, às fragilidades e capacidades das pessoas e sistemas de passar pela experiência de perigo”.

Furtado (2015, p.22), acrescenta que “[...] está associada ao sistema receptor do perigo [...] é elemento determinante dos danos, ou efeitos perversos, da ocorrência de um desastre”.

Ao aproximarmos esse conceito do universo das benzedeiras/ores, busca-se identificar as fragilidades desse grupo social.

O primeiro aspecto destacado encontra-se relacionado à discriminação cultural e religiosa. Para as benzedeiras/ores, a origem de muitas rezas pode ser puramente religiosa, fruto de um hibridismo de religiões ou mesmo de um misto entre conhecimento popular e práticas religiosas (CUNHA, 2011; CANCLINI, 2015). Esse conjunto de elementos simbólicos que está por trás de suas práticas e a forma de produção e reprodução de suas rezas, muitas vezes, tornam-nas vulneráveis diante de uma nova sociedade que vive em constante movimento e frequentemente, distante desse universo (figura 03).

Figura 03: Altar característico das benzedeiras e benzedores.
Fonte: DELANI, Daniel. Pesquisa de Campo realizada em 17 de julho de 2018.

O surgimento da Idade Moderna na Europa, por exemplo, fez das fogueiras um instrumento de repressão e morte para milhares de mulheres condenadas por bruxaria. Zordam (2005), destaca que as mulheres eram torturadas e queimadas para sinalizar os perigos de práticas e saberes à margem da Igreja e de outras instituições dominantes na Idade Moderna. Por muito tempo, essa modernidade oprimiu a liberdade econômica, sexual e política da mulher (BERMAN, 1986).

O espaço e seus habitantes permanecem em constante transformação. Algumas destas transformações favorecem determinados grupos e marginalizam outros, nesta mesma sociedade. A modernidade emerge como resultado desses e de outros processos de transformação em que a violência repetidamente foi usada como ferramenta/técnica disciplinar.

Sobre a violência religiosa, Santos (2002, p.22), ao discorrer sobre a geografia da religião, apresenta esta, associada à pretensão de dominação social. Segundo o autor, a intolerância manifesta-se através da expressão do preconceito em relação ao outro que é diferente. Salienta que o preconceito também “é fruto do desconhecimento ou de um deturpado ou falso conhecimento da realidade do outro”.

A dominação social através das instituições, religiosas ou não, a crescente intolerância religiosa vivenciada no Brasil e no mundo e o preconceito das pessoas em relação a tudo aquilo que é diferente, expõem as benzedeiras/ores a uma condição de vulnerabilidade social.

Outros condicionantes da vulnerabilidade das benzedeiras/ores podem estar ainda relacionados, de modo geral a sua, baixa escolaridade, sua condição social e baixo poder representativo na sociedade moderna (poder político).

O poder está na mão das grandes organizações. As minorias, como as benzedeiras/ores, vivem à margem dessa condição. Estados nacionais cada vez mais poderosos, burocraticamente estruturados e geridos, lutam com obstinação para expandir esse poder (BERMAN, 1986; CLAVAL, 1979).

As benzedeiras/ores não cabem dentro da instituição escolar, muito menos suas práticas. Se considerarmos que a escola moderna produziu e continua a produzir um determinado tipo de sociedade (FOUCAULT, 1996, 2010), como esses protagonistas irão ver reconhecidos e legitimados o poder de suas práticas?

A ascensão e o reconhecimento da cura através de suas práticas de cuidado em saúde dependem da promoção de autonomia, delegação de poder e autoridade a estes protagonistas tradicionais. Isto significa reconhecê-las e inseri-las como parte real desta sociedade moderna. A ciência geográfica pode contribuir para o entendimento destas dimensões e alcance dessas metas.

Para seguir com essa análise sobre as causas que fazem das benzedeiras/ores uma população vulnerável, apresenta-se Furtado (2015, p.19), segundo o qual: “as cidades são o *lócus* da vulnerabilidade”.

As benzedeiras/ores são, em geral, pertencentes a um grupo de baixa renda que formam as classes mais populares dos núcleos urbanos. Agregado a isso, suas práticas, estranhas aos olhos da sociedade moderna, fizeram e fazem com que esse grupo seja deslocado para as regiões mais periféricas destes núcleos urbanos. Nesses lugares, conforme apontam Porto *et al.* (2015), aprofundam-se problemas relacionados às questões de saúde, condições de vida, trabalho e meio ambiente, dimensões sociais, políticas e culturais relacionadas às desigualdades sociais, aos déficits de democracia e assimetrias de poder que marcam os territórios urbanos vulneráveis.

A fragilidade histórica das políticas públicas de moradia, para as classes populares, desencadeou processos marginais de ocupação irregular que formam vastos territórios, caracterizados como periferias ou favelas e que emergem como contradição central, na tensão entre a cidade formal e informal e os conflitos urbanos (FERREIRA, 2007).

Furtado (2015), destaca que disso resultam intensos transtornos locais, como alagamentos de vias, congestionamentos, perda de moradia de população de baixa renda, prejuízos materiais e o mais grave: mortes, em geral de moradores de áreas de risco que não têm alternativas senão, a de ocupar a beira de rios ou encostas íngremes, que acabam escorregando com a saturação do solo, na presença intensa das águas pluviais.

A moradia das benzedeiras/ores é em geral, simples e localizada no cerne desses problemas socioambientais urbanos (MENDONÇA, 2010). Possuem infraestrutura precária de calçamento, esgotamento sanitário, água tratada e

segurança pública. Paredes de tijolos, nem sempre rebocadas, fazem parte da paisagem (SANTOS, 2007). Tal situação expõe grupos como esse, a riscos classificados por Furtado (2015, p.246), como “cotidianos”, com impactos de curto e longo prazos sobre os rendimentos, consumo, bem-estar e equidade.

A gratuidade com que esses protagonistas tradicionais ofertam seus serviços de cuidado em saúde, característica essa que diferencia algumas práticas e protagonistas da medicina tradicional da medicina moderna, não pode ser encarada como um determinante desta condição de vida ao qual eles estão expostos, nesses lugares vulneráveis.

Mendonça *et al.* (2016), destaca que o crescimento acelerado e contínuo das médias e grandes cidades, associado à falta ou insuficiência de planejamento e intensa especulação imobiliária, faz com que as cidades estejam cada vez mais propícias a riscos de várias naturezas, que acarretam vulnerabilidades diferenciadas. Para o autor, vulnerabilidade é “condição de uma determinada população que está sujeita, vulnerável, sensível a determinadas situações de riscos” (MENDONÇA *et al.*, 2016, p.339).

Esteves (2011, p.69), salienta que: “[...] a vulnerabilidade envolve um conjunto de fatores que pode diminuir ou aumentar o(s) risco(s) ao qual o ser humano, individualmente ou em grupo, está exposto nas diversas situações da sua vida”.

Nos lugares mais afastados dos centros urbanos, não vivem apenas, as benzedeiras/ores, mas um conjunto crescente de pessoas que, assim como os protagonistas tradicionais, ao longo do processo brasileiro de urbanização, foram expulsos das regiões centrais das cidades, sendo obrigados a construírem suas habitações nesses lugares com elevados índices de vulnerabilidade social.

Aliado a esse cenário de opressão e problemas sociais, não se pode esquecer que a falta de legitimação e reconhecimento de suas práticas terapêuticas pelo Estado, em conjunto com a forte pressão exercida pela medicina moderna, através do avanço da técnica, tornam a tradição das benzedeiras/ores vulnerável e sujeita a ser atacada pelas mais diferentes adversidades.

A manutenção secular das práticas desenvolvidas por esses protagonistas tradicionais, apesar de todos os riscos a que eles foram expostos ao longo dos anos

e à sua condição de vulnerabilidade, pode ser explicada através da análise do conceito de resiliência.

Para Furtado (2015, p.22), “resiliência refere-se à capacidade de resistência de um dado objeto, organismo ou pessoa, a um determinado impacto [...], capacidade de se adaptar, de se recuperar”. Assim, é um termo empregado como sinônimo de resistência, de adaptação e de persistência.

Pouco sabe-se, ainda, sobre as formas de fortalecer essa característica em sistemas complexos, como os envolvidos nas práticas alternativas de cuidado em saúde. De fato, o próprio termo ainda é passível de diferentes interpretações, uma vez que, o conceito de resiliência tem relações com os conceitos de vulnerabilidade, de risco e de capacidade adaptativa (FURTADO, 2015).

Nesse momento, apresentam-se alguns dos elementos identificados que podem justificar a resiliência desses protagonistas tradicionais. Tais elementos serão confirmados e/ou negados em nossas análises, doravante na presente pesquisa.

Para enfrentar as dificuldades do cotidiano, sem dúvida, a fé das benzedeiras/ores e de outros protagonistas da medicina tradicional, como já destacado anteriormente, pode em muito contribuir para a manutenção desta tradição na sociedade moderna. A fé é capaz de atenuar o sofrimento, trazer esperança, enxergar caminhos alternativos, mobilizar o indivíduo a agir para superar a dor e não deixar-se sucumbir a ela. Yunes (2003, p.82), defende que os sistemas de crença são “o coração e a alma da resiliência”.

No caminho inverso, mas ainda tratando-se deste mesmo assunto, também observa-se elementos que garantem a manutenção destas práticas. A fé popular, a fé de seus usuários, adeptos da medicina tradicional, que muitas vezes percorrem longas distâncias para vê-los dão legitimação social a essas técnicas e práticas terapêuticas.

O testemunho das graças recebidas reforça a fé das pessoas e reafirma suas crenças, condutas e procedimentos. De acordo com Cunha (2011), quando alguém relata para os seus vizinhos, amigos e parentes que determinada benzedeira realizou tal cura, por exemplo, ele está contribuindo para que a crença naquela prática e sobretudo, na benzedeira, seja enaltecida.

Trindade (2011, p.8), em trabalho realizado na cidade de Parintins/AM, afirma que “a prática da benzição é legitimada pelas demonstrações de fé que facilita a aceitação do dom da benzedeira e a mediação com o divino”.

Pinto *et al.* (2015), destaca que a espiritualidade é uma forma de estratégia de enfrentamento de cada paciente, perante seu diagnóstico. Nesses casos, o próprio paciente atribui o significado ao seu processo de cura-doença, em busca da qualidade e sobrevivência, apegando-se à fé para aliviar o sofrimento e assim, obter maior esperança/expectativa de cura durante seu tratamento.

A esperança/expectativa de cura dos pacientes e adeptos da medicina tradicional é um dos elementos que também podem justificar a resiliência destas práticas, ao longo dos anos. Como já destacado, as doenças de benzedeiras/ores são diferentes das doenças de médico. Mesmo tratando-se das doenças de médico, frequentemente, as pessoas não conseguem encontrar na medicina moderna, a cura para os seus males. Os motivos que as levam a isso são variados, como por exemplo, a falta de acesso a determinados métodos terapêuticas no sistema público de saúde.

Esse enaltecimento das benzedeiras/ores, a fé e a espiritualidade fornecem suporte para outro elemento que também poderia explicar sua resiliência na sociedade moderna. Trata-se de sua autoridade, uma autoridade que se exerce continuamente sobre esses protagonistas e em torno deles.

Souza (2002, p.102), destaca que “o processo de formação e consolidação da benzedeira não acontece da noite para o dia, não se dá nem mesmo na descoberta do dom”. Acrescenta que trata-se de um longo processo que pode levar anos ou décadas até que se conclua. Depende de que ocorra a legitimação profissional desta protagonista no espaço. Não se trata de uma legitimação oficial do Estado, mas a formação de sua autoridade no lugar, através das relações sociais que ali se desenvolvem e proporcionam a experiência humana do cotidiano.

Uma vez constituída essa autoridade/legitimação, as benzedeiras/ores, além de exercerem-na em seus lugares específicos, tais práticas, ainda estendem esse domínio para o convívio familiar. Homens e mulheres, indistintamente, submetem-se à autoridade desse protagonista tradicional (TRINDADE, 2011).

Segundo Gomes e Pereira (2004), esses protagonistas tradicionais são capazes de alterar a própria dinâmica e a ordem social estabelecida, ganhando o respeito e a credibilidade dos homens e mulheres que os procuram. Esse respeito e confiança expandem-se pelo lugar em torno da benzedeira e do benzedor, fortalecem a manutenção de suas técnicas, práticas e procedimentos. Desta forma, a própria sociedade é quem legitima o protagonista ali inserido.

Outros elementos que poderiam fundamentar tal resiliência, seriam ainda: uma divindade religiosa; o Estado laico; a omissão/negligência desse Estado sobre esses protagonistas da medicina tradicional e a pouca interferência da medicina moderna em suas práticas, principalmente tratando-se das benzedeiras/ores.

Assim como o Estado, a medicina moderna pouco interfere (diretamente) sobre a conduta e as práticas de saúde que são desenvolvidas pelas benzedeiras/ores. Isso é fruto da ruptura feita entre ciência e a religião que ocorreu ao longo da história de formação desta nova sociedade.

Nos processos de mudança da ciência, Khun (1998) enfatiza que sempre há uma ruptura, onde uma teoria substitui a outra, com um novo conjunto de valores nos quais os seres humanos formam o consenso. Desse caráter de ruptura, surgem lutas entre a tradição e o moderno, a razão e a emoção, funcionando como uma metáfora válida para tudo que é concebido dentro da esfera da modernidade (GOMES, 2010).

Essa dicotomia faz pensar a resiliência das benzedeiras/ores conforme Oliveira (1985). Para o autor, trata-se de um ato de resistência política e cultural feito como alguma coisa própria, através de uma cultura que contesta e rejeita a linguagem da opressão, da dominação e da exploração entre os indivíduos. Ergue-se de uma contribuição vinda de um grupo de pessoas que está ao lado dos oprimidos, identificam-se com a sua luta e com os seus sofrimentos. Para além desta perspectiva, o autor conclui que é uma contribuição vinda de um grupo de pessoas que ainda não passou pelo processo de desumanização, que acompanha o enriquecimento de bens materiais, numa sociedade moderna.

Independente dos riscos que sofrem as benzedeiras/ores observa-se que através da análise sobre os conceitos de vulnerabilidade e resiliência, é possível

explicar porque esses protagonistas tradicionais e as suas práticas constituem-se num fenômeno bastante representativo no cotidiano da sociedade moderna.

Resistentes às transformações advindas desta modernidade, estes protagonistas tradicionais têm uma postura ativa e a cada dia conquistam mais espaços, seja por meio da religião ou através da religiosidade popular. A continuação dessa tradição é legitimada, principalmente, pela própria parcela da sociedade que acredita no poder da cura através destas intervenções alternativas, independente dos avanços da medicina moderna e da formação de novos domínios religiosos.

Pode-se admitir que as benzedeiras/ores e suas práticas, bem como suas técnicas, costumes e procedimentos continuam atuais, mesmo que negligenciadas pela sociedade moderna e possivelmente, assim manter-se-ão por um tempo indeterminado, até que, aqueles envolvidos com as políticas públicas de saúde, voltem seus olhos para essa realidade.

Entender suas práticas exige ultrapassar o entendimento lógico e racional sobre o processo saúde-doença conhecido, deve-se acrescentar-lhe a cura como elemento a ser avaliado. Para isso, é necessário considerar todos os aspectos sociais, culturais e simbólicos envolvidos nesse fenômeno que para as benzedeiras/ores, é desenvolvido principalmente através de suas rezas e orações.

A ciência geográfica pode contribuir decisivamente para melhor compreensão destas estruturas e fenômenos. A análise espacial destes sistemas complexos, instrumento próprio da geografia, pode fornecer elementos que enriquecerão o arcabouço teórico-conceitual garantindo que as práticas da medicina tradicional possam, de fato, promover a saúde da população. Ademais, coopera positivamente para o reconhecimento, mapeamento e análise de seus produtos, práticas e profissionais.

CAPÍTULO 2

A SAÚDE HUMANA NA CIDADE DE PORTO VELHO/RO

2.1 Dimensões geográficas e implicações políticas e sociais da saúde, doença e do processo saúde-doença

Para melhor compreensão dos temas que serão discutidos nos capítulos subsequentes, apresenta-se, neste momento, algumas definições de saúde e doença e do processo saúde-doença, lembrando-se sempre de que são termos que assim como o espaço, estão em constante regime de transformação e revisão.

Poderíamos definir saúde como ausência de doença, bem como doença, inversamente, como falta ou perturbação da saúde. Tais concepções são simplistas porém, muito utilizadas (PEREIRA, 1995).

A definição mais conhecida de saúde é a da OMS, publicada pela primeira vez em 1948, que a define como o completo bem-estar físico, mental e social e não somente, a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1995).

A amplitude do conceito da OMS acarretou críticas. Para alguns autores essa definição da OMS é “idealista” e “utópica nas suas expectativas” (ZANCHI, 2008, p.77). Ela aborda a saúde como estática, em vez de um processo dinâmico que requer esforços constantes para mantê-la.

Outros autores confirmam que essa definição, apesar de “avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral” (SEGRE, 1997, p. 538).

Outras críticas são de natureza técnica como, por exemplo, em: “a saúde seria algo ideal, inatingível; em que a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde”; e de natureza política, libertária: “o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde” (SCLIAR, 2007, p.37).

Autores como Zanchi (2008, p.75-76), defendem que a saúde constitui-se como “o principal bem do ser humano, pois com ela é possível ter qualidade de vida e bem-estar, tanto em nível individual quanto coletivo”.

Scliar (2007, p.29), defende que “os conceitos de saúde e de doença devem ser analisados em sua evolução histórica e em seu relacionamento com o contexto cultural, social, político e econômico, evidenciando a evolução das ideias nessa área da experiência humana”. Segundo o autor, a doença pode ser real ou imaginária, sobretudo, as doenças transmissíveis, caracterizam-se como “um antigo acompanhante da espécie humana”.

A concepção mágico-religiosa das doenças partia e ainda parte do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao indivíduo. Elas acontecem por causa do pecado ou de uma maldição. A doença poderia ainda, como no caso dos Hebreus, representar um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos (SCLIAR, 2007, P.30), pois:

> [...] era sinal de desobediência ao mandamento divino. A enfermidade proclamava o pecado, quase sempre em forma visível, como no caso da lepra. Trata-se de doença contagiosa, que sugere, portanto, contato entre corpos humanos, contato que pode ter evidentes conotações pecaminosas.

A medicina grega representa uma importante inflexão na maneira de encarar a doença. É verdade que na mitologia grega, várias divindades estavam vinculadas à saúde. Todavia, essa visão religiosa antecipa a entrada de um importante personagem: o pai da Medicina, Hipócrates de Cós (460-377 a.C.).

Gouveia (1999) cita que Hipócrates, médico grego que viveu próximo do ano 400 a.C., em seu livro *Ares, águas e lugares*, considerava o papel crucial do espaço na gênese, determinação e evolução das doenças.

Rezende e Heller (2002), complementam que a obra de Hipócrates tratava do espaço físico, pois indicava condições adequadas para ocupação humana, bem como, estabelecia uma relação entre áreas pantanosas e transmissão de doenças, classificando, desse modo, alguns espaços como insalubres.

Barret (2000), escreve sobre a história das relações entre a geografia e as doenças e admite que *Ares, águas e lugares* seria o primeiro documento escrito em geografia, ao abordar a temática médica, pelo menos de acordo com a forma de

raciocínio. Este tratado faz parte de um conjunto de obras que constituem o *Corpus,* ou *Collection hippocratique*, finalizado entre 430 e 330 a.C.

Podem-se distinguir vários ensinamentos importantes nos tratados do *Corpus*. O método de observação permite compreender como os médicos hipocráticos percebiam a doença. No entanto, na falta de conhecimentos anatômicos (na ausência de dissecação humana), as estruturas e fenômenos internos escaparam aos médicos hipocráticos.

Para explicar a aparição das doenças, estes autores que escreveram em épocas mais remotas, elaboram sistemas explicativos coerentes, frequentemente por analogia entre os fenômenos externos e internos do corpo. Para eles, as tendências dominantes são os “humores”: o sangue, o escarro, a bile escura e a bile amarela. Cada humor é dotado de qualidades elementares (calor, frio, seco e úmido), colocados em relação com o espaço. Humores e qualidades poderiam variar de acordo com as estações climáticas.

Outro ensinamento clássico: a saúde não se explica somente pelo equilíbrio interno do corpo, mas também, pelas relações que o corpo mantém com o espaço. Entre humores e estações, os médicos hipocráticos determinam toda uma série de associações. Adotam uma visão global, consideram o indivíduo inseparável de seu espaço. Este modelo de raciocínio tende a procurar as causas das doenças entre os elementos do meio geográfico (THOUEZ, 2005).

Platão (A República IV, 444b-c), alarga um pouco mais a ideia de saúde ao acrescentar-lhe o campo da alma e a necessidade de que ela mantenha relação adequada com o corpo. Assim, o estado de equilíbrio interno do homem e dele com a organização social e a natureza são sinônimos de saúde para a antiguidade grega (DALLARI, 2002). Na Grécia “democrática”, Pereira (2006, p.32) revela que:

> [...] eram evidentes os desníveis sociais, o determinismo geográfico legitimava as contradições, a expansão e a dominação mercantil e militar e a própria concepção grega de mundo, onde a existência de dominantes e dominados seria tão normal quanto à ocorrência de espaços naturais diferenciados. A presença de uma 'ordem hierárquica' social estaria relacionada à 'ordem hierárquica ambiental', admitindo-se a existência de lugares privilegiados 'superiores' e de espaços 'inferiores' destinados a serem explorados em *prol* do engrandecimento dos primeiros, assim como ocorre na hierarquia social.

Ainda de acordo com essa autora, dentro de uma perspectiva filosófica, a Geografia na Antiguidade Clássica, revestida do seu caráter determinista, está em conformidade com a racionalidade situacional da época, em que se procurava estabelecer o lugar de cada coisa, dentro de uma ordem geral. Situar o ser humano no seu lugar correto, na vida, era a função do saber clássico.

A observação da natureza, que ajudava a compreender e a explicar fenômenos de toda ordem, revestia-se de um caráter contemplativo, não tinha uma função utilitária ou transformadora (DELANI, 2016).

Embora a Geografia tenha efetivado-se como Ciência a partir do século XIX, como destacado anteriormente, grande parte dos seus fundamentos filosóficos é encontrada no pensamento de autores da Modernidade. O primeiro grande nome a trabalhar de forma explícita essa perspectiva foi Galileu (1564-1642), que analisou a realidade segundo a ótica do movimento, do tempo e do espaço (PEREIRA, 2006).

A busca da essência, que seria o universal na ciência antiga, foi substituída na ciência moderna pela busca da compreensão do fato. A pergunta, o que é o homem (sujeito/indivíduo), foi substituída por: o que são as coisas? Como podemos conhecê-las?

Durante a Idade Média, o saber culto continua a privilegiar o equilíbrio na definição de saúde, mas a reação coletiva à epidemia é a imagem mais marcante desse período. Assim, aparecem os primeiros contornos da ideia de prevenção, ao implicar o respeito seja aos signos do zodíaco, seja ao desenrolar das estações, seja ao relacionamento adequado entre o clima e o corpo humano, mas, sobretudo, o afastamento dos contatos impuros (DALLARI, 2002).

Por conseguinte, culturas novamente passaram a associar a saúde, a divindades e a ocorrências de doenças, à presença ou ação, de maus espíritos. Mesmo em tempos modernos, dentre culturas que não foram totalmente abarcadas pelo desenvolvimento científico atual, verificam-se alusões entre saúde e entidades sobrenaturais como componentes de culturas que resistem bravamente ao processo de modernização (GIATTI, 2009).

Vale ressaltar, nestes processos supracitados, o surgimento da teoria dos miasmas que associava a origem das moléstias com pântanos, matéria orgânica em decomposição, bem como, com a presença e ação de espíritos nefastos.

Rezende e Heller (2002, p.38), indicam que a teoria dos miasmas foi amplamente difundida e aceita até o século XIX, tendo como base que a transmissão das doenças ocorria “por emanações gasosas provenientes da matéria orgânica em decomposição, constantemente encontradas em regiões pantanosas”. Esta teoria conferia grande valoração aos aspectos espaciais no ciclo de transmissão das doenças.

O Rio de Janeiro do século XIX, então capital do Império, era território de recorrentes epidemias de varíola, febre amarela e cólera, que afetavam a população e ceifavam inúmeras vidas. Naquela época, devido ao pouco conhecimento dos médicos, não havia significativos progressos no combate destas epidemias.

Frente a diversas teorias, uma das conclusões que figuraram foi a de que as enfermidades cariocas eram causadas por miasmas, ares corrompidos que sopravam do oceano e pairavam sobre a cidade.

Dentre as precauções adotadas em momentos de intensas epidemias, os médicos solicitavam às milícias que realizassem periódicos disparos de canhão ao céu com intuito de afugentar os miasmas (BERTOLLI FILHO, 2000).

Ainda no século XIX, um grande avanço no sentido de compreensão da origem das doenças ocorreu, quando por volta de 1880, iniciou-se a era bacteriológica. Seus precursores foram Louis Pasteur, Robert Koch, John Snow e Semmelweis.

Identifica-se, como exemplo da corrente contagionista, o estudo de John Snow em 1855, considerado um “marco na constituição da epidemiologia”, que, por meio da distribuição espacial dos casos de cólera na cidade de Londres, consegue identificar o veículo de transmissão da doença, antes mesmo da descoberta dos micróbios (COSTA; TEIXEIRA, 1999, p.274). Snow tinha uma visão cética a respeito, da então, dominante teoria miasmática, que afirmava que doenças como a cólera e a peste negra eram causadas pela poluição ou por alguma forma de ar viciado.

A teoria microbiana de Louis Pasteur e Robert Koch ainda não tinha sido desenvolvida, de modo que ainda eram obscuros os efetivos mecanismos pelos quais a cólera era transmitida. Sua análise empírica, de certas evidências acabou por desqualificar a “teoria do ar viciado”. Sua teoria da transmissão do cólera, pela água foi primeiramente divulgada num ensaio de 1849. Em 1855, ele publicou uma segunda edição de seu artigo, onde documentou sua investigação acerca das relações diretas entre o abastecimento de água no bairro de Soho e a epidemia de cólera que ocorrera em 1854, na capital britânica (CAMERON, 1983).

Ao falar com os residentes locais, com a ajuda do reverendo Henry Whitehead, identificou a fonte do surto como sendo a bomba de água pública na Broad Street, atual Broadwick Street (JOHNSON, 2008).

Embora análises químicas e um exame microscópico de uma amostra de água retirada da bomba localizada na Broad Street, não provassem de forma conclusiva o seu perigo, os estudos de Snow, acerca do padrão de disseminação da doença, foram suficientemente convincentes para persuadir o conselho local a desativar a bomba do poço, removendo sua alça. A contaminação da água desse poço devia-se à sua localização, próxima a uma fossa mal isolada do restante do terreno, da qual vazou matéria fecal contaminada, atingindo assim, o poço (JOHNSON, 2008).

O método adotado pelo médico alicerçou-se na comparação de populações afetadas e não afetadas, identificadas conforme a origem da água que consumiam. Tal momento, na história da ciência, foi de grande significância, pois estes cientistas não somente descreveram fenômenos microbiológicos, como também, demonstraram como os equipamentos urbanos poderiam constituir-se como mecanismos de infecção e a respectiva relação com a origem das doenças, o que constituiu, doravante, a teoria do contágio.

Foi tamanha a expressividade destas descobertas, que a partir do início do século XX, os estudiosos da saúde passaram a reconhecer a presença de microrganismos como o único fator causador de doenças, sustentando a teoria unicausal, a qual deu origem a um modelo de combate a doenças, exclusivamente, dirigido à eliminação e controle do agente etiológico, por meio de modelo

assistencialista de saúde, fazendo intenso uso de biocidas e quimioterápicos (REZENDE; HELLER, 2002).

Nesse período, Porto Velho/RO vivenciava seus primeiros registros médicos oficiais. A construção da Estrada de Ferro Madeira Mamoré promoveu transformações do meio natural que, conforme descrito por Joaquim Augusto Tanajura (chefe do serviço de saúde da Comissão Rondon entre os anos de 1909 e 1912 e intendente de Santo Antônio do Madeira[8] entre 1912 e 1915), culminaram em um surto de malária que devastou a saúde dos moradores e operários, nesta região. Sua atuação política envolveu o questionamento das imagens difundidas sobre a região do Alto Madeira, ligadas à onipresença da malária, à situação de abandono a que os habitantes locais estavam submetidos e à reforma sanitária no município de Santo Antônio do Madeira, o mais degradado da região (VITAL, 2012).

A relação da saúde com o meio geográfico era explícito nas medidas de intervenção que se desenvolviam na época, para solucionar os problemas ali enfrentados. Os médicos da Madeira Mamoré Railway Company acreditavam que o surto de malária ocorreu em função de uma mudança no regime das águas do Rio Madeira, que em 1909 alcançou altura muito superior à normal na época da cheia, para logo depois, atingir grande baixa no período da vazante, aumentando assim, a quantidade de pântanos e águas represadas, contribuindo para aumentar a população do vetor da doença, o mosquito *Anopheles* (VITAL, 2011).

Destaque para o ano de 1910, quando a empresa decidiu contratar os serviços de Oswaldo Cruz, pois além de acreditar que seus conhecimentos poderiam ser úteis para dar continuidade aos serviços de construção da ferrovia, esperava neutralizar as fortes críticas que sofria por parte da imprensa nacional e internacional (BENCHIMOL; SILVA, 2008).

Em 09 de julho de 1910, Oswaldo Cruz chegou com Belisário Penna, em Porto Velho/RO. Sua missão era analisar a situação na região e preconizar medidas de saúde a serem adotadas para viabilizar a construção da ferrovia. Entretanto, Oswaldo Cruz seria convidado, por membros da própria empresa, a ir a Santo

[8] Não existe mais como município e sua área territorial foi incorporada a Porto Velho/RO. A sede de Santo Antônio do Madeira ficava a direta do Rio Madeira, onde, hoje, aproximadamente 1 km da Usina Hidrelétrica de Santo Antônio.

Antônio do Madeira, palco das primeiras iniciativas de construção da Estrada de Ferro Madeira Mamoré, para estudar a situação do povoado e prescrever o que ali poderia ser feito (VITAL, 2011).

Oswaldo Cruz permaneceu 28 dias em Porto Velho/RO e em setembro, entregou, à Madeira Mamoré Railway Company, um relatório com suas impressões e um conjunto de medidas que julgava necessárias, todas circunscritas aos trabalhadores da ferrovia (VITAL, 2011).

Nesse relatório, a parte sobre o povoado de Santo Antônio do Madeira tem pouco menos de duas páginas e descreve as condições de vida e salubridade dali. Há críticas aos costumes da população local, a exemplo do tratamento do lixo e dos restos de animais abatidos, que formavam monturos apoiados às paredes das casas e provocava mau cheiro constante nas ruas.

Destaca a inexistência de esgoto, água encanada e iluminação de qualquer tipo, afirmava ainda que a malária, “sem exagero”, afetava toda a população. Seu relato reforça a imagem, também veiculada pela Comissão Rondon e que se tornou célebre: a de uma cidade sem crianças. Oswaldo Cruz aponta esse fato e salienta que as poucas crianças que ali nasciam – ou chegavam – morriam todas (CRUZ; CHAGAS; PEIXOTO, 1972, p.10-11).

Três linhas de seu relatório expõem o fato de Santo Antônio do Madeira render anualmente, em impostos, quarenta contos de réis à municipalidade amazonense de Humaitá e que nada era feito em benefício do povoado, como contrapartida.

Entretanto, é difícil saber se realmente, o higienista considerava viável reverter as condições sanitárias locais, uma vez que nenhuma medida de saúde para o povoado foi prescrita em seu relatório. Em carta à sua esposa, Cruz (1910) escreveu:

> Não imaginas o que é isto aqui! Como se adoece e como se morre! Todos os dias entram vinte a trinta doentes e morrem dois ou três. Quanto a mim não tenho o menor receio. Tomo todas as precauções e o Belisário é um cérbero que não me deixa pisar em rama verde. Tem comigo uma solicitude fraternal. Leva o carinho ao ponto de se levantar para ver se há algum mosquito em meu cortinado.

Lobato Filho, que trabalhou na Comissão Rondon, no tempo da primeira tentativa de construção da linha telegráfica na Seção do Norte, comenta, em seu livro de memórias, que Oswaldo Cruz, após breve estudo em Santo Antônio, teria afirmado que “a única solução era incendiar aquilo” (LOBATO FILHO, 1957, p.22).

A saúde em Porto Velho/RO, analisada em sua perspectiva histórica, revela grandes anomalias que parecem não ser consideradas na dimensão política do setor.

No contexto internacional, a superação das teorias citadas anteriormente consolidou-se na década de 1960, quando passou-se a reconhecer uma grande complexidade de fatores vinculados à origem das doenças. Essa nova concepção foi reconhecida como teoria multicausal, a qual, segundo Maletta (2008, p.73), considera que:

> [...] o processo de doença não ocorre exclusivamente das particularidades de um microrganismo, mas sim das características de um agente patológico (que pode ser animado ou inanimado) somadas às características do indivíduo e de sua resposta a estímulos provocadores de doença, advindos do meio ambiente, do espaço e do próprio indivíduo.

A grande importância da consideração de múltiplos determinantes associados a uma doença reside no fato de que a prevenção ou busca da cura baseia-se na eliminação direta do agente patológico e também, na supressão de demais fatores associados como suscetibilidade, saneamento, desnutrição, condições de habitação estilo e hábitos de vida.

Uma importante contribuição para explicação desse fenômeno foi a teoria do complexo patogênico proposto por Max Sorre (1880-1962). O autor propõe uma concepção da geografia humana como ecologia do homem. Ele foi o primeiro geógrafo a lançar as bases científicas da geografia médica, posteriormente conhecida como geografia da saúde e originalmente concebida como a geografia das doenças, num artigo de 1933, nos *Annales de Géographie* e em 1943, no seu livro *Fondements biologiques de la géographie humaine*. Sobral (1988, p.306) afirma que:

> Na complexidade das relações que interessam a uma só vez ao biólogo e ao médico, procura-se uma noção sintética capaz, de orientar as pesquisas do geógrafo. A interdependência dos

> organismos postos em jogo na produção de uma mesma doença infecciosa permite inferir uma unidade biológica de ordem superior: o complexo patogênico. Compreende, além do homem e do agente causal da doença, seus vetores e todos os seres que condicionam ou comprometem sua existência.

Neste sentido, parece haver fortes indícios do desencadeamento de problemas crônicos, os quais geralmente possuem vínculo com demais fatores de risco que incidem sobre os indivíduos expostos, dificultando a correta interpretação de causa e efeito e consequentemente, a experiência de cura, necessitando a realização de estudos médicos mais aprofundados, associados à compreensão significativa do espaço, bem como, do tempo e dos diferentes grupos populacionais que são afetados (DELANI, 2016).

Na perspectiva ecológica de Max Sorre (1955), as relações entre o indivíduo e o espaço compreendem a ação da natureza (meio físico e biológico), sobre o indivíduo e a ação humana, modelando a natureza (sociedade). De acordo com Ferreira (1991, p.307):

> A geografia estuda o espaço humano, o espaço construído pelo homem. E não há espaço físico isento de ação do homem organizado em sociedade, indiferente às decisões espaciais humanas. A base explicativa da geografia não está na elucidação de uma teia infindável de influências recíprocas entre o homem e o meio, mas especialmente nas necessidades históricas, sociais e econômicas que produzem um determinado modo de organizar o espaço.

A ideia da ação humana que organiza e disciplina o espaço não é estranha à noção de complexo patogênico: trata-se somente de aprofundá-la, de recolocá-la a serviço de uma medicina que procure compreender os processos subjacentes às estruturas e fenômenos que analisa.

O complexo patogênico como um conceito sintético, de interação, sujeito às reformulações críticas que se tornarem necessárias, à medida que se aprimoram as técnicas e os conceitos empregados pela geografia, possibilitou expandir a compreensão dessas estruturas e fenômenos.

Ao ampliar as perspectivas de intervenção e análise que se desenvolvem dentro do universo da geografia da saúde, Guimarães (2001), destaca que no campo da epidemiologia social brasileira, não é nova, a ideia de trabalhar os

circuitos da produção e consumo, dos serviços de saúde e das diferentes formas de viver e morrer.

> Em resumo, considerando a saúde uma espécie de ideologia do cotidiano e, ao mesmo tempo, um movimento político de construção de um projeto de autonomia, a tarefa é identificá-la no plano do discurso ideológico, sem perder de vista as suas cadeias de mediações com os mecanismos de instituição imaginária. Isto exigiria o aprofundamento da discussão da epistemologia do lugar social e do campo de forças no interior do qual os atores sociais se enfrentam numa luta permanente pela imposição de discursos legítimos a respeito do espaço geográfico (GUIMARÃES, 2001, p.167).

Dessa forma, as relações entre o espaço e a prática científica, bem como a contribuição que a ciência geográfica pode trazer ao entendimento e desenvolvimento de estratégias, em favor da saúde pública, torna-se uma necessidade com vistas a auxiliar no desafio de minimizar o reconhecido desequilíbrio entre o que se sabe, em teoria e o que se aplica, na prática.

Costa e Teixeira (1999, p. 272), salientam que "[...] a existência humana é marcada pelas características biológicas dos indivíduos e pela construção das interações sociais que compõem a história das sociedades". Por sua vez, "[...] a formação destas abrange um mosaico de relações que as tornam estruturalmente heterogêneas e estabelecem distintas condições econômicas e sociais para os diversos grupos populacionais".

Dentro dessa perspectiva, desponta com grande magnitude e relevância, as teorias da geografia da saúde, caracterizada como uma ciência que busca explicar a influência da dinâmica territorial, na forma de apresentação das doenças, traçar as condições das populações em risco, que são determinadas por fatores históricos, econômicos, culturais e sociais que atuam no espaço.

O aparecimento da medicina social, no século XIX, reorganizou este espaço. Ao ressaltar que a saúde representa um fator de inequívoca responsabilidade social e que as medidas para promover a saúde e combater a doença deveriam ser tanto sociais quanto médicas, indicam relações entre saúde e sociedade e consequentemente, as ações sociais organizadas, inclusive através do Estado.

São através desses fenômenos que se desenvolvem os sistemas de saúde no mundo. A Geografia da Saúde, apoiada nessa base teórica, pode contribuir para compreensão destas estruturas e arranjos sociais.

O Estado controla o indivíduo, consequentemente a saúde humana. Na Constituição Brasileira de 1988, em seu Art. 196º, por exemplo, define-se o conceito de saúde como:

> [...] direito de todos e dever do Estado, garantindo 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, 2018, p.153).

Este é o princípio que norteia o SUS e é o princípio que colabora para promover um mínimo de decência aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos. No Brasil, a legislação brasileira em seu Art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, destaca que:

> Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

É consenso, entre os autores que abordam o assunto, que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja:

> [...] saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (SCLIAR, 2007, p.30).

Minayo (1992), acrescenta que saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Assim, a saúde do indivíduo estaria relacionada à qualidade de vida que seu espaço proporciona.

No tocante à doença, Leavell e Clark (1976, p.15), propõem o entendimento desta, como um “processo saúde-doença”, algo dinâmico, explicado pela “história natural da doença”.

Sobre a definição do processo saúde-doença, Rouquayrol (2003) salienta que devemos considerar saúde e doença não como um sistema binário do tipo presença/ausência, mas como um único processo. Trata-se de um conceito

extremamente rico e complexo que implica um contínuo saúde-doença, em que a ausência gradativa de um destes estados, corresponde ao espaço do outro e vice-versa. Ao compreender o processo saúde-doença como um processo coletivo, por exemplo, tal enfoque indica a necessidade de recuperar o sentido do:

> ‘lugar’ como o espaço organizado para a análise e intervenção, buscando identificar, em cada situação específica, as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro de ecossistemas modificados pelo trabalho e pela intervenção humana (MINAYO, 2002, p.181-182).

Para Batistella (2007, p.72), tomado em sua integralidade, destaca que o conceito do processo saúde-doença deve ser compreendido a partir da integração de diversas ordens hierárquicas, ao apresentar diferentes dimensões e componentes. Seriam elas de ordem: “microestrutural”, envolvendo o molecular e/ou o celular; “microsistêmica”, que diz respeito ao metabolismo e/ou tecido; “subindividual”, que corresponde aos processos fisiopatológicos, envolve os órgãos e/ou os sistemas; “clínica individual”, os casos propriamente ditos; “epidemiológica”, em um sentido mais amplo, envolvendo a população em risco; “interfaces ambientais”; associado aos ecossistemas presentes e “simbólica”, envolvendo uma perspectiva semiológica e cultural.

Mais do que a simples determinação em cadeia, cada categoria contém componentes dos outros subespaços em uma evolução dinâmica do sistema, de tal maneira que a projeção de um sobre o outro, não permite distinguir os efeitos individuais dos fatores de cada subconjunto (BATISTELLA, 2007).

O processo saúde-doença é reconhecido a partir da posição do observador, aparece como alteração celular, sofrimento ou problema de saúde. Ela pode incorrer: no nível individual, em que a expressão do processo pode ser simultaneamente, alteração fisiopatológica, sofrimento e representação (mediada por valores culturais); no nível coletivo, em que o processo saúde-doença possui uma expressão populacional (demográfica, ecológica), cultural (conjunto de regras) e espacial (organização e disposição) e nas sociedades, esse mesmo processo aparece como problemas de saúde pública, na interface com o Estado, entre o particular e público e entre o individual e o coletivo. Estará, assim, sempre na

interseção de duas lógicas: a da reprodução da vida e a da lógica da produção econômica (SABROZA, 2001).

Os determinantes sociais da saúde incluem as condições mais gerais (socioeconômicas, culturais e ambientais) de uma sociedade e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluso também, a trama de redes sociais e comunitárias.

Dentre os vários modelos propostos para a sua compreensão, destaca-se um esquema (figura 04) que permite visualizar as relações hierárquicas entres os diversos determinantes da saúde (CARRAPATO *et al.*, 2017).

Figura 04: Modelo de Dahlgren e Whitehead: influência em camadas
Fonte: Carvalho (2013, p.84).

As transformações observadas nos processos de produção e na organização social implicam, necessariamente em modificações nas demais dimensões, através de processos interativos de estruturação que relacionam modo de produção, organização espacial, problemas de saúde, concepções de saúde, respostas institucionais aos problemas e práticas assistenciais prevalentes (BATISTELLA, 2007).

Saúde é parte integrante do bem-estar social. Sua definição é mais complexa que a definição de doença. A partir da observação de seus conceitos, podemos

concluir que os determinantes e condicionantes da saúde do indivíduo são, em grande parte, exteriores ao próprio sistema de tratamento. Seu conceito está relacionado à vida do indivíduo em sua multiplicidade de estruturas e fenômenos que a envolvem. As ações do sistema de saúde precisam estar articuladas a outros setores disciplinares e de políticas governamentais responsáveis pelo espaço físico, social e simbólico.

Quando falamos de indivíduos saudáveis, por extensão, falamos de famílias saudáveis, casas saudáveis, escolas saudáveis, bairros saudáveis, cidades saudáveis. No fundo, falam-se de famílias, casas, escolas, bairros e cidades que deveriam proporcionar aos indivíduos, um espaço favorável à promoção e recuperação da saúde e dos serviços necessários para esse fim, independente de quem exerça os sistemas de vigilância e controle dessa sociedade.

Válido ressaltar que há uma distinção na saúde pública sobre o significado de prevenção e promoção de saúde (CZERESNIA, 2009). Para a autora, prevenção em saúde significa preparar; chegar antes de; dispor de uma maneira que evite a doença; impedir que ela se estabeleça.

A prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. “As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações” (2009, p.49). A base do discurso preventivo é o conhecimento da medicina moderna. Trata-se de um novo modelo de disciplina. Seu objetivo principal é apoiado no

> [...] controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução dos riscos de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. [...] Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informações científica e de recomendações normativas de mudança de hábitos (CZERESNIA, 2009, p.49).

Promover tem significado de dar impulso, fomentar, dirigir, gerar. Promoção de saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (LEAVELL; CLARK, 1976, p.19). As técnicas e estratégias de promoção de saúde enfatizam a

transformação das condições de vida e de trabalho que confortam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando abordagens mais complexas de intervenção.

> A ideia de promoção de saúde envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes a saúde. Promoção nesse sentido vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos (CZERESNIA, 2009, p.51-52).

Apesar das críticas, centradas na desigualdade das forças envolvidas nas relações e nos riscos da individualização do processo saúde-doença, a promoção da saúde propõe a reorientação das ações de saúde, a partir de mudanças culturais e técnicas, tendo como referência o nível local e a responsabilidade compartilhada dos problemas e soluções (MINAYO, 2012).

Uma situação de saúde define-se pela consideração das opções dos indivíduos envolvidos no processo. Essa não pode ser compreendida à margem da intencionalidade do indivíduo que a analisa e a interpreta. Assim, estabelece-se a diferença entre necessidade e problema de saúde. As necessidades são elaboradas por intermédio de análises e procedimentos objetivos. Os problemas demandam abordagens mais complexas, ao configurar-se mediante a escolha de prioridades que envolvem a subjetividade individual e coletiva dos seus envolvidos em espaços cotidianos. O reconhecimento de valores, tais como subjetividade, autonomia e diferença aparecem no discurso contemporâneo da saúde coletiva (CZERESNIA, 2009).

O amadurecimento destas discussões evidencia a complexidade que envolve as questões de saúde do indivíduo e das populações. Não se trata apenas de migrar do polo da objetividade para o da subjetividade, do universal ao singular, do quantitativo para o qualitativo. Não se trata simplesmente de opor valores que ficaram subjugados no decorrer do desenvolvimento do discurso da racionalidade científica moderna, ao submetê-los, agora, os que eram anteriormente hegemônicos. Não se trata, portanto, de construir novos posicionamentos que mantém a

reprodução de antigas oposições, mas de saber transitar entre diferentes níveis e formas de entendimento e de apreensão da realidade, tendo como referenciais não sistemas de pensamento, mas os acontecimentos que nos mobilizam a elaborar e intervir (CZERESNIA, 2009).

Os conceitos de saúde e doença, bem como o processo saúde-doença, suscitam uma série de interpretações e vivências pessoais e coletivas que não podem ser desconsideradas. Na verdade, eles são capazes de acionar mecanismos que talvez a medicina moderna, com toda sua evolução e tecnologia, não dão conta de explicar. Daí, a grande questão: até que ponto pode-se misturar ou separar a terapia médica, da popular, a doença, da cura, a ciência, da crença?

Diante dessas questões aqui levantadas, torna-se necessário buscar avanços no entendimento do problema provocado pela articulação do espaço sobre o processo saúde-doença, de modo a melhor compreender os diferentes determinantes e condicionantes envolvidas nesta articulação.

Voltar-se para a medicina tradicional, com uma articulação de saberes técnicos e populares, assim como, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, pode ser um campo próspero no enfrentamento e na resolução desses desafios.

2.2 Saúde da população de Porto Velho/RO: hegemonia da modernidade, organização institucional e seus conflitos

Porto Velho é um município brasileiro e capital do estado de Rondônia, situado à margem leste do Rio Madeira, o maior afluente da margem direita do Rio Amazonas. Foi fundado pela empresa americana Madeira Mamoré Railway Company, em 04 de julho de 1907, durante a construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, comandada pelo norte-americano Percival Farquhar (LIMA, 2018).

Em 02 de outubro de 1914, foi legalmente criado como um município do Amazonas, transformando-se em capital de Rondônia em 1943, quando criou-se o Território Federal do Guaporé (LIMA, 2018).

As grandes mudanças ocorridas na Amazônia, especialmente na cidade de Porto Velho/RO, fazem desta, uma região singular para o estudo de populações humanas em transição de um estilo de vida mais tradicional, isto é, baseado predominantemente em atividades de subsistência (como a pesca, por exemplo), para uma mais moderna, baseada nos processos de industrialização e implantação de grandes sistemas de engenharia que foram construídos com o objetivo de trazer pessoas e gerar desenvolvimento na região (DELANI, 2018).

Entender como a saúde desenvolve-se nesse período, pode contribuir para o planejamento de programas capazes de, eficazmente, atender as demandas e necessidades locais.

Porto Velho/RO conta atualmente com uma população estimada de 519.531 habitantes (IBGE, 2019). Caracteriza-se como o município mais populoso de Rondônia e o quarto da Região Norte, logo após as cidades de Manaus/AM, Belém/PA e Ananindeua/PA.

É possível encontrar nesse espaço amazônico: caboclos, indígenas, quilombolas e muitos outros grupos sociais, oriundos, em sua maioria, da incorporação colonial, da região amazônica. Para Adams *et al.* (2006), o estado atual, destes grupos, é visto sempre como limitado por fatores naturais e não, por fatores históricos. Ela é projetada, fundamentalmente, como um domínio natural, em que o social é o invasor. Essa sociedade possui em comum uma invisibilidade sócio-política marcada por diversos conflitos de natureza histórica que moldam sua identidade.

Loureiro (1995), revela, outrossim, como o imaginário é inspirado no concreto e como a lenda amazônica expressa a relação de seus habitantes com a natureza, as contingências socioeconômicas e políticas.

A Amazônia brasileira tem sofrido, ao longo dos anos, intensa pressão do governo federal para integrar-se economicamente, ao resto do país. A implantação das hidrelétricas no complexo do rio Madeira, por exemplo, é parte da atual política nacional conduzida com esta finalidade. No entanto, autores como Silva (2006), afirmam que os resultados destes e de outros esforços para colonizar e desenvolver a Amazônia, têm sido a degradação ambiental, a extinção da fauna e flora, o êxodo

rural, o aumento da densidade populacional em áreas periurbanas, a favelização de famílias expulsas do campo, além de profundas alterações das relações socioeconômicas, tradicionais entre as populações locais. Todas essas dimensões, unidas em um único espaço, interferem direta ou indiretamente, na saúde das populações que ali vivem.

Entre todos os municípios brasileiros, é o 45° mais populoso, configurando-se como a 21ª capital do país com mais habitantes. Possui uma área territorial com mais de 34 mil km², sendo também, o mais populoso município fronteiriço do território nacional. Trata-se da única capital brasileira que faz fronteira com outro país, a Bolívia (IBGE, 2018).

Segundo o Atlas Brasil (2013), entre 2000 e 2010, a população de Porto Velho/RO cresceu a uma taxa média anual de 2,5%, enquanto no país foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 81,79% para 91,18%. Em 2010 viviam, no município, 428.527 pessoas. A fonte destaca ainda, que o Índice de Desenvolvimento Humano Porto Velho (IDHM[9]) é 0,736, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,819, seguida de Renda, com índice de 0,764 e de Educação, com índice de 0,638.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 6,9 anos na última década, passou de 67,2 anos, em 2000, para 74,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 63,0 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

---

[9] O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) calcula o IDH dos 5.565 municípios do país e, até hoje, teve três publicações por meio do Atlas de Desenvolvimento Humano que serve como uma plataforma de consulta às informações. São responsáveis pela criação do indicador, três órgãos: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD): órgão global presente em 177 países e territórios que desenvolve projetos, busca contribuir com um crescimento que melhore a qualidade de vida de todos. É também responsável pela elaboração dos Atlas de Desenvolvimento Humano; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): órgão público federal que por meio de pesquisas, dá suporte às ações governamentais para modelagem de políticas públicas e programas de desenvolvimento; e a Fundação João Pinheiro: órgão público do governo de Minas Gerais, referência em pesquisas e informações socioeconômicas e demográficas (PREARO, *et al.*, 2015, p.138).

Ainda no tocante ao perfil de sua população, o município apresenta uma sociedade predominantemente cristã. As principais religiões, em termos estatísticos, são: 48,37% católicos apostólicos romanos, 32,34% evangélicos e 1,13% espíritas, conforme dados do último censo realizado em 2010 (IBGE, 2018).

Quanto ao seu perfil epidemiológico, de acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde (PORTO VELHO, 2017), no Município de Porto Velho/RO nos anos de 2012 a 2016, observou-se que as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) destacam-se enquanto causa importante de morbidade e mortalidade. A principal causa de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório, seguidas das causas externas e em terceiro lugar, as neoplasias.

No Brasil, a área técnica das DANT abrange também as doenças decorrentes dos acidentes e violências. Neste contexto, utiliza-se a sigla DCNT, referentes às Doenças Crônicas Não Transmissíveis. As DCNT constituem-se por doenças de longo curso, levando a diferentes graus de incapacidade ou à morte. Quatro grupos de doenças – cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes – responderam pela grande maioria desses óbitos. Os quatro principais fatores de risco são: fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool (DUNCAN et al., 2012).

As DCNT caracterizam-se por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (OPAS, 2005).

O perfil das causas de morte, no Brasil, tem mudado de forma relevante, assim como, também, o das causas de morte, em Porto Velho/RO. A transição epidemiológica, demográfica e nutricional ocorre muito rapidamente, com redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias e aumento por doenças crônicas. Assim, de acordo informações da Secretaria Municipal de Saúde, há uma mudança no perfil da mortalidade do município de Porto Velho/RO.

A SEMUSA/PV aponta que em 2016, a mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório foi de 18,18% e por causas externas, 17,81%. Isso revela o quanto estas doenças e agravos não transmissíveis são importantes problemas, no tocante ao acesso dos serviços de referência especializados, principalmente para o atendimento das intercorrências neurológicas, traumato-ortopédicas e cardiovasculares (PORTO VELHO, 2017).

As causas externas, segunda colocada do *ranking* realizado pela Secretaria Municipal de Saúde, referem-se a traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo, segundo Gonsaga *et al*. (2012, p.263),

> [...] incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação). [...] As causas externas foram responsáveis por 10,7% das mortes evitáveis, segundo estudo de revisão sistemática de publicações sobre mortes evitáveis em vítimas com traumatismos entre 2000 e 2009.

Os dados levantados revelam ainda, uma preocupação do setor com as neoplasias, terceira maior causa de morte na região, a mortalidade infantil fetal, a mortalidade das mulheres em idade fértil e materna e as taxas de natalidade. No tocante às morbidades, há um cuidado com o crescente número de crianças contaminadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a incidência de sífilis, malária, dengue, chikungunya, os casos de zika vírus, tuberculose e hanseníase (PORTO VELHO, 2017).

Ressalta-se, a atual organização institucional da saúde pública em Rondônia, estruturada em 07 regiões distintas (figura 05), aliada aos desafios já apresentados do setor.

Observa-se que Porto Velho/RO insere-se na região Madeira Mamoré, composta também pelos municípios de Candeias do Jamari, Itapuã do Oeste, Nova Mamoré e Guajará-Mirim. A região possui uma população estimada em 631.354 habitantes e extensão territorial de 79.499.206 km² (IBGE, 2018).

A cidade, bem como o estado de Rondônia, apresenta aspectos peculiares sobre a questão da acessibilidade aos serviços de saúde, revelando grandes distâncias entre os habitantes e os fixos geográficos de prestação de serviços, uma tipologia geográfica única, com elementos do espaço que variam de outras regiões do Brasil (DELANI, 2016). Além disso, com o atendimento de pacientes de outras localidades, hoje há uma grande competitividade pelo serviço de saúde implantado na capital, fato que acarreta uma superlotação do setor e uma baixa efetividade organizacional.

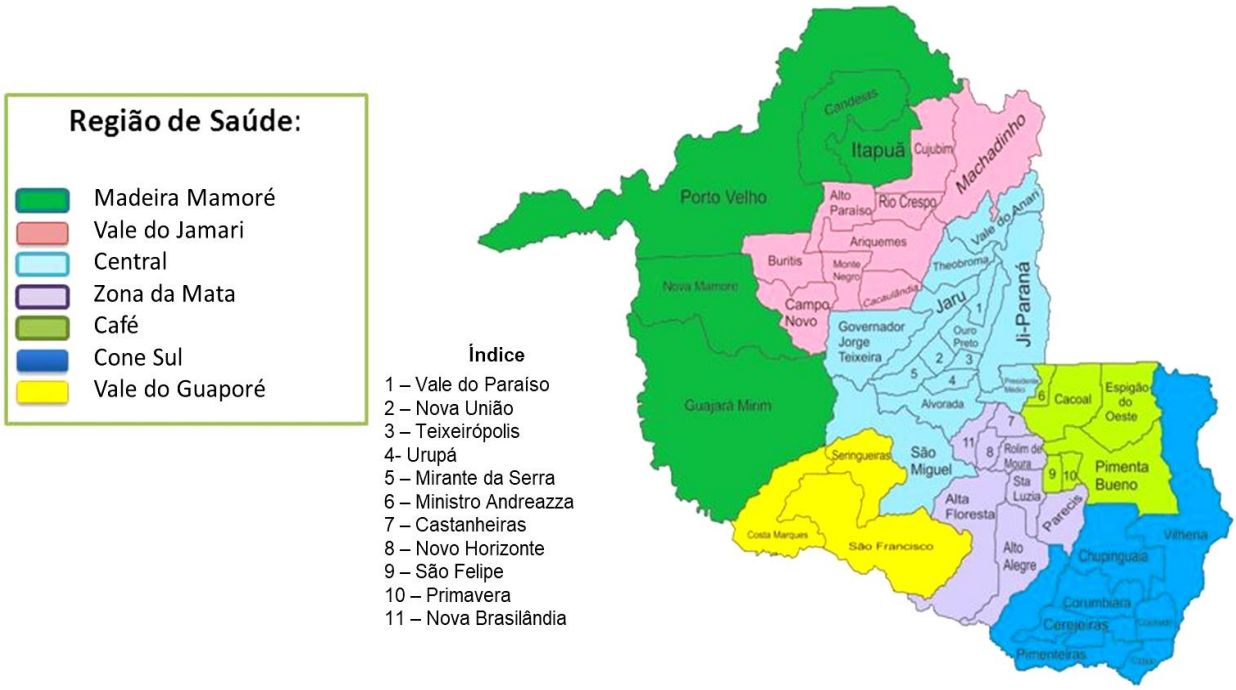


Figura 05: Regiões de saúde do estado de Rondônia, 2014.
Fonte: Porto Velho (2018)

Ao abordar especificamente a rede de saúde pública de Porto Velho/RO, disponível para sua população, de acordo com a SEMUSA/PV, esta encontra-se dividida em Atenção Básica, Assistência de Média e Alta complexidade e de Vigilância à Saúde (PORTO VELHO, 2017). De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil:

> [...] a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p.09).

As Unidades Básicas de Saúde são o alicerce desta organização, da atenção básica. Suas redes devem ser instaladas em espaços próximos de onde as pessoas desenvolvem suas atividades cotidianas (habitam, trabalham, estudam e vivem) e devem desempenhar um papel central, para garantir à população, acesso a atenção de saúde com qualidade (BRASIL, 2012).

Porto Velho/RO conta atualmente com 38 Unidades Básicas de Saúde, sendo destes 19, na zona Urbana e 19, na zona Rural, distribuídas nas seguintes zonas geográficas Sanitárias: Zona Central, Zona Sul, Zona Leste, Zona Norte e Zona Rural (Fluvial e Terrestre). Além desta estrutura, há também 01 Unidade Móvel Fluvial (Unidade de Saúde Dr. Floriano Riva Filho) para dar apoio às ações de promoção e prevenção à saúde na área ribeirinha (PORTO VELHO, 2017).

A figura 06 retrata essa organização no âmbito da cidade de Porto Velho/RO. Igualmente, apresenta outras informações e infraestruturas urbanas de saúde pública que serão exploradas nesta sessão.

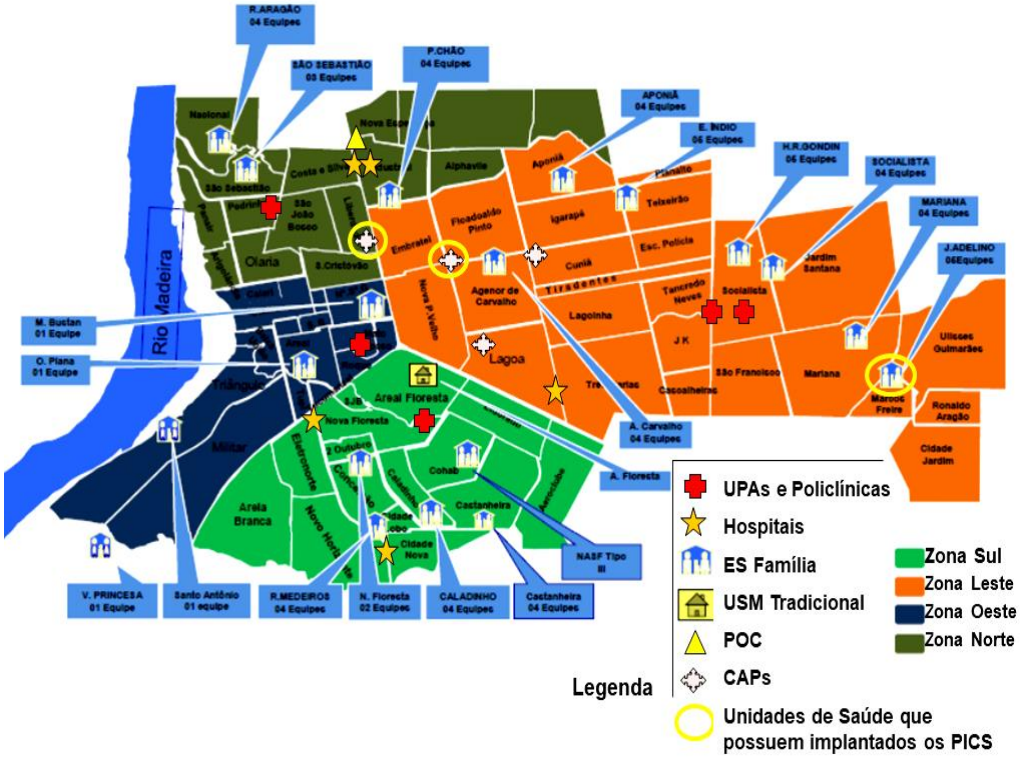


Figura 06. Distribuição das principais unidades de saúde púbica da cidade de Porto velho/RO
Fonte: DELANI, Daniel (2019). Adaptado de Porto Velho (2017).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são responsáveis pelas ações voltadas para a população de sua área de abrangência, funcionam de segunda a sexta-feira, e devem ser a porta de entrada prioritária, no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde. Para atender um público que não pode frequentar o serviço ambulatorial em horário comercial, a SEMUSA/PV oferece atendimento de Atenção Básica (consultas médicas, de

enfermagem e odontologia, além de vacinas, agendamento para serviços de especialidades, etc), em horário noturno (das 19 às 0h), chamado de Atendimento do Corujão, que funcionam, atualmente, em duas Unidades de Saúde: Maurício Bustani e Castanheira (PORTO VELHO, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um aliado no cuidado à saúde humana. Trata-se de uma estratégia prioritária de atenção à saúde que visa a reorganização da Atenção Básica, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (PORTO VELHO, 2017).

O município conta ainda com 01 Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família, 01 Equipe de Consultório na Rua e 01 Posto de Coleta de Banco de Leite Humano (PORTO VELHO, 2017).

Nas unidades, o usuário pode consultar e com encaminhamento médico, agendar consultas especializadas, fazer pré-natal, acompanhamento de doenças crônicas, vacinar-se, retirar medicamentos com receita médica, fazer tratamento odontológico, realizar exames laboratoriais, receber orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços (PORTO VELHO, 2017).

No tocante às especialidades médicas, a Secretaria Municipal de Saúde ressalta que o acesso às consultas e exames especializados é feito por meio de um pedido médico e/ou cirurgião dentista das Unidades de Saúde. Após a marcação da consulta, a Unidade comunica ao usuário o dia, horário e local marcado para o atendimento através da Central de Regulação Municipal. Na Rede Especializada encontram-se: 01 Centro de Especialidades Médicas (CEM), com cerca de 20 especialidades, como ginecologia, pneumologia, reumatologia, ortopedia, vascular, endocrinologia entre outras; 01 Centro de Referência de Saúde da Mulher; 01 Centro de Referência de Saúde da Criança; 03 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Centros de Fisioterapia; 01 Hospital Especializado

(Maternidade Municipal Mãe Esperança) e 01 Serviço de Assistência Especializada (SAE).

Quanto à Rede Psicossocial, a SEMUSA/PV administra dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-AD) e 01 Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). O Estado de Rondônia administra outras duas unidades desse tipo, na cidade de Porto Velho/RO, são elas: o CAPS Madeira Mamoré e o CAPS Três Marias.

O serviço de apoio ao diagnóstico possui um laboratório central e 06 Serviços de Apoio Diagnose e Terapia (SADT).

Na rede municipal de ambulatórios especializados são ofertadas as seguintes especialidades: ortopedia, otorrinolaringologia, dermatologia, ginecologia (clínica e cirúrgica), mastologia, urologia, gastroenterologia, pneumologia (tuberculose), oftalmologia, nefrologia (adulto e pediátrico), endocrinologia (adulto e pediátrico), cardiologia, alergologia, neurologia, proctologia, cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço, num total de 7.309 consultas ofertadas ao mês. Dentre as especialidades ofertadas, as mais solicitadas pela população são: ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, cardiologia, oftalmologia (PORTO VELHO, 2017).

Na área de urgência e emergência, Porto Velho/RO conta com 05 Unidades públicas de Saúde para esse tipo de atendimento. São 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 03 Policlínicas, destas, 02 funcionam como Pronto Atendimento (PA) 24 horas. As UPAS estão localizadas nas zonas Leste e Sul e funcionam todos os dias, 24 horas.

Outras redes, administradas pela Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia (SESAU), estão localizadas na cidade e auxiliam no atendimento da população local. São elas: Centro de Reabilitação de Rondônia – CERO; Serviço de Assistência Multidisciplinar Domiciliar – SAMD; Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN; Laboratório Estadual de Patologia e Análises Clínicas – LEPAC; Centro de Pesquisa em Medicina Tropical de Rondônia – CEPEM; Agência Estadual de Vigilância em Saúde – AGEVISA; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST; Serviço de Tratamento Fora do Domicílio – TFD e o Complexo Regulador Estadual.

A Policlínica Osvaldo Cruz (POC) faz parte desse universo e destaca-se como uma unidade de referência com atendimento ambulatorial, em várias especialidades, em média e alta complexidade, com 36 especialidades médicas. A Unidade oferece, ainda, os serviços de Farmácia, Serviço Social, Ouvidoria, Saúde do Servidor e Centro de Especialidades Odontológicas. É referência também para: Hanseníase, Gestação de Alto risco, Assistência Saúde do Idoso, Serviço Otimizado, HIV/Hepatites virais. As consultas são agendadas pela Central de Regulação de Consultas e Exames Estadual e ofertadas aos 52 municípios do estado de Rondônia.

Quanto à assistência hospitalar, a Secretária Municipal de Saúde de Porto Velho/RO (PORTO VELHO, 2017) informa que a rede da cidade conta com as seguintes infraestruturas:

- Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro – além de clínicas de internação, possui à disposição dos usuários: leitos UTI adulto e cardiológico, UTI neonatal, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Central de material, Serviços de diagnóstico por imagem etc. Realiza também, transplantes de córnea, fígado e rim. Possui 552 leitos;
- Hospital Infantil Cosme e Damião – dispõe de leitos de urgência pediátricos, clínica médica, UTI pediátrica, serviços de diagnósticos laboratoriais e por imagem. Possui 140 leitos;
- Centro de Medicina Tropical de Rondônia – CEMETRON: Hospital de referência em doenças tropicais. Dispõem 100 de leitos de internação clínicas e 07 leitos de UTI adulto e 24 leitos de Isolamento adulto, serviços de diagnóstico clínico e por imagem;
- Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II – hospital que integra a rede de urgência e emergência, com 187 leitos, para internação clínica e cirúrgica e uma UTI com 10 leitos adultos, além de serviços de Radiologia e Tomografia, laboratoriais e por fim;
- Assistência Médica Intensiva - AMI - O Serviço tem como objetivo minimizar o deficit de leitos no Estado, reduzir a demanda reprimida e mortalidade, pela insuficiência de vagas para assistência de alta

complexidade. Conta com 35 leitos e presta assistência em caráter intensivo e semi-intensivo, além de possuir uma equipe multiprofissional entre médicos, enfermeiros, fisioterapeuta e outros, funciona como uma unidade de retaguarda do Hospital João Paulo II.

No tocante às práticas e cuidados de saúde, com base no conhecimento vernacular, autores como Morais (2016), Rodrigues (2013), Silva (2004) e Souza (2008), contribuíram para dar visibilidade a diferentes práticas e protagonismos na região. Todavia, não há referências anteriores sobre as formas e práticas que garantiram a vida da população nesta área, antes da chegada da medicina moderna.

Apesar dessa fragilidade nos registros históricos, Morais e Zanferrari (2016, p.2), consideram que houve um processo de ”[...] adaptação e modos de conviver com a floresta e suas características ambientais [...]”. Os migrantes que chegavam a Rondônia precisavam “[...] buscar os meios necessários para sua sobrevivência, estando nas heranças deixadas por seus ascendentes, a base para as suas tomadas de decisões [...]”.

Sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), 25 municípios de Rondônia encontram-se registrados no programa, dentre eles, Porto Velho. Esse valor corresponde a um total de 48% dos municípios do estado.

Segundo Valadares e Beraldo (2018), as práticas de dança circular/biodança, auriculoterapia[10] e acupuntura são oferecidas na Atenção Básica para o tratamento de usuários do SUS, no Estado. Essas práticas são alguns dos tratamentos que utilizam recursos terapêuticos, baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para tratar e prevenir diversas doenças, como depressão e hipertensão. A fonte revela ainda que em 2017, foram registrados 110 atendimentos individuais no estado.

[10] A Auriculoterapia é uma das práticas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Trata-se de uma técnica que consiste em estimular pontos específicos do pavilhão auricular, correspondente a cada órgão do organismo. É indicada para tratar distúrbios e patologias tanto físicas quanto emocionais, apresentando resultado satisfatório para o tratamento da ansiedade e da obesidade (MACIOCIA, 2017).

Informações atualizadas por meio de um representante da medicina moderna, de Porto Velho/RO (sistema médico oficial)[11], revelam que são oferecidos auriculoterapia e Reiki[12] na UBS José Adelino, auriculoterapia no CAPS Três Marias e Yoga no CAPS Madeira Mamoré (figura 06).

Apesar de esta informação trazer esperanças para o setor, suas ações ainda ocorrem de forma isolada e são pouco difundidas na cidade. Os demais colaboradores desta tese revelaram, por exemplo, não ter conhecimento sobre o programa, as PNPIC e suas ações práticas para população.

Essa caracterização e configuração do setor revela que, quanto a serviços e infraestruturas de saúde, a cidade de Porto Velho encontra-se privilegiada em relação a outros lugares da região amazônica, inclusive dentro do estado de Rondônia e também do cenário nacional. Todavia, observou-se ao longo da pesquisa de campo, uma desarticulação entre o que é oferecido pela saúde pública, por meio das entidades governamentais e o que é de fato, vivenciado pela população local, nesse setor.

Válido ressaltar que a busca documental nas entidades governamentais de saúde em Porto Velho/RO, quanto à medicina tradicional conhecida e exercida na cidade, não gerou nenhum retorno sobre o objeto de estudo. Pelo contrário, foi possível observar um sentimento de estranheza, por parte das pessoas que receberam esse contato. Tratava-se de um universo completamente alheio ao seu cotidiano.

Quanto à população desta pesquisa, quando questionados sobre a situação de saúde na cidade, muitos dos entrevistados, praticamente unanimidade (100% benzedeiras; 100% benzedores; 100% intercessoras/ores; 100% pessoas adeptas a essas práticas terapêuticas tradicionais e modernas; 100% representantes da medicina moderna (sistema médico oficial); e 50% do Estado) afirmaram que esta, encontra-se em condição precária.

---

[11] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada na Fundação Universidade Federal de Rondônia, *Campus* José Ribeiro Filho, cidade de Porto Velho/RO, em 12 de abril de 2019.

[12] O Reiki é uma técnica de imposição de mãos definida no Japão em meados do século XIX. A palavra Reiki significa “energia da força vital do universo”. Seus praticantes acreditam que por meio da imposição das mãos de um terapeuta Reiki esta energia possa ser transmitida para o corpo de outra pessoa (OLIVEIRA, 2013, p.25).

Um dos benzedores entrevistados, por exemplo, afirmou que “a saúde é precária porque é possível perceber isso por meio do meu ofício”.[13] Ele destaca que as pessoas não encontram a cura dos seus males dentro dos hospitais convencionais.

Outros fatores apontados pelos entrevistados para justificar essa afirmação foram: a falta de médicos nos postos de saúde e nos hospitais; a falta de preparo dos profissionais que atuam no atendimento direto ao público; a falta de políticas públicas voltadas para prevenção e promoção da saúde; as filas do sistema público de saúde; a falta de saneamento básico; a falta de educação e conhecimento das pessoas em geral e também, os sistemas urbanos de distribuição de água e coleta de lixo.

Um dos entrevistados, para justificar sua resposta, ressalta que:

> [...] não só em Porto Velho, mas em todo o Brasil, é possível observar alguns esforços para melhoria do atendimento à saúde, mas ainda muito restritos. Você chegar perto de um médico hoje é o maior desafio. As pessoas não estão tendo acesso à saúde[14].

Sanvito e Rasslan (2012), ao discorrer sobre os paradoxos da medicina contemporânea, destacam que essa percepção pode ser explicada pela atual prática médica segmentada, com o superdimensionamento das áreas especializadas.

Segundo os autores, “a exaltação da explicação científica e os avanços técnicos acabaram determinando a atomização do conhecimento. Essa pulverização do conhecimento tornou o médico generalista inseguro e muitas vezes, mero triador de casos para os especialistas”. Por outro lado, “[...] o especialista só assume a responsabilidade sobre o órgão doente de sua área” (SANVITO; RASSLAN, 2012, p.634).

Essa necessidade da consulta com vários médicos interfere na interação médico-paciente. Além disso, promove essa inquietação da população sobre o quantitativo de médicos disponíveis para o atendimento ao público. Ademais, contribui para um esmorecimento do setor.

---

[13] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Igarapé, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 21 de julho de 2018.

[14] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Embratel, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 27 de junho de 2018.

A atenção dos indivíduos está voltada, sobretudo, para segmentos do corpo e não para o ser humano em sua totalidade. Esses dados propõem uma importante reflexão sobre a eficácia das formas de intervenção da medicina moderna, na sociedade, diante da promoção de saúde, da qualidade de vida e do bem-estar da população.

A medicina moderna avança consideravelmente, em todos os seus núcleos de atuação e intervenção. Novas técnicas de diagnóstico, novas infraestruturas, novos equipamentos e novos medicamentos, por exemplo, podem ser descritos como fatores determinantes deste processo de evolução. Porém, observa-se um descompasso entre esses avanços médicos e a assistência médica de qualidade. Assim, nos questionamos para quem esses avanços estão servindo? Porque novas doenças continuam a surgir? Por quanto tempo as pessoas continuarão com as mesmas reivindicações do setor de saúde?

São notórios os esforços dos profissionais que atuam na gestão e no planejamento da saúde pública, especialmente em Porto Velho/RO. Todavia, a falta de apropriação adequada do conceito de saúde pode ser a essência da resposta para alguns desses questionamentos.

A saúde mental, por exemplo, foi negligenciada no Plano Municipal de Saúde para o período 2018-2021 (PORTO VELHO, 2017). Neste documento não há nenhuma meta específica a ser alcançada no setor que considere a saúde mental dos indivíduos e/ou da sociedade. Tampouco, encontram-se referências que abordam essa problemática ao longo de sua redação. Trata-se de um documento preliminar que, aparentemente, considerou apenas a doença e suas estatísticas na região. Nasce com fragilidades na dimensão humana do conceito de saúde e com uma percepção simplista, a respeito do entendimento sobre o processo saúde-doença em uma população.

Sanvito e Rasslan (2012, p.634), destacam que o atual modelo da medicina contemporânea, considera o “doente como objeto”, o “médico como mecânico”, a “doença como avaria” e o “hospital como oficina de consertos”. O indivíduo não está no centro do sistema, mas sim, a doença. Dentro dessa lógica, não se considera as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e ambientais que envolvem o

ato de adoecer. Muitas das atuais políticas públicas são desenhadas dentro desta perspectiva. Essa lógica impede que os indivíduos alcancem o seu completo estado de saúde e bem-estar.

Com base no exposto, observa-se que não bastam as Unidades de Saúde serem construídas próximas da população, elas precisam servir de fato a essa população. As unidades de saúde estão organizadas em localizações funcionais dentro da lógica do Estado e não consideram o ser humano em sua totalidade.

Pode-se concluir que os problemas da saúde pública da cidade de Porto Velho/RO, não estão relacionados apenas à oferta dos serviços e das infraestruturas de saúde da região, mas também a um distanciamento entre esses serviços e a população geral, usuária final desse modelo de assistência médica. Esse distanciamento têm suas raízes, no processo de formação desse sistema médico moderno e não corresponde a uma extensão geométrica, em sentido restrito. Trata-se de uma perspectiva (subjetiva), dos atores-sociais envolvidos.

Independente dos avanços técnicos da área da saúde e das políticas de humanização do SUS, a população não é capaz de desenvolver um sentimento de pertencimento a esse espaço, mesmo quando é necessária sua utilização.

Bollnow (2008) destaca que o conceito de distância é composto de um significado psicológico e possui um caráter relativo. O conceito de distância leva a uma esfera diferente de uma relação puramente espacial; encontra-se articulado a um ponto de vista sentimental e é encontrado na essência do próprio indivíduo.

O espaço tende a fazer-se tão infinito quanto a consciência humana assim o considerar. Pode ser amplo ou estreito, de acordo com suas experiências e a realização de suas ações, no mesmo. O espaço é um reflexo do que pensamos. A construção e organização do entorno habitado é o espelho da intencionalidade, sensibilidade e desenvolvimento da mente humana (BOLLNOW, 2008).

Entender a dinâmica desse espaço para proporcionar o encurtamento dessas distâncias, pode contribuir para o planejamento de políticas públicas capazes de promover a estruturação de lugares e sociedades verdadeiramente saudáveis. O reconhecimento, a valorização e a inserção dos protagonistas tradicionais podem fornecer uma alternativa eficaz, nessas estratégias institucionais.

CAPÍTULO 3

BENZEDEIRAS/ORES EM PORTO VELHO/RO: DIMENSÕES ANTROPOLÓGICAS E SOCIOESPACIAIS

3.1 Retrato e representações das benzedeiras/ores em Porto Velho/RO

Diante de uma multiplicidade de significações simbólicas presentes na cultura popular, destacam-se no universo feminino (doravante não tão exclusivo, por existirem outros protagonistas, inclusive do gênero masculino), figuras que são frutos da hibridação cultural brasileira: as benzedeiras. Estas protagonistas, detentoras de um saber vernacular em saúde, compartilham da figura da mãe e do dom de cuidar. Donas de um conhecimento simbólico, mítico e mágico, elas habitam e participam uma socialidade, simultaneamente, real e imaginária. Isso se afirma na medida em que são procuradas pelos membros de uma sociedade para prestarem seus serviços (CUNHA, 2011).

As benzedeiras/ores agem de acordo com a consciência elaborada no interior da coletividade cultural. Está vivência singular tem seus discursos baseados em certas condições sociais objetivas que permitem a ação desses protagonistas na sociedade. Então, esta subjetividade é resultado do sistema de significações sociais, no qual são produzidos indivíduos articulados uns aos outros, de maneira que percebem o mundo e articulam-ser como tecido social (SOUZA, 2008).

Oliveira (1985) localiza a prática da benzeção no âmbito da medicina popular, entendida como prática subalterna, frente à medicina moderna que configura o modelo dominante. Estabelece, dessa forma, um confronto cotidiano entre práticas de cura socialmente antagônicas, numa guerra de competência, em que a medicina popular ocupa as brechas do campo de não-competência da medicina moderna. O autor salienta que a benzedeira/or incorpora o arquétipo da guerreira profissional na medida em que é vista como um instrumento de intervenção, no processo histórico-social, ainda que esta não tenha plena consciência e discernimento do seu papel.

Diante do exposto, apresenta-se, nesse momento, às análises sobre as dimensões geográficas e as implicações políticas dos saberes e práticas populares de cuidados em saúde, utilizados pelas benzedeiras/ores, os protagonistas tradicionais na cidade de Porto Velho/RO.

As benzedeiras, entrevistadas nesta pesquisa, têm uma média de idade de 70 anos e possuem origens distintas. Elas nasceram nas regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste e vivem em Porto Velho/RO, em média há 45 anos. Os benzedores têm uma média um pouco maior, na casa dos 71,5 anos. Nasceram nas regiões Norte e Sul do país. Destaque para dois deles que nasceram em Porto Velho/RO, os únicos com essa característica. Em comparação às benzedeiras, vivem em média na cidade há 56,75 anos. Tanto as benzedeiras quanto os benzedores permanecem no mesmo local ou no entono desse espaço habitado, desde sua mudança para a cidade.

Uma destas benzedeiras revela que reside na cidade, há 60 anos. Chegou por meio aéreo em "um avião que era capaz de pousar na água e na terra[15]". Outra entrevistada destaca que:

> [...] tem 30 anos que eu vivo nesse buraco. Nós chegamos aqui e eles estavam dando para fazer moradia. Eu vim e rocei. Meu marido vivia pelo mundo, ele era mecânico. Eu rocei um pedacinho. Pedi para um senhor armar o meu barraco. Meu primeiro barraco era de madeira. Com o tempo levantei isso aqui, com ajuda da população que vinha rezar e se dava bem com a reza. Eu não cobro nada de ninguém, mas a comunidade que ajudou a levantar isso[16].

Um dos benzedores ressalta que no atual endereço ele foi "o pioneiro da invasão, antes disso, o espaço era um sapezal[17]". Essas informações sobre o tempo em que os protagonistas tradicionais residem no mesmo endereço é importante para entender a distribuição geográfica de algumas destas benzedeiras/ores, localizados em regiões atualmente privilegiadas da cidade de Porto Velho/RO, com baixos índices de vulnerabilidade social (figura 07).

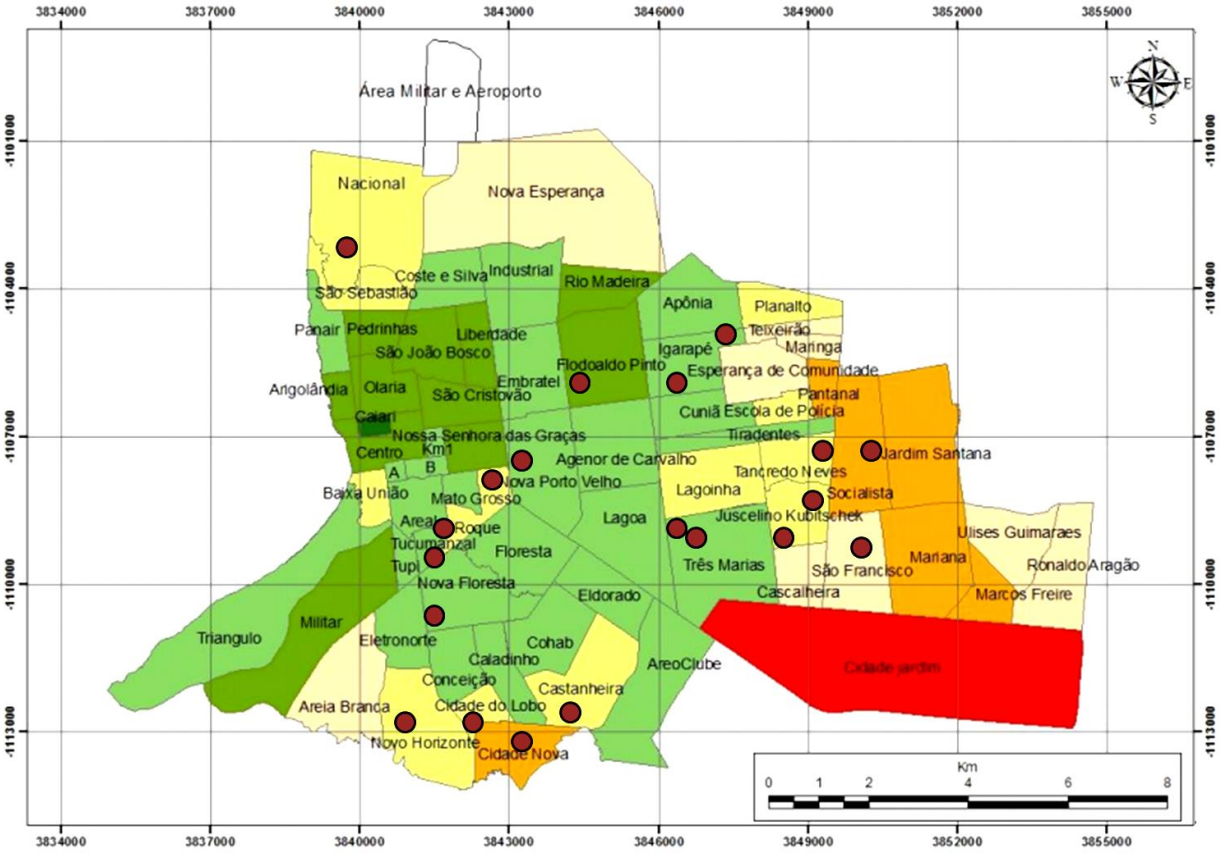
---

[15] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Flodoaldo Pontes Pinto, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 18 de julho de 2018.

[16] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Mato Grosso, Zona Oeste da cidade de Porto Velho/RO, em 19 de julho de 2018.

[17] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Igarapé, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 21 de julho de 2018.

Apesar dessa região onde suas residências encontram-se inseridas, em geral, as casas destes protagonistas destoam da paisagem do entorno. Seja pela presença das plantas místicas, observadas na frente de cada uma das casas – elemento simbólico mais comum onde vivem as benzedeiras –, seja pela própria infraestrutura do local.



Legenda		
Índice de Vulnerabilidade		A – Mucambo B – Santa Barbara
Vulnerabilidade altíssima	Vulnerabilidade baixa	
Vulnerabilidade muito alta	Vulnerabilidade muito baixa	
Vulnerabilidade alta	Vulnerabilidade baixíssima	
Vulnerabilidade média	Sem dados	
Localização das benzedeiras e benzedores de Porto Velho/RO		

Figura 07: Porto Velho/RO - Vulnerabilidade social e localização das benzedeiras/ores na área urbana.
Fonte: DELANI, Daniel (2019). Adaptado de Soares (2016).

A benzedeira, por exemplo, que revelou com orgulho a sua moradia na fala anterior, vive em uma casa onde apenas as paredes externas são feitas de

alvenaria, o chão ainda é de piso batido e as mobílias são antigas, simples e apresentam grandes avarias. Mesmo assim, o nível de desprendimento material que esses protagonistas tradicionais apresentam, faz com que sua relação com o espaço não dependa desses elementos. Elas revelam um sentimento de plenitude com o espaço habitado, ao fazer deste, o seu lar. Esse sentimento é mais evidente nas benzedeiras que nos benzedores.

O espaço habitado, muitas vezes, estreito (BOLLNOW, 2008), que poderia pressionar, torturar e punir o ser humano, na sociedade moderna (FOUCAULT, 2005; 2010), é, ainda que em parte, superado por esses protagonistas tradicionais para uma vastidão libertadora.

A casa tem a capacidade de recolher o que está espalhado, trata-se de um espaço santificado. Com isso, acaba por trazer o próprio ser humano para um recolhimento. O habitar não é percebido como uma atividade arbitrária, mas é característica essencial do ser humano, definidora de sua relação como o mundo. Significa "[...] ter uma locação fixa no espaço, pertencer a ela e nela estar enraizado" (BOLLNOW, 2008, p.138). Grande parte dos indivíduos não atinge facilmente essa identidade com o espaço (CASTELLS, 2008).

Evidente que nem todas as casas são tão simples como a descrita anteriormente. Algumas delas apresentam elementos da modernidade em sua arquitetura que proporcionam um melhor conforto aos seus moradores. Essa distinção pode ser explicada pelo nível de escolaridade dos protagonistas tradicionais. Aqueles que atingiram níveis maiores de escolaridade, cursando, por exemplo, o antigo magistério[18] ou até mesmo o nível superior, vivem em casas que podem ser consideradas comuns, em comparação às demais casas fixadas, na mesma vizinhança.

Todavia, esse grupo que conseguiu concluir o ensino médio, corresponde à apenas 10,5% de nossa população. Apenas um benzedor, 5% do total, concluiu o ensino superior. Os demais protagonistas tradicionais não estudaram e/ou não concluíram o ensino fundamental.

[18] Magistério é a docência, ou seja, a educação formal, o ensino de conteúdos, tarefa essa atribuída apenas a quem tem como profissão o cargo de professor e/ou de especialista em educação, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Não é curso superior, mas de nível médio. Habilita o professor para lecionar na Educação Infantil.

Quando compara-se a distribuição das principais unidades de saúde de Porto Velho/RO (figura 06), com a distribuição espacial das benzedeiras e benzedores nessa malha urbana (figura 07), é possível identificar algumas janelas onde a ausência do serviço público de saúde pode estar sendo suprida por esses protagonistas tradicionais. Essa situação também é relatada na literatura especializada (OLIVEIRA, 1985).

Segundo informações dos representantes-chave[19], o atendimento à população, conhecido como demanda espontânea[20], acontece principalmente por meio das UPAs e Policlínicas (figura 06). Essa é uma situação que restringe, ainda que parcialmente, o acesso da população aos serviços públicos de saúde, favorecendo a busca dos usuários por outros meios de tratamento/intervenção, como os que são empregados pelas benzedeiras/ores.

Constata-se também, na figura 07 que a localização das benzedeiras/ores é, predominantemente, em regiões com índices de vulnerabilidade social média, alta e muito alta. Mesmo naqueles que residem em regiões de vulnerabilidade social baixa, é possível identificar, nos bairros vizinhos, índices de vulnerabilidade social média, alta e muito alta. Apenas um, destes protagonistas está localizado em região de vulnerabilidade baixíssima.

Essa informação demonstra que a prática do benzimento, da reza e da oração, bem como, seus protagonistas tradicionais, encontram-se concentrados nas regiões periféricas da cidade (periferias geográficas e sociológicas). Essa situação dificulta a incorporação das benzedeiras/ores e suas práticas em determinados espaços deste núcleo urbano.

Tal situação, associada ao atendimento público de saúde disponibilizado pelo Estado, pode indicar uma preferência da população pelos serviços oferecidos por meio da medicina tradicional, a qual é prestada por seus diferentes protagonistas, como as benzedeiras/ores e é mais acessível às diversas regiões da cidade, principalmente, nessas localidades mais vulneráveis socialmente, onde o alcance da medicina moderna e do próprio Estado revela-se menor.

---

[19] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada na Secretária de Saúde de Porto Velho/RO, localizada no bairro Nova Porto Velho, em 14 de junho de 2018.

[20] Demanda espontânea refere-se à busca do usuário pela unidade de saúde, independentemente do motivo ou do tempo de evolução do problema, de forma não esperada pelo serviço público de saúde.

Ao resgatar o retrato do perfil das benzedeiras e benzedores de Porto Velho/RO, sobre o motivo de sua mudança para cidade, apenas um dos entrevistados destacou ter sido influenciado por um aspecto místico religioso: “a promessa está para se cumprir! Você vai ganhar uma terra e vai construir naquela cidade[21]”, embora não estivesse diretamente relacionado ao seu ofício de benzedor.

Os demais entrevistados que nasceram em outras cidades, afirmaram não haver uma relação direta entre o motivo da mudança para Porto Velho/RO e o seu ofício de benzedeira/or. As razões apontadas pelas benzedeiras indicam sempre uma causa/aspecto familiar: acompanhar o cônjuge ou os pais, por exemplo. Entre os benzedores, por outro lado, está associada à busca de emprego e de novas oportunidades de vida, tanto para eles quanto para suas famílias.

Adams *et al.* (2006) abordam algumas destas questões relacionadas a modernidade e a invisibilidade que esse fenômeno trouxe às sociedades amazônicas nesse período da história. O contexto de violência e de dominação, no qual suas identidades foram forjadas, fez com que esses atores-sociais construíssem uma identidade de oposição.

Uma das benzedeiras revela que seus “[...] pais vieram pra cá cedo, eu fiquei na companhia das minhas tias. Não tinha segundo grau aqui, ainda, na época que meus pais vieram. Depois, quando começou, meus pais pediram pra eu vir pra cá e eu tive que vir[22]”. Outra protagonista destaca:

> Eu nasci na Bahia. Vim pra Porto Velho porque meu esposo veio trabalhar aqui. Ele morreu aqui e o enterro dele saiu dessa casa. Eu continuo aqui, mas na época não queria vir pra cá. Eu não tinha vontade de vir morar aqui... De jeito nenhum! Eu ouvi falar que era um local deserto, mas não. Eu acho a mesma coisa de onde eu vim[23].

O nível de escolaridade e o espaço habitado das benzedeiras e dos benzedores desconstroem, ainda que em parte, o estereótipo de que esses protagonistas sejam todos atores-sociais carentes e que vivem à margem da sociedade moderna.

---

[21] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Juscelino Kubitschek, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 17 de julho de 2018.

[22] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Flodoaldo Pontes Pinto, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 18 de julho de 2018.

[23] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Tancredo Neves, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 26 de junho de 2018.

Nenhum dos protagonistas tradicionais indicou ter o costume de sair com frequência de Porto Velho/RO, seja por motivações pessoais ou por relação com o seu ofício da reza. Todavia, entre os benzedores, principalmente, observa-se uma maior movimentação até a sua fixação, na cidade. Essa situação pode ser explicada, a partir das motivações que foram apresentadas pelas benzedeiras e pelos benzedores para justificar sua mudança para região.

Ao questionar as benzedeiras sobre seu ofício principal, apenas uma delas destacou que era aposentada, indicou a prática da reza como ocupação secundária. As demais benzedeiras afirmaram que sua ocupação principal tratava-se da prática da reza e da oração. Da mesma forma, dois dos benzedores destacaram ser aposentados: um como pedreiro e outro como professor. Todos, os demais apontaram a reza e a oração como ocupação principal. Apenas um dos benzedores, aquele com maior nível de escolaridade dentro da população desta pesquisa, destacou que não têm o benzimento como profissão. Provavelmente, sua resposta está influenciada pelo seu entendimento sobre o termo, uma vez que sua formação é em filosofia.

Sobre a origem de suas práticas de benzimento, todas as benzedeiras afirmam ter início ainda na infância, quando crianças. Da mesma forma, essa vocação manifestou-se também, na infância para os benzedores. Porém, observa-se que é comum entre os homens, deixar para desenvolver esse ofício, já na fase adulta de suas vidas.

As benzedeiras/ores ao discorrerem sobre o episódio que marcou o início de suas práticas, revelam algumas importantes informações que exploraremos a seguir:

> Eu não sei nem te explicar, porque desde os doze anos que eu rezo. Faço a oração, oração da fé. Eu confio mais do que tudo. Uma vez, ainda criança, eu fui chamada pra fazer uma oração em uma mulher grávida. Quando eu cheguei lá, depois de fazer a oração, não tive tempo de sair. Eu tive que fazer o parto da mulher. E assim por diante. [...] Eu não tenho inveja de quem tem estudo, de jeito nenhum. Eu nunca cobrei nada, comigo é diferente. Se você tem um filho que está doente, foi no médico e não deu jeito; foi ali e não deu jeito. Chega aqui, eu olho, oro, entrego nas mãos do Pai e ele é curado[24].

Outra benzedeira, bastante conhecida na região, afirma:

[24] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Tancredo Neves, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 26 de junho de 2018.

> Eu era criança quando surgiu esse dom, ainda morava em Manaus. Eu não sei explicar. Minha primeira vez foi quando chegou uma senhora com uma criança muito mal. Eu tinha uns doze anos, na época. A criança estava desenganada de cinco médicos. Ela tinha três meses. Foi então que eu disse: 'mãe - ainda não sei por que eu disse -, você acredita em reza?' Ela disse: 'eu acredito'. Então me deixa rezar pelo seu bebezinho. Eu rezei. Ela disse: 'ele vai morrer?'. Eu respondi: 'não, ele vai ficar bom, mas você tem que trazer de novo pra eu rezar amanhã e depois'. No dia seguinte ela levou e disse que o bebê já estava bem, já não tinha tido mais febre e já não estava mais com diarreia... Eu disse: 'graças a Deus!'. Rezei o segundo dia. No terceiro dia, ele já estava bom[25].

Outra protagonista tradicional revela que "reza desde pequena, desde que se entende por gente[26]". Ainda sobre essa questão, ela destaca:

> Meu pai ia pra roça no Paraná, as minhas irmãs e eu íamos com uma enxadinha nas costas, atrás. Um dia eu ouvi uma voz que me disse assim: 'você volta, pega um ramo verde e para naquele tapiri[27] coberto de capim. Lá, tem um menino muito doentinho. Reze nele'. Eu disse: 'é pra eu voltar e rezar naquele menino?' Vou fazer, faço tudo o que mandam - tem que fazer o que eles disserem. Foi então que voltei, peguei um raminho verde e bati na porta daquela mulher. Pedi e ela deixou rezar. Rezei e voltei pra roça. Quando voltei seis horas da tarde, estava fechado. No dia seguinte ela estava na porta e pediu para eu rezar novamente no filho dela que ele tinha melhorado, já tinha até se alimentado. Eu agradeci a Deus. Eu tinha doze anos de idade. Foi a primeira vez que aconteceu. Eu tenho certeza que é Jesus. Eu fecho os olhos e o vejo com aquela roupinha branca no paraíso dele. Naquele dia Ele me disse que era essa a minha missão, que a partir daquele dia, eu ia rezar nos aleijados, nos cegos e tudo mais que chegasse à minha porta.

Curioso perceber que a idade apontada por todas as benzedeiras, nesta tese, indica o início de suas práticas aos doze anos, uma etapa da existência humana caracterizada por alterações biológicas e psicológicas. Trata-se da fase de transição da criança para adolescência. Já, entre os benzedores, a idade não pode ser definida com a mesma exatidão. Todavia, indicam ter ocorrido em período anterior ao que foi observado para as benzedeiras, entre sete e onze anos.

Também é possível observar o uso dos ramos verdes, comum principalmente entre as benzedeiras que ainda mantêm essa tradição. Nenhum benzedor revelou fazer uso dessa técnica.

---

[25] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Cidade do Lobo, Zona Sul da cidade de Porto Velho/RO, em 18 de julho de 2018.

[26] Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Roque, Zona Oeste da cidade de Porto Velho/RO, em 19 de julho de 2018.

[27] Palavra indígena que define palhoça provisória onde se abrigam lavradores, caminhoneiros, etc.

Souza (2006), afirma que essa é uma prática muito comum entre as benzedeiras: utilizar-se de ramos para executar sua oração. Outrossim, o uso de ramos de ervas no momento da benzeção é confirmado por outros autores que abordam a temática (CUNHA, 2011; FARINHA, 2011; GOMES, 2004; OLIVEIRA, 1985).

Outro aspecto importante, recai sobre a frequência das rezas, usualmente três dias de orações para fechar o ciclo e alcançar a cura dos males e enfermidades que afetam a saúde do indivíduo. Situação igualmente confirmada em Oliveira (1985), Souza (2002) e Trindade (2011).

Outra característica revelada em suas falas, nesse momento, diz respeito às práticas vernaculares de saúde que são desenvolvidas por esses protagonistas tradicionais. Alguns deles acumulam mais de um ofício, como o de parteira, fenômeno habitual entre as benzedeiras. Entre os benzedores é mais frequente observar outras técnicas e procedimentos, como a massagem que trata a desmentidura[28]. Todavia, a prática da reza e da oração sobressai-se, de acordo com as benzedeiras/ores, diante dessas outras técnicas terapêuticas tradicionais que eles desenvolvem.

A respeito da prática do benzimento, os protagonistas tradicionais revelam sempre, uma origem mística, atribuída a Deus, Jesus Cristo e ao Espirito Santo. Essas três divindades juntas, na doutrina católica, correspondem a Santíssima Trindade.

Conforme as benzedeiras/ores, essa(s) divindade(s) teria(m) manifestado-se no campo material da vida cotidiana destes protagonistas tradicionais, orientando-os sobre a forma como desenvolveriam suas práticas. Essa espécie de orientação, procedente de sua(s) divindade(s), ocorre em todos os seus atendimentos, inclusive nos dias atuais.

Apenas um benzedor entrevistado revelou ter tido o auxílio de um indígena para o aperfeiçoamento de suas técnicas de reza e oração, por meio da oralidade. Desta forma, pode-se admitir que o ofício da reza e oração realizado pelas

[28] Deslocação de osso (ou articulação); qualquer tipo de contusão; luxação.

benzedeiras/ores trata-se de um dom, um chamado espiritual próprio de seu sistema de crenças. A literatura confirma essa perspectiva (SOUZA, 2008).

Trindade (2011) salienta que o compromisso assumido em fazer o bem, como forma de reconhecimento do dom recebido, faz com que essas mulheres associem a benzição com a ação concreta do divino, materializado na bondade de Deus com as pessoas, principalmente com as crianças.

Ainda sobre esse assunto, todos eles destacam que não são os responsáveis por promover a cura das pessoas mas sim, essa(s) divindade(s). Uma benzedeira salienta que: "as pessoas, às vezes, falam que graças a mim, foram curadas. Eu digo que não. Foi graças ao divino Pai eterno[29]". Outro benzedor reforça que "a gente reza e ajuda a curar, mas quem cura mesmo, é Deus[30]".

Quintana (1999), confirma que a benzedeira ou o benzedor exerce esse papel de intermediação com o sagrado, pelo qual se tenta obter a cura. A crença na experiência da benzedeira leva quem a procura, a submeter-se a todos os procedimentos necessários e dão total legitimidade a sua prática.

A relação de mediação que a benzedeira/or tem com o divino, para justificar seus procedimentos, faz, inclusive, com que aumente a confiança de sua comunidade na prática de reza e oração desenvolvida por essa protagonista, em seu espaço. Toda a cura, da mais simples a mais extraordinária, para as benzedeiras, deve-se à intervenção das forças do sagrado (TRINDADE, 2011).

Para alguns desses protagonistas, o entendimento familiar, a respeito da origem cosmogônica desse dom, foi um fator facilitador para o aprimoramento de suas técnicas. Alguns deles, benzedeiras/ores, são filhas e filhos de benzedeiras e benzedores, têm irmãos, tias, avós e outros parentes que também realizam e/ou realizavam essas práticas terapêuticas. Porém, para outros, o desenvolvimento ocorreu de forma mais lenta e complexa, devido à resistência do núcleo familiar quanto ao entendimento sobre a origem e a forma de realização deste ofício.

Revelam também, em suas falas, não receber nenhuma vantagem financeira das pessoas que as procuram para rezar. Essa é uma importante característica

[29] Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Mato Grosso, Zona Oeste da cidade de Porto Velho/RO, em 19 de julho de 2018

[30] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Juscelino Kubitschek, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 14 de julho de 2018.

desse ofício, encontrada não só em Porto Velho/RO, mas também na literatura (SOUZA, 2002; SOUZA, 2008; TRINDADE, 2011). Esses protagonistas vivem basicamente, de doações que são realizadas pelas pessoas que são adeptas da prática da reza e da oração.

Em geral, essas doações correspondem a mantimentos que são entregues antes ou depois do atendimento realizado pela benzedeira/or. Outros objetos, como móveis e roupas usadas, também fazem parte dessas doações. Em raras ocasiões, em vez de produtos, as pessoas adeptas da reza e da oração doam serviços, mão de obra especializada: pedreiro, pintura, eletricista, hidráulica, alvenaria, etc.

Independente da doação, é preciso ter cuidado ao fazê-la. As benzedeiras/ores são muito sensíveis, no que diz respeito a esse assunto. A pessoa que faz a doação, não pode fazê-la em troca da reza, como forma de pagamento explícito. Caso contrário, não terá sucesso em seu tratamento.

Apesar de imprevisíveis e irregulares, assim como descreve Siuda-Ambroziak (2018), as doações constituem um aporte essencial para o sustento familiar destes protagonistas tradicionais. Fica claro, assim, que o cliente pode “agradecer”, mas nunca pagar pela graça recebida (QUINTANA, 1999, p.91).

Na fronteira entre o mundo material e o mundo imaginário, onde insere-se a atividade humana, revela-se outra característica observada nas entrevistas com as benzedeiras/ores. Tratam-se dos males que são curados por meio da intermediação que essas protagonistas tradicionais fazem entre suas divindades e o enfermo.

Muitas destas enfermidades, conforme as benzedeiras/ores, não podem ser curadas por meio das técnicas terapêuticas da medicina moderna. Compreendem doenças que se desenvolvem em um campo espiritual, mas que se manifestam fisicamente sobre o indivíduo e podem, inclusive, levá-lo à morte, quando não tratadas.

Todo processo terapêutico gira, inevitavelmente, em torno da doença. Via de regra, Quintana (1999) destaca que a classe médica põe ênfase no fato de que as doenças teriam um componente estritamente biológico, excluindo assim qualquer relação da doença com a realidade social e cultural. Contudo, compreende-se que a doença é uma linha contínua, que tem a saúde e a doença em cada um de seus

extremos. Esta última, não se desenvolve somente no interior da pessoa, mas sim, entre ela e o seu espaço vivido/percebido.

Ao tratar somente do corpo afetado por uma patologia investigada cientificamente, a ciência médica (medicina moderna) deixa de atender a outras várias perturbações que acabam por se configurar em doenças específicas de benzedeiras. Essa característica faz com as benzedeiras expliquem a doença de uma forma mais ampla e compreensível em que a simbologia do ritual é aceita e entendida pelo enfermo (TRINDADE, 2011); "as benzedeiras integram o corpo e sujeito" (QUINTANA, 1999, p.152).

Por meio desse conhecimento/interpretação sobre a saúde e o corpo do enfermo, as benzedeiras/ores encurtam e desenvolvem laços de reciprocidade e confiabilidade, diferente do que se observa com o sistema médico oficial e a população, usuária final desse setor.

Sobre esse assunto, um benzedor destacou: "às vezes a gente benze as pessoas para curar algum tipo de coisa que ela adquire espiritualmente. A gente benze e tira[31]". Outro benzedor também destacou: "tem muitas pessoas doentes que vão aos médicos e estão com doenças que não são de médico. São doenças espirituais, não são para eles. São coisas ocultas[32]". Essa informação é corroborada pela literatura (CUNHA, 2011; SANTOS, 2007). Outra benzedeira reforça esse argumento:

> Eu uso a prática da reza quando as crianças estão com febre, assustada, provocando e em tempo de morrer. Daí vão no médico. O médico dá o remédio, mas não melhoram. Alguém informa, e elas vêm aqui. Quando é caso de reza o médico não dá jeito. Tem médico que acredita. Eles até indicam as rezadeiras. Aí a criança vem, eu rezo e ela fica boa. Tem médico que indica não só crianças, mas também, adultos[33].

Em sua fala pode-se observar essa diferenciação das doenças de médico e das doenças que são tratadas pelas benzedeiras e pelos benzedores. Inclusive, legitimadas por protagonistas da medicina moderna, como o próprio médico. Essa

[31] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Juscelino Kubitschek, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 14 de julho de 2018.
[32] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Tucumanzal, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO em 21 de julho de 2018.
[33] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Flodoaldo Pontes Pinto, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 18 de julho de 2018.

perspectiva aparece novamente no discurso de outra protagonista tradicional entrevistada[34]:

> Veio uma senhora uma vez, ela estava com cobreiro. Tinha ido ao médico, mas o médico na medicina não sabe o que fazer. Já estava pra emendar. Quando emenda a cabeça e o rabo a pessoa morre. Já estava tudo alastrado. Em outro médico que ela foi, ela encontrou uma senhora que perguntou se ela estava melhorando, indo aos médicos. Ela respondeu que já estava a quinze dias tomando remédios e não melhorava, fazia ficar pior. Essa senhora a mandou ir atrás de uma benzedeira que isso não era problema de médico. O próprio médico que ela foi, era um senhor de mais idade que acreditava em reza. Ele olhou e reparou os remédios que ela tomou com a receita do outro médico. Foi então que ele perguntou a ela: 'você acredita em reza?', ela disse: 'mais ou menos'. Ele então disse: 'pois então, eu não tenho nenhum remédio para passar a você. Tudo o que podia ser passado a você, já foi feito. Vá atrás de uma benzedeira!'. Foi quando ela veio aqui, eu rezei e ela ficou boa. Eu disse: 'se você tivesse vindo logo, não tinha se alastrado desse jeito'. [...] Tem médico que acredita em reza pra tudo'.

Desta forma, a prática médica oficial promove, ainda que em parte, um reconhecimento e valorização desses protagonistas e de suas técnicas terapêuticas para solução de alguns males (doenças) que afetam o estado de saúde do indivíduo.

Apesar dessa característica, todos os protagonistas tradicionais que fizeram parte desta pesquisa, afirmam que por meio da reza e da oração é possível promover a cura para qualquer doença. "Trato tudo. Deu uma dor de barriga, vem aqui. Mau jeito no pé, vem aqui. Está com uma dor, foi no médico e ele não descobriu, vem aqui. O negócio é assim[35]". Outro benzedor reforça esse argumento: "aqui se intercede por todo o tipo de doença, o mal que atrapalha e todas as coisas que ofendem o ser humano[36]". A literatura também confirma essa afirmação (CUNHA, 2011; FARINHA, 2011; FLORIANI *et al.*, 2016).

A identificação/diagnóstico dessas doenças para as benzedeiras/ores ocorre por meio de duas perspectivas principais: A primeira, próxima do que é observada e vivenciada no sistema médico oficial, leva em consideração os relatos dos sujeitos/pacientes – o que eles trazem de informação, sobre os males que afetam seu estado de saúde. Em alguns casos, podem-se realizar exames táteis (toque),

[34] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Cidade do Lobo, Zona Sul da cidade de Porto Velho/RO, em 18 de julho de 2018.
[35] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Roque, Zona Oeste da cidade de Porto Velho/RO, em 21 de julho de 2018.
[36] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Igarapé, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO em 21 de julho de 2018.

para auxiliar nessa caracterização. Após o reconhecimento, procede-se a intervenção adequada. A segunda, por outro lado, revela-se no campo espiritual para a benzedeira/or. Nesses casos, suas divindades orientam sobre o mal (doença/enfermidade), que afeta o estado de saúde do individuo, o melhor tratamento para cada situação e caso, o tipo de reza, etc. Algumas benzedeiras/ores, inclusive, de acordo do mal trazido pelo seu paciente, neste campo espiritual, realizam a intervenção/atendimento no quintal de suas casas, para que esse mal não interfira na harmonia interior do seu lar e coloque em risco, sua segurança e/ou de sua família.

A caracterização dessas doenças dentro da perspectiva da medicina moderna é difícil de ser realizada, uma vez que a linguagem usada pelas benzedeiras/ores é própria do seu núcleo de atuação. Pesquisas que foquem o reconhecimento dessa linguagem/vocabulário podem contribuir para melhor compreensão desse assunto. Todavia, não foram realizadas, na presente tese, por não se tratarem de objeto desta investigação.

Ao abordar a abrangência do atendimento realizado pelas benzedeiras/ores (um dos propósitos desta pesquisa), é possível observar que fazem parte desse universo, crianças e adultos, de diferentes faixas etárias. Seus adeptos incluem ainda, pessoas de diferentes classes sociais, matrizes religiosas e níveis de escolaridade. Apesar dessa heterogeneidade, o principal público assistido pelas benzedeiras/ores ainda são as crianças mais carentes provenientes de famílias predominantemente católicas.

Muitas das benzedeiras/ores revelam que saber a origem das pessoas que os procuram nunca foi uma preocupação durante suas práticas. Essa condição impede-nos de produzir o mapa de abrangência do seu atendimento na região. Porém, afirmam que é possível determinar, a partir da frequência, da história de alguns visitantes que narram suas trajetórias, do perfil dessas pessoas, dentre outras características, que são, em sua maioria, moradores do próprio município de Porto Velho/RO e dos municípios vizinhos, como Candeias do Jamari[37]. O atendimento, de

[37] Candeias do Jamari é um município brasileiro do estado de Rondônia. Sua população estimada pelo Censo 2010 é de 19.779 habitantes. Fica a 20 km da capital, Porto Velho.

acordo com eles, dá-se principalmente entre pessoas que habitam o próprio bairro das benzedeiras/ores e sua vizinhança.

Todavia, percebe-se que o atendimento não se limita somente a esse espaço particular. Um dos benzedores, que afirmou com maior clareza conhecer a origem das pessoas que ele já atendeu por meio da reza e da oração, destaca que atende "gente de tudo o quanto é canto. Já atendi de Manaus, quase o beradão todo do Rio Amazonas, Purus, São Paulo, Bolívia e Colômbia. Nunca, em nenhum dia da minha, vida esperancei ser o que eu sou hoje[38]". Outro benzedor[39] também informou atender com frequência, pessoas vindas do Amazonas e do Acre. Essa informação revela que a abrangência desse atendimento realizado por esses protagonistas tradicionais, pode ser muito maior do que usualmente especula-se.

A principal influência religiosa das benzedeiras e benzedores é o catolicismo, classificado na literatura como rústico ou tradicional (FARINHA, 2011; FLORIANI *et al.*, 2016). Um dos benzedores afirma, inclusive, que "os benzedeiros são todos católicos; tem uma relação. Os benzedores sempre oferecem as orações católicas. São as que a gente busca e chama quem quer que venha ajudar[40]".

Apesar e também por essa informação, destacam que acreditam em tudo. Dois deles, uma benzedeira que vive no bairro Flodoaldo Pontes Pinto e um benzedor que vive no bairro Juscelino Kubitschek, afirmam que além de católicas, também serem espíritas, de mesa branca. Para todos esses protagonistas tradicionais, segundo suas falas, o importante é confiar e estar na presença do "Pai, do Filho e do Espírito Santo[41]".

Apenas alguns dos entrevistados, também católicos, revelaram uma preocupação em serem classificados como espíritas. Todavia, eles referenciavam-se especificamente às religiões que, de acordo com suas perspectivas, usam a força do universo espiritual para promover o mau, invés do amor e da solidariedade.

---

[38] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Tucumanzal, Zonas Oeste da cidade de Porto Velho/RO, em 27 de junho de 2018.
[39] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Igarapé, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 21 de julho de 2018.
[40] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Juscelino Kubitschek, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 14 de julho de 2018.
[41] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Tancredo Neves, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 26 de junho de 2018.

Ao serem questionados sobre como os elementos do espaço influenciam os aspectos relacionados às práticas de saúde tradicionais usadas, por eles, em Porto Velho/RO, as respostas foram variadas. Houve quem defendeu que a cidade era diferente, porque "as pessoas da região acreditam mais no poder da oração[42]". Houve também aqueles que defenderam que "a natureza, floresta amazônica, contribui para que a oração seja mais forte, na cidade[43]". Outros, por outro lado, destacaram que a "reza não pode ser misturada com nada, o que a gente precisa mesmo é a fé, a esperança[44]".

Independente das circunstâncias e perspectivas divergentes, todas as benzedeiras/ores destacam com frequência em suas falas que a fé é o principal elemento indispensável para promoção da cura, por meio da oração.

> [...] a fé é o fundamento das coisas que você não espera, que você não vê. [...] chega lá e faz uma oração pra um amigo, uma pessoa ruim. Porque tem muita pessoa ruim que diz: 'deixa morrer'. Não! Jesus não trabalha assim[45].

Esse momento revela, além do destaque sobre a fé, a generosidade com que esses protagonistas tradicionais desenvolvem suas práticas. Para eles, todas as pessoas, independente de serem boas ou más, ricas ou pobres, cultas ou não, merecem receber o alívio da cura de suas enfermidades, por meio da reza e da oração. Estes atendimentos servem a diferentes pessoas e finalidades, como visto anteriormente, sendo que a média diária de atendimentos, realizados pelas benzedeiras/ores varia de 10 a 15.

Outro questionamento que gerou respostas divergentes entre as benzedeiras/ores diz respeito à participação, contribuição e percepção do Estado sobre esses saberes e práticas populares de cuidado em saúde, utilizados por elas. Uma delas destacou:

> O governo não tem que vir aqui. Esses governantes e esses governos só vêm nos tempo de política. Nem vem nas casas da gente. O que pessoas como você da área da saúde quer contar dos

[42] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Cidade do Lobo, Zona Sul da cidade de Porto Velho/RO, em 18 de julho de 2018.
[43] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Igarapé, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 21 de junho de 2018.
[44] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Jardim Santana, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 26 de junho de 2018.
[45] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Tancredo Neves, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 26 de junho de 2018.

> rezadores? Porque parteira já não pode mais, foi proibido de ter filho em casa. Eles cortaram porque agora tem o hospital. [...] Agora, já não pode mais existir porque eles estão cortando tudo. Eles estão tentando fechar tudo[46].

Pode-se observar, nesse momento, uma preocupação desta protagonista sobre uma possível intervenção do Estado, em suas práticas terapêuticas. Apesar de não ter sido relatado nenhum episódio dessa situação, as benzedeiras/ores vivem o risco dessa conjuntura e demonstram estar cientes sobre essa condição. Ainda a cerca desse assunto, uma das benzedeiras afirma que: "o Estado nunca interveio porque ninguém divulga[47]".

De fato, a existência de suas práticas e protagonistas é pouco conhecida na sociedade moderna. Todavia, permanece viva no seio desta mesma sociedade. A explicação para esse anonimato pode ser explorada a partir de diversas perspectivas. A primeira delas, defendida por algumas benzedeiras/ores, é que a busca pela reza faz parte do processo terapêutico, capaz de promover a cura dos males que afetam o indivíduo. Se suas localizações e práticas fossem amplamente divulgadas nos veículos de comunicação em massa, por exemplo, muitos curiosos poderiam procurar pelas benzedeiras/ores, o que geraria enormes filas, algumas vezes, sem sucesso em seus tratamentos terapêuticos, pela falta de fé dessas pessoas, na reza e na oração. Essa situação poderia corromper toda dinâmica atual com que desenvolvem suas práticas.

Essa perspectiva das benzedeiras/ores é legítima. Porém, por meio da análise do discurso, é possível notar que esse anonimato também é fruto do medo que estes protagonistas tradicionais possuem de alguns elementos sociais, presentes em seu espaço do cotidiano, por exemplo, o próprio Estado e suas formas de controlar e manipular o poder e as relações humanas que ali se estabelecem (característica explorada no capítulo I desta tese).

Sobre como a medicina tradicional poderia ajudar a medicina moderna em aspectos relacionados à qualidade de vida e o bem-estar da população, as respostas também foram divergentes. Algumas de nossas protagonistas acreditam

[46] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Roque, Zona Oeste da cidade de Porto Velho/RO, em 19 de julho de 2018.

[47] Fonte: Pesquisa de campo Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Flodoaldo Pontes Pinto, Zona Oeste da cidade de Porto Velho/RO, em 18 de julho de 2018.

que essas duas formas de intervenção atuam em campos médicos completamente distintos: uma exige a fé em um campo imaterial (medicina tradicional), legitimado por um poder místico; enquanto a outra (medicina moderna), por outro lado, atua em um campo material, com técnicas e tecnologias bem definidas que são legitimadas pela ciência moderna.

Embora essa visão apareça de forma mais ou menos sutil ao longo de todas as falas, em conformidade com a literatura (CAMARGO, 2011), existem aquelas que defendem que as duas formas de intervenção devem caminhar lado a lado e somar forças para promoção da qualidade de vida das pessoas.

Observa-se que as benzedeiras/ores não percebem riscos provenientes da medicina moderna sobre suas práticas tradicionais, pelo contrário, elas percebem essa outra forma de intervenção, como uma aliada na promoção de saúde, qualidade de vida e bem-estar da população. Todavia, apesar disso, esses dois modelos de cuidado em saúde ainda permanecem distantes uns dos outros, seja pela sua forma ou pela falta de disposição das pessoas envolvidas, nesse amplo processo, em promover uma aproximação.

Para que se possa desenvolver estratégias e políticas públicas eficazes dentro dessa sociedade, na área da saúde, é necessário o reconhecimento e valorização dos dois modelos de intervenção (tradicional e moderno). Essa situação poderia, inclusive, fomentar a aproximação, encurtamento das distâncias, entre os indivíduos e os diferentes serviços e infraestruturas de saúde pública, encontrados na cidade de Porto Velho/RO. Serviços esses, que hoje não são capazes de atender às necessidades e aspirações da população local.

Importante ressaltar que a distância geográfica não provém de uma medida objetiva, auxiliada por unidades de comprimento previamente determinadas. Ao contrário, o êxito de medir exatamente resulta dessa preocupação primordial que leva o ser humano a colocar-se ao alcance das coisas que o cercam (BOLLNOW, 2008; DARDEL, 2011); “a distância é experimentada não como uma quantidade, mas como uma qualidade expressa em termos de perto ou longe” (DARDEL, 2011, p.10). A liberdade humana afirma-se ao suprimir ou reduzir essas distâncias.

Ao serem questionadas sobre os riscos que poderiam comprometer a continuidade da tradição, as benzedeiras/ores revelam-se, em sua maioria, indiferentes. Poucos apontaram elementos de risco. Dentre eles, uma benzedeira enfatizou: "O povo! O povo! O povo ignorante que fala: 'o que é aquilo lá? Uma curandeira; uma feiticeira'. Pronto! Se eles disserem que eu sou uma feiticeira, como eles têm estudo, vou ser[48]".

Ainda sobre os riscos apontados, um benzedor afirma que para ele, quem "atrapalha são as pessoas que fazem coisas parecidas com as, da gente. Quem atrapalha mais são as pessoas que fazem isso para adquirir vantagem financeira[49]".

Independente das motivações pessoais, é possível reconhecer na sociedade moderna, pessoas mal intencionadas que, ao fazer uso inadequado das práticas terapêuticas tradicionais, colocam em perigo a credibilidade de seus verdadeiros protagonistas e suas técnicas.

A falta de conhecimento das pessoas sobre suas práticas e seus protagonistas colocam as benzedeiras/ores em situação de risco. Em uma das histórias reveladas, é possível observar, novamente, essa questão:

> Tinha uma criança com um quebrante muito forte, bem doentinha. Jesus me pediu pra rezar naquela criança. Eu perguntei à mãe se podia rezar na sua filha. Ela ficou meio assim, porque esse pessoal é meio assustado. Até que ela falou que podia rezar. Eu coloquei a mão na cabecinha e rezei. No outro dia, a porta da casa da mulher estava fechada, no dia seguinte estava aberta. Ela estava na porta e disse assim: 'ei moça, quer rezar na minha filha, de novo? Ela já até se alimentou'. Eu disse 'graça seja bom Deus'. Eu rezei de novo e a menina ficou boa. Dali o povo foi espichando, foi conversando: 'lá tem uma benzedeira assim, assim', eu era novinha[50].

A mãe da criança citada pela benzedeira, apenas reconheceu e legitimou a protagonista, bem como, a prática da reza e da oração, após perceber que não se tratava de algo infame, impuro, que apresentasse algum risco à integridade física e à saúde de sua criança.

---

[48] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Jardim Santana, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 26 de junho de 2018.

[49] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Juscelino Kubitschek, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 14 de julho de 2018.

[50] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Mato Grosso, Zona Oeste da cidade de Porto Velho/RO, em 19 de julho de 2018.

Por meio de suas falas, algumas outras situações podem ser classificadas como fatores de risco às benzedeiras/ores. Essas situações, assim como a interferência do Estado, poderiam fazer das benzedeiras, personagens vulneráveis diante da sociedade moderna.

Uma dessas situações é a resistência dentro do próprio núcleo familiar da benzedeira/benzedor, situação inclusive, já relatada anteriormente. Uma das benzedeiras afirmou que, quando criança, a família inicialmente foi contra suas práticas, impedindo a realização das rezas[51]. Outros, já em fase adulta, manifestaram que os filhos não gostam que eles realizem esse ofício, pois se sentem desconfortáveis e envergonhados pela mãe e/ou o pai ser uma benzedeira/benzedor[52].

Outra situação de risco identificada, nessas análises, diz respeito ao preconceito enfrentado por essas benzedeiras/ores. Esse preconceito também já foi observado em alguns outros momentos, dessa caracterização:

> [...] 'aquilo ali é uma leiga, uma burra velha'. [...] Hoje ninguém acredita mais em oração. Olham e falam: 'aquilo é um feiticeiro, um rezador, um analfabeto, é um besta!', mas não sabem eles que a nossa sabedoria vem do alto e a deles, é daqui do homem. O homem pode ser sábio, pode ter mil formaturas, mas nunca vai chegar aos pés daquele está sentado lá cima nos esperando[53].

Esse preconceito pode ser interno, dentro do próprio núcleo familiar, quanto externo, proveniente das pessoas que descobrem a existência de uma benzedeira/or e da prática deste ofício na sua vizinhança. Independentemente das circunstâncias nota-se novamente, que a falta de conhecimento sobre essas práticas tradicionais de saúde são a principal causa destas e de outras situações de risco identificadas, nesta pesquisa.

Outro risco evidenciado durante a pesquisa de campo refere-se à influência da própria Igreja Católica sobre esses protagonistas. Muitos deles, apesar de católicos, não são bem-vindos dentro dos muros da igreja. O motivo para esse não acolhimento está essencialmente, na forma como esses protagonistas tradicionais

[51] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Flodoaldo Pontes Pinto, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 18 de julho de 2018.
[52] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Roque, em 19 de julho de 2018, e no bairro Tucumanzal, em 27 de junho de 2018; Zona Oeste da cidade de Porto Velho/RO.
[53] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Jardim Santana, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 26 de junho de 2018.

desenvolvem suas práticas livremente, sem a supervisão/intervenção do clero ou qualquer outra autoridade eclesiástica. Essa situação faz com que esses protagonistas afastem-se da igreja, a despeito de preservarem os ensinamentos e os ritos do catolicismo. Os poucos que ainda aventuram-se em ir à missa, revelam fazer isso de forma discreta, para não serem identificados e excomungados. Muitos deles, inclusive, demonstraram um sentimento de dor, diante dessas circunstâncias.

Observa-se que os riscos para as benzedeiras/ores, inerentes a esse fenômeno, estão centrados essencialmente no terceiro regime de poder proposto por Foucault (2010; 2005; 1999): o biolítico. Estruturam-se em uma relação microfísica do poder que é executada não mais, pelas instituições, mas entre os próprios indivíduos que formam essa sociedade.

Esse regime de poder sobre a vida constitui-se de duas tecnologias políticas que se complementam: a primeira age na escala do corpo, na escala anatômica do corpo; trata-se da tecnologia disciplinar. A segunda intervém numa escala mais ampla da população: trata-se da tecnologia regulamentar. Apesar de atuarem em escalas diferentes, as disciplinas e as regulamentações trazem como objetivo comum a tentativa de normalização da sociedade. As duas tecnologias atuam de forma a levar, tanto o indivíduo, quanto a população, a um estado de existência considerado normal (FOUCAULT, 2005; 1999; 1996; 2010).

Nesse modelo social, há uma descoberta do corpo como objeto e alvo de poder. Ele permite o controle minucioso das operações do corpo que realizam a sujeição constante de suas forças e impõem-lhes uma relação de docilidade-utilidade que estabelecem as disciplinas. Forma-se então uma política de coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos e comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe (FOUCAULT, 2010).

Os indivíduos analisados desenvolveram e mantém uma sensação (in)consciente de vigilância permanente que molda e estrutura suas condutas no espaço. Retomam, por sua conta, as relações de poder, fazendo-as funcionar espontaneamente, sobre si mesmos.

Por fim, outras situações de risco destacados são: a baixa escolaridade, observada na maioria destes protagonistas: a fé das pessoas, que segundo eles estaria perdendo-se – provavelmente associada a elementos da modernidade e a localização de suas residências, em geral, em regiões que estão com elevados índices de vulnerabilidade social (figura 07).

Não obstante, essas situações observadas na pesquisa de campo, as benzedeiras/ores, assim como em Quintana (1999), Souza (2002), Siuda-Ambroziak (2018) e Trindade (2011), revelam-se resilientes diante de todas essas adversidades. A resiliência é explicada principalmente, por meio da fé destes protagonistas tradicionais, bem como, da fé dos adeptos da reza e da oração enquanto ferramenta terapêutica capaz de promover a cura das enfermidades que afetam a população. Para eles, "quem manda é a fé. A pessoa tendo fé, primeiramente, confiando em Deus e nas orações, faz com que a oração chegue a qualquer lugar[54]".

Essa fé e crença das benzedeiras/ores em uma divindade sobrenatural permeiam todas as suas ações e também, a maneira como concebem e encaram o mundo à sua volta.

> [...] Nós temos um tempo aqui, e esse tempo não tem médico, não tem sábio, não tem nada que possa mudar. Até o próprio Jesus que é o filho de Deus, quando ele se viu mesmo na angústia, na dor, ele falou: 'Senhor, se for possível, passa de mim esse cálice, mas que seja feita a sua vontade'. Ele era o filho de Deus, ele podia dizer: 'não Pai, eu não quero isso', mas não o fez. Tem pessoa que estudou; que fez primeiro ano, segundo ano, terceiro ano, estudou... Mas ainda não é nada[55].

As benzedeiras/ores são pessoas fortes, determinadas, legitimadas pelo seu ofício na sociedade. Nasceram predestinados a promover a cura das pessoas e do espaço à sua volta. Fazem isso de forma gratuita e generosa, muitas vezes abrindo mão da sua própria saúde e bem-estar. Seu dom da cura não pode ser explicado pela lógica e pelos métodos experimentais da ciência moderna. Pode ter origem em vidas passadas ou até mesmo, nas divindades sobrenaturais que são próprias do seu sistema de valores espirituais.

[54] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Igarapé, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 21 de julho de 2018.
[55] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Jardim Santana, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 26 de junho de 2018.

A permanência desta tradição, para seus protagonistas e adeptos, reside essencialmente na perspectiva de que existe, sempre existiu e sempre vai existir algo muito maior que a realidade humana é capaz de explicar, por meio da evolução de suas técnicas. Somos humanos e por isso, limitados em nossa capacidade de entender a realidade concreta (ou abstrata).

De qualquer forma, pensar a partir da perspectiva das benzedeiras/ores, o processo saúde-doença; o nascer e o morrer; o tempo e o espaço de cada coisa no universo; faz com que a realidade da vida moderna torne-se mais suave, diante do caos acelerado em que se vive, na atualidade. Faz-nos refletir sobre a necessidade de explicar a lógica de cada coisa. Algumas dessas coisas, talvez, não precisem ser explicadas e/ou compreendidas em sua totalidade, apenas vividas, sentidas e experimentadas, principalmente, por aqueles que acreditam no poder que essas mesmas coisas em si, proporcionam-lhes.

As práticas de cuidado em saúde, usadas pelas benzedeiras/ores, apesar de não terem comprovação científica, seguramente trazem esperança, conforto espiritual e bem-estar aos enfermos.

A ciência, muitas vezes usada como técnica disciplinar do Estado, ao negar essas práticas e conhecimentos vernaculares, faz com que seus protagonistas queiram permanecer no anonimato; mascara os benefícios que essas práticas proporcionam às pessoas; promove dentro dessas pessoas um sentimento de insegurança; faz das benzedeiras/ores vilões dentro dessa sociedade que passa a condenar suas práticas e a negar sua existência; faz surgir novos protagonistas e novos arranjos sociais, onde suas práticas sejam aceitas, mesmo que não inteiramente; faz com que esses protagonistas tenham que apoiar-se, exclusivamente, em suas crenças para encontrarem as forças necessárias para manter viva essa tradição na sociedade em que habitam e onde desenvolvem suas formas de intervenção.

A partir dessas análises, somos convidados a refletir sobre esse entendimento, principalmente quando o objetivo comum é promover a saúde dos indivíduos e das populações.

3.2 Dimensões políticas e espaciais dos protagonismos modernos da reza e da oração e sua relação com as benzedeiras/ores em Porto Velho/RO

A descoberta dos protagonistas modernos não se deu ao acaso, ocorreu durante a etapa da pesquisa documental. As Igrejas Católicas visitadas na pesquisa de campo não apresentavam qualquer informação sobre as benzedeiras/ores, na cidade de Porto Velho/RO. Todavia, revelavam-se conhecedores de suas práticas de reza e oração e indicaram lugares e pessoas específicas que levaram à identificação e caracterização desses atores-sociais.

Dardel (2011, p.44) destaca que "[...] rejeitar um ser é, de certa forma, maneira de ratificar sua existência, confirmá-lo como ser". Nesse sentido, observa-se que a Igreja Católica em Porto Velho/RO, mesmo que de forma (in)consciente, reconhece a existência das benzedeiras/ores em seus núcleos de atuação.

A essência das práticas desenvolvidas pelas intercessoras/ores é a mesma observada nos protagonistas tradicionais, promover a cura por meio da oração. Todavia, eles apresentam formas e conteúdos distintos em sua execução. Essas semelhanças e diferenças, aliadas às dimensões espaciais de extensão e perspectiva (BOLLNOW, 2008), podem auxiliar na compreensão dessas estruturas e na melhor caracterização da manifestação desse fenômeno da reza e da oração, na sociedade moderna, caracterizada por Foucault (2005; 1999; 1996; 2010).

As intercessoras/ores ou carismáticas/os tem uma média de idade de 50 anos, média essa, abaixo da que fora observada entre as benzedeiras/ores, na cidade de Porto Velho/RO. A maioria delas é natural da própria região. Apenas um, nasceu na região Sudeste do país e migrou ainda jovem, para cidade, acompanhando a família. Seu pai era militar e essa foi a motivação principal da mudança. Ele vive há 30 anos em Porto Velho/RO.

Diferente dos dados observados para as benzedeiras/ores, eles tiveram pelo menos, mais de um endereço ao longo de suas vidas na cidade de Porto Velho/RO. Essa característica aponta para uma maior dinâmica socioespacial, em relação aos protagonistas tradicionais.

Os protagonistas modernos revelam sair com frequência da cidade de Porto Velho/RO, seja em nível estadual e/ou nacional. Duas razões principais destacam-se

pela relação com seu ofício de oração: a missão (espécie de chamado que pode ser espiritual ou não, para realizar suas práticas em outras regiões; ocorre normalmente, dentro do próprio estado de Rondônia) e a formação (requisito apontado, por todos, como indispensável para o aperfeiçoamento e fortalecimento espiritual de suas práticas; ocorrem em nível estadual e nacional).

Uma das cidades apontadas para realização dessa formação é Aparecida do Norte, município brasileiro, localizado no interior do estado de São Paulo. Neste lugar, encontra-se o Santuário Nacional de Aparecida, maior santuário mariano do país. Trata-se de um local de devoção à Nossa Senhora da Conceição Aparecida, padroeira do Brasil. É um importante campo e núcleo do catolicismo nacional.

Além da própria formação, alguns desses protagonistas modernos, também são responsáveis por realizar a formação de outros membros dessa sociedade, por meio de cursos na área de atuação. Esse modelo de formação, segundo seus membros, ocorre dentro do estado de Rondônia, de quatro a cinco vezes no ano, nas principais cidades do interior. As cidades onde foram realizados os últimos treinamentos são: Vilhena, Ji-Paraná, Cacoal, Guajará-Mirim e Ariquemes.

A distribuição geográfica e espacial desses municípios revela o grande alcance dessas formações espirituais que são desenvolvidas por esses protagonistas modernos. Cinco, das sete regiões de saúde do estado Rondônia (figura 05), foram contempladas por esses atores-sociais e seus processos de formação/capacitação. Sobre esse assunto, uma protagonista moderna destaca:

> O período de formação começa com o seminário de vida, com os inícios da formação para estar atuando de fato no ministério de oração por cura e libertação. O seminário possui nove semanas. Depois tem experiência de oração, seminário de dons, geralmente um final de semana. Paralelo a isso, entra na Escola Paulo Apóstolo, 'acho que é esse o nome que estão dizendo', que começa com oito apostilas. Ou seja, para eu ter maturidade para estar atuando no ministério, eu preciso ter no mínimo, um ano de formação. [...]Esses são os critérios que existe. Eu não posso colocar qualquer pessoa despreparada dentro do ministério. [...] É também, uma forma de ter cuidado com quem está chegando. A gente peca muito por sede de ter pessoas no ministério, às vezes, colocamos pessoas para servir sem ela estar realmente preparada de conhecimento, sobre a igreja e sobre o movimento também[56].

[56] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Olaria, Zona Norte da cidade de Porto Velho/RO, em 19 de julho de 2018.

O ministério de que trata essa intercessora é o Ministério de Oração por Cura e Libertação. Segundo a RCC-DF[57], trata-se de um "serviço prestado no grupo de oração, orientando seus participantes a buscar a cura e a libertação para si e para os seus, em Jesus, através da oração dos irmãos". Seu objetivo é "reacender a chama da fé no coração de todos, Jesus é o ontem, o hoje e sempre estará realizando seus milagres e derramando suas graças em cada um".

Esses dados revelam informações importantes sobre o tempo e as diferentes etapas de formação, pelos quais, as intercessoras/ores passam até estarem consideradas aptas para atuarem, por meio da oração. Da mesma forma, revela a preocupação destes protagonistas modernos em relação à qualidade do tratamento e atendimento que elas realizam. Outra característica importante é que as práticas de oração não podem estar desarticuladas com os conteúdos e símbolos da Igreja Católica.

As benzedeiras/ores revelam não promover essa técnica de formação para o surgimento e aperfeiçoamento dos novos protagonistas tradicionais. Esse fator, inclusive, foi descrito por Siuda-Ambroziak (2018), como algo que pode promover a extinção desses protagonistas na sociedade moderna. Laplantine e Rabeyron (1989) ajudam a compreender os meios de transmissão empregados por esses protagonistas tradicionais na sociedade.

Apenas uma benzedeira indicou que estava "pelejando com um menino de doze anos[58]" (seu neto). Porém, não esclareceu o método empregado por ela, para alcançar essa finalidade. Sobre como garantir a perpetuação da tradição, ela completa: "é difícil". Afirma, por exemplo, que seus dois filhos "são descrentes, não gostam da prática da reza e não vão à igreja".

Essa característica demonstra que as benzedeiras/ores confiam preferencialmente, o advento de novos protagonistas tradicionais, à orientação pelo chamado espiritual, realizado por suas divindades, aos mais jovens. Isso difere do que é observado para os protagonistas modernos que realizam técnicas específicas para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do dom da oração.

---

[57] Renovação Carismática Católica do Distrito Federal. Informações disponíveis em: <http://rccdf.org.br/portal/ministerio-de-oracao-por-cura-e-libertacao/>. Acessado em 04 de outubro de 2018.

[58] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Mato Grosso, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 19 de julho de 2018.

Igualmente, revela a perda do interesse dos mais jovens sobre as técnicas de reza e oração que são praticados pelos protagonistas tradicionais, as benzedeiras/ores. As razões para esse distanciamento estão relacionadas a fenômenos da modernidade como, por exemplo, o avanço da ciência e da tecnologia. Os protagonistas modernos não sofrem esse impacto, pois estão inclusos nesses arranjos sociais.

Em outras palavras, as intercessoras/ores estão integradas de forma concreta na sociedade moderna, ou seja, estão mais próximas espacialmente, no sentido de distância (BOLLNOW, 2008; DARDEL, 2011), dos que as benzedeiras/ores encontram-se inseridas na atualidade. Essa situação impacta suas identidades e a legitimidade das suas práticas de saúde.

Os dados socioeconômicos dos protagonistas modernos inserem esse grupo em uma escala diferente do que foi observado para as benzedeiras/ores. A maioria desses atores-sociais apresenta, por exemplo, nível superior completo, alguns com pós-graduação. A ocupação principal está em acordo com esse nível de escolaridade. São empresários, funcionários públicos e ocupantes de cargos majoritários, na iniciativa privada.

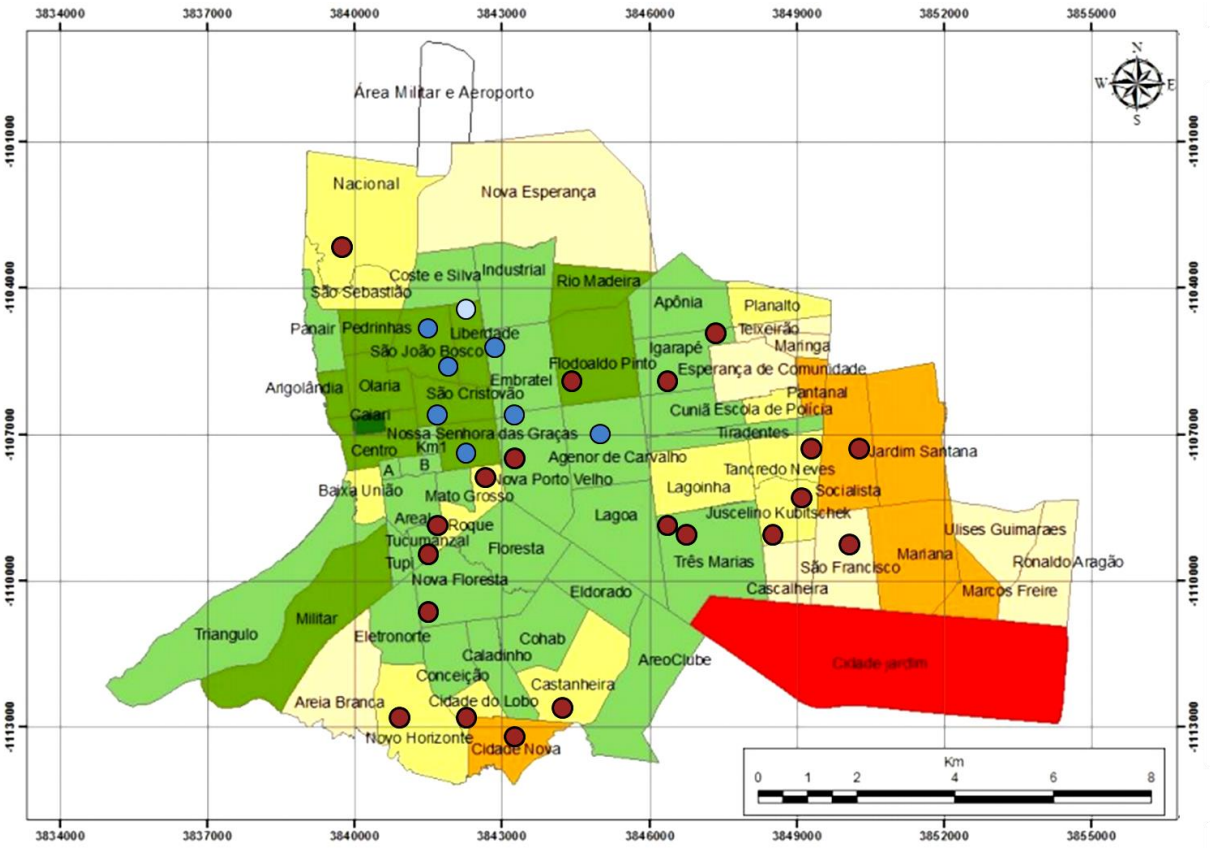
Diferente do que foram indicados pelas benzedeiras/ores, esses protagonistas modernos apontaram a prática da oração como ocupação secundária em suas vidas. Todavia, dedicam-se em jornadas duplas para manter-se desenvolvendo seus ofícios concomitantemente.

Revela-se, por meio da pesquisa de campo, uma característica marcante no campo de atuação das intercessoras/ores: a prática de oração destes protagonistas encontra-se institucionalizada e controlada pela Igreja.

A perspectiva espacial desse controle ocorre principalmente, em uma escala microfísica de poder, por meio da vigilância de seus próprios membros. A realização de seus atendimentos pode, apenas, ser desenvolvida em lugares específicos, preferencialmente, dentro da igreja. Somente um desses espaços não é uma igreja. Trata-se de um centro especializado na realização de orações para população, conhecido como Casa de Maria.

A figura 08, apresenta os locais onde são realizados os atendimentos pelos protagonistas modernos e ainda, algumas outras informações que serão posteriormente exploradas. Para facilitar a análise, os dados foram associados à

localização no mapa de vulnerabilidade social das benzedeiras/ores na área urbana de Porto Velho/RO.



Legenda		
Índice de Vulnerabilidade		A – Mucambo B – Santa Barbara
Vulnerabilidade altíssima	Vulnerabilidade baixa	
Vulnerabilidade muito alta	Vulnerabilidade muito baixa	
Vulnerabilidade alta	Vulnerabilidade baixíssima	
Vulnerabilidade média	Sem dados	
Localização das benzedeiras e benzedores de Porto Velho/RO		
Localização dos grupos carismáticos de oração de Porto Velho/RO		
Localização da Casa de Maria em Porto Velho/RO		

Figura 08. Porto Velho/RO - Vulnerabilidade social, localização das benzedeiras/ores e dos locais de atendimento dos protagonistas modernos na área urbana.
Fonte: DELANI, Daniel (2019). Adaptado de Soares (2016).

O conceito de poder está frequentemente associado ao conceito de força. Todavia, o poder estabelece uma força que não é coercitiva. Para Foucalut (2005) o poder não se estabelece, somente, como um mecanismo de força, de uma

macroestrutura para uma microestrutura, mas sim, como microrrelações de poder que permeiam toda a sociedade. O poder está em toda parte, não porque englobe tudo e sim, porque provém de todos os lugares (família, escola, exército, etc.).

Essa forma de poder adestra, condiciona e educa (CLAVAL, 1979). O poder é sútil, o ser humano é adestrado e condicionado por meio de uma vigilância constante. O poder abordado por Foucault (2010; 1999), não é um objeto que pode ser passado. Ele constitui-se no controle sobre o saber, ao inferiorizar um, valorizando o outro. O poder não é algo consciente que pode ser transposto a alguém, corresponde a um domínio sobre o outro. Trata-se de uma forma de controle desigual.

Deste modo, observa-se que não existe nenhuma relação de poder sem um polo de resistência. O poder não é uma substância, é algo que se exerce e que é capaz de produzir efeitos sobre o comportamento da sociedade. Só se pode identificar uma relação de poder, se houver, pelos menos dois polos: o do dominante e o do dominado. Para que o dominante permaneça com esse *status*, ele precisa do dominado.

Observa-se que as intercessoras/ores encontram-se, mesmo que de maneira (in)consciente, dominadas pela Igreja Católica. Essa mesma igreja, por sua vez, exerce um poder disciplinar sobre o ofício da reza e da oração na sociedade moderna. Atores-sociais, como as benzedeiras/ores, correspondem ao polo de resistência desse sistema, ao preservar os costumes e garantir a perpetuação da tradição. Todavia, como consequência, são lançadas às periferias geográficas e sociológicas das cidades.

Diferente do que se observa para as benzedeiras/ores, a localização dos grupos carismáticos de oração apresenta índice de vulnerabilidade muito baixa e baixíssima. Os dados da pesquisa, também, revelam que as residências desses protagonistas modernos, encontram-se também em regiões com índices de vulnerabilidade muito baixa e baixíssima.

Os endereços desses protagonistas modernos não foram incluídos na figura por não serem locais de atendimento aberto ao público, para prática terapêutica da reza e da oração.

A figura 08 revela que trata-se de uma região privilegiada da cidade de Porto Velho/RO, onde os elementos da modernidade, como as infraestruturas urbanas

verticais, o serviço de atenção à saúde pública especializada e o desenvolvimento econômico regional é maior e podem ser mais facilmente encontrados. Ou seja, estão em extensão e em perspectivas, mais próximos desses protagonistas modernos.

Ao analisarmos essa distribuição dos locais de atendimento das intercessoras/ores (figura 08), com as Unidades de Saúde da cidade de Porto Velho/RO (figura 06), observa-se que, apesar de estarem mais próximos em extensão, em relação às benzedeiras/ores (com cobertura maior e mais aprimorada desses serviços), sua localização está inserida em espaços estratégicos da cidade que também não são assistidos, completamente, pela saúde pública local.

Quanto à forma de realização dessas práticas de oração, por esses protagonistas modernos, a Casa de Maria em Porto Velho/RO revela algumas informações importantes que exploraremos a seguir:

> [...] nós fomos a Aparecida do Norte, eu e meu e esposo e lá suscitou no coração dele, a vontade. Não fizemos nada de imediato, até porque as coisas de Deus tem que ser pensada, tem que ser orada. Pode ser que seja vontade humana e a vontade humana não prevalece pra nós, nesse sentido. Então nós oramos por dois anos, fomos ao bispo e pedimos permissão. Claro, ele autorizou. Alugamos uma casa, conforme ele pediu, perto da catedral. Nós começamos isso em 2011. [...] Sempre fui católica. Estava em um encontro quando esse chamado aconteceu[59].

Independente da aplicação das técnicas de formação realizadas por esses atores-sociais, assim como ocorre com as benzedeiras/ores, é possível identificar em alguns protagonistas modernos, uma origem mística para o surgimento de suas práticas de oração e a realização desta missão, na sociedade moderna.

A manifestação desse chamado ocorre principalmente na fase adulta, diferente do que foi registrado pelas benzedeiras/ores. Acredita-se que o distanciamento dos dogmas e ensinamentos religiosos, na sociedade moderna, pode apresentar alguma relação com esse chamamento tardio.

Somente um, dos protagonistas modernos, informou que esse chamado teria ocorrido, ainda, na infância.

> Eu fui chamado desde criança, fazendo catequese e meditando na cruz. De lá, até hoje, caminhando. Não podemos parar. Meu pai é

[59] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada em no bairro São João Bosco, Zona Norte da cidade de Porto Velho/RO, 04 de julho de 2018.

> muçulmano, ele sempre falava pra procurarmos Deus. Minha mãe é muito católica. Meu chamado aconteceu na catequese. Meu professor me chamou pra ir à igreja no domingo a tarde e fizemos uma meditação da cruz no silêncio. Eu quase não sabia rezar, estava aprendendo ainda, na catequese. Eu me lembro de que olhei para os pés de Jesus na cruz, com gotas de sangue e pedi: 'senhor, me lava com uma gota do teu sangue'. Eu não sabia o que estava pedindo, mas ele sabia o que estava me dando. De lá pra cá, até hoje, eu caminho com ele[60].

Por conta da influência do catolicismo, essa origem mística é também atribuída a Deus, Jesus Cristo e ao Espírito Santo (Santíssima Trindade). Todavia, outra divindade recebe destaque entre as intercessoras/ores: Maria, mãe de Jesus Cristo. Para esses protagonistas modernos, as orações a Maria possuem grande força na dimensão espiritual. Essa força advém de sua relação com as demais divindades.

Da mesma forma como as benzedeiras/ores, as intercessoras/ores atribuem o crédito da cura que promovem nos indivíduos, a essa(s) divindade(s), próprias do seu sistema de crenças. O nome que recebem no meio religioso indica e reforça essa característica. Para eles, o poder de cura está centrado, principalmente, nas mãos de Deus. Divindades, como Maria, fazem a intercessão de suas orações junto a Deus na dimensão espiritual.

Nenhuma das intercessoras/ores revelou pertencer a outra religião que não fosse a Católica Apostólica Romana. Assim como algumas benzedeiras/ores, há uma preocupação em serem classificadas como feiticeiras e curandeiras, imagem estigmatizada pela Igreja Católica, desde o século XV (ZORDAM, 2005).

As imagens sacrais são um elemento simbólico que está presente nos dois espaços de atuação desse saber e prática vernacular (tradicional e moderno). Assim como as benzedeiras/ores as intercessoras/ores, não recebem nenhum tipo de vantagem financeira sobre a prática da oração.

Não há no meio das intercessoras/ores, o uso de outras técnicas para promoção da cura que não seja, a própria oração. Da mesma forma, esses atores-sociais também não usam ramos verdes no desenvolvimento de suas práticas.

[60] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro São Cristóvão, Zona Norte da cidade de Porto Velho/RO, em 04 de julho de 2018.

Para as intercessoras/ores não há um número mínimo e/ou máximo de visitas para alcançar a cura, por meio da oração, isso varia de acordo com o desejo do indivíduo que busca essa prática e a especificidade de cada caso, em particular. Na Casa de Maria, por exemplo, existem pessoas que vão à busca de oração todas as semanas, há mais de dois anos, para tratar diferentes males que afetam o seu estado de saúde.

No espaço de intervenção desses protagonistas modernos, assim como no caso das benzedeiras/ores, existem doenças que não podem ser curadas por meio das técnicas terapêuticas empregadas pela medicina moderna. Igualmente, esses males são classificados pelos protagonistas modernos, como doenças espirituais.

Apesar dessa classificação, as intercessoras/ores conseguem melhor caracterizar essas doenças, dentro da perspectiva da ciência moderna. Um desses protagonistas revela que:

> Geralmente, quando eu faço o atendimento aqui na paróquia, eu observo um cansaço físico, um cansaço mental, o estresse, a depressão, a ansiedade. Então eu desenvolvo o meu trabalho, a partir da partilha que a pessoa faz. Descobrindo a raiz, encontramos a solução para o problema[61].

Outro ator-social, adepto da oração, como ferramenta terapêutica, no processo de cura das enfermidades, afirma:

> Eu tive uma depressão muito profunda. Foram dores que eu senti por maldades alheias. Foi uma dificuldade de eu ter que acreditar que pessoas que viviam comigo, trabalhando comigo, somando comigo, estavam me fazendo mal por trás. Isso, pra mim, foi uma decepção muito grande, eu não conseguia acreditar que existiam pessoas assim. Essa dificuldade que eu tive, me isolou de todo mundo, foi um desgosto[62].

Essa informação demonstra que muitas doenças classificadas como espirituais manifestam-se sobre o indivíduo na forma de transtornos mentais, que podem ser reconhecidos e enquadrados pela medicina moderna. O principal transtorno identificado, por esses atores-sociais, envolvidos na pesquisa é a depressão.

---

[61] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Rio Madeira, Zona Norte da cidade de Porto Velho/RO, em 10 de julho de 2018.

[62] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Embratel, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 10 de julho de 2018.

Para Porto (1999), o termo depressão pode ser empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s).

Os sentimentos de tristeza e alegria fazem parte da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Enquanto sintoma, a depressão pode manifestar-se nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc.

Pode ainda, ocorrer como resposta a situações estressantes ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas. Enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite).

Finalmente, enquanto doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores-sociais e da perspectiva adotada. Entre os quadros mencionados na literatura, encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distimia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotimia, etc (PORTO, 1999).

De acordo com a OMS (2017), o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015, no mundo. Sofrem desta enfermidade 322 milhões de indivíduos. A prevalência do transtorno na população mundial é de 4,4%.

No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de indivíduos, 5,8% da população. É o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando atrás, somente, dos Estados Unidos, que têm 5,9% de pessoas diagnosticadas com esse transtorno (OMS, 2017).

Para muitos desses indivíduos que estão acometidas por essa enfermidade, conforme os atores-sociais (tradicionais e modernos) entrevistados, a reza e a oração servem como uma ferramenta terapêutica alternativa e eficaz ao tratamento não farmacológico desses transtornos mentais.

Algumas doenças espirituais das benzedeiras/ores como o mal olhado, poderiam corresponder a transtornos mentais desse gênero.

Sobre a abrangência deste atendimento, as intercessoras/ores da Casa de Maria destacam que anualmente, mais de duas mil pessoas de diferentes estados brasileiros, como São Paulo e Rio de Janeiro, são atendidas. Se considerarmos que o atendimento não é contínuo e ocorre apenas em alguns dias pré-estabelecidos da semana, nota-se uma frequência maior de atendimentos entre as intercessoras/ores da Casa de Maria, em relação às benzedeiras/ores da cidade de Porto Velho/RO. O atendimento deste centro especializado em oração também contempla as pessoas que moram no interior do estado de Rondônia e pode ser realizado, inclusive, por telefone, de acordo com cada situação e caso.

Os outros locais de atendimento dos protagonistas modernos não revelaram números específicos, mas confirmaram o perfil de seus usuários/adeptos da oração como ferramenta terapêutica.

Assim como no caso das benzedeiras/ores atende-se todos os tipos de religião, classes sociais e faixas etárias. Todavia, seu público principal é composto de adultos que residem na cidade de Porto Velho/RO e que possuem uma ligação com a fé católica.

> São pessoas de fé, que tem uma vivência de comunidades, uma vivência de fé, que procuram as orações. E hoje cresce muito a consciência sobre isso. Antes, as pessoas procuravam apenas quando estavam pra morrer, hoje não. Hoje, elas procuram para curar seus males. [...] Hoje, as pessoas procuram a oração como forma de conforto, como uma forma de proteção espiritual[63].

Diferente do que ocorre com as benzedeiras/ores, a procura por oração, dentro desses movimentos modernos de expressão do catolicismo, é crescente e ganha cada vez mais adeptos.

Ao serem questionados sobre como os elementos do espaço influenciam os aspectos relacionados às praticas de saúdes usadas por eles, em Porto Velho/RO, as respostas foram variadas.

Para algumas dessas intercessoras/ores há uma conexão direta com a realidade socioespacial concreta: “o pobre é mais vulnerável por que eles não têm acesso; às vezes não tem também, conhecimento[64]”. Outras, por outro lado,

[63] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro São João Bosco, Zona Norte da cidade de Porto Velho/RO, em 04 de julho de 2018.
[64] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Embratel, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 27 de junho de 2018.

consideraram um processo histórico de formação da cidade, associado ao seu sistema de crenças particular.

> [...] como foi construído Rondônia? Estrada de Ferro: morte e prostituição; Borracha: morte e prostituição; Garimpo: morte e prostituição. Agora, com a construção das usinas, quanta prostituição e morte não houve? Quantas moças grávidas foram abandonadas? Quantas pessoas ficaram infectadas com a AIDS? Eu vejo assim: um lugar que você planta coisas boas, você colhe frutos bons. Uma região pesada, você precisa trabalhar muito, para libertar o povo.

Percebe-se, nesse momento, uma característica peculiar sobre os processos de colonização que ocorreram em Porto Velho, trata-se do perigo apontado por Bollnow (2008), sobre o desenraizamento do ser humano. Para o autor, o indivíduo sem pátria sobre a Terra não encontra-se ligado a espaço algum, torna-se um eterno fugitivo num mundo ameaçador. Essa condição afeta diretamente o estado de saúde do indivíduo, como relatado pelo intercessor entrevistado.

Independente da perspectiva, é possível observar que esses atores-sociais reconhecem a influência do espaço sob as suas práticas, no contexto em que elas são realizadas.

Sobre a influência do Estado em suas práticas terapêuticas, as intercessoras/ores revelam que há uma crescente procura em participar, mas que o envolvimento ainda é modesto.

Uma das intercessoras destaca que nunca houve nenhuma intervenção e/ou proibição na realização de seu ofício, por parte do Estado "[...] nunca interferiram. Somos livres para atuar com a prática da oração dentro da igreja. Tem muitos que nos procuram para orar. É uma coisa ecumênica[65]".

Independente da falta de clareza identificada sobre o que é o Estado e os seus representantes, diferente do que foi observado em relação às benzedeiras/ores, nota-se um reconhecimento e uma valorização maior desses atores-sociais na cidade de Porto Velho, em comparação aos protagonistas tradicionais.

Apesar da pouca expressividade, há apoio, inclusive financeiro, do poder público para realização de eventos, viagens e outras necessidades que esses

[65] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Olaria, Zona Norte da cidade de Porto Velho/RO, em 19 de julho de 2018.

protagonistas modernos possuem. Isso revela também, uma maior articulação política desses atores-sociais com outros setores da sociedade moderna. Um intercessor destaca:

> O estado reconhece, tanto que alguns anos atrás nós tivemos acesso ao Hospital João Paulo II, fomos convidados, recebemos uma carteirinha para ter acesso, tanto no Hospital João Paulo II quando no Hospital de Base. Eles reconheceram que onde há a presença de Deus, a graça acontece[66].

Apenas um dos intercessores contrapôs a perspectiva apresentada pelos demais:

> O Estado não valoriza as praticas alternativas de saúde. O Estado, às vezes, até tenta negar e a dificultar a prática da oração na cura dos enfermos. Eu falo por experiência própria, não só o Estado, mas as instituições em si. Às vezes até aquilo que é garantido por lei, como o acesso da assistência religiosa aos hospitais, é muito difícil. É difícil assistir uma pessoa quando ela está internada no hospital. O Estado tem suas normas, mas acredito que deveria ter um cuidado maior sobre essas questões. Interessante como países desenvolvidos, estão valorizando essa medicina alternativa, no processo de cura. [...] Nós somos isso desde o principio, corpo e alma, não essa dicotomia. Não tem como eliminar seu corpo da sua alma. Você é sentimento, você é emoção. O que adianta eu aplicar um antibiótico, se você não está bem? Se você não está bem psiquicamente, emocionalmente. A questão do sentimento, do espiritual, passa pela fé[67].

Essa informação demonstra que as práticas terapêuticas da reza e da oração, mesmo a desenvolvida pelos protagonistas modernos, ainda não foi completamente reconhecida e aprovada pelo Estado. A resistência a essas práticas está centrada nas instituições púbicas de saúde e é garantida por meio de uma relação microfísica de poder entre atores-sociais envolvidos. A resistência maior está nos indivíduos que não simpatizam com a religião Católica Apostólica Romana e que apresentam níveis mais baixos de escolaridade.

Outra característica revelada, diz respeito a uma consciência (perspectiva espacial maior) do que ocorre com esse movimento da reza e da oração, pelo mundo. Isso confirma que esses atores-sociais foram abarcados pelos fenômenos

---

[66] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Liberdade, Zona Norte da cidade de Porto Velho/RO, em 04 de julho de 2018.

[67] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Embratel, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 27 de junho de 2018.

da modernidade, apesar de desenvolverem técnicas terapêuticas de cura consideradas rudimentares.

Da mesma forma, a perspectiva de saúde apresentada por essas intercessoras/ores revela-se mais coerente com os conceitos de saúde observados na literatura (CARRAPATO, 2017; CZERESNIA, 2009; DUTRA, 2011; GUIMARÃES, 2015; SCLIAR, 2007; ZANCHI, 2008), isso aplica-se também, para as benzedeiras/ores. Tal característica não ocorre dentro do modelo biomédico utilizado pela saúde pública, na cidade de Porto Velho/RO.

Importante ressaltar que as intercessoras/ores sentem-se menos ameaçadas pelas políticas do Estado, do que as benzedeiras/ores revelaram sentir. Provavelmente essa situação é desencadeada como consequência de sua maior articulação política, na sociedade moderna.

A cerca de como a medicina tradicional pode ajudar a medicina moderna, as intercessoras/ores apresentam perspectivas semelhantes àquelas observadas pelas benzedeiras/ores.

> Eu não só acredito, mas eu tenho convicção que a medicina tradicional pode ajudar a medicina moderna. É necessário estabelecer um equilíbrio. A medicina moderna avançou e ainda avança muito, isso é importante, mas não podemos tratar o ser humano como uma matéria sem vida. Ele é sentimento, ele é emoção, ele é sua história. E isso a medicina alternativa, espiritual ajuda. Somos um conjunto, como um todo[68].

Ainda tratando-se desse assunto, uma intercessora[69] afirma:

> A bíblia é clara, temos que procurar os médicos, eles são abençoados por Deus. Mas existem casos, aqui mesmo na casa, que os médicos mandam; que os psicólogos mandam; que os psiquiatras mandam. Porque onde existe Deus, existe cura!

Muitos intercessoras/ores, diferente do que se observa para as benzedeiras/ores, revelam atuar com frequência, dentro das unidades de saúde de Porto Velho/RO, principalmente nos espaços hospitalares. Esse atendimento inclusive, conta com o apoio e cobertura dos profissionais da área da saúde.

---

[68] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Liberdade, Zona Norte da cidade de Porto Velho/RO, em 04 de julho de 2018.

[69] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Olaria, Zonas Norte da cidade de Porto Velho/RO, em 19 de julho de 2018.

As intercessoras/ores reconhecem e recomendam a prática médica oficial, exercida pelos seus representantes da medicina moderna. Igualmente, o inverso também tem ocorrido com frequência para esses protagonistas.

> [...] aqui há uma grande sintonia entre eu e colegas que são psicólogos; que trabalham em parceria. Da mesma forma, quando alguém os procura, que eles não conseguem promover a ajuda necessária, que precisam de uma força espiritual, eles me encaminham para eu fazer o atendimento[70].

Tal como ocorre com as benzedeiras/ores, há uma espécie de troca recíproca de pacientes entre esses atores-sociais e os profissionais da medicina moderna. Isso confirma que a prática médica oficial promove, ainda que em parte, um reconhecimento e valorização do poder da oração desses protagonistas (tradicionais e modernos).

Válido ressaltar que, essas orientações para busca de oração, no tratamento de algumas enfermidades, ocorrem principalmente, por médicos e psicólogos.

Apesar destas duas formas de intervenção (tradicional e moderno) não estarem ainda completamente articuladas, seus atores-sociais acreditam que elas podem somar forças na promoção da qualidade de vida e bem-estar das pessoas, no espaço vivido. Essa situação confirma a perspectiva de algumas benzedeiras/ores sobre o assunto.

Quanto a melhor forma de reconhecimento e valorização da medicina tradicional, na cidade de Porto Velho, um intercessor afirma:

> [...] eu acredito que as pessoas que estão atuando na área precisam ter conhecimento sobre essas práticas e sua importância. Eu não as culpo. Não culpo o pobre do porteiro, do técnico de enfermagem. É apenas falta de informação; de conhecimento. E criou-se essa cultura de negar a fé, de negar a religião. Isso é importante, Porto Velho é uma das cidades onde mais cresce o número de pessoas que se declaram sem religião. Mas também, por outro lado, você observa que o número de homicídio e suicídio tem crescido cada vez mais, principalmente, entre os jovens. Eu não falo de uma religião que aliena as pessoas, mas uma religião que liberta e que cura as pessoas através da fé[71].

[70] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, Zona Norte da cidade de Porto Velho/RO, em 26 de junho de 2018.
[71] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Embratel, Zona Leste da cidade de Porto Velho/RO, em 27 de junho de 2018.

Os protagonistas modernos acreditam que precisa haver uma disseminação do conhecimento sobre essas práticas, seus atores-sociais e a sua importância na sociedade moderna. Para eles, as principais barreiras estão centradas na falta de informação (conhecimento), na negação da fé e na negação/aceitação da religião em determinados setores da sociedade.

Essa negação da fé e a falta de uma religião são apontadas como fatores que poderiam estar influenciado a crescente taxa de homicídios na sociedade moderna. Os homicídios fazem parte das causas externas de mortalidade e estão entre os principais agravos da saúde pública, em Porto Velho (PORTO VELHO, 2017).

O perfil dos protagonistas modernos faz deles um grupo populacional menos vulnerável que as benzedeiras/ores. Todavia, reconhecem e apontam para alguns riscos enfrentados por eles, em sua prática de oração.

> Tudo onde há exageros há riscos. Faltou equilíbrio têm risco. A vida é um risco, você estar vivo, estar aqui, é um risco, você está arriscando ao sair de casa. Eu acho que isso é normal. Defendo que tudo deve ser feito dentro do bom senso. Deve haver equilíbrio. Na história da humanidade você nota que quando não é oito ou oitenta. Há algumas pessoas em algumas denominadas religiões, ou profissões de fé, que a criança está morrendo e não pode receber uma doação de sangue. Isso é falta de conhecimento. Você precisa juntar a fé com a ciência. Se você está doente, precisa se cuidar. O nosso problema é que endeusamos um e condenamos o outro e vice-versa[72].

Essa informação revela que a perspectiva do planejamento de políticas públicas em saúde na cidade de Porto Velho, para completa articulação da medicina tradicional com a moderna, deve ser pautada dentro um campo neutro, com equilíbrio entre os dois modelos de intervenção. Para isso, é necessário romper com o discurso da soberania de um modelo médico em relação ao outro; é preciso romper com o discurso da modernidade que se constituiu dentro da ciência, como um controle sobre o saber, ao inferiorizar um e valorizar o outro.

O poder, para concretização desse feito, passa por todos os setores da sociedade moderna, esse é um grande obstáculo a ser superado. A ciência geográfica pode contribuir para a realização desse propósito, no reconhecimento de suas estruturas internas, nesta sociedade.

[72] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Liberdade, Zona Norte da cidade de Porto Velho/RO, em 04 de julho de 2018.

A resiliência desse grupo, assim como no caso das benzedeiras/ores, está apoiada principalmente em seu sistema de crenças, na fé da existência de uma dimensão espiritual, governada por uma divindade que é capaz de realizar qualquer feito no espaço material.

Para além dessas explicações, as intercessoras/ores defendem que a resiliência da medicina tradicional pode ser entendida a partir de sua eficácia. Para eles, "a oração é eficaz[73]". Trata-se um patrimônio cultural que ao longo dos anos, promoveu impactos positivos sobre a saúde física, mental, social e espiritual da humanidade e faz parte da essência do indivíduo.

O não reconhecimento dessa eficácia, de acordo com esses protagonistas modernos, pode ser explicada pelos interesses obscuros do Estado e também, pela forte influência da indústria farmacêutica sobre a saúde pública.

Sobre o preconceito que as intercessoras/ores revelam sofrer, apenas um é identificado por esses protagonistas modernos. Trata-se do preconceito existente dentro da Igreja Católica.

> Nós sofremos preconceito dentro da própria igreja. Eu fui ministra da comunhão, uns dois anos e eu fui convidada de forma sutil e muito elegante, a me retirar como ministra da comunhão. Eu tinha que decidir se atuaria na renovação ou no ministério da comunhão. Eu falei com o padre na época, doeu-me muito, eu sofri muito. Foi uma das maiores perdas. Eu não gosto de falar que eu choro[74].

Apesar de estarem tecnicamente aceitas e inseridas no espaço de controle exercido pela Igreja Católica, as intercessoras/ores correspondem a um movimento que ainda está se concretizando dentro da instituição religiosa.

Observa-se que, assim como acontece com as benzedeiras/ores, essa instituição não reconhece suas práticas como legítimas e/ou verdadeiras. Todavia, gozam de um poder maior para interferir sobre o comportamento dos seus praticantes.

Nota-se um complexo sistema de controle e dominação exercido pela Igreja Católica sobre essas práticas e seus atores-sociais. Esse controle é realizado tanto pelas alas conservadoras, quanto pelas alas progressistas desta instituição religiosa.

---

[73] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Liberdade, Zona Norte da cidade de Porto Velho, em 04 de julho de 2018.

[74] Fonte: Pesquisa de campo. Entrevista realizada no bairro Olaria, Zona Norte da cidade de Porto Velho, em 19 de julho de 2018.

Apesar de todas as contraposições, a diferença mais marcante que pode ser observada entre as benzedeiras/ores e as intercessoras/ores, sem dúvida, está relacionada à chancela da instituição religiosa, a qual esses grupos pertencem. As benzedeiras/ores não têm autorização institucional para desenvolver suas práticas terapêuticas de reza e oração da mesma forma, que as intercessoras/ores possuem. Todavia, as intercessoras/ores e suas práticas estão controladas pelas perspectivas doutrinárias da instituição religiosa.

Essa situação fundamenta, além de justificar, a indicação da Igreja Católica pelos protagonistas modernos, na busca por oração para a cura e libertação dos males que afetam o estado de saúde do indivíduo. A instituição religiosa, assim como mencionado anteriormente, nega a existência das benzedeiras/ores na sociedade moderna.

O fato dos atendimentos realizados pelos protagonistas modernos acontecer, preferencialmente, dentro dos muros da igreja, retrata uma das técnicas que a disciplina usa para organizar a distribuição dos indivíduos, no espaço: a cerca.

A sociedade disciplinar é tanto mais eficaz quando funciona no modo contínuo da vigilância e da correção dos comportamentos, em que se busca coincidir com uma norma, pela qual todo o indivíduo é avaliado. Para funcionarem, os vários dispositivos disciplinares necessitam de um saber particular sobre os comportamentos e uma ortopedia social que mobilize o conhecimento do percurso singular de cada indivíduo e o conhecimento comparativo dos comportamentos de diferentes indivíduos no seio de determinada população (FOUCAULT, 2005; 1996; 2010).

Nestas condições, Foucault (2010), destaca que a disciplina opera na distribuição dos indivíduos no espaço e para isso, ela utiliza diversas técnicas.

A primeira delas, exige a cerca, a especificação de um espaço heterogêneo a todos os outros e fechado em si mesmo. Essa ferramenta cria espaços protegidos da monotonia disciplinar. Após fechados, ninguém mais terá direito de entrar ou sair livremente.

Na segunda, o espaço é mais flexível e mais fino. Trata-se do princípio da localização imediata ou do quadriculamento. Cada indivíduo no seu lugar e em cada

lugar, um indivíduo. O espaço disciplinar tende a dividir-se em tantas parcelas quanto corpos ou elementos há a repartir. Por meio dele, a disciplina organiza um espaço analítico capaz de, a cada instante, vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos.

A terceira técnica emprega o uso da regra das localizações funcionais. Pouco a pouco, nas instituições disciplinares, codifica-se um espaço que a arquitetura deixava geralmente livre e pronto para vários usos. Espaços determinados definem-se para satisfazer, não só à necessidade de vigiar, de romper as comunicações perigosas, mas também para criar um espaço útil. Esse processo aparece, claramente, na morfologia dos hospitais modernos (FOUCAULT, 2005; 2010).

Os protagonistas modernos estão em um sistema de sujeição exercido pela Igreja Católica que detém o poder sobre esses atores-sociais e seu espaço de atuação. Esses protagonistas, por sua vez, estabelecem uma relação (in)consciente de poder sobre a prática da reza e da oração na sociedade moderna, que é legitimada pela própria instituição religiosa.

A disciplina apresenta uma arte de distribuição espacial dos indivíduos. Ela exerce seu controle, não sobre o resultado de uma ação, mas, sobre seu desenvolvimento. É uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá−los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme a regra. É preciso vigiá−los durante todo o tempo da atividade e submetê−los a uma perpétua pirâmide de olhares. A disciplina implica um registro contínuo, anotação do indivíduo e transferência da informação de baixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber (FOUCAULT, 2005; 1999; 1996; 2010).

Não obstante, outros sistemas de sujeição como a ciência (não em sua totalidade, mas ela exercida enquanto instrumento normatizador das condutas consideradas producentes pelo Estado), também exercem uma relação de poder sobre as benzedeiras/ores e a própria prática da reza e da oração. A ciência representa, inclusive, a principal ameaça à prática do benzimento, realizada por esses protagonistas tradicionais, na atualidade.

Entre todas essas estruturas (benzedeiras/ores; intercessoras/ores; instituições religiosas; Estado; Ciência; etc.) há uma luta permanente, pela imposição de seus discursos, no espaço.

As práticas exercidas pelos protagonistas modernos são realizadas dentro de um contexto externo ao das periferias geográficas e sociologias, isso facilita sua incorporação e aceitação em determinados núcleos urbanos, onde estes atores-sociais atuam. Observa-se que nesses espaços, a existência do benzimento tradicional está ameaçada pelo surgimento e imposição destas novas técnicas.

O espaço de cada um desses atores-sociais é construído com base em suas identidades e é diferente em perspectiva, para cada grupo social (tradicional e moderno). Ele molda-se de acordo com o lugar onde esses protagonistas desenvolvem suas práticas de reza e oração e têm forte impacto na vida social desses indivíduos.

Há um cordão que divide os espaços menos vulneráveis (habitado pelos protagonistas modernos), dos espaços mais vulneráveis (habitado pelos protagonistas tradicionais). Essa situação reforça um sistema de controle social e revela uma segregação da prática da reza e da oração, como ferramenta terapêutica.

Nos espaços mais modernos, as condutas das intercessoras/ores são mais inteligíveis em comparação às práticas exercidas pelas benzedeiras/ores. A linguagem (vocabulário) é o principal elemento que favorece esse fenômeno.

O surgimento dos protagonistas modernos pode representar uma forma de garantir a existência da prática da reza e da oração nas sociedades contemporâneas, marcadas pelos processos de integração econômica, social, cultural e política.

O espaço desses atores-sociais tradicionais e modernos é construído por meio das suas experiências, através do seu ambiente vivido[75]. Nele, habitam significados próprios que podem ser compreendidos por meio da ciência geográfica. As alterações impostas pela modernidade afetam o indivíduo, o modo de sua existência e a forma com que esses protagonistas desenvolvem suas práticas.

[75] Como diria Cassirer (2012), trata-se do espaço de ação.

Diante do exposto, observa-se que os significados atribuídos por esses atores-sociais (tradicionais e modernos) em suas práticas terapêuticas são essencialmente semelhantes, mas modificam-se, de acordo com os lugares onde são realizados.

O fenômeno da reza e da oração está presente em todos os níveis da sociedade, modernos e tradicionais. Sua permanência pode ser explicada pelos elementos do espaço físico e mental dos atores-sociais envolvidos.

Igualmente como ocorre com as benzedeiras/ores, as práticas de cuidado em saúde, usadas pelas intercessoras/ores, apesar de não terem comprovação científica, seguramente trazem esperança, conforto espiritual e bem-estar aos enfermos. É necessário reconhecer e compreender suas práticas na Amazônia e os vínculos que são estabelecidos de sua relevância, em contexto regional.

Os protagonistas (tradicionais e modernos) trazem para a cena experiências vitais que nos constituem como humanos: a capacidade de acreditar, resistir, buscar saúde e o bem-estar. Para isso, mobilizam os recursos disponíveis em seu cotidiano.

Essas análises fortalecem a incorporação dos conhecimentos vernaculares utilizados pelas benzedeiras/ores e intercessoras/ores, no âmbito da assistência médica oficial, realizada pela saúde pública. Ademais, revelam alguns dos obstáculos internos e externos que precisam ser superados para, de fato, alcançar a promoção de saúde, qualidade de vida e bem-estar das populações na sociedade moderna.

As instituições religiosas, como a Igreja Católica, apesar das circunstâncias reveladas, seguramente desempenham um papel essencial na sociedade e devem ser reconhecidas como tal.

O reconhecimento dos diferentes métodos e protagonistas da medicina tradicional não deve ser pensado como um retrocesso da ciência, mas como uma mudança de paradigma. É preciso romper a noção sintética existente no entendimento sobre o processo saúde-doença e agregar-lhe a cura e os valores individuais, como estruturas a serem consideradas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apoiado nos objetivos desse trabalho e em seus limites temporais e analíticos, pode-se admitir que o serviço de saúde na cidade de Porto Velho existe, mas nem sempre sua oferta é satisfatória e contempla as aspirações da população. A inserção das benzedeiras/ores e das intercessoras/ores na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS poderia, por exemplo, suavizar essa conjuntura no setor.

Sobre o perfil dos atores-sociais que usam a reza e oração como ferramenta terapêutica, inspirados pelos ensinamentos católicos na cidade de Porto Velho, concluímos que eles podem ser organizados em dois grupos populacionais distintos: as benzedeiras/ores (que vivem em regiões de vulnerabilidade social alta; apresentam baixos níveis de escolaridade; têm uma média de idade avançada e desenvolvem suas práticas de forma livre) e as intercessoras/ores (que vivem em regiões de vulnerabilidade social baixa; apresentam níveis de escolaridade mais altos; têm uma média de idade inferior à das benzedeiras/ores; apresentam uma maior articulação política e desenvolvem a prática da oração sob o controle da instituição religiosa a que pertencem).

Pode-se concluir também que as enfermidades com maior demanda na cidade de Porto Velho, em relação aos saberes e práticas populares de saúde que utilizam a oração e a reza como ferramenta terapêutica no processo de cura, estão relacionadas ao tratamento de doenças, classificadas como, espirituais. Em parte, essas enfermidades podem ser identificadas como doenças crônico-degenerativas como depressão, entre outros transtornos mentais relacionados.

O Estado não compreende importância da medicina tradicional em Porto Velho e não colabora para o fortalecimento da utilização, segura e eficaz, dessa prática, mediante a regulamentação de produtos, técnicas e profissionais que garantam o planejamento de políticas públicas eficientes. Esta perspectiva reforça o caráter da medicina moderna em detrimento da medicina tradicional.

Além disso, o Estado não interfere explicitamente sobre a prática do ofício da reza e da oração. Por outro lado, estabelece formas disciplinares de controle na sociedade. Isso afeta, em proporções diferentes as benzedeiras/ores e as

intercessoras/ores. O resultado desse fenômeno é que a principal tecnologia empregada continua sendo a ciência.

O planejamento de políticas públicas em saúde, na cidade de Porto Velho/RO, para que se atendam verdadeiramente essas necessidades e aspirações da população local, deve passar pela integração entre os modelos de cuidado em saúde tradicionais e modernos de assistência à saúde. Essa integração dependerá de uma aproximação entre seus atores-sociais e o reconhecimento do valor prático de cada modelo, sobre o processo saúde-doença.

A medicina moderna e a tradicional são reconhecidas por seus praticantes como complementares, podendo unir forças para favorecer a promoção de saúde, da população de Porto Velho. Todavia, nota-se que a soberania da medicina moderna ainda prevalece, sobre as práticas tradicionais de cuidado em saúde, sobretudo, pela forte influência do Estado. Essa situação revela que deve partir dos atores-sociais da medicina moderna, a busca pela integração desses dois modelos de cuidado em saúde, na atualidade.

A identificação das práticas e cuidados ligada a uma perspectiva mais tradicional e/ou mais moderna da população, depende de seu sistema de crenças e da perspectiva de cura que eles almejam.

Com base no exposto, pode-se confirmar a hipótese de que há uma relação direta entre os saberes e as práticas populares de cuidados em saúde, na cidade com os elementos do espaço, principalmente associada a aspectos técnicos, como as infraestruturas urbanas (unidades de saúde) e sociais; como demografia e o desenvolvimento econômico regional.

As populações mais carentes (periferia sociológica) e as regiões mais afastadas do centro da cidade (periferia geográfica) concentram a maior parte das práticas populares de cuidado em saúde, das benzedeiras/ores, não só pelo alcance dos serviços da medicina moderna, mas também por aspectos culturais e simbólicos dessa população.

Todavia, conclui-se que a existência das intercessoras/ores nas regiões centrais da cidade de Porto Velho revela que a prática da reza e da oração, não é

um fenômeno restrito a um grupo populacional. Trata-se de adaptações e reinvenções impostas como consequência do fenômeno da modernidade.

Por fim, a tese revelada, por meio dessa pesquisa, é que esse regime disciplinar tem favorecido de forma gradativa e sutil o surgimento de novos protagonistas na sociedade moderna, para o ofício da reza e da oração, o que faz com que as benzedeiras/ores sejam lançadas em um espaço à margem deste corpo social.

Esses novos atores-sociais, como as intercessoras/ores, apresentam relações espaciais diferentes das que são observadas para as benzedeiras/ores, o que facilita o controle sobre suas vidas e também, sobre as suas práticas terapêuticas.

A medicina moderna não percebe a prática desses atores-sociais (tradicionais ou modernos) como um risco a sua soberania, ela não interfere diretamente sobre seus protagonistas e suas práticas. Logo, o risco que a medicina moderna exerce hoje, sobre os protagonistas da reza e da oração, é menor do que o risco que eles encaram dentro da sua própria perspectiva de legitimação de suas ações, na sociedade.

A imposição dos diferentes discursos no espaço, pela disputa do poder, precisam ser equalizados. Precisa-se entender o propósito de cada coisa porque elas existem. Não há uma verdade absoluta e por isso, os lados opostos precisam aprender a trabalhar em conjunto, para alcançar uma união capaz de proporcionar a cura, na população. Essa disputa pelo poder têm feito as pessoas adoecerem na sociedade moderna. As pessoas não estão adoecendo simplesmente, por um aspecto fisiológico do seu organismo, mas por um problema social que afeta o processo saúde-doença para além do que é conhecido na atualidade.

A modernidade reincorpora a tradição, reinventa-a e nesse sentido, também expressa continuidade. Não por acaso, ideologias modernas também alimentam-se da tradição. A rejeição da dicotomia implica o aceitar da existência de uma tensão dialética entre essas duas perspectivas, para além dos discursos e imagens que as justificam.

As terapias alternativas, apesar de não terem comprovação científica, seguramente trazem esperança, conforto espiritual e bem-estar aos enfermos.

Estudos que enfoquem a Medicina Tradicional e seus protagonistas podem contribuir com a saúde, bem-estar e a atenção centrada nas pessoas, maximizando o atendimento realizado pelo sistema médico oficial, além de contribuir para diluição de muitos dos seus problemas, na atualidade. A identificação e regulamentação de produtos, práticas e profissionais é um campo fértil, embora pouco explorado, para pesquisas científicas, nas diferentes áreas do saber.

Finalizando, exalta-se a esperança de que esse trabalho possa cumprir sua missão e seus objetivos, vindo a tornar-se um guia de orientação e consulta a ser utilizado pelos profissionais que atuam no setor de saúde em Porto Velho/RO.

REFERÊNCIAS

ADAMS, Cristina; MURRIETA, Rui; NEVES, Walter. (orgs.) **Sociedades caboclas amazônicas**: modernidade e invisibilidade. São Paulo: Annablume, 2006. 364p.

ALMEIDA, Lutiane Queiroz de. Por que as Cidades são Vulneráveis? **Revista da Casa de Geografia de Sobral**, Sobral, v. 13, n. 1, p. 70-82, 2011.

ATLAS BRASIL. **Atlas do desenvolvimento humano do Brasil**. [online] Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/porto-velho_ro>. Acesso em 13 de setembro de 2018.

BADKE, Marcio Rossato; BUDÓ, Maria de L. D.; ALVIM, Neide A. T.; ZANETTI, Gilberto D.; HEISLER, Elisa V. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n.2, p.363-70, 2012.

BARRETT, Frank A. **Disease and geography**: The history of an idea (Geographic Monograph N. 23). Toronto: Atkinson College, York University, 2000.

BARROZO, Ligia Vizeu. **Contribuições da cartografia aos estudos de geografia da saúde**: investigando associações entre padrões espaciais. Revista do Departamento de Geografia – USP, Volume Especial Cartogeo (2014), p. 413-425.

BATISTELLA Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA Angélica Ferreira, CORBO Anamaria D'Andrea, org. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV,Fiocruz; 2007. p. 51-86.

BENCHIMOL, Jamie Larry; SILVA, André Felipe Cândido. Doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2008, v.15, n.3, p.719-762.

BERMAN, Marshal. **Tudo que é sólido desmancha no ar.** São Paulo: Companhia das Letras, 1986. 347p.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Àtica, 2000. 72p.

BERT, Jean François. **Pensar com Michel Foucault**; Tradução Marcos Marcionilo. São Paulo: Parábola, 2013, 215 p.

BOLLNOW, Otto Friedrich. **O homem e o espaço**; Tradução Aloísio Leoni Schmid. Curitiba: Editora UFPR, 2008, 327 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2018. 518 p.

BRASIL. **Lei Nº 8.080**, de 19 de Setembro De 1990**.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF, 1990.

BRASIL. **LEI Nº 9.782**, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília/DF, jan. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ ccivil_03/Leis/L9782.htm>. Acesso em: 29 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971**, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília/DF: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849**, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília/DF: 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 633**, de 28 de março de 2017. Atualiza o serviço especializado 134 Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília/DF: 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702**, de 21 de março de 2018 Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília/DF: 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares**: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Brasília/DF: 2012

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMERON, Donald.; JONES, Ian. G. John Snow, the Broad Street Pump and Modern Epidemiology. **International Journal of Epidemiology**, Londres: v. 12, n.4, p.393-396, 1983.

CAMARGO, Maria Thereza Lemos de Arruda. A garrafada na medicina popular: uma revisão historiográfica. **Dominguezia**, V.27, n.1, p.41-49, 2011.

CAMARGO, Maria Thereza Lemos de Arruda. A religiosidade na medicina popular. **Revista Nures**, Ano X, n.26, p.01-08, 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CANCLINI, Nestor Garcia. **Culturas híbridas**: estratégias para entrar e sair da modernidade. 4.ed. São Paulo: EdUSP, 2015, 416 p.

CARRANZA, Brenda Maribel Dávila. **Renovação carismática católica**: origens, mudanças e tendências. 1998. 261f. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Instituto de Filosofia e Ciências Humana, Universidade Estadual de Campinas. 1998.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro e GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, set. 2017.

CARVALHO, Antônio Ivo. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Vol. 2, p.19-38.

CASSIRER, Ernest. **Ensaio sobre o homem:** introdução a uma filosofia da cultura humana. Tradução Tomás Rosa Bueno. 2ª Ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012, 391 p.

CASTELLS, Manuel. **O poder da identidade**. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

CASTRO, Elizabeth Amorim. O leprosário São Roque e a modernidade: uma abordagem da hanseníase na perspectiva da relação espaço-tempo. **Raega - O Espaço Geográfico em Análise**, Curitiba, [S.l.], v. 10, dez. 2005.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

CLAVAL, Paul. **Epistemologia da Geografia**. Tradução Margareth de Castro Afeche Pimenta e Joana Afeche Pimenta. 1 Ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2011a, 406p.

CLAVAL, Paul. **Espaço e Poder**. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979, 248p.

CLAVAL, Paul. Terra dos homens: a geografia uma apresentação. **GEOUSP: Espaço e Tempo**, São Paulo, n. 29, 2011b, p. 80-86.

COSTA, Maria da Conceição Nascimento; TEIXEIRA, Maria da Glória Lima Cruz. A concepção de “espaço” na investigação epidemiológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.271-279, 1999.

COSTA, W. Messias; BECKER, Bertha K.; ALVES, D. Salas. (Org.). **Dimensões Humanas da Biosfera-Atmosfera na Amazônia**. São Paulo: EDUSP, 2007. v.1. 175p.

CRUZ, Oswaldo; CHAGAS, Carlos; PEIXOTO, Afrânio. **Sobre o saneamento da Amazônia**. Manaus: Philippe Daou, 1972. 205p.

CRUZ, Oswaldo. Carta a Emília F. Cruz. Porto Velho, 25.07.1910 (Fundo Pessoal Oswaldo Cruz. DAD-COC).

CUNHA, Lidiane Alves da. Abençoada mão que abençoa: memória e religiosidade de benzedeiras. In: Anais da XIX Semana de Humanidades da UFRN, 2011, Natal/RN.

CZERESNIA, Dina. O conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (org.). **Promoção da saúde**: reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocurz, 2009, p. 43-58.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. **Direito e Democracia**. Canoas, 2002, v.3, n.1, p.257-291.

DARDEL, Eric. **O homem e a terra:** natureza da realidade geográfica; Tradução Werther Holzer. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 2011, 159 p.

DELANI, Daniel; MENDONÇA, Francisco de Assis. Dimensões geográficas da saúde em Porto Velho: Amazônia Ocidental Brasileira. In: **Anais do X Seminário Temático da Rede Internacional CASLA-CEPIAL**, Porto Velho, 2018.

DELANI, Daniel. **O complexo de usinas do Rio Madeira e a difusão da dengue em Porto Velho**: contribuições da geografia da saúde. 1. Ed. Curitiba: EDITORA CRV, 2016, v.1, 200p.

DESCARTES, René (1637)**. Discurso do Método**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2001.102 p.

DUMKE, Eliane; MENDONÇA, Francisco de Assis. Distribuição intraurbana da temperatura do ar/conforto térmico e condições de vida no Aglomerado Urbano da Região Metropolitana de Curitiba. **Investigaciones Geográficas**. Chile, v.53, pp. 51-76, 2017.

DUNCAN, B. Bartholow; CHOR, Dóra; AQUINO, Estela M. L.; BENSENOR, Isabela M.; MILL, J. Geraldo, SCHMIDT, M. Inês; LOTUFO, P. Andrade; VIGO, Álvaro; BARRETO, S. Maria. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dec. 2012.

DUTRA, Denecir de Almeida. **Geografia da saúde no Brasil**: arcabouço teórico-epistemológicos, temáticas e desafios. 2011. 191f. Tese (Doutorado em Geografia). Curso de Pós-Graduação em Geografia, Setor de Ciências da Terra, Universidade Federal do Paraná, 2011.

ESTEVES, Cláudio Jesus de Oliveira. Risco e vulnerabilidade socioambiental: aspectos conceituais. **Caderno IPARDES**, Curitiba: IPARDES, v.1, n.2: 62-79, 2011.

FARINHA, Allyne Chaveiro **A benzedeira renovada**: uma análise das práticas de benzimento em Anápolis. Goiânia: IV Seminário de Pesquisa e Pós-graduação em História PUC/UnB/UFG. 2011.Disponível em: < https://pos.historia.ufg.br/up/113/o/01_-_A_ benzedeira_renovada.pdf>. Acesso em 23 de agosto de 2018.

FERREIRA, Álvaro. A produção do espaço entre dominação e apropriação: um olhar sobre os movimentos sociais. **Scripta Nova**, Madrid, v. 11, n. 14, 2007.

FERREIRA, Luciane Ouriques. O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, supl.1, p.265-277, 2012.

FERREIRA, Marcelo Urbano. Epidemiologia e geografia: o complexo patogênico de Max. Sorre. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 301-309, set. 1991.

FLORIANI, Nicolas; FERREIRA CLARINDO, Maximillian; ALMEIDA SILVA, Adnilson de; STANISKI, Adelita. Medicina popular, catolicismo rústico, agrobiodiversidade: o amálgama cosmo-míticoreligioso das territorialidades tradicionais na região da Serra das Almas, Paraná, Brasil. **Geografia**, Rio Claro, v. 41, n. 2, p. 331-350, mai./ago. 2016.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. Qualidade de vida e meio urbano. A cidade São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**, 2000, n. 25, v. 2, p. 75-86.

FOUCAULT, Michel. **A Verdade e as Formas Jurídicas.** Rio de Janeiro: Nau Ed., 2005, 158 p.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. 1ª Ed. São Paulo: Martins Fontes. 1999, 199 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996. 174 p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir.** 38ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 291 p.

FURTADO, Fátima. Cidades resilientes: considerações conceituais. In: FURTADO, F.; Luiz PRIORI Jr, L; ALCÂNTARA, E. (org). **Mudanças climáticas e resiliência de cidades**. Recife: Pickimagem, 2015. 253p.

GIATTI, L. Leandro. **Fundamentos de saúde ambienta**l. Manaus: Editora da UFAM, 2009. 351p.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. Tradução de Raul Fiker. São. Paulo: Editora UNESP, 1991, 156 p.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Núbia Pereira de Magalhães; PEREIRA, Edimilson de Almeira. **Assim se benze em Minas Gerais**: um estudo sobre a cura através da palavra. 2. ed. Belo Horizonte. Mazza Edições, 2004. 391p.

GOMES, Paulo Cesar da Costa. **Geografia e modernidade**. 8 Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010, 368p.

GONSAGA, R. A. Teixeira; RIMOLI, C. Fernandes; PIRES, E. Araújo; ZOGHEIB, F. Scaramucci; FUJINO, M. V. Tadao; CUNHA, M. Bolini. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 263-267, Aug. 2012.

GOUVEIA, Nelson. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Saúde & Sociedade**, 1999, n.8, v.1, p.26-61.

GRISOTTI, Márcia. Políticas de saúde e sistemas médicos no Brasil. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 3, p. 49-62, 1998.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Saúde**: fundamentos de Geografia humana. São Paulo: Editora UNESP, 2015, 110p.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Saúde Pública e Política Urbana. Memória e imaginário social.** São Paulo, 2000. 249 p. Tese (Doutorado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Saúde urbana**: velho tema, novas questões. Terra Livre. São Paulo, AGB, n.17, 2001.

GURGEL, Cristina. **Doenças e curas**: o Brasil nos primeiros séculos. São Paulo: Editora Contexto, 2010. 192p.

HOBSBAWM, Eric. Introdução: A Invenção das Tradições. In: HOBSBAWM, Eric; RANGER, Terence (Orgs.), **A invenção das tradições**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984. Págs. 9-23.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**: Panorama de Porto Velho/RO [online] Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho>. Acesso em 13 de setembro de 2018.

JOHNSON, Steven. **O mapa fantasma**: como a luta de dois homens contra o cólera mudou o destino de nossas metrópoles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. 271 p.

JURKEVICS, Vera Irene. Renovação carismática católica: reencantamento do mundo**. História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 40, p. 121-134, 2004. Editora UFPR.

KANT, Immanuel, 1724-1804. **Crítica da Razão Pura**, Immanuel Kant; Tradução Lucimar A. Coghi Anselmi, Fulvio Lubisco. São Paulo: Martin Claret, 2009.

KUHN, Tomas S. (1962)**. A estrutura das revoluções científica**s. Tradução de Beatriz Vianna Doeira e Nelson Boeira. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998. 257 p.

LACOSTE, Yves. **A Geografia**: isso serve em primeiro lugar para fazer a guerra. São Paulo: Ed. Papirus, 1976.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade. **Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

LAPLANTINE, François; RABEYRON, Paul-Louis. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989, 120p.

LEAVELL, Hugh; CLARK, E. Gurney. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976. 744p.

LIMA, Abanel Machado de. **A cidade**. Disponível em: < https://www.portovelho.ro.gov.br/artigo/17800/a-cidade>. Aceso em: 14 de mai. 2018.

LOBATO FILHO, João Bento. **Avançai para o Jamari**: a Comissão Rondon nas selvas do Alto Madeira. Rio de Janeiro: s.n. 1957. 132p.

LOSSO, Luisa Nuernberg; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. **Saúde em Debate** [online], v. 41, spe 3, pp.171-187, 2017.

LOUREIRO, João de Jesus Paes. **Cultura Amazônica**. Uma poética do imaginário. Belém, CEJUP, 1995. 448 p.

MACIOCIA, Giovanni. **Os Fundamentos da Medicina Chinesa**. São Paulo: Editora Roca, 3ª ed., 2017, 1016p.

MALETTA, Carlos Henrique Mudado. **Epidemiologia e saúde pública**. São Paulo: Livraria Atheneu, 1988. 324p.

MARANDOLA JR, Eduardo. Tangenciando a Vulnerabilidade. In: HOGAN, D. J.; MARANDOLA Jr., E. **População e mudança climática**: dimensões humanas das mudanças ambientais globais. Campinas: Núcleo de Estudos da População - Nepo, 2009. 292 p.

MENDONÇA, Francisco de Assis; ARAÚJO, Wiviany M.; FOGAÇA**,** thiago kich. A geografia da saúde no Brasil: Estado da arte e alguns desafios. **Investigaciones Geográficas**, Chile, v.48, p.41-52, 2014.

MENDONÇA, Francisco de Assis. **Impactos socioambientais urbanos**: edição atualizada. MEDONÇA F. (org.). Curitiba: Editora UFPR, 2010, 228p.

MENDONÇA, Francisco de Assis; BUFFON, Elaiz Aparecida Mensz; CASTELHANO, Francisco Jablinski; SITOE, Gina. Resiliência socioambiental-espacial urbana à inundações: possibilidades e limites no bairro Cajuru em Curitiba (PR). **Revista da**

Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Geografia (Anpege), v.12, n.19, jul-dez.2016, p. 279-298.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992. 406p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho. **Saúde e Ambiente Sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 344p.

MORAIS, Allan Robert Ramalho. **Saúde e geografia**: ervas e curas na comunidade ribeirinha de Nazaré – RO. 2016. Dissertação (Mestrado em Geografia). Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Rondônia. 2016.

MORAIS, Allan Robert Ramalho; ZANFERRARI, Eliane Martinez de Souza. **A medicina tradicional em meio ao SUS na comunidade ribeirinha de Nazaré/RO**. In: Anais do XVIII Encontro Nacional de Geógrafos, São Luís, MA, 2016.

OLIVEIRA, Elda Rizzo. **O que é benzeção.** São Paulo: Brasiliense; 1985. 110p.

OLIVEIRA, Ricardo Monezi Juliao de. **Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse**: estudo placebo e randomizado. 2013. 165f. Tese (Doutorado em Psicobiologia). Curso de Pós-Graduação em Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2013.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Depression and Other Common Mental Disorders**: Global Health Estimates. Genebra, 2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=4751CE3422AA77F0B892B2890348251C?sequence=1. Acesso em 02 de outubro de 2018.

OMS, **Organização Mundial da Saúde**. Facet definitions and questions. Geneva: OMS, 1995.

OMS, **Organização Mundial da Saúde**. Traditional medicine strategy: 2002-2005. Genebra, 2002. Disponível em: http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf. Acesso em: 12 jan. 2017.

OMS, **Organização Mundial da Saúde**. Traditional medicine strategy: 2014-2023. Genebra, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 09 fev. 2017.

OMS, **Organização Mundial da Saúde**. Traditional, complementary and integrative medicine. Disponível em: https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/. Acesso em 09 mar. 2019.

OPAS, **Organização Pan-Americana de Saúde**. CARMEN: Iniciativa para Conjunto de Ações para Redução Multi-fatorial de Enfermidades Não Transmissíveis. Havana,

2003. Disponível em: <https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_docman&view=download&alias=1163-c-a-r-m-e-n-iniciativa-para-prevencao-doencas-naotransmissiveis-na-america-3&category_slug=doencas-cronicas-116&Itemid=965>. Acesso em: 14 de mai. 2019.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan; BARROS, Nelson Filice de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p.1801-1811, mar. 2011.

PETERSEN, Alan. Risk, governance and the new public health. In: PETERSEN, Alan; BUNTON, Robin (org.) **Foucault, Health and Medicine**. Londres/Nova Iorque: Routledge, 1997, p. 189-206.

PEREIRA, Maria Florice Raposo. A geografia no pensamento filosófico. **Mercator**: Revista de Geografia da UFC, ano 05, n. 10, 2006, p.31-37.

PEREIRA, Ana Carolina dos Santos; CUNHA, Maria das Graças Campolina. Medicina popular e saberes tradicionais sobre as propriedades medicinais da flora cerradeira popular. **Hygeia,** Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**:** Uberlândia, v.11, n.21, p.126-137, dez/2015.

PEREIRA Maurício Gomes. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 616 p.

PINTO, Ariane Costa; MARCHESINI, Sandra Mari; ZUGNO, Paula Lopi; ZIMMERMANN, Karina Gulbis; DAGOSTIN, V. Santina; SORATTO, M. Tereza. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Revista Saúde.Com**, Vitória da Conquista/BA, v.11, n.2, p. 114-122, 2015.

PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, supl. 1, p.06-11, mai/1999.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza; CUNHA, Marize Bastos da; PIVETTA, Fatima; ZANCAN, Lenira; FREITAS, Jairo Dias de. Saúde e ambiente na favela: reflexões para uma promoção emancipatória da saúde. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 123, p. 523-543, jul./set. 2015.

PORTO VELHO, Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Porto Velho: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

POSEY, D. A. Os Povos Tradicionais e a Conservação da Biodiversidade. In: PAVAN, C. org. **Uma estratégia Latino-americana para a Amazônia**. São Paulo: UNESP, v.1, 1996, p.149-157.

PREARO, Leandro Campi; MARACCINI, Maria Clara; ROMEIRO, Maria do Carmo. Fatores determinantes do índice de desenvolvimento humano dos municípios do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**. Brasília, n.1, v.5, 2015, p.134-155.

QUINTANA, Alberto Manuel. **A ciência da benzedura**: mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise. Baurú: EDUSC, 1999.

REZENDE, Sonali Cristina; HELLER, Léo. **O Saneamento no Brasil**: Políticas e interfaces. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

RODRIGUES, Ricardo da Silva. **Atuação dos Agentes Indígenas de Saúde Paiter Suruí**: possibilidades de ações terapêuticas no contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena Vilhena. 2013. 130f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente). Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, Fundação Universidade Federal de Rondônia, 2013.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & saúde**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 708 p.

SABROZA, P. C. **Concepções de Saúde e Doença**. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, 2001.

SANT'ANA JÚNIOR, Horácio Antunes de. Modernidade e tradição: aspectos de um debate sociológico sempre retomado. **Revista Políticas Públicas**, v. 9, n. 2, p.19-39, jul./dez. 2005.

SANTOS, Alberto Pereira dos. Introdução à Geografia das Religiões. **GEOUSP: Espaço e Tempo**, São Paulo, n. 11, p.21-33, 2002.

SANTOS, Francimário Vito dos **O ofício das rezadeiras**: um estudo antropológico sobre as práticas terapêuticas e a comunhão de crenças em Cruzeta/RN. 2007. 196f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Antropologia). Curso de Pós-Graduação em Antropologia, Centro de Ciências Humanas, Letras, e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.

SANVITO, Wilson Luiz; RASSLAN, Zied. Os paradoxos da medicina contemporânea. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 634-635, Dec. 2012.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Revista Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista Saúde Pública**: São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997.

SILVA, Hilton P. Sócio-ecologia da saúde e doença: os efeitos da invisibilidade nas populações caboclas da Amazônia. In ADAMS, Cristina; MURRIETA, Rui; NEVES, Walter. (orgs.) **Sociedades caboclas amazônicas**: modernidade e invisibilidade. São Paulo: Annablume, 2006. p.323-349.

SILVA, Maria das Graças SN. **Parteiras Ribeirinhas**: Saúde da Mulher e o Saber Local. 2004, 215f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico

Úmido). Curso de Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal Do Pará, Belém, 2004.

SIQUEIRA, Karina Machado; BARBOSA, Maria Alves; BRASIL, Virginia Visconde; OLIVEIRA, Lizete Malagoni Cavalcante; ANDRAUS, L. Maria Silva. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto & contexto - enfermagem.** Florianópolis, v.15, n.1, p.68-73, Mar. 2006.

SIUDA-AMBROZIAK, Renata. Benzedeiras em vias de extinção na Ilha da Magia. **MÉTIS: história & cultura**: Caxias do Sul, v.17, n.34, p.125-146. Jan/jun 2018.

SOARES, Maria Valonia Pereira Barroso. **Indicadores educacionais e vulnerabilidade social**: correlações territoriais no perímetro urbano da cidade de Porto Velho/RO. 2016. Dissertação (Mestrado em Geografia). Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Rondônia. 2016.

SOARES, Sônia Maria. **Práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde**: caminhos e descaminhos; estudo de caso etnográfico realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SOBRAL, Helena R. W. **Poluição do ar e doenças respiratórias em crianças da Grande São Paulo**: um estudo de geografia médica. 1988. Tese (Doutorado em Geografia Humana), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. 1988.

SOJA, Edward. **Geografias pós-modernas**: a reafirmação do espaço na teoria social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

SORRE, Max. **Complexe patogene et Géographie Médicale**. Annales de Geographie, 235, p 1-18, 1943.

SORRE, Max. **Les fondaments biologiques de la Geographie Humaine**. Paris, Armand Colin. 1943.

SORRE, Max. **Les migrations des peuples**. Paris, Flammarion, 1955.

SOUZA, Grayce Meire Bonfim. **A benzedura**: da descoberta do dom à legitimação. In: AGUIAR, E. P. (org.). Recortes de memórias: cultura, tradição e mito em Vitória da Conquista e região. Vitória da Conquista: Museu Regional de Vitória da Conquista; UESB, 2002.

SOUZA, Maria Cristiane Pereira. **A palavra e o lugar da cura**: história oral. 2008. Dissertação (Mestrado em Geografia). Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Rondônia. 2008.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, v.42, n.5, p.914-920, 2008.

THOUEZ, Jean Pierre. **Santé, maladies et environnement**. Tradução de Ligia Vizeu Barrozo Paris: Economica/Anthropos, 2005. 137p.

TRINDADE, Deilson do Carmo. **Ainda se benze em Parintins**: rezas e simpatias nas práticas das mulheres benzedeiras. 2011. 126f. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, 2011.

VALADARES, Carolina; BERALDO, Nicole. **Em Rondônia, 25 municípios utilizam práticas integrativas no tratamento de pacientes do SUS**. Brasília, 15 de mar. de 2018 Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42814-em-rondonia-25-municipios-utilizam-praticas-integrativas-no-tratamento-de-pacientes-do-sus. Acesso em 11 mar. 2019.

VITAL, André Vasques. Comissão Rondon, doenças e política: "Região do Madeira: Santo Antônio", de Joaquim Augusto Tanajura - uma outra visão do Alto Madeira em 1911. **História, ciência, saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.545-558, jun. 2011.

VITAL, André Vasques. Visões do Alto Madeira: Comissão Rondon, malária e política em Santo Antônio do Madeira (1910-1915). **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.77-90, jan./jun. 2012.

YUNES, Maria Angela Mattar. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, num. esp., p. 75-84, 2003.

ZANCHI, Marco Túlio; ZUGNO Paulo Luiz. **Sociologia da Saúde**. 3ª Ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2008, 395 p.

ZORDAN, Paola Basso Menna Barreto Gomes. Bruxas: figuras de poder. **Estudos Feministas,** Florianópolis, v.13, n.2, p 331-341, 2005.

ANEXOS

ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Dimensões geográficas dos saberes e práticas populares de cuidados em saúde na cidade de Porto Velho/RO".

Nesta pesquisa pretendemos identificar e analisar as dimensões geográficas dos saberes e práticas populares de cuidados em saúde desenvolvidos na cidade de Porto Velho/RO.

A metodologia consiste basicamente na aplicação de entrevistas semiestruturadas com questões abertas. A entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa e está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista.

Para participar desta pesquisa o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O(A) Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar. Os riscos associados à participação estão limitados à ocorrência de desconforto e/ou constrangimento diante de alguma pergunta. Caso isso aconteça você tem garantido o direito de se negar a responder.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Fundação Universidade Federal de Rondônia, e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Dimensões geográficas dos saberes e práticas populares de cuidados em saúde na cidade de Porto Velho/RO”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Porto Velho, ____ de _____ de 201_.

_____

Nome Assinatura Participante

_____

Daniel Delani

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar os responsáveis pela pesquisa, o Prof. Me. Daniel Delani. Endereço: Campus UNIR – BR 364. KM 9,5. Sentido Acre. CEP: 76.801-059. Porto Velho/RO.

Fone:(69) 2182-2117/98429-4398. E-mail: danieldelani@unir.br

Dados do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia: Endereço: Campus José Ribeiro Filho, BR 364, KM 9,5, sentido Rio Branco CEP: 76801-059; telefone 2181-2111; e email cepunir@yahoo.com.br.

ANEXO II: Roteiro de perguntas semiestruturadas para os protagonistas e seus pacientes/usuários em Porto Velho/RO

Entrevistado(a):
Sexo: ( )M ( )F IDADE:_____
Endereço:_____
Ocupação principal_____ Outras_____
Escolaridade: _____
Há quanto tempo mora em Porto Velho, em especial, nessa localidade?
_____
Motivo da mudança para a cidade? Teve relação direta/indireta com a medicina tradicional?_____
Costuma sair do município, de sua localidade? Sim ( ) não ( )
Tem relação direta/indireta com a medicina tradicional? Motivo?
_____
Se sim, qual frequência: diária ( ) semanal ( ) mensal ( ) anual ( ) raramente ( )
Como você observa a oferta de serviços de saúde no município de Porto Velho?
_____
Em geral, quais são os maiores problemas/desafios para área da saúde?
_____
Que soluções sugere?_____
O que falta na cidade?_____
O que deve melhorar?_____
Qual a prática de cuidado em saúde utilizada por você? Para quais finalidades?
_____
Como surgiu (a medicina tradicional) pra você? Origem? Forma que conheceu (adquiriu)?_____
Qual a abrangência desse atendimento? Perfil de seus pacientes (usuários)? Origens? _____
Quais são suas principais influências? Religião? Etc. _____
Como os elementos do espaço (meio natural, técnico, etc.) influenciam os aspectos relacionados às práticas de saúde tradicionais utilizadas em Porto Velho?_____
Como você nota a participação, contribuição e percepção do Estado sobre esses saberes e práticas populares de cuidado em saúde? _____
Como a medicina tradicional pode ajudar a medicina moderna em aspectos relacionados à qualidade de vida e o bem-estar da população? _____
Como esses saberes e práticas populares utilizadas pelas populações tradicionais podem contribuir para o planejamento de políticas públicas em saúde na cidade de Porto Velho e região? _____
Qual a melhor forma de reconhecimento e valorização da medicina tradicional na cidade de Porto Velho? _____
Como explicaria a resiliência da medicina tradicional ao longo dos anos?_____
Quais são os riscos para medicina tradicional na atualidade? _____
A medicina tradicional pode ser considerada vulnerável diante destes e de outros riscos? Porquê? _____
Outras informações relevantes: Histórias, testemunhos, etc.
_____
_____
_____

ANEXO III: Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dimensões geográficas dos saberes e práticas populares de cuidados em saúde na cidade de Porto Velho/RO

Pesquisador: Daniel Delani

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78543917.0.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.444.839

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa apresentado por Daniel Delani, professor do departamento de educação física da Universidade Federal de Rondônia - UNIR, porém, projeto apresentado está vinculado ao DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA – DGEO e PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM GEOGRAFIA – PPGG, sendo referido como estudo de tese de doutorado. O pesquisador não aponta orientador no projeto. A ideia de realizar um estudo de Geografia da Saúde na cidade de Porto Velho (recorte espacial da presente pesquisa), sobre os saberes e práticas populares de cuidado em saúde, surgiu do contexto em que essa localidade encontra-se inserida, na Amazônia Ocidental Brasileira, e também pela atenção recebida dessas práticas alternativas de saúde por órgãos importantes como a OMS e a OPAS, no sentido de contribuir para a construção de estratégias de saúde que sejam capazes de atender às necessidades da população local. Os critérios de escolha passaram também pela relevância no atual contexto nacional e pelo interesse voltado para a saúde coletiva e das populações da região. Nessa perspectiva, a presente pesquisa busca contribuir para esse arcabouço teórico-metodológico identificando e analisando as dimensões geográficas e as implicações políticas

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.
Bairro: Centro **CEP:** 78.000-000
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)1182-2111 **E-mail:** cepunir@yahoo.com.br

dos saberes e práticas populares de cuidados em saúde desenvolvidos pelas benzedeiras na cidade de Porto Velho/RO. Situa-se no debate sobre a
dicotomia entre modernidade e tradição

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar e analisar as dimensões geográficas e as implicações políticas dos saberes e práticas populares de cuidados em saúde utilizados pelas
benzedeiras na cidade de Porto Velho/RO.

Objetivo Secundário:

Identificar as enfermidades com maior demanda na cidade de Porto Velho em relação aos saberes e práticas populares de cuidados em saúde
utilizadas pela população;

Mapear e analisar a manifestação espacial-cartográfica desses saberes e práticas populares de cuidados em saúde no âmbito da cidade de Porto
Velho;

Caracterizar a influência dos aspectos relacionados ao espaço geográfico sobre essas formas de tratamento e intervenção empregadas pelas
benzedeiras na região;

Identificar a condição epidemiológica e geográfica das doenças mais frequentes em Porto Velho e sua relação com o emprego da medicina
tradicional em seu tratamento;

Analisar as relações estabelecidas entre as benzedeiras em Porto Velho e as políticas públicas em saúde na cidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos associados à participação estão limitados à ocorrência de desconforto e/ou constrangimento diante de alguma pergunta. Caso isso
aconteça o participante terá garantido o direito de se negar a responder.

Benefícios:

Contribuir para o reconhecimento e a valorização dessas práticas populares de cuidado em saúde na cidade de Porto Velho, especialmente as
benzedeiras;

Contribuir para a construção de estratégias de saúde que sejam realmente capazes de atender às demandas e necessidades da população local.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No primeiro momento da presente pesquisa definimos a hipótese, os objetivos e os procedimentos metodológicos que nortearão a programação das
atividades a serem desenvolvidas ao longo da elaboração da tese.
No segundo momento da pesquisa, utilizaremos informações, conhecimentos e dados que já foram coletados. Duas etapas distintas, porém
complementares, serão realizadas. A primeira consistirá na pesquisa bibliográfica com o objetivo de recolher e selecionar os conhecimentos prévios
e informações acerca do problema ou hipótese, já organizada e trabalhada por outros autores. A segunda na pesquisa documental, onde serão
visitadas entidades de saúde da região na busca de documentos, arquivos e demais informações sobre nosso objeto de estudo. O objetivo é poder
descrever e analisar situações, fatos e acontecimentos anteriores, bem como comparar com os dados da realidade presente. Estas entidades serão
conhecidas após o início das atividades de campo por indicação verbal dos participantes envolvidos no projeto de pesquisa. Para serem incluídas
deverão celebrar um termo por escrito autorizando a coleta de dados. Essas emendas serão fornecidas ao Comitê de Ética em Pesquisa para
validação documental de acordo com a Norma Operacional 001/2013/CONEP.
Nosso recorte temporal levará em consideração as informações secundárias encontradas na pesquisa bibliográfica e documental.
Todavia, consideraremos, principalmente, o estado atual do objeto de estudo na cidade de Porto Velho, Rondônia, (recorte espacial da pesquisa).
No terceiro momento da pesquisa serão realizadas as entrevistas com a população e os agentes-chave para solução do nosso problema. O modelo
de entrevista que será utilizado é o semi-estruturado.
As benzedeiras serão identificadas através da pesquisa documental e do levantamento empírico, com visitações in loco. Os usuários dessas práticas
alternativas de saúde serão indicados pelas próprias benzedeiras. Aqueles presentes no momento da visita também serão convidados a participar
desta pesquisa. Independente da forma de contato com esses usuários, todos deverão assinar o

termo de consentimento livre e esclarecido. Essa
análise nos ajudará no reconhecimento do perfil dessas pessoas que procuram essas práticas de saúde e no mapeamento da influência das
dimensões geográficas sobre esses cuidados.
Serão também utilizados como ferramentas fotografias, gravações e mapas temáticos sobre nosso objeto de estudo. Os registros fotográficos
priorizarão aspectos particulares do lugar assegurando a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos
participantes da pesquisa.
Em seguida, no último momento do nosso roteiro, os dados coletados serão analisados para, em um segundo momento, interpretá-los e obter as
respostas que procuramos para as questões da presente pesquisa. Nesta etapa contaremos com a ajuda do software ArcGIS 10.0, o software de
estatística SPSS 8.0 e o SaTScan.
Para a análise do espaço geográfico na cidade de Porto Velho, serão adotadas as seguintes variáveis "empíricas": as características do meio
natural, das infraestruturas urbanas, da demografia e do desenvolvimento econômico urbano e regional.
Serão consideradas como determinantes sobre nosso objeto as seguintes características: da população e do povoamento; elementos do meio
natural e construído; o comportamento e os estilos de vida da população local; e os serviços de atenção à saúde de Porto Velho.
Nesta pesquisa, serão privilegiadas as informações secundárias disponíveis nos principais bancos de dados estatísticos nos campos da saúde,
demografia e economia, como o DATASUS e IBGE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Folha de rosto preenchida e assinada via NUSAU;
Projeto detalhado, com cronograma, orçamento e instrumento para coleta de dados;
Apresenta justificativa para não apresentação de carta de anuência, plausível ao desenho do estudo, com comprometimento de submeter ao cep emenda conforme alterações do projeto.
TCLE que atende as pendências citadas em parecer anterior, adequado a resolução 466/12.

Recomendações:
ver a seguir.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise, considerado a resolução 466/12 e que o pesquisador atendeu as pendências listadas no parecer 2.362.419 CEP/UNIR, recomendo a aprovação protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1001996.pdf	21/11/2017 12:53:46		Aceito
Outros	RoteirodePerguntas.pdf	21/11/2017 12:51:28	Daniel Delani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/11/2017 12:50:51	Daniel Delani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa.pdf	21/11/2017 12:50:27	Daniel Delani	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	22/09/2017 17:30:18	Daniel Delani	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	22/09/2017 17:30:02	Daniel Delani	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	22/09/2017 17:27:29	Daniel Delani	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO VELHO, 18 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Edson dos Santos Farias
(Coordenador)

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.
Bairro: Centro **CEP:** 78.000-000
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)1182-2111 **E-mail:** cepunir@yahoo.com.br