

Harold Wilson González Jiménez

**DE ARTICULAÇÕES E CONFLITOS:
PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO ENTRE OS MORADORES
DE TIMBÍO, CAUCA, COLÔMBIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Dra. Esther Jean M. Langdon

Coorientadora: Dra. Marcia Grisotti

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Jiménez, Harold Wilson González

De articulações e conflitos : práticas de autoatenção
entre os moradores de Timbio, Cauca, Colômbia / Harold
Wilson González Jiménez ; orientador, Esther Jean M.
Langdon ; coorientador, Marcia Grisotti. - Florianópolis,
SC, 2014.

115 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação em Antropologia Social.

Inclui referências

1. Antropologia Social. 2. autoatenção. 3. redes. 4.
pluralismo médico. 5. intermedicalidade.. I. Langdon,
Esther Jean M.. II. Grisotti, Marcia. III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social. IV. Título.

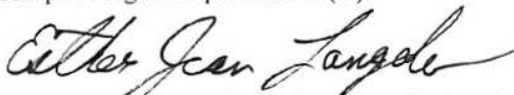
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**De articulações e conflitos:
práticas de auto atenção entre os moradores de Timbió, Cauca, Colômbia.**

HAROLD WILSON GONZÁLEZ JIMÉNEZ

Orientadora: Prof^a Dr^a. Esther Jean Langdon

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social, aprovada pela Banca composta pelos seguintes professores (as):



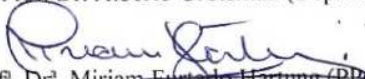
Prof^a. Dr^a. Esther Jean Langdon (Orientadora - PPGAS/UFSC)



Prof.^a Dr.^a Marcia Grisotti (Co-orientadora - PPGSP/UFSC)



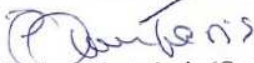
Prof. Dr. Alberto Groisman (DepAnt/UFSC)



Prof^a. Dr^a. Miriam-Furtado Hartung (PPGAS/UFSC)



Prof. Dr. Renato Athias (PPGAS/UFPE)



Prof^a. Dr^a. Edviges Marta Ioris (Coordenadora PPGAS/UFSC)

Florianópolis, 11 de dezembro de 2014.

RESUMO

A presente dissertação procura identificar, descrever e analisar as práticas de autoatenção entre os grupos familiares moradores da área urbana do município de Timbío (Colômbia), com a intenção não só de visualizar a multiplicidade de formas de atenção que ali coexistem, mas também de reconhecer as relações e os mecanismos de articulação e de confronto que se estabelecem nesse processo, conforme o modo que as pessoas e/ou os conjuntos sociais fazem uso delas. Igualmente, este exercício estimula reflexões que nos permitem sugerir aspectos a serem levados em consideração para o desenvolvimento dos planos de saúde locais da região, assim como estratégias que respondam, de maneira mais adequada, às expectativas da população sobre o atendimento da saúde.

Palavras-chave: autoatenção; redes; pluralismo médico; intermedicalidade.

LISTA DE ABREVIATURAS

ARL	Administradoras de Riscos Laborais
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EPS	Empresa Prestadora de Servicios
E.S.E	Empresa Social del Estado
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
IPS	Institución Prestadora de Servicios
POS	Plan Obligatorio de Salud
s/d/a	Saúde/doença/atenção
SISBEN	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa nº 1. O município de Timbío no Departamento de Cauca e na Colômbia	46
Mapa nº 2. Divisão territorial do município de Timbío	47

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem nº 1. Fotografias do “Consultório popular colombiano”	20
Imagem nº 2. Apresentação do Índio Amazônico em sua página web	21
Imagem nº 3. Apresentação do “Chamán Llanero” em seu website	22
Imagem nº 4. Coletivo de Imagens: Curandeiros na Colômbia	24
Imagem nº 5. Basílica do Milagroso de Buga	25
Imagem nº 6. Imagem do “Milagroso de Buga”	25
Imagens nº 7 e 8. Santuário de las Lajas e Imagem de Nuestra Señora de las Lajas	26
Imagens nº 9 e 10. Santuário de Nuestra Señora del Rosario	27
Imagem nº 11. Panorâmica do Município de Timbío	51
Imagem nº 12. Atentado contra a sede da polícia em Timbío	54
Imagem nº 13. Fachada do prédio da “Galería Municipal” de Timbío	57
Imagem nº 14. Interior da “Galería Municipal” de Timbío	57
Imagem nº 15. Posto de frutas	61
Imagem nº 16. Batatas e ullucus	61
Imagem nº 17. Curandeirismo Pé de anta	61
Imagem nº 18. Curandeirismo Pé de veado	61
Imagem nº 19. Ervas Medicinais	62
Imagem nº 20. Tomate, abóbora e saladas prontas	62

SUMÁRIO

1. Introdução	15
1.1 A dissertação	15
1.2 Antropologia e saúde na Colômbia: algumas notas para sua contextualização	17
1.2.1 O porquê das práticas de autoatenção	33
1.3 O trabalho de campo	39
1.4 Estrutura da dissertação	43
2. Capítulo I: Os contextos da pesquisa	45
2.1 O município de Timbío	45
2.1.1 Algumas notas sobre a história do município	47
2.1.2 Vida cotidiana	51
2.1.3 O mercado como centro da vida econômica e de atenção à saúde	55
2.1.4 O serviço de saúde “oficial” em Timbío	62
2.1.5 A política de saúde na Colômbia	64
3. Capítulo II: Articulações e conflitos: práticas de autoatenção em Timbío	67
3.1 Três itinerários terapêuticos	67
3.1.1 Fernando	67
3.1.2 Ana	74
3.1.3 Carlos	81
3.2 Articulando práticas	87
3.2.1 Saúde e religiosidade	88
3.2.2 Remédios caseiros	91
3.2.3 Saúde e alimentação	93
3.2.4 Em busca da biomedicina	94
4. Considerações finais	99
4.1 O saber em disputa: legitimidade e questionamento dos saberes sobre a saúde	100
4.2 O sistema de saúde na Colômbia: univocalidade, inadequações e geração de conflito	103
4.3 A Violência estrutural na Colômbia: reflexões para pensar a saúde dos cidadãos	105

4.4 A saúde além da biomedicina: saúde e bem-estar como conceitos múltiplos	108
5. Bibliografia	111

1. INTRODUÇÃO

1.1. A dissertação

Conforme a Constituição Política da Colômbia de 1991, o país é reconhecido como pluriétnico e multicultural, contando com a presença — até o momento, historicamente negada — de diversos grupos étnicos ao longo de seu território e promulgando a necessidade de respeitar as diferenças culturais entre eles. Não entanto, e apesar desse reconhecimento, as políticas nacionais, em geral, não têm avançado muito no sentido de criar estratégias e ações que se articulem às necessidades de uma população nacional tão diversa quanto a colombiana. Pelo contrário, observamos que nas políticas públicas ocorre uma negação hegemônica das diferenças existentes, e ainda, a tomada de decisões centralizadas — que desconhecem os contextos particulares —, as quais produzem um impacto negativo sobre o bem-estar da população, sendo os principais fatores geradores da desigualdade social na Colômbia (ECHEVERRY, 2004; AYALA, 2014; MOGOLLÓN e VAZQUEZ, 2008; PINEDA, 2012).

No que se refere à política de saúde pública colombiana, cujo eixo é a Lei 100, de 1993, o panorama não é diferente: estabeleceu-se o conhecimento biomédico como hegemônico, em detrimento dos conhecimentos sobre a saúde e o corpo das diversas populações que compõem o tecido social do país e, por consequência, das inter-relações e articulações que se estabelecem entre os conhecimentos tanto através da práxis dos pacientes quanto dos especialistas em saúde, inviabilizando, assim, uma melhora substantiva no atendimento e na saúde e bem-estar dos diferentes grupos étnicos e da população em geral¹.

Neste sentido, a presente dissertação procura identificar, descrever e analisar as práticas de autoatenção entre os grupos familiares moradores da área urbana do município de Timbío, com a intenção não só de visualizar a multiplicidade de formas de atenção que ali coexistem,

¹ Essas formas de desenvolver os programas e as políticas de atenção à saúde são inadequadas e problemáticas, especialmente quando pensamos em algumas regiões do país como o Departamento de Cauca, em que 61,98% dos seus 1.268.937 habitantes habitam áreas “rurais”, além de se identificarem com diferentes grupos étnicos: 20,72% como indígenas e 22,9% como afro-colombianos (UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2008).

mas também de reconhecer as relações e os mecanismos de articulação e de confronto que se estabelecem nesse processo, conforme o modo que as pessoas e/ou os conjuntos sociais fazem uso delas. Igualmente, espera-se que este exercício possa estimular reflexões que permitam sugerir aspectos a serem considerados para o desenvolvimento dos planos de saúde locais da região, criando, assim, estratégias que respondam, de maneira mais adequada, às expectativas da população sobre o atendimento à saúde, e satisfazer os compromissos adquiridos através da assinatura de decretos internacionais.

O interesse na realização desta pesquisa surgiu a partir de uma experiência de campo anterior realizada entre os anos de 2008 e 2009 no interior do grupo interdisciplinar de pesquisa POLIEDRO, pertencente à Universidad del Cauca, na Colômbia, e mais especificamente, no interior de um subprojeto chamado “La continuidad y discontinuidad cultural a través de los itinerarios terapéuticos”, desenvolvido nos municípios de Timbío, El Tambo, Piendamó, Morales e Cajibío, localizados no Departamento de Cauca, no sul oeste da Colômbia.

Nossa intenção era dar conta das alternativas em saúde existentes nesses povos para facilitar sua visibilidade e estimular os processos de inclusão, frequentemente mencionados pelas políticas estatais. E isso foi realizado através da aproximação e do contato com diferentes especialistas em saúde nas localidades, sem que fosse preciso, necessariamente, conversar com as pessoas que faziam uso dessas práticas. Os resultados da pesquisa indicaram uma vasta diversidade e pluralidade de saberes acerca da saúde que, obviamente, extrapolavam a visão do estado a seu respeito. *Yerbateros*, *sobanderos*, iridólogos, especialistas em técnicas baseadas na medicina ayurvédica, curadores com segredo, fitoterapeutas, etc, foram elencados como parte de uma grande rede de curandeiros no Departamento de Cauca, muito procurados pela população para atender suas necessidades em saúde.

Essa pesquisa também demonstrou como esses especialistas transcendiam o chamado “curandeirismo” na Colômbia, na medida em que os seus saberes não se reconheciam, necessariamente, como arraigados ao conhecimento de populações tradicionais locais, perpassando, inclusive, as fronteiras. Especialistas “formados” na Europa, com ampla trajetória em diversos países do mundo, e que garantiam as bases científicas dos seus procedimentos, compartilhavam o espaço com os curandeiros que encontravam a potência do seu saber em conhecimentos ancestrais indígenas, afro-colombianos, etc.

No entanto, com a realização de meu mestrado no Brasil, e

especialmente a partir de minha aproximação ao trabalho de minha orientadora, e através dela, ao trabalho de Eduardo Menéndez, surgiu a curiosidade de fazer o trabalho inverso: isto é, focalizar nas pessoas que fazem uso dessa pluralidade médica em sua vida cotidiana para ver como essa pluralidade articula redes de pessoas e compõe a relação saúde/doença/atenção (s/d/a). Com isso, seria possível reconhecer que, tal como os diferentes especialistas em saúde, essas pessoas têm conhecimentos sobre seu próprio corpo e saúde, além de autonomia para decidir sobre como lidar com suas doenças e padecimentos. Achei inquietante discutir essa questão, pois é no “uso” dessas práticas de atenção em saúde que podemos ver as articulações, as relações e os confrontos que se apresentam entre elas, o que não aparece tão claramente quando realizamos uma espécie de inventário que dá conta de quantas e quão diversas essas práticas são; ou então, o panorama observado nos limita, por exemplo, ao confronto entre os saberes.

O município de Timbío foi escolhido para esta pesquisa, uma vez que, a partir da experiência de campo anterior, pareceu-me que essa localidade era um foco importante de circulação e relação de pessoas, grupos e mercadorias, o que ficou evidente nas visitas ao mercado da cidade que acontece nos finais de semana, em que é possível observar uma série de pessoas oriundas de diferentes regiões do município e do Departamento de Cauca, que vão ali para comercializar seus produtos. E também porque, na dinâmica do mercado, foi possível observar a presença de diferentes “especialistas” que são consultados pela população local, o que me levou a intuir acerca da existência de uma rede de especialistas e saberes que seriam importantes para essas pessoas, exercendo alguma influência em seus processos de autoatenção. Chamou também o meu interesse o fato de que, apesar de o município ser muito próximo da capital do departamento, além de se encontrar estrategicamente localizado em termos geográficos, e ter certa relevância na região, poucos antropólogos têm se aproximado dele para ver mais de perto diversas situações, temas, eventos, problemáticas, etc, que seriam muito interessantes para a antropologia local.

1.2 Antropologia e saúde na Colômbia: algumas notas para sua contextualização

Há vários anos que circula via email um slide intitulado “consultório médico popular”. Nele, são apresentadas aproximadamente 32 imagens que captam avisos e propagandas de curandeiros populares colombianos. Apesar do evidente tom de gracejo, em que se destacam os

erros ortográficos dos cartazes ou a forma desajeitada como são colocados nas ruas, ou ainda as frases e informações que podem ter interpretações múltiplas e jocosas, o que esses slides têm de interessante é o fato de que através dessas poucas imagens conseguem mostrar a diversidade de curandeiros que existem no país e a quantidade de tratamentos, formas de diagnóstico e de doenças e padecimentos tratados por eles.



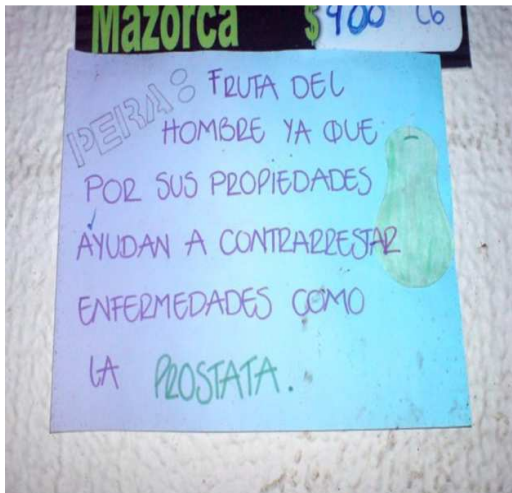


Imagem nº 1. Fotografias do “Consultorio popular colombiano”.

Fonte: Anônimo.

Essa diversidade de curandeiros tem sido constante no país apesar das décadas de esforços para implementar o sistema de saúde biomédico como o sistema oficial encarregado de oferecer assistência à saúde ao povo colombiano. Desde as ruas das grandes cidades até os mercados dos municípios menores, os colombianos se deparam com consultórios fixos e ambulantes de curandeiros dos mais diversos tipos. Alguns deles

são muito reconhecidos e sua fama vai além do contexto regional e, incluso, nacional.

The screenshot shows a web browser window with the URL indioamazonico.com/web/. The website header features the logo "El Indio Amazónico" with the tagline "El Profeta de la nueva era...". Below the header, there are two photographs of a man in traditional indigenous attire. The central text reads "El profeta de la nueva era... El Indio Amazónico". To the left of the main text is a vertical sidebar with a "Inicio" button and a "Consultas Colectivas" section. The main text describes the man as a "Famoso Parapsicólogo, Espiritista, Consejero Espiritual Y Sentimental" and lists various services such as "Lee El Tarot, Los Ojos, Las Manos, La Lengua, Le Dice Todo Si Su Pareja Le Traiciona Y Con Quien, Le Hace Todo Y Le Da Todo Para La Buena Suerte, Salud, Dinero-Amor Y Trabajo". At the bottom of the page, there is a section titled "UNICO EN U.S.A." and "En Las Tienda de El Indio Amazónico Tenemos Todo Clase De Productos Esotericos Para La Buena Suerte Y Para Una Vida Mejor".

Imagem n° 2. Apresentação do Índio Amazônico em sua página web.

Vemos, por exemplo, o caso do “Índio Amazônico”, cujo escritório se localiza em Bogotá (capital da Colômbia), mas que atende a qualquer pessoa, desde qualquer lugar do mundo, além de viajar continuamente para os Estados Unidos, onde também presta serviços. Bastante versátil, o índio amazônico disponibiliza em seu *website* um “currículo” resumido de sua prática, assim como vários elementos de poder para combater diferentes males, os quais podem ser adquiridos por sua clientela através das mais variadas formas de pagamento.

Outro personagem famoso dentro dessa rede de curandeiros é Ramiro Lopez, conhecido como o “Chamán Llanero”, que atende em seu escritório chamado “Templo de Zatán”, também em Bogotá. Através da magia negra, vodu, pactos com o diabo, macumba brasileira, santeria cubana e haitiana, ele afirma que consegue atender a qualquer problema de saúde, dinheiro e amor, e que seus clientes podem ter acesso aos tratamentos por via telefônica ou chat, razão pela qual a distancia não é uma barreira para consultar os seus serviços. Pela fama conseguida, não

é difícil vê-lo sendo entrevistado em diferentes programas de televisão, especialmente para realizar previsões para o futuro.



Imagem n° 3. Apresentação do “Chamán Llanero” em seu *website*:
<http://el-chaman-llanero.blogspot.com.br>

Neste sentido, vale a pena ressaltar que um aspecto interessante da sociedade colombiana é a importância que esses curandeiros e demais especialistas adquiriram na cena nacional: além de aparecer com certa frequência nos meios de comunicação, as pessoas da vida pública colombiana, de maneira geral, procuram a assessoria deles para resolver problemas de diversas índoles. É comum, por exemplo, escutar alguém falar que certo curandeiro é o/a “bruxo/a das estrelas” (da televisão), numa referência genérica a reflexólogos, aromaterapeutas, conselheiros espirituais, etc.

Mas além do mundo dos holofotes, os curandeiros também têm relações com a classe política e, inclusive, com as lideranças do narcotráfico no país. Um caso exemplar da relação entre política e bruxaria, por exemplo, é a crônica jornalística do autor Germán Castro Caicedo, que em seu livro *La bruja: coca, política y demonio* (2000) conta a história de Amanda, uma mulher que durante as décadas de 1980 e 1990 serviu a vários presidentes da república, mas que viu nascer também grandes figuras do narcotráfico, a quem também assessorou. Esse texto é sumamente interessante, pois através da biografia de Amanda evidencia-se uma imensa rede de comunicações, de curandeiros, de circulação de produtos para a elaboração de “remédios”, assim como o exercício de poder no país.

Mas além dessas figuras estelares e contemporâneas do curandeirismo colombiano, observamos que, na cotidianidade do país, há uma diversidade de especialistas em cura que operam nas cidades e também nas áreas rurais. Eles são procurados para atender problemas de saúde, embora, é importante salientar, que quando falamos em saúde, não somente estamos pensando na dimensão física e fisiológica do corpo, mas também da alma, da mente, do bem-estar geral, ou seja, o colombiano tem uma noção ampla do que seria a saúde, como observaremos ao longo desta dissertação.

Entre os curandeiros e especialistas encontrados na Colômbia podemos falar dos *yerbateros*, *sobanderos*, quiropráticos, curandeiros com segredo, homeopatas, reflexólogos, adivinhos, xamãs, espiritistas, parapsicólogos, iridólogos, astrólogos, leitores de aura, de chakra e de energia, entre muitos outros. Suas técnicas de diagnose e tratamentos são os mais variados e podem misturar, de maneira espetacular, elementos e aspectos das mais distintas tradições históricas e geográficas.

Os grandes curandeiros conseguem entrar na memória histórica do país, de modo que é comum encontrar nas memórias de nossos pais e avós narrativas de curandeiros famosos que mobilizaram grandes massas de pessoas que, à procura de uma resposta para os seus problemas de saúde, atravessaram o país inteiro, fazendo os mais diversos esforços econômicos para conseguir chegar aos seus consultórios.



Venda de salsaparrilha na rua



Azeviche e passarinho da sorte



Iridólogo fazendo diagnóstico



Curando o mau olhado



Inga vendendo produtos no mercado



Leitura do tabaco

Imagem nº 4. Coletivo de imagens: Curandeiros na Colômbia.

Fotografia: Harold W. González.

A religiosidade também assume um papel muito importante dentro da cena de atenção à saúde na Colômbia que transcende as possíveis incorporações do imaginário católico na práxis dos diferentes especialistas que circulam por todo o país. Dentro da Igreja Católica temos, por exemplo, o “Milagroso de Buga”, a imagem de um Jesus negro em madeira que, segundo a lenda, foi encontrado por uma lavadeira em um rio de uma pequena localidade do sul colombiano, e que foi crescendo até ganhar as dimensões que possui atualmente (GUTIERREZ, 1921). Jesus, tendo aparecido ao povo através dessa imagem, teria concedido milhões de milagres à população colombiana que, para honrá-lo, construiu uma Basílica em que peregrinos de todo o país, e de países vizinhos, vêm pedir ao “milagroso” a cura de seus males ou pagar promessas. Em troca, muitos dos que recebem o milagre da cura deixam o seu testemunho físico na igreja, tais como as próteses,

a cadeira de rodas, fotografias, etc. Estas, ao interferirem na dinâmica do templo por causa do seu empilhamento, foram colocadas em exposição no “Museo do Milagroso”, em uma grande casa colonial, perto da Basílica.



Imagem nº 5. Basílica do Milagroso de Buga.
Fonte: Nancy Duque



Imagem nº 6. Imagem do “Milagroso de Buga”
Fonte: milagrosodebuga.com

Outro centro importante de atenção à saúde ligado à religiosidade na Colômbia é o Santuário de Nuestra Señora de las Lajas, localizado no Departamento de Nariño, também ao sul da Colômbia. A história oficial conta que essa virgem foi encontrada por uma indígena e sua filha que iam da cidade de Ipiales (Colômbia) a Potosí (hoje Equador), ainda na época colonial. Durante o retorno para casa, uma tempestade as teria alcançado, impossibilitando-as de continuar sua caminhada. Assim, procuraram refúgio em uma gruta. À luz dos raios que caíam, a menina — até então surda e muda — teria falado para a sua mãe: “*Mamita, La mestiza me está llamando*”, enquanto assinalava com o dedo a imagem pintada na parede da gruta (MEJIA e MEJIA, 1950). Os fatos foram vistos como algo prodigioso pelas autoridades eclesiásticas locais que, por sua vez, encomendaram a criação de um santuário, nessa mesma gruta. Venerada no país inteiro, a saúde das pessoas é continuamente encomendada à Nuestra Señora de las Lajas, sendo que, durante as peregrinações, os visitantes adquirem objetos religiosos abençoados pela presença da imagem ou pela água benta durante as missas, os quais são usados depois na prevenção e atenção à saúde.



Imagens n° 7 e 8. Santuário de las Lajas e Imagem de Nuestra Señora de las Lajas. Ipiales, Nariño, Colômbia. **Fonte:** Martin St Amant

No caso de Cauca, departamento² onde foi desenvolvida a pesquisa, o aparecimento da Virgem do Rosário a uma menina da localidade de Piendamó, na década de 1970, criou uma peregrinação em massa ao pequeno município que logo ficou saturado de pessoas, entre curiosos, jornalistas e doentes que durante anos haviam procurado uma cura através da intervenção de Dorita (a menina), a quem atribuíam poderes curativos. Apesar de a Igreja Católica nunca ter aceitado a veracidade do milagre, e das dúvidas que surgiram ao redor da aparição e dos milagres realizados, a procura pelas águas santas da Virgem de Fátima (uma nascente de água que existe no local onde, se acredita, apareceu a virgem) é uma prática constante não só dos colombianos, mas também dos países vizinhos.

² Equivalente ao Estado, no Brasil.



Imagens nº 9 e 10. Santuário de Nuestra Señora del Rosario.
Fonte: Diego Luna.

A diversidade de curandeiros no país, seus diagnósticos e formas de tratamento e a particularidade das doenças que tratam, atraem muitas pessoas, desde estrangeiros que passam pelo país, cidadãos de todas as classes sociais que se disponibilizam para experimentar os tratamentos oferecidos por eles e, é claro, antropólogos, que durante décadas têm se dedicado a pensar os diversos fenômenos que surgem a partir da presença desses atores sociais na Colômbia.

A antropologia colombiana encontra em Virginia Gutierrez de Pineda (1961, 1985) o primeiro grande esforço de sistematizar e tentar compreender a “medicina popular” colombiana. Em 1961 a Universidad Nacional de Colombia publica “La medicina Popular en Colombia:

razões de seu arraigo”, cujo texto, como o próprio nome indica, explora as causas que mantêm vigente esse “sistema” médico na sociedade colombiana.

Em primeiro lugar, a autora coloca que, durante o período de domínio e colonização hispânica, ocorreu um complexo processo de integração dos “sistemas” médicos baseado no legado dos “espanhóis”, “indígenas” e “brancos”, o qual teria possibilitado o nascimento da medicina popular na Colômbia. O estabelecimento dessa medicina teria causas sociais, econômicas e culturais, que Gutierrez de Pineda analisa sistematicamente no texto, oferecendo-nos uma classificação dos saberes que compõem essa medicina popular: a “medicina mágica” e o “curandeirismo”.

A “medicina mágica” estaria ligada ao tratamento de doenças causadas pela vontade adversa de uma pessoa, objeto ou lugar. Já o curandeirismo à medicina popular tradicional, isto é, aos conhecimentos gerais sobre saúde da população colombiana, que são transmitidos de geração em geração. A princípio, os conhecimentos que dão lugar ao curandeirismo seriam de domínio público, em sua sabedoria e exercício, estando ligados ao universo feminino, muito embora a especialização desse conhecimento abra passo ao nascimento de curandeiros especializados.

O curandeirismo, então, para a autora, é a individualização e a especialização da medicina caseira tradicional. O curandeiro passa a ser visto como um criador de novos métodos de exame, diagnósticos e curas que o distinguem dos demais, lhe dão personalidade própria, diferente e atraente para a “mentalidade popular” (1961, p. 55). Interessante notar que Gutierrez reconhece no curandeirismo uma grande capacidade de adaptação e articulação de elementos e técnicas de diferentes “sistemas médicos”, visualizando, de antemão, a tradição como algo dinâmico e em contínua renovação.

Por essa razão, seu trabalho insere no contexto da antropologia médica nacional o conceito de “sistemas médicos”, o qual ganhou força, sendo comumente usado nos trabalhos que abordam essa relação. Cabe observar também que o trabalho da antropóloga traz à tona a inquietação pelas diversas temporalidades que coexistem na sociedade colombiana, por ela apresentadas como: o tradicional, ligado ao passado (ainda que em constante renovação) e o moderno (ao qual pertenceria o sistema médico facultativo, que se coloca sempre em oposição ao “tradicional”), os quais se encontram e se conjugam.

Pensando nessas múltiplas temporalidades, Pinzón e Garay (1997) analisam como o “popular” não só na Colômbia, mas também dos demais países, é excluído do “moderno”, sendo antes folclorizado com a finalidade de exacerbar um nacionalismo que fizera parte do exercício político entre as décadas de 1960 e 1980, na América Latina. Essa visão nacionalizada do popular sugere uma idéia de passado nostálgico, porém, estático.

Ao mesmo tempo em que o popular é reapropriado pelo exercício político de maneira patrimonial, os autores argumentam que o “popular” desde o “popular” transforma-se em demanda, insurreição, força política e luta pela apropriação e pelo capital simbólico. Nessas situações, como nos chama a atenção Langdon, a “posição dos curandeiros indígenas é uma inversão do *status* normal que os índios tradicionalmente tiveram na sociedade colombiana. O índio frequentemente sofreu com o baixo *status*, o preconceito e a falta de poder. No entanto, dentro do sistema médico popular conhecido como curandeirismo, os curandeiros indígenas e suas técnicas representam uma importante fonte de poder” (2012, p. 63).

Pinzón e Ramirez (1993) reconhecem que existe na Colômbia um *sistema* médico popular que mistura elementos indígenas com cultos afro-caribenhos e noções de bruxaria europeias e norte-americanas, mas salienta que o xamã Sibundoy (que pertence ao grupo étnico Inga ou Kamsá) exerce um papel central na hierarquia da cultura popular no país (1993, p. 189), e que isso estaria ligado ao fato de que eles, em sua prática, conseguem incluir princípios ordenadores do social, do sobrenatural e do físico (PINZÓN, SUÁREZ e GARAY 1993). É tão importante o papel dos Sibundoy nesse sistema médico popular, que o curandeirismo é definido por ele como a expressão da mestiçagem etno-histórica amazônica e andina, vivido pelas etnias Ingá e Kamsá (1993, p. 243)

É inegável que o curandeirismo ligado às cosmovisões desses grupos indígenas seja bastante reconhecido entre os demais grupos indígenas, negros, mestiços e brancos na Colômbia, uma vez que possuem uma forte presença em nível urbano, nacional e, incluso, internacional. E é graças a esse reconhecimento que se consolidou “um sistema de intercâmbio envolvendo a troca de conhecimento xamânico (que) existiu por séculos na Colômbia meridional” (LANGDON, 2012, p. 68). Essa “rede de curandeiros” permite aos Sibundoy construir pontes de significação com as populações negras, mestiças, urbanas e rurais (1993, p. 186). Através dela, e mediante a consolidação da figura do

xamã Sibundoy na cultura popular colombiana, são muitos os que se aproximam deles, na qualidade de aprendizes, o que acaba impactando, positivamente, na construção da sua identidade e poder como curandeiros.

A centralidade do xamã Sibundoy tem inspirado vários trabalhos dedicados ao acompanhamento desses curandeiros em diferentes âmbitos. Vejamos, por exemplo, o trabalho de Urrea (1989), que investiga o curandeirismo indígena no sul ocidente colombiano, analisando sua efetiva intermediação nos diferentes espaços onde se estabelece para apropriar-se de elementos e discursos forâneos.

Apesar da centralidade do xamanismo Sibundoy no curandeirismo colombiano, gostaria de voltar ao fato de que este é diverso, não se restringindo apenas a esse tipo de conhecimento acerca da saúde. Conforme colocado ao início deste capítulo, a diversidade de curandeiros que existe na Colômbia traz à tona diferentes conhecimentos e saberes, os quais apresentam também essa capacidade de apropriação e exteriorização que podemos observar claramente no curandeirismo indígena, como chamado por Pinzón e Ramírez (1993) e Urrea (1989).

Essa diversidade de curandeiros foi descrita por Press (1969, 1971) durante o seu trabalho de campo em Bogotá, quando ele percebeu a existência de curandeiros que atendiam, praticamente, qualquer paciente e qualquer necessidade. Além de caracterizá-los, Press nos chama a atenção sobre o fato de que tentar categorizá-los pode obscurecer a sua surpreendente heterogeneidade, já que esta deve ser vista com cuidado para se tornar realmente útil na análise do chamado curandeirismo. Cumpre notar que a observação de Press (1961) é muito importante para o desenvolvimento desta pesquisa, pois, uma vez observada a variedade de especialistas encontrados na localidade de Timbío, é difícil dar conta da variedade e riqueza de suas práticas quando os colocamos em categorias.

Press esclarece também um aspecto muito importante, isto é, que a nomenclatura usada pelos pacientes não necessariamente reflete a autoidentificação do curandeiro, pois a variedade de elementos usados por ele pode fazer com que os pacientes o categorizem segundo uma ou outra linha de ação. Aliás, gostaria de salientar que na localidade onde trabalhei, o conceito de “curandeiro” era raramente usado, de modo que as pessoas nomeavam esses especialistas conforme diferentes categorias que faziam alegoria às suas práticas, pois, enquanto pacientes, avaliavam suas especialidades. *Yerbateros, sobanderos, bruxos e*

médicos, eis o modo como serão apresentados neste texto. Essa decisão foi tomada sobretudo porque o foco central da pesquisa recai nas pessoas que fazem uso dos diferentes modelos de atenção e não nos especialistas em saúde que intervêm no processo de s/d/a.

Outra contribuição importante para esta pesquisa é a afirmação de Press (1961) de que a heterogeneidade dos curandeiros sugere também a existência de uma população igualmente heterogênea em suas necessidades. Isto é, ele nos chama a atenção ao fato de que, por mais abrangente que possa ser o sistema de saúde oficial (geralmente biomédico), este não consegue dar conta de solucionar todos os problemas de saúde da população que busca atender. A grande procura por curandeiros na Colômbia é um sintoma das múltiplas necessidades em saúde por parte da população e que não pode ser resolvida única ou exclusivamente pela medicina oficial.

Ao levar em consideração esses trabalhos, e também para pensar no desenvolvimento teórico desta dissertação, parto da ideia de que existe, sim, uma pluralidade surpreendente de curandeiros na Colômbia, e que a representação dos indígenas Kamsá e Inga no curandeirismo no país é fundamental. No entanto, é evidente que a presença de especialistas em cura na Colômbia aponta também para a noção de curandeirismo (ligado ao mundo indígena) que alguns dos autores elencados nos apresentam, entre eles, Urrea (1989) e Pinzón, que vai além, ao expor conhecimentos advindos das mais diversas tradições médicas, separadas pela história e geografia do território colombiano.

Era preciso também, para a realização deste trabalho, criar algumas distâncias no que se refere à forma como o “popular”, o “tradicional” e a presença dos curandeiros vinha sendo pensada nos trabalhos apresentados.

Em primeiro lugar, saliento que, apesar de reiterarem continuamente a dinamicidade dos *sistemas médicos* populares ou tradicionais, os autores acima apresentados acabam caracterizando esses sistemas segundo uma lógica em que o “tradicional” é visto de tal maneira, que o sistema relacional no qual este se desenvolve acaba sendo ignorado.

Gostaria também de expor a minha intenção de não adotar o conceito de “sistema médico”³ (seja popular, tradicional, facultativo,

³ Lembremos que o conceito de sistema, conforme Bertalanffy (1986), seria um conjunto de elementos inter-relacionados, enquanto que seus componentes teriam uma ordem e uma função específica que lhe permitiria funcionar quase

etc.) nesta pesquisa. Isso se deve ao fato de que, desde o meu ponto de vista, o uso desse conceito amplamente utilizado na antropologia médica colombiana, herança direta da antropologia americana e de Arthur Kleinman (1973), apaga os esforços dos autores colombianos ao querer demonstrar a dinâmica contínua e inerente aos diversos saberes sobre a saúde que coexistem na Colômbia, assim como os processos de articulação que estes apresentam.

O uso do termo “medicina tradicional e popular” na América Latina, como chama a atenção Menéndez (1994), permite observar uma série de tendências que dificultam a interpretação daquilo que constitui dita medicina: 1) a definição de tradicional como referência aos grupos considerados *a priori* tradicionais, como os indígenas, negros, camponeses, etc., dando lugar a uma visão comparativa em que alguns grupos seriam *mais tradicionais* do que outros; 2) ao se entrar na dicotomia entre o moderno e o tradicional, tende-se a pensar que este necessariamente entra em disputa, que é antagônico e que se encontra em contínua oposição àquele; e 3) a medicina tradicional é vista como não modificável, pouco modificável ou não modificável no substantivo, o que nos leva a cair em uma espécie de essencialismo em que o “indígena” ou o “afro” são trazidos à tona e observados dessa maneira, propondo a reprodução social de si mesmo ou seu desaparecimento por incompatibilidade com os processos dominantes (MENÉNDEZ, 1994, p. 74).

Na Colômbia também não conseguimos fugir dessas tendências e percebemos que o interesse no curandeirismo e as reflexões acerca dele por parte dos autores colombianos estão permeados por uma ou mais características apresentadas por Menéndez. Essa caracterização do “tradicional” tem a desvantagem de centrar a interpretação em uma das

de maneira harmônica, dotando-lhe de unidade. Assim colocado, o conceito de sistema nos permitiria analisar a estrutura e a função, a ordem e as suas partes. Como assinalado por Barajas (2010), esse conceito aplicado aos processos de saúde-doença é o que tem sido chamado de “sistema médico”, o qual compreenderia um conjunto de habilidades, conceitos e ações, para atender saúde e doença por parte de um grupo humano, especificamente. O conceito de “sistema médico” mais importante dentro da antropologia dedicada à relação saúde-doença talvez seja o de Arthur Kleinman (1973), que se inclina a um sistema médico conformado por um sistema de “cultura” local integrado por três setores: o “profissional”, o “popular” e o “folclórico”, e é precisamente esse conceito que tem permeado fortemente a antropologia médica na Colômbia.

partes contribuindo com a a-historização e a a-relacionalidade que o tradicional pressupõe.

Neste sentido, e para superar essas dificuldades, parto do pressuposto de Menéndez (1994) de que é mediante a descrição e a análise das práticas e representações, as quais possuem lugar na realidade do enfermo, que é possível observar o lugar que o “científico” e o “tradicional” ocupam no processo de s/d/a, e que convém remeter às práticas e representações “populares” e “científicas” ao campo social no qual se constituem e entram em relação os diferentes saberes (1994, p. 76). Igualmente, sigo o princípio de que a transformação e a mudança são essenciais para a tradição ou o “tradicional” (MENÉNDEZ, 1994), e de que sistemas médicos tradicionais são constantemente criados e recriados (LANGDON, 2012)

Visando observar de maneira mais clara essas dinâmicas e processos de articulação, pretendo adotar uma série de linhas teóricas para abordar minha pesquisa, baseadas, fundamentalmente, no trabalho de Eduardo Menéndez, conforme poderemos observar no próximo item deste capítulo.

Já no referente ao curandeirismo e ao curandeiro, gostaria de salientar que a minha proposta de pesquisa pretende colocar o foco nas práticas de atenção à saúde e nas pessoas que fazem uso dos diversos modelos que existem na região de Timbío. Faço essa escolha, levando em consideração o fato de que, como nos lembra Menéndez (1994), é o saber do grupo que articula as representações e práticas que esses sujeitos e grupos manejam.

1.2.1 O porquê das práticas de autoatenção

Assim como comentei ao início do texto, quis traçar o caminho inverso daquele realizado por experiências de campo anteriores, e acabei encontrando, no conceito de autoatenção, e mais especificamente, nas práticas de autoatenção, um caminho interessante para pensar a relação antropologia – saúde – doença no contexto colombiano.

As práticas de autoatenção, como definidas por Menéndez (2003), e entendidas por esta pesquisa, são:

representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud [...] sin la intervención

central, directa e intencional de curadores profesionales, aún cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de auto-atención; de tal manera que la auto atención implica decidir la auto prescripción y el uso de un tratamiento de forma autónoma o relativamente autónoma (2003, p. 198).

O fragmento observa que as práticas de autoatensão encontram-se ligadas às condições religiosas, étnicas, políticas e econômicas do seu contexto, e que é a partir das relações que existem entre esses aspectos que é possível analisar o processo saúde/doença/atensão. A autoatensão também leva em consideração a existência de um pluralismo médico nas diferentes sociedades da América do Sul, o qual, na maioria das vezes, não é contemplado na elaboração de políticas públicas de atenção à saúde⁴ — tal como acontece na Colômbia —, invisibilizando, assim, os “outros” saberes, sua presença e importância na conformação do tecido social. Situação que é paradoxal, na medida em que as constituições que regem esses estados, em geral, reconhecem a própria diversidade étnica e cultural, transformando-a, inclusive, em capital cultural ou patrimonial em concordância com certos discursos e posturas políticas.

O “pluralismo médico”, que menciono acima, é um termo que, como colocado por Menéndez (2003, p. 186), faz referência ao fato de que, nessas sociedades, as pessoas utilizam vários modelos de atenção, não só para atender diferentes problemas, mas para atender um mesmo problema de saúde. Essas formas de atenção, que podem ser reconhecidas como “populares” ou “tradicionais”, além das “biomédicas”, são cada vez menos exclusivas de determinados grupos ou conjuntos sociais, a ponto de circularem de maneira fluída entre eles, dando passo a processos de ressignificação, relação e articulação, tal e como será observado ao longo desta dissertação.

A perspectiva relacional do conceito e a sua abertura para refletir acerca das categorias “popular” e “biomédica” não como patrimônios exclusivos de um ou outro grupo, mas sim, como conhecimentos fluídos que circulam em diferentes segmentos sociais, me pareceram bastante interessantes para superar o meu desconforto com o uso de conceitos mais clássicos, como o de sistema ou modelo, os quais, como expus antes, me deixam uma sensação de “fixação” e “limitação” frente às

⁴ Uma exceção a essa situação é a Política Nacional de atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros.

dinâmicas próprias do processo de s/d/a.

O conceito de autoatenção têm dois níveis: um amplo e outro restrito. O primeiro faz referência àquelas atividades destinadas a manter a reprodução biossocial dos indivíduos e dos grupos sociais; sentido que poderia ser julgado como muito amplo, se usado de forma indiscriminada. Embora, ao definir a existência de um sentido restrito, isto é, as representações e práticas aplicadas intencionalmente ao processo de saúde/doença/atenção, podemos contornar o recorte metodológico de nosso interesse com mais precisão. Nesta pesquisa, por exemplo, e em concordância com o objetivo traçado, são enfatizadas as práticas de autoatenção no sentido restrito⁵, o que não impede que, na prática, a autoatenção, em sentido amplo, seja citada nesta dissertação. Essa possibilidade de circular entre os diferentes espaços é o que, a meu ver, torna realmente produtiva essa forma de abordar os processos de s/d/a.

A autoatenção, tal como proposta pelo autor, gera articulações em dois níveis: o primeiro, através dos operadores dessas formas (ou seja, dos especialistas em saúde), e o segundo, através dos sujeitos e grupos sociais que articulam duas ou mais formas de atenção, explicitadas nas “carreiras do doente”⁶; esse último nível constitui-se como o mais frequente, dinâmico e comum (MENÉNDEZ,2003).

Atendendo às inquietações que deram lugar a esta pesquisa, na presente dissertação o foco foi colocado nos conjuntos sociais, os quais, por sua vez, se configuram como o centro da atenção às doenças e padecimentos. Isto é, durante a pesquisa se observou aquilo que os sujeitos e os grupos de pessoas em Timbó *fazem e usam* (dizem, pensam, refletem) a fim de solucionar os seus problemas de saúde, mas não unicamente isso: aparecerão no texto idas e voltas que indicam o nível de articulação em que os especialistas são os protagonistas, complementando, assim, as redes de relações existentes em processos específicos de s/d/a.Serão apresentados também diversos vieses da construção das noções de saúde, bem-estar, conhecimento, etc.

⁵ Embora, em um sentido amplo, isso não implique uma exclusão das práticas de autoatenção, pois, assim como Menéndez, nos chama a atenção, as fronteiras entre umas e outras são porosas, isso nos permite criar também um recorte metodológico para nortear a pesquisa.

⁶ Esse conceito utilizado por Menéndez (2003) que, do meu ponto de vista, faz referência ao conceito de itinerário terapêutico, não será utilizado. Nos casos em que seja preciso, far-se-á uso do conceito de “itinerário terapêutico”.

Não entanto, devo ressaltar outro aspecto: ao me centrar nas práticas de autoatenção, não pretendo realizar uma lista ou um inventário de recursos, rituais e procedimentos usados em prol do restabelecimento da saúde ou bem-estar. É claro que estes podem e devem aparecer, mas como parte do registro etnográfico e do processo de saúde/doença/atenção (s/d/a) de maneira mais abrangente, na medida em que o seu uso evidencia o contexto de “intermedicalidade” (FOLLER,2004) em que esses procedimentos se inserem, incluindo aqui as relações de poder estabelecidas entre eles, e uma visão mais ampla do processo de s/d/a. Isso é importante pelo fato de que nesta pesquisa, e tal como afirma Langdon (2003), consideramos que a doença se constitui tanto como processo quanto como experiência⁷.

É preciso ressaltar também que para o desenvolvimento desta pesquisa sigo o conceito de autonomia de Menéndez (2003), isto é, a capacidade do sujeito de tomar decisões para a atenção de sua saúde, sendo que a autoatenção é, geralmente, a primeira atividade que os sujeitos e os microgrupos realizam ao se deparar com algum padecimento⁸. E também que esta não inclui, necessariamente, a presença ou o diagnóstico/tratamento de um especialista em saúde (independentemente do conhecimento que possua), e que é a partir do que ocorre no desenvolvimento da doença que se toma ou não a decisão de se consultar um especialista⁹:

La decisión de consultar curadores profesionales se hace desde determinados saberes y determinadas experiencias que van a incidir en el tratamiento y relación curador/paciente. El sujeto

⁷ A autora reconhece três momentos que nos ajudam a pensar a doença como um processo: o reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença, o diagnóstico e a escolha do(s) tratamento(s) e a avaliação destes. Quanto à doença como experiência, esta é entendida por Langdon (2003) – e no transcurso desta dissertação – como um processo subjetivo construído a partir dos contextos socioculturais nos quais o sujeito encontra-se submerso.

⁸ Os padeceres, tal e como classificados pelo autor, compreendem uma extensa variedade de situações, como a presença de dores e mal-estares leves e transitórios, até estados emocionais de tristeza, ansiedade, etc. É importante observar que a “doença” nas comunidades tende, geralmente, a trasbordar aquilo que a biomedicina considera como tal. Como veremos ao longo deste trabalho, este é também o caso do município de Timbó.

⁹ Atividade que também faz parte do processo de autoatenção.

y grupo pueden consultar uno o más curadores y servicios, pero siempre a partir del núcleo de auto-atención. De allí que la auto-atención no debe ser pensada como un acto que los sujetos y grupos desarrollan aisladamente, sino como un proceso transaccional entre estos y las diferentes formas de atención que operan como referentes.

O conceito de autonomia é notadamente importante para a pesquisa, devido ao fato de que, ao tirar a centralidade dos especialistas, podemos nos centrar nos conhecimentos sobre a saúde e o corpo dos sujeitos envolvidos no processo de s/d/a, dotando-lhes de autonomia e restituindo sua legitimidade, as quais são geralmente subtraídas do “paciente” tratado pela biomedicina, isto é, o saber médico hegemônico legitimado pelo estado através da implementação de seu sistema de atenção à saúde. Esse processo de escolha e trânsito entre diversos saberes é o que aqui será considerado como itinerário terapêutico¹⁰, entendido no sentido proposto por Langdon:

A doença é diagnosticada segundo a experiência da família, sendo baseada em uma avaliação dos sintomas, após a qual a terapia indicada pelo diagnóstico é aplicada. A eficácia do tratamento é julgada segundo o efeito sobre seus sintomas. Se eles persistem, tornam-se piores, ou se outros surgem, novos encaminhamentos são efetuados. Caso se julgue necessário, inicia-se o processo de registro de causa, ou seja, a tentativa de relacionar a doença a um sentido maior, ao seu ambiente físico, social e cosmológico, levando a questionamentos como “por que eu?” ou “por que agora?” (p. 130).

A “relacionalidade” do conceito de autoatenção colocado por Menéndez e seu interesse em superar a “a-relacionalidade” que domina os estudos sobre antropologia e saúde¹¹ (MENÉNDEZ, 1994; 2003), em que um saber ou outro acaba sendo isolado, seja pelo recorte metodológico ou pelos conceitos utilizados para a análise dessas

¹⁰ Chamado por Menéndez como “carreiras do doente”.

¹¹ E que ficaram explícitos ao mostrar um panorama geral dos trabalhos sobre antropologia, saúde e doença na Colômbia, por exemplo.

pesquisas, tornou-se, então, uma alternativa atraente para o desenvolvimento desta dissertação, e é a partir dele que a presente análise será desenvolvida.

Finalmente, mas não por isso menos importante, ressalto o papel do conceito de intermedicalidade, um conceito chave nesta pesquisa. O município de Timbío é por mim reconhecido como um contexto de intermedicalidade, isto é, um contexto onde coexistem diferentes tradições médicas, entre as quais ocorre um relacionamento contínuo, e no qual emergem novas técnicas, apropriações, ressignificações e conflitos. Esse conceito, proposto por Shane Greene (1998) e desenvolvido por Foller (2004), é interessante para esta dissertação, na medida em que dá força às dinâmicas dos saberes “tradicionais”¹² encontrados em Timbío, e das quais nos aproximamos através das práticas de autoatenção desenvolvidas pelos sujeitos e conjuntos sociais da localidade.

Esse conceito é complementado pela definição de “zona de contato”, de Mary Louis Pratt (1992), isto é, “o espaço de encontros coloniais, o espaço no qual povos antes separados pela geografia e história entram em contato e estabelecem relações contínuas sendo que estas geralmente envolvem condições de coação, desigualdade radical e conflito intratável” (PRATT, 1992, p. 06). Ou seja, além de ser observado como um contexto de intermedicalidade, o município de Timbío é considerado uma zona de contato, pois apenas se considerarmos assim é que poderemos trazer à tona as particularidades históricas e socioculturais dessa cidade, as quais podem impactar na escolha dos pacientes para o atendimento de seus padecimentos.

Essas particularidades nos levam a considerar também a necessidade de se incluir na pesquisa o conceito de “fatores estruturais”, isto é, as situações históricas que levam à desintegração das estruturas socioeconômicas e ao estabelecimento de níveis significativos de desigualdade econômica, sexismo ou racismo (FARMER, 1999). O conceito de Farmer é importante se considerarmos que o município de Timbío, além de ser considerado como um contexto intermédico e uma zona de contato, precisa ser visto à luz da violência estrutural que ele enfrenta desde a sua fundação. Por violência estrutural, e segundo o

¹² Apesar de ela trabalhar com saberes tradicionais indígenas, a partir dos trabalhos sobre curandeirismo na Colômbia antes apresentados, podemos observar que estes também apresentam essa dinâmica e que se encaixam muito bem no conceito de Green.

referido autor, entendo o processo historicamente contextualizado e economicamente enquadrado através do qual a ação humana pode ser constringida (FARMER, 1999; 2004).

Se considerarmos que a Colômbia é um país que vivencia os mais diferentes tipos de violência desde a sua configuração como estado nacional (e, inclusive, antes disto), e que a violência está presente no cotidiano do país e profundamente arraigada na sua população, é necessário, sim, considerar essa violência estrutural, os fatores que desencadeia e como estes impactam tanto na saúde dos colombianos e dos timbianos quanto nos processos de autoatensão que estes desenvolvem para resolvê-los.

1.3 O trabalho de campo

O trabalho de campo foi desenvolvido entre os meses de janeiro e abril de 2013 na cabeceira municipal de Timbío, localizado no sul ocidente colombiano e no interior do Departamento de Cauca (ver Mapa nº 1). A escolha da localidade, conforme já mencionado, se deu graças a uma experiência de campo anterior, quando percebi que esse município possuía uma grande diversidade de saberes e práticas acerca da saúde que se faziam evidentes nos dias de mercado, quando vários especialistas ofereciam seus serviços aos transeuntes. E também porque, nessa experiência de campo, tive a possibilidade de conhecer outros especialistas— desta vez, fora da dinâmica do mercado—,o que me levou a observar como as pessoas circulam, apropriam e significam esses saberes.

Enquanto cursava a minha graduação no Programa de Antropologia da Universidad del Cauca, tive também a oportunidade de compartilhar o espaço acadêmico com alguns estudantes de Timbío, e depois, ao final desse período, com outros dois colegas que haviam desenvolvido ali seus trabalhos de conclusão de curso, algo que se tornou um referente constante dentro de nossas discussões nas disciplinas relacionadas com os projetos de pesquisa e nos espaços corriqueiros em que o TCC era um tema constante¹³. A proximidade com esses colegas, suas experiências e, inclusive, o relacionamento com

¹³ Um desses trabalhos centrou-se no estudo da arqueologia histórica enquanto o outro no cotidiano e reapropriação do território por parte de um grupo indígena caucano, relocado em uma vereda do município de Timbío, os quais haviam sido expulsos de seu território tradicional por causa da incursão violenta de grupos paramilitares no local.

algumas de suas famílias, além da experiência de campo, tornaram-se fatos relevantes para que eu decidisse realizar minha pesquisa em Timbío.

A proposta original de meu projeto de investigação, como em raros casos acontece, acabou seguindo as expectativas geradas no texto escrito. Os objetivos se mantiveram, mas não sem antes passar pelo quase regulamentar momento de desencanto com a pesquisa: durante a qualificação do projeto de dissertação, fui encorajado pela banca a fazer do mercado público de Timbío o local central da pesquisa, tentando estabelecer, ali mesmo, relações com os “pacientes” que se aproximavam dos especialistas que operavam na região. Quando surgisse a possibilidade, eu deveria, então, deslocar esse relacionamento a outros espaços da cidade e, na medida do possível, fazer o seguimento dos itinerários terapêuticos por eles desenvolvido e a descrição das práticas que faziam parte dos meus objetivos iniciais.

A proposta de usar o mercado como base central para os deslocamentos me pareceu muito interessante, não só pela possível praticidade que essa estratégia metodológica poderia representar, mas também porque, a partir de minha experiência anterior, o mercado havia sido por mim idealizado como um espaço generoso em acontecimentos, experiências, diversidade de pessoas e mercadorias, assim como de cores e cheiros provindos dos alimentos e da gastronomia local, o que gerava em mim a sensação de que fazer campo seria uma contínua prática de autoatenção, no sentido amplo.

O primeiro desafio a ser vencido foi o de encontrar um lugar para me hospedar na cidade. Apesar de o mercado de Timbío acontecer somente aos finais de semana, levei adiante a sugestão de minha orientadora de me estabelecer no local, de maneira permanente, para poder observar a dinâmica cotidiana da cidade, e poder me aprofundar nos possíveis relacionamentos estabelecidos com as pessoas nos dias de mercado. E já que esse é um município com pouca procura no setor imobiliário, foi difícil encontrar um quarto para me estabelecer. Minha agenda de contatos, um pouco desatualizada, e o fato de conhecer apenas famílias extensas, que ocupavam espaços menores do que o número de cômodos podia suportar, dificultaram a possibilidade de me hospedar na casa delas.

Depois de alugar um quarto em uma casa “longe” da praça central do povo e da rua do mercado público, na qual morava um casal e seus dois pequenos filhos de 9 e 2 anos respectivamente, iniciei “oficialmente” minha temporada de campo em Timbío. Como o

processo começou formalmente em dia de semana, quando o movimento no lugar é mínimo, me desloquei a diversas instituições estatais — locais para procurar informação geral sobre a população, planos de desenvolvimento territorial, gestão governamental, estatísticas sobre atendimento e sistema de saúde, etc., o que me manteve relativamente ocupado por alguns dias.

Dentro dos trâmites legais para a realização do trabalho de campo, a administradora do mercado me solicitou entregar um documento no qual eu esclarecesse os motivos de minha permanência no local para formalizar minha situação. Igualmente se solicitou cautela com a informação que fosse coletada, pois já haviam ocorrido problemas envolvendo terceiros, sendo que alguns desses conflitos teriam acabado em instâncias judiciais.

No momento da entrevista com a administradora, logo percebi que o movimento no interior do mercado, sobretudo nos dias úteis da semana, estava sendo bastante reduzido, e era possível observar que estava ocorrendo uma reforma no local. Apesar disso, esperei a chegada do final de semana com a certeza de que o panorama seria diferente daquele com o qual havia me deparado naqueles dias. Efetivamente, com a chegada do sábado, o panorama mudou. A rua em frente à estrutura do mercado, como todo final de semana, encontrava-se bastante movimentada e cheia de barracas contendo todo tipo de produtos e alimentos dos mais diversos tipos e cores, e o conjunto de sombrinhas coloridas que resguardavam as barraquinhas evocaram as reminiscências que eu mesmo guardava do mercado. Comparado com experiências anteriores, percebi que o ambiente estava tranquilo para o que costumava ser. Apesar de o mercado não estar esvaziado, lembrava-me dele muito mais lotado e barulhento. Meu desapontamento inicial foi alcançando grandes proporções, na medida em que percebi que os especialistas, que seriam o ponto de referência do meu trabalho, não apareciam em lugar algum. “Quem sabe amanhã tenha mais sorte”, pensei.

O domingo chegou, e com ele, um par de barraquinhas tímidas se assomou à rua do mercado oferecendo produtos e mercadorias destinadas ao cuidado da saúde. Essa “escassez” e, às vezes, a “ausência” que eu sentia dos especialistas (especialmente quando acudiam à memória), acabaram marcando o meu trabalho de campo. Assim, prontamente me vi impelido a me deslocar para outros lugares à procura de meus objetivos de pesquisa e ao meu velho projeto, agora um pouco mais deslavado e menos simpático, se considerar toda aquela

expectativa que havia alimentado pós-qualificação, em que cores, cheiros, barulhos e pessoas se atropelavam sem fim.

Abdicar do mercado como “base” da pesquisa também implicou certa desorientação sobre onde, com quem e quando eu poderia conversar para levar adiante meus objetivos, ansiedade que se agravou com o passar dos dias ao observar que realmente a dinâmica cotidiana de Timbío encontrava-se marcada pela pouca circulação de pessoas, pelo silêncio e pela falta de atividades e espaços dedicados ao lazer da população. Como o espaço público não parecia brindar as possibilidades de relacionamento que eu esperava, comecei a circular em espaços mais “fechados”: o grupo de amigos da biblioteca da cidade, o asilo de anciãos, uma ou outra sala de internet, etc., na pretensão de poder me envolver no cotidiano de Timbío.

Prontamente me deparei com outra dificuldade que acabou sendo mais complicada de superar: as pessoas não conversavam, ou, pelo menos, não comigo. Eu era continuamente evadido, dispensado (cortesmente ou não, dependendo do caso), de modo que me relacionar com as pessoas acabou se tornando um desafio maior do que eu imaginava. O fato de eu não pertencer à localidade, não ter uma função ou profissão apreensível ou observável no cotidiano, fizeram de mim um cara “estranho” que pretendia fazer amizade do nada com as pessoas do povo, que ficava “fuçando” nos mais variados assuntos sem nenhuma razão aparente, o que não deveria ser nada bom. Falar em mestrado, pesquisa, dissertação, etc., também não foi uma estratégia muito inteligente, pois ela criava uma sensação de vigilância e desconforto ou de estranhamento tanto com as pessoas nas ruas quanto nas instituições visitadas. Sobre essa dificuldade que, sem dúvida, relaciona-se ao contexto político e à violência à qual o município de Timbío tem sido submetido ao longo das décadas a partir de diferentes atores sociais, aprofundarei no Capítulo I.

Durante o período de campo também tive a possibilidade de presenciar um atentado contra a sede da polícia do município, na qual houve feridos graves e vários danos materiais (como será descrito no Capítulo I), o que também não contribuiu para ter “assunto” de conversa com os moradores da região, tal qual eu esperava. Finalmente fui obrigado a me ausentar da cidade durante quase 12 dias devido à greve dos cafeiteiros ocorrida no mês de fevereiro.

Por causa dos rumores da paralisação agrária no país, me desloquei à cidade de Popayán para pegar dinheiro e mantimentos para minha estadia em Timbío, mas durante a volta para o campo, me vi

surpreendido pelo bloqueio da Rodovia Panamericana (principal via que comunica o sul do país), o qual, estima-se, reuniu cerca de 2.500 manifestantes que exigiam garantias do governo para poder continuar exercendo sua atividade, que se encontrava afetada por diferentes crises econômicas vividas pelo país, assim como a desvalorização do peso (moeda nacional) nos mercados internacionais. Como não me foi possível voltar a Timbío em razão dos contínuos e violentos enfrentamentos entre os manifestantes e os membros da força pública, precisei voltar a Popayán, conseguindo retornar somente após a celebração do acordo entre as duas partes. As manifestações geraram um desabastecimento geral das cidades ao sul do país, além de pressionar o governo para negociar a pauta de reivindicações do movimento.

Felizmente, e apesar das resistências permanentes e dos episódios peculiares acontecidos durante o período de campo, com o passar das semanas algumas relações foram se fortalecendo com alguns comerciantes da localidade, vizinhos e especialistas que frequentavam o mercado, assim como com o círculo social mais próximo da família que me hospedava, o que finalmente me permitiu acompanhar alguns itinerários terapêuticos e escutar várias narrativas sobre episódios de doença entre os moradores de Timbío, além de suas avaliações sobre o sistema de saúde oferecido pelo estado e vários dos especialistas por eles consultados ao longo de suas vidas. Algumas dessas conversações foram gravadas, outras não. Isso variou segundo a vontade dos diversos interlocutores. A observação contínua do município tanto nos dias úteis quanto nos dias de mercado serviu também como substrato para o desenvolvimento da análise que envolvia esta pesquisa, assim como os documentos institucionais coletados durante minha estada no local.

Vale a pena salientar que, para efeitos da escrita da dissertação, os diálogos com os meus interlocutores foram por mim “traduzidos” para o português. Como resultado dessa “tradução” podem aparecer formas de expressão que, corriqueiramente, não seriam próprias do português falado no Brasil (ou inclusive do português em geral), mas que intencionam levar o leitor aos depoimentos dos meus interlocutores da maneira mais fiel possível.

1.4 Estrutura da dissertação

A dissertação encontra-se dividida em três capítulos. No primeiro, intitulado “Os contextos da pesquisa”, tal e como o seu nome indica, são apresentados os contextos em que a pesquisa se enquadra: mediante a apresentação do município, de sua história e dinâmicas

particulares, pretendo familiarizar o leitor com a cotidianidade e com aspectos relevantes da vida em Timbío, importantes para pensar nas diferentes práticas de autoatenção desenvolvidas no território, assim como os lugares de articulação e desencontro que estas tecem e que estão interconectadas com as políticas locais de saúde pública, além de outros aspectos.

Através da descrição da política nacional de saúde na Colômbia, a apresentação dos elementos que a compõem e a forma como esta opera aproximam o leitor do conhecimento do sistema, de suas limitações e principais pressupostos, os quais, ao longo da dissertação, são reapropriados nas vozes dos interlocutores com os quais tive a oportunidade de conversar em campo.

Já o Capítulo II tem como ponto de partida a narrativa de três itinerários terapêuticos e trechos de narrativas de episódios de saúde e adoecimento de moradores de Timbío através dos quais poderemos observar uma série de práticas de autoatenção, usadas pela população local. Através delas somos apresentados a uma rede dinâmica de saberes, conhecimentos e especialistas em saúde que atuam na região, e que deixam transparecer a existência de conflitos e articulações entre as práticas. Levam-nos a refletir também sobre como, para as pessoas, as “doenças” ou a “saúde” ultrapassam os conceitos propostos pela práxis biomédica, trazendo à tona fatores estruturais do contexto colombiano que, evidentemente, não são levados em consideração pelo atual sistema de saúde colombiano.

A última parte da dissertação retoma os panoramas de conflito entre as diversas tradições médicas na região, especialmente os conflitos que advêm da intervenção dos especialistas, e mais especificamente, dos profissionais da biomedicina nos processos de adoecimento e cura dos interlocutores. Em seguida, discutimos e observamos como esses especialistas dão conta dos fatores estruturais que influenciam na saúde dessa população, para então refletir sobre a necessidade e a importância de se repensar o sistema de saúde na Colômbia a fim de que se adéque às realidades de sua população e, especialmente, pensar na necessidade e na importância da coexistência de diferentes modelos de atenção à saúde na localidade.

2. CAPÍTULO I: OS CONTEXTOS DA PESQUISA

Pelo fato de a pesquisa ter sido realizada fora do Brasil, se faz necessário familiarizar o leitor com os diversos contextos utilizados nela. Por abordar o tema da saúde e sua interação com o sistema de saúde na Colômbia, convém descrever como esse sistema opera e as políticas que o regem.

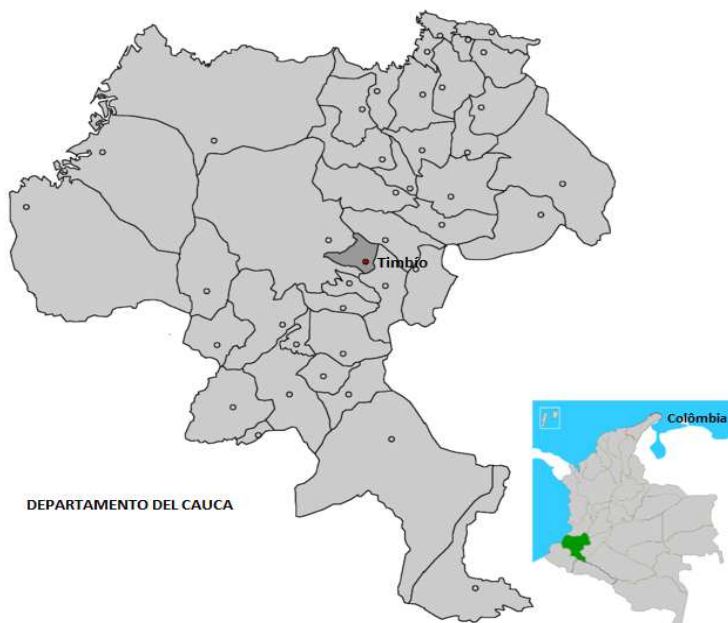
A apresentação desses contextos não faria sentido algum se o leitor não dispusesse de informações da localidade onde esta pesquisa foi realizada. Por isso, através da descrição sobre alguns aspectos históricos, políticos, econômicos e sociais do município, pretendo levar o leitor a percorrer comigo as ruas de Timbío, sua paisagem e, por fim, conhecer algumas de suas diversas faces.

2.10 município de Timbío

O município de Timbío se localiza na zona centro-leste do Departamento de Cauca, na vertente ocidental da cordilheira central. Faz divisa ao norte com o município de Popayán¹⁴; ao sul, com o de Rosas; a leste, com o de Sotará; a oeste, com o de El Tambo (ver Mapa nº 1). Compreende uma superfície aproximada de 205 km² de extensão, dividida em nove distritos que, por sua vez, subdividem-se nas 56 veredas¹⁵ que se encontram no setor rural e nos 14 bairros pertencentes ao setor urbano. O município conta com uma população de 33.961 moradores, dos quais 11.920 moram na área urbana e 22.041 na área rural.

¹⁴ Popayán é a capital do Departamento de Cauca e se localiza a 15 km ao norte da cidade de Timbío.

¹⁵ “Vereda” faz referência a pequenos povoados pertencentes a um município.



Mapa n°1. O município de Timbío no Departamento de Cauca e na Colômbia¹⁶.

Como mencionado anteriormente, esta pesquisa foi realizada na cabeceira municipal, isto é, o centro político-administrativo do município (ver Mapa n° 2) onde se concentram os serviços e a infraestrutura governamental, além dos diferentes serviços públicos prestados à população local (prefeitura, hospital, escolas, etc.), e que leva o mesmo nome do município: “Timbío”.

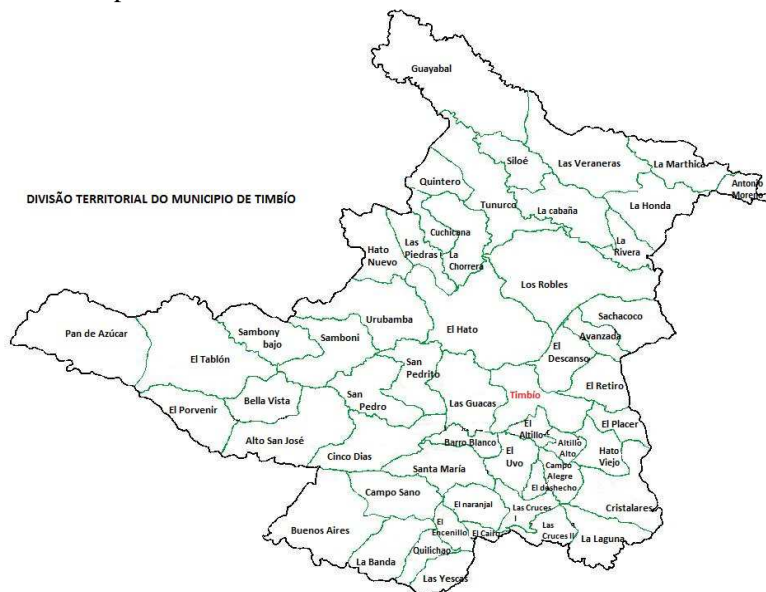
A administração central do município encontra-se nessa localidade e conta com diversas secretarias encarregadas de diferentes aspectos: secretaria de governo, de planejamento e infraestrutura, de saúde, de desenvolvimento agropecuário, econômico e ambiental, de trânsito e transporte, e finalmente, de cultura, recreação e esporte.

A cidade é também um centro de comercialização de produtos agropecuários e de vários tipos, o que se torna evidente durante os dias de mercado, isto é, aos sábados e domingos. E outro fator importante que influi na dinâmica comercial do lugar é o fato de se localizar estrategicamente no Departamento de Cauca, atravessado pela Rodovia

¹⁶ Fonte: http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:MunsCauca_Timbio.pn

Panamericana, uma das estradas mais importantes da Colômbia e dos países vizinhos, lugar de passagem obrigatório para se deslocar ao sul do país, a diversos municípios do Cauca, e também ao interior do município de Timbío. O bom estado da estrada permite a comunicação da cidade com a capital de Cauca, Popayán, em apenas 20 minutos. A proximidade com a capital também faz com que haja uma intensa circulação de pessoas que diariamente se deslocam a uma ou outra localidade para trabalhar, passear ou estudar.

Sua localização estratégica dentro do território nacional também faz com que seja um ponto historicamente usado por diversos movimentos sociais, associações de trabalhadores e atores armados, inclusive, para criar pressão no atendimento de suas demandas e reivindicações ante o governo nacional, o que é feito mediante o fechamento da via, que em poucos dias pode causar o desabastecimento de alimentos, gasolina e outros produtos de primeira necessidade no sul ocidente do país.



Mapa n° 2. Divisão territorial do município de Timbío.

2.1.1 Algumas notas sobre a história do município

Fundado no ano de 1535, o município de Timbío encontra-se historicamente associado à presença indígena, aos confrontos violentos e à atividade econômica intensiva.

Segundo diversos cronistas e pesquisadores (MUÑOZ, 1941; ARROYO, 1955; ANAYA, 2012), o nome “Timbío” seria composto de duas sílabas pertencentes às línguas quéchua e pubenense, significando “união de dois rios”. Na história oficial de sua fundação, reconhece-se que esse território, antes da intervenção dos capitães espanhóis Don Juan de Ampudia e Pedro de Añasco, em 1535, era ocupado por indígenas que, ao serem assediados pela colônia, se organizaram em confederações e conseguiram manter, por algum tempo, certa autonomia, organização social e política, obedecendo aos caciques locais (LLANOS, 1981; ANAYA, 2012; ARROYO, 1957; ÁNGEL, 2009).

Esse processo de resistência foi violento e acabou com a submissão da população indígena local. Registros de batalhas e enfrentamentos povoam a história do lugar, nos quais a brutalidade da maquinaria colonial é colocada em destaque. O resultado dessa intervenção sistemática na região foi a dizimação da população indígena e sua submissão a uma série de mudanças radicais na estrutura socioeconômica e na vida cultural da região. O estabelecimento de instituições como a “encomenda”, a “mita” e o “resguardo”, por parte dos espanhóis, acabou expropriando as terras dos indígenas que foram escravizados, e cuja mão de obra foi sistematicamente explorada durante o período colonial (ARROYO, 1955; ARROYO, 1957; ANAYA, 2012; CUEVAS, 2005; COLMENARES, 1973).

Foi também na época colonial que Timbío viu crescer uma série de grandes fazendas coloniais sob a tutela de famílias “nobres”, as quais proporcionaram um forte movimento econômico à região. O cultivo de café e a criação de gado começaram a ganhar destaque, criando a tradição entre os moradores do local a se engajar nessas atividades econômicas a fim de que se mantivessem e sobrevivessem ao período republicano (apesar do desmembramento das grandes fazendas e das novas políticas locais, que continuam sendo desenvolvidas, em menor escala, até os dias de hoje). A movimentação socioeconômica e cultural que surgira com a colônia, e que continuaria no período da república, outorgou a Timbío importância local como centro político, de comércio e de valor moral e religioso. E mesmo que, com o passar dos anos, essa importância tenha flutuado, a localidade continuou a ser uma região de destaque como lugar de resistência política, confronto, comércio, religiosidade, etc., no contexto do Departamento de Cauca (PÉREZ, 2011).

No que se refere à população do lugar, as famílias de “origem nobre” possuem maior destaque, enquanto que a mão de obra deixou de ser indígena, passando à “mestiça”. Em 1941, por exemplo, Muñoz Rangel nos chamou a atenção ao fato de que, apesar do “passado indígena” de Timbío, nesse momento as “raças” predominantes eram a “branca” e a “mestiça”, exaltando, assim, a presença da primeira no município como capital cultural da localidade. Embora não haja estudos que acompanhem o processo de “mestiçagem” dos grupos indígenas no município, podemos imaginar que esse processo se viu influenciado por políticas nacionais de “redução de indígenas”, “integração à sociedade nacional”, etc., desenvolvidas na Colômbia durante o período colonial (1550-1810) e republicano (1810-1991). E que somente teriam sido repensadas a partir da constituição nacional de 1991 que, pela primeira vez, reconheceu a Colômbia como um país multiétnico e pluricultural.

Na história de Timbío também se registram vários momentos violentos associados ao contexto nacional em geral: durante a década de 1950, a Colômbia viveu um período conhecido como “A Violência”, quando houve uma guerra civil não declarada no país e os partidos políticos “liberal” e “conservador” se enfrentaram de maneira violenta gerando a morte, o deslocamento e a perseguição de milhares de colombianos por causa da sua filiação política (SALAMANCA, 2007). O município de Timbío não ficou alheio a esse conflito vivido com grande intensidade nas áreas rurais da Colômbia, e que causou a morte de várias pessoas e reconfigurações na propriedade das terras, fazendas e cultivos. Infelizmente não existem trabalhos que tenham se encarregado de sistematizar a informação sobre esse período em Timbío, embora seja um episódio que ainda permanece na memória e na narrativa dos mais velhos, reconhecido como parte da história violenta do município.

Nos anos de 1970, 1980 e 1990, com a intensificação da presença das guerrilhas na Colômbia, os conflitos nas áreas rurais do município se fizeram sentir: pichações assinadas por diferentes grupos, ameaças, extorsões e sequestros dos moradores da região, tanto de camponeses donos de pequenos terrenos quanto de proprietários de grandes fazendas de produção de gado, tornaram-se corriqueiros, causando o deslocamento constante da população às cidades vizinhas como Popayán e Santander de Quilichao (no Departamento de Cauca) e Cali (capital do departamento vizinho, Valle del Cauca), impactando na produção agropecuária da região, na economia e no comércio.

E também na década de 1990 — e segundo me comentaram algumas pessoas nas minhas “incurões” ao mercado —, apesar da violência, existia no município uma maior circulação de dinheiro e de renda entre a população. A existência dessa fluidez econômica estava ligada à presença dos “cartéis” do narcotráfico que investiam em todo tipo de negócios, incluindo a compra e venda de gado, cavalos, terras, etc., que eram bem remunerados e que geravam maior solvência econômica na região. Com a queda desses grupos, na década de 1990, a economia do sul colombiano, em geral, decaiu, sendo que o município de Timbío também sentiu a nova situação. Contrastada com a atual falta de renda e fontes de emprego no município, a saudade dos tempos de “bonança” econômica transparecem no depoimento de seus habitantes.

Na história mais recente do município, a presença das guerrilhas trouxe consigo o aparecimento de grupos paramilitares que disputavam o controle do território, dando continuidade à submissão da população local a diferentes tipos de violência. Apesar da suposta desmobilização desses grupos no território colombiano, assim como da aparente “melhoria” nas condições de vida no campo que teriam ocorrido nos últimos anos na região, a população herdou dessas situações um medo constante para expor suas ideias e simpatias políticas, para se relacionar com pessoas desconhecidas e para fornecer informações pessoais ou de qualquer outra natureza. Uma vez mais, e acredito que por causa dessas situações terem feito parte do passado recente do lugar, não existem trabalhos que sistematizem como esta violência foi vivida em Timbío¹⁷. O silêncio e o sigilo têm se tornado estratégias importantes para a tranquilidade das pessoas na região. Essa situação foi uma das grandes dificuldades para a realização da pesquisa.

Apesar dos altos e baixos gerados pelas situações violentas às quais Timbío fora submetida, observa-se que as atividades comerciais e agropecuárias se mantiveram ao longo dos anos. As atividades religiosas, entre as quais, a comemoração da Semana Santa, ainda são fundamentais na vida social, cultural, política e comercial do município.

¹⁷ A única exceção seria o trabalho de Cruz (2010) que relata o processo de deslocamento forçado de um grupo indígena Nasa depois de uma chacina perpetrada pelos paramilitares em seu território de origem. Reassentados na vereda La Laguna, pertencente ao município de Timbío, Cruz observa como essa comunidade se reapropriou do novo território e de sua identidade através da criação e atuação da escola indígena.

2.1.2. Vida cotidiana

Como mencionado na introdução, uma das principais estratégias metodológicas traçadas para a realização desta pesquisa era o acompanhamento e a descrição das dinâmicas tecidas ao redor do mercado (ou galeria municipal, nome oficial), em Timbó.



Imagem nº 11. Panorâmica do Município de Timbó.

Os primeiros dias foram de grande expectativa por causa do desenvolvimento da pesquisa. Visitei diversas instituições e esperei ansioso o final de semana para dar início “oficial” ao meu campo. A minha primeira surpresa foi perceber que o mercado público encontrava-se em reforma e que no interior dele o movimento estava muito reduzido, se comparado com a dinâmica que eu havia observado em outra experiência de campo. A redução do movimento era geral, o que se refletiu na pequena quantidade de especialistas em saúde oferecendo seus serviços nesse espaço, situação que me gerou certo desânimo e preocupação em relação ao rumo da pesquisa, pois eles apareciam como referentes importantes para que eu pudesse levar adiante os meus objetivos. Essa sensação crescia com o passar dos dias, sobretudo quando as visitas às instituições públicas haviam sido concluídas,

momento em que percebia que, de fato, “nada acontecia” em Timbío, especialmente nos dias de semana.

Esse “nada acontecer” estava diretamente ligado à baixa circulação de pessoas na pequena cidade. Para ilustrar, podemos observar na foto nº 1, tomada em uma terça-feira do mês de março, na qual se vê poucos transeuntes se aventurarem pelas ruas.

Ao observar mais detalhadamente nos dias e semanas seguintes, pude constatar que os horários de maior circulação de pessoas em Timbío eram ao meio-dia e ao final da tarde, quando os estudantes e os empregados dos estabelecimentos comerciais saíam e voltavam para o horário do almoço ou para retornar a casa. Geralmente, essa movimentação de pessoas se concentrava na praça central, onde pequenos grupos de jovens jogavam conversa fora ou alguns adultos se reuniam para trocar ideias. Era também na praça central onde eventualmente ocorriam algumas atividades associadas, geralmente, a datas comemorativas ou atividades de promoção comercial por parte de associações ou grupos particulares. Das poucas vezes que tive a possibilidade de participar, notei que congregavam poucas pessoas. Nas noites, a presença de pessoas nas ruas era mínima, sendo que aumentava (embora não de maneira significativa) nos finais de semana.

O evento excepcional que pude acompanhar durante minha estada em campo e que rompeu com aquela rotina, à qual já me havia acostumado, e que me tomou de surpresa, foi a Semana Santa. Durante esse período, e a partir das 14 h aproximadamente, era possível encontrar grande quantidade de pessoas circulando, socializando nas praças públicas, na igreja e nos comércios.

As noites, geralmente solitárias, ganhavam vida: rios de pessoas se conglomeravam pelas ruas onde as procissões passariam, esperando para acompanhar o trajeto das imagens santas; vendedores ambulantes ofereciam os mais variados tipos de produtos; crianças, jovens, adultos e idosos se reuniam em animadas conversas que logo se transformavam em devoção, admiração ou troca de opiniões sobre o evento em si, e que continuavam por um par de horas mais, até quando os ônibus, vindos de outras veredas e municípios, convocavam o pessoal para retornar aos seus lugares de origem.

Fora os eventos especiais, a aparente calma da vida cotidiana em Timbío podia ser quebrada em situações inesperadas. A seguir, resalto dois episódios que aconteceram durante minha permanência em campo e que me permitiram refletir um pouco mais sobre a “quietude” da população timbiana que me causava tanta estranheza e curiosidade. O

primeiro teve lugar em 9 de fevereiro de 2013, enquanto eu caminhava pelo mercado público: eram 9:15 da manhã quando algumas das mulheres vendedoras do mercado começaram a gritar “tremor, tremor, está tremendo”, mas, curiosamente, além dos gritos que indicavam que algo estava acontecendo, as pessoas haviam ficado imóveis. Durante os dez segundos do tremor que tomou conta de Timbío, o único movimento perceptível era o vaivém das cordas da iluminação pública. Nesse momento senti falta de ter em mãos uma câmara de vídeo para registrar o contraste entre a quietude das pessoas com o movimento da terra. Só depois desses dez segundos, as pessoas começaram a se movimentar em diferentes direções para se proteger do fenômeno. Vinte segundos depois, tudo voltou à normalidade.

O segundo episódio aconteceu em 11 de março de 2013, pouco antes do meio-dia. Nesse momento, eu me encontrava em uma sala de internet quando escutei um estrondo muito forte, acompanhado pelo som ensurdecedor de uma detonação. O lugar da explosão encontrava-se a poucos metros de onde eu estava. Aparentemente, tratava-se de um atentado à sede da polícia de Timbío. Em um primeiro momento, e apesar de eu ter visto uma moto jogada no chão no lugar da explosão, minha impressão foi a de que o evento teria sido causado por um “petardo”¹⁸, pelo fato de que a moto não se encontrava muito danificada. Só depois, ao ler a cobertura dos jornais, confirmei que se tratava de um artefato explosivo que efetivamente tinha como objetivo atingir a sede da polícia.

À primeira vista, houve apenas danos materiais, vidros quebrados, assim como as mercadorias e o anúncio de um minimercado vizinho que haviam sido totalmente danificados. Segundos depois, observei a remoção de três pessoas feridas do local, embora os transeuntes rumorejassem que o número de feridos havia aumentado para quatro ou cinco pessoas. A polícia prontamente colocou um cordão para isolar a área e logo depois apareceram algumas ambulâncias e o corpo de bombeiros para a retirada dos feridos, da moto que se encontrava no chão e para verificar se o local não apresentava mais riscos para a população. Nesse momento, decidi me retirar da cena, em parte pelo rumor de que pudesse existir outro artefato explosivo aos arredores.

¹⁸ Explosivo de pouco alcance, geralmente de fabricação artesanal.



Imagem nº 12. Atentado contra a sede da polícia em Timbío, em 11 de março de 2013.

A cena chamou minha atenção não só pela evidente violência e as imagens chocantes que presenciei, mas também porque foi uma das poucas ocasiões em que observei as pessoas saírem de suas rotinas para se envolver em outro assunto: opinar, conversar, dar palpites, etc. Imaginei que a agitação causada na população pelo momento dramático renderia muitas conversas nos dias subsequentes. Ledo engano. No dia seguinte uma amnésia coletiva tomou conta do povo e ninguém quis voltar ao assunto. Inclusive, precisei me informar do que havia acontecido através dos jornais da cidade de Popayán (capital do departamento) e dos meios de comunicação de circulação nacional, pois na localidade essa informação não circulou, pelo menos não abertamente. O saldo do atentado atribuído às Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia (FARC) foi de 10 feridos (três policiais e sete civis) e aproximadamente 15 casas danificadas¹⁹.

Sobre os dois episódios, ressalto o papel preponderante da imobilidade das pessoas, especialmente do silêncio. Como mencionei na introdução desta dissertação, um dos grandes problemas no desenvolvimento da pesquisa foi a dificuldade de me comunicar com as

¹⁹ Disponível em: http://www.eltiempo.com/colombia/calif/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12673506.html.

pessoas que se mostravam muito reservadas e receosas com a minha presença e contínuo interesse por questões cotidianas da vida na cidade. No entanto, o episódio do atentado me fez entender como que, por detrás da aparente calma vivida no cotidiano, o medo é uma constante na vida da população, que se encontra exposta à ação violenta de diversos grupos, ainda que essa ameaça não pareça evidente e seja velada no dia a dia. Ser cauteloso com aquilo que se diz e se faz pode, então, ser essencial para garantir o bem estar pessoal e do núcleo familiar.

Conforme já se comentou, o fluxo do cotidiano em Timbío muda durante o final de semana com o estabelecimento do mercado público: o trânsito de pessoas é maior e a movimentação do comércio local é intensa. Podemos, então, pensar Timbío como um lugar de contrastes que oscila entre uma aparente calma a uma agitação fortemente incentivada pelo mercado.

2.1.3 O mercado como centro da vida econômica e de atenção à saúde

Como mencionado anteriormente, o município de Timbío tem sua atividade econômica voltada ao setor agropecuário. Destaca-se na região o cultivo de café, cana de açúcar, banana da terra, milho, yuca (mandioca), tomate, aspargos e macadâmia, além de frutas como goiaba, amora, *chontaduro*, laranja, abacate, limão, entre outras. No setor pecuário, trabalha-se com a criação de gado e algumas espécies menores como coelhos, galinhas, além de algumas espécies de peixe e cultivos de abelhas (ANAYA, 2012). Segundo o censo de 2005 realizado pelo Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), na área rural de Timbío 50% dos lares desenvolviam atividades agrícolas, 87,7% pecuárias e 1,0% piscícolas, sendo que a maioria praticava simultaneamente dois ou três tipos de atividades. Além da agropecuária, o DANE constatou que dos estabelecimentos comerciais do município, 14,4% dedicava-se à indústria, 59,9% ao comércio e 25,7% a serviços em geral²⁰.

No que se refere ao campo industrial, há empresas dedicadas ao processamento de conservas, café e algumas fábricas de calçado. Outros negócios de menor escala se dedicam à confecção de roupas, fios de seda, produção de cestos, velas, panificadoras, entre outras. No setor comercial destacam-se os locais voltados à venda de insumos

²⁰ Disponível em: <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/cauca/timbio.pdf>.

agropecuários, de produtos da cesta básica e de vestuário. Negócios como farmácias, ferragens, mercearias, salões de beleza, restaurantes e licoreiras também são comuns no lugar.

No entanto, é a variedade de produtos cultivados e criados na região que estimula o movimento comercial da cidade, o que se evidencia aos sábados e domingos, quando se estabelece o mercado. Nesses dias, além de encontrar produtos agropecuários disponíveis para a venda, também é possível observar a agitação nos diferentes estabelecimentos comerciais que se encontram estrategicamente fixados na própria rua ou nas ruas adjacentes ao mercado.

Nos dias de mercado, nota-se um aumento considerável na circulação de pessoas nas ruas. Entre elas é possível observar moradores da cabeceira municipal, mas também pessoas vindas do interior (assim como de municípios vizinhos), que aproveitam os dias e o espaço gerado pelo mercado para fazer seus negócios e compras, para fazer diligências de tipo jurídico, passar na farmácia, visitar os médicos ou os especialistas em saúde que podem fornecer alternativas para tratar e prevenir suas doenças e padecimentos, ir à igreja e socializar com os amigos, compadres, vizinhos, familiares, sócios, etc.

Nesse ponto, vale a pena ressaltar que, apesar de contar com um espaço físico destinado à compra e venda de produtos agropecuários, isto é, as próprias instalações do “mercado”, essas atividades se realizam ao “ar livre” na rua em que o mercado encontra-se instalado. Inaugurada em maio de 1990, a “Galería Municipal” de Timbó encontra-se praticamente vazia, pois, com exceção do setor das cozinhas onde são preparados os mais diversos pratos da culinária local, alguns açougues e pequenos estabelecimentos, o interior da galeria permanece parado. Vários dos locais são utilizados apenas como bodegas por parte dos comerciantes que vendem seus produtos na rua, durante os finais de semana.



Imagem nº 13. Fachada do prédio da “Galería Municipal” de Timbío.



Imagem nº 14. Interior da “Galería Municipal” de Timbío.

Ao questionar o porquê da “subutilização” do espaço físico do mercado, alguns dos poucos funcionários do local me comentaram que a

sua execução foi uma ideia do governo municipal para descongestionar a rua onde o mercado tradicionalmente ocorria, sem contar com a participação das pessoas que efetivamente faziam parte da dinâmica do mercado. Disseram-me também que o mercado funciona na rua há pelo menos 40 anos e que, a princípio, as pessoas não viam necessidade de mudar a rotina do mercado, opinião não compartilhada pela administração pública que, naquela altura, realizava uma reforma com a finalidade de “organizar” os vendedores, e novamente, descongestionar as ruas que comprometiam a circulação nos dias de mercado. Inclusive, soube que já existia uma ordem judicial para “recuperar” o espaço público que, evidentemente, incluía o deslocamento dos vendedores na rua.

No entanto, essa não parecia ser a única razão: pessoas envolvidas de maneira permanente com o mercado afirmaram que, desde a construção da infraestrutura física do local, uma série de dificuldades com as diferentes administrações municipais havia surgido com o passar dos anos. Aparentemente, os problemas de orçamento e a falta de recursos e garantias para o desempenho da atividade comercial dentro do espaço não têm tornado o prédio muito atrativo para as pessoas que oferecem seus produtos nos dias de mercado. A respeito disso, um dos funcionários mencionou que em algumas administrações, por exemplo, e graças a uma dívida acumulada de vários anos, o mercado encontrava-se sem energia elétrica e que, inclusive, o serviço de vigilância precisava ser feito com lanternas, em total escuridão, situação que afetava o local, inclusive de dia.

A falta de energia elétrica também deu lugar às narrativas sobre a presença de espíritos no local, que se manifestavam através de barulhos, sons estranhos e situações incomuns. A “energia” do espaço foi continuamente questionada, assim como a pertinência de se ligar a esse espaço.

A “formalização” e a “fixação” do espaço laboral também desmotivaram os vendedores para entrar no mercado: a diminuição do espaço a um pequeno box, a necessidade de pagar pelo uso dele, a impossibilidade de “itinerar”, o compromisso de permanência (quando a dinâmica de mercado flui e o vendedor pode ser permanente, estacional, etc., ou pode circular em diferentes mercados da região) e a desconfiança na administração local para cumprir com as mínimas condições necessárias para o bom funcionamento do lugar de maneira contínua, contribuem à ocupação do prédio do mercado. Outra das reivindicações feitas pelos vendedores é que o governo municipal

garanta que todas as pessoas que participam do mercado tenham um espaço para continuar com seu trabalho. Enquanto a sua remodelação continua (até a minha última visita ao local, em fevereiro de 2014²¹, ainda não havia sido concluída), a venda dos produtos segue sendo feita na rua.

Voltando à dinâmica do próprio mercado, é possível observar também as barracas onde diferentes especialistas atendem à população que os procura para lidar com seus problemas de saúde e outros padecimentos, ou seja, o mercado é também um espaço de atendimento à saúde e bem-estar entre a população local. Embora, mais interessante do que isso, é o fato de que o mercado, dentro do contexto local, pode ser entendido como um lugar central para o desenvolvimento de vários processos de autoatenção no sentido amplo: em suas cozinhas as pessoas encontram uma série de pratos típicos da região aos quais se atribuem, por exemplo, que proporcionam melhor desempenho físico ou mental, ou que são considerados de alto valor nutricional, como é o caso do “ternero no nato” ou do “chocolate com olho de boi”. A cura da ressaca do fim de semana também se encontra nas cozinhas do mercado: o *sancocho* (ensopado de carne, frango ou porco com milho, batata, mandioca e banana da terra), o *consomé* (caldo de frango, batata e bastante gordura), assim como os sucos de algumas frutas, todos são procurados para tratar desses mal-estares.

Igualmente, o acesso aos alimentos crus e a ingredientes para o preparo de vários alimentos típicos da região, para serem consumidos durante a semana, implica pensar uma série de práticas de autoatenção: sua escolha não é gratuita e não só leva em consideração o orçamento do consumidor, mas suas preferências gastronômicas e, especialmente, suas valorações sobre o alimento e seus impactos sobre o corpo. Nos casos de doença e de diferentes estados corporais, esses mesmos alimentos podem e precisam ser trocados, alterados, etc., em prol do restabelecimento da saúde e do bem-estar. Os processos de socialização podem ser vistos também como uma prática de autoatenção no sentido amplo que impacta o bem-estar das pessoas do lugar, tal e como poderemos observar de maneira mais detalhada no Capítulo II.

E finalmente, o mercado também pode agrupar uma série de alternativas terapêuticas para a atenção à saúde. Inicialmente, e

²¹ No começo de 2014 precisei viajar a Colômbia para colocar em dia alguns assuntos pessoais. Aproveitando minha viagem, fiz algumas visitas à localidade e tentei entrevistar alguns de meus interlocutores.

pensando nos objetivos mais específicos da pesquisa, havia centrado meu olhar nas barracas em que os “especialistas” ofereciam seus serviços. No entanto, com o passar dos dias, fui percebendo que as diferentes formas de atenção à saúde (em um sentido mais restrito) às quais as pessoas tinham acesso através do mercado não se concentravam, necessariamente, nas barracas dos “especialistas”: a compra de ervas para remédios, infusões, tônicos, proteção de pessoas e lares, pode ser feita junto com as frutas ou verduras. Orações, imagens de santos, produtos de higiene pessoal como sais, buchas naturais, sabão de terra, etc., são oferecidas junto com uma fruta, por exemplo, quebrando, assim, aquele limite que eu havia previamente estabelecido sobre em que lugar, no mercado, achavam-se as opções para que a população cuidasse de sua saúde.

Como mencionado anteriormente, no trabalho de campo houve uma presença constante de “especialistas” que atendiam, especificamente, no mercado, o que não impedia que as barraquinhas abarrotadas de remédios, elementos de “poder”, essências, perfumes (preparados pelos especialistas), chás, amuletos, tônicos e orações continuassem a fazer parte da paisagem nos dias em que eu havia participado do mercado. Paralelamente, observei que, ao redor do mercado farmácias e lojas de produtos naturais encontram-se estrategicamente localizadas, constituindo-se como mais uma alternativa de atenção à saúde praticamente dentro do próprio circuito do lugar, e outras, como alternativa complementar para o desenvolvimento de algumas terapias, tratamentos, etc., que se iniciam através dos especialistas do mercado. Sobre isso, voltaremos a discutir mais adiante, no Capítulo II.

O que desejo apresentar ao leitor, então, é que além da importância econômica do mercado para a localidade, este acaba se tornando um espaço privilegiado para pensar as práticas de autoatenção da população, muito além dos especialistas, como já nos advertia Menéndez (2003).



Imagem nº 15. Posto de frutas.



Imagem nº 16. Batatas e ullucus.



Imagem nº 17. Curandeirismo Pé de anta.



Imagem nº 18. Curandeirismo Pé de veado.

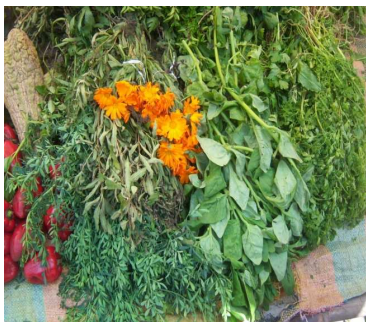


Imagem n° 19. Ervas medicinais. **Imagem n° 20.** Tomate, abóbora e saladas prontas.

Além do mercado, dos especialistas e dos estabelecimentos comerciais que atendem à população, o estado colombiano comparece no município através do sistema de saúde oficial, o qual será descrito a seguir a fim de situá-lo dentro do contexto regional e nacional.

2.1.4 O serviço de saúde “oficial” em Timbío

A atenção à saúde em Timbío centra-se no Centro de Saúde que presta os serviços de atenção primária, consulta de urgência 24 horas, consulta médica geral e odontológica, laboratório clínico e vacinação. Oferece também programas de crescimento e desenvolvimento (para crianças de 0 a 5 anos), planejamento familiar e pré-natal, e programas de promoção e prevenção em saúde, em geral.

Até o ano de 1994, o centro (anteriormente chamado de Hospital Marco Aurelio Zambrano) dependia, administrativamente, do Hospital Susana López de Valencia, localizado na cidade de Popayán. A partir de 1995 iniciou-se um processo de descentralização do serviço de saúde, quando se criou, pela primeira vez, uma secretaria municipal de saúde em Timbío, encarregada de dirigir o processo de descentralização, concluído no ano 2000. O município foi o primeiro a ser descentralizado no Departamento de Cauca, de modo que o prédio do antigo hospital deu lugar ao Centro de Saúde ESE (Empresa Social do Estado). A descentralização ocorreu em concordância com a publicação da Lei 100, de 1993, que regulamenta o serviço de saúde na Colômbia, a qual será aprofundada mais adiante.

Quanto à infraestrutura física, o centro conta com seis consultórios, três unidades odontológicas, sala de urgências, laboratório clínico, farmácia, além de possuir duas ambulâncias para o traslado de pacientes. Segundo informações oficiais, conta com aproximadamente

70 profissionais da saúde, técnicos e administrativos, dos quais 9 são médicos, 3 dentistas, 14 auxiliares de enfermagem, 2 bacteriologistas, entre outros²². E destes, aproximadamente 50 são contratados mediante uma cooperativa e não diretamente pela instituição.

As atividades de promoção e prevenção, assim como os atendimentos, realizam-se essencialmente no centro. Porém, salvo uma ou outra campanha específica, não existe uma interação constante entre a equipe de profissionais e a população local. Vale salientar também que muitos dos profissionais que ali atuam moram na cidade de Popayán, razão pela qual permanecem somente em seus horários de trabalho, realizando suas funções dentro do hospital. Acho importante ressaltar também que todo o atendimento à população é realizado por profissionais da saúde formados em programas universitários e que o tratamento e a medicação obedecem aos princípios biomédicos. Em alguns casos, alguns “pacientes” são encaminhados à “Clínica da Dor”, em Popayán, para serem atendidos por médicos que também trabalham com a homeopatia.

De forma complementar, existem duas Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS) privadas, as quais, como o próprio nome indica, prestam alguns serviços de saúde. Sua natureza e funcionamento serão detalhados mais adiante. Além disso, existe também, conforme já mencionado, uma secretaria municipal de saúde encarregada de administrar e de prestar atendimento à população. Nela encontramos documentos que dão conta dos perfis epidemiológicos e da situação de saúde do município.

Sobre o perfil dos pacientes, a secretaria informa que aproximadamente 80% da população pertence ao SISBEN, ou seja, está cadastrada no sistema nacional de informação que “identifica”, através de qualificações numéricas, as famílias que “potencialmente” podem se beneficiar de programas sociais, entre os quais, o acesso ao serviço de saúde subsidiado pelo estado. Como veremos a seguir, o sistema público de saúde na Colômbia não beneficia toda a população, sendo que a maioria deve pagar pelo serviço, que é ineficiente, pois como mencionam Dover e Puerta, não consegue se adequar às condições ambientais, epidemiológicas, nem à diversidade cultural das populações que atendem (1998, p.79), entre outras dificuldades.

²² Estudio – Análisis de la situación de Salud en Timbío Cauca 2012-2015. Alcaldía Municipal de Timbío.

No que se refere aos perfis epidemiológicos da população, para o ano de 2012, o centro registrou os seguintes diagnósticos mais frequentes entre a população: 1) dores de estômago e não especificados, 2) resfriado, 3) dor de cabeça, 4) parasitose intestinal, 5) infecções das vias urinárias, 6) diarreia, 7) infecção das vias respiratórias, 8) hipertensão arterial, 9) dor nas articulações e 10) lumbago (ALCALDÍA MUNICIPAL DE TIMBÍO, 2012).

Quanto à morbidade, o município registrou como as dez primeiras causas: 1) pneumonia não especificada, 2) infecção das vias urinárias em sítios não especificados, 3) parto único espontâneo, apresentação cefálica de vértice, 4) outras dores abdominais e não especificadas, 5) celulites de sítio não especificado, 6) diarreia gastroenterite de possível origem infecciosa, 7) celulites de outras partes dos membros, 8) broncopneumonia não especificada, 9) febre não especificada e 10) abscesso cutâneo, furúnculo e carbúnculo de lugar não especificado (Idem).

Já as causas mais comuns de mortalidade registradas pelo centro foram as seguintes: 1) enfermidades isquêmicas do coração, 2) resíduos de tumores malignos, 3) tumor maligno de estômago, 4) infecções respiratórias agudas, 5) resíduo, 6) outras doenças do sistema digestivo, 7) diabetes mellitus, 8) agressões (homicídios) incluindo sequelas, 9) acidentes de transporte terrestre incluindo sequelas e 10) doenças cerebrovasculares (Idem).

Segundo os dados do município de Timbío, existe na localidade um conselho de participação comunitária em saúde, o qual, durante os meses de minha estadia em campo, não consegui ver em ação, tampouco identificar quem o compunha. Não me foi fornecida também qualquer informação sobre a regulamentação do conselho, a fim de que eu pudesse conhecer mais sobre as suas funções, objetivos, etc.

Para poder compreender melhor a dinâmica e o atendimento à população timbiana em relação ao sistema oficial de saúde, relato, na sequência, uma breve síntese dos principais elementos e direcionamentos desse serviço na Colômbia.

2.1.5 A política de saúde na Colômbia

O sistema de saúde na Colômbia encontra-se regulamentado pela Lei 100, de 1993, que surgiu com o intuito de evitar o “monopólio” do estado sobre a saúde pública e permitir o “direito à competição”,

mediante a incorporação de empresas prestadoras de serviços de saúde²³. Ou seja, essa lei tirou a centralidade do estado como responsável pelo serviço de saúde no país e abriu o campo para que as empresas privadas pudessem “atender” a saúde das pessoas, com fins lucrativos.

O sistema de saúde colombiano é composto, basicamente, de três grandes instituições: o estado; as empresas seguradoras (privadas), que atuam como intermediárias entre os recursos pagos pelo estado e a população; e os serviços efetivamente prestados, as Empresas Prestadoras de Serviços (EPS) e Administradoras de Riscos Laborais (ARL) e, por fim, as Instituições Prestadoras de Saúde (IPS), isto é, os hospitais, clínicas e laboratórios, que prestam diretamente os serviços aos usuários do sistema.

Os usuários podem pertencer a dois regimes diferentes: o contributivo ou o subsidiado. O primeiro solicita uma “contribuição” econômica por parte do usuário; aqueles que possuem um contrato formal de trabalho, ou mesmo aposentados, trabalhadores independentes e todo aquele com “capacidade de pagamento”, devem fazer uma “contribuição” mensal ao sistema de saúde que, por sua vez, é pago à EPS à qual a pessoa encontra-se afiliada (esta pode ser escolhida pelo próprio usuário). Segundo a Lei 100, de 1993, todas as pessoas que ganham um salário mínimo²⁴ ou mais, devem contribuir com o sistema, sendo que a contribuição inicia com 12,5%, o qual deve ser totalmente coberto pelos trabalhadores independentes, e no caso de trabalhadores formais, 4% (sendo que o restante deve ser pago pelo empregador). No regime contributivo, o usuário tem acesso ao Plano Obrigatório de Saúde (POS), a subsídio em caso de doença ou incapacidade e à licença maternidade (mas com longos períodos de carência antes de serem efetivados).

No regime subsidiado, a população considerada pobre ou vulnerável (categorias estabelecidas mediante o uso de uma série de formulários pelo SISBEN) recebe subsídios totais ou parciais do estado para financiar seu acesso ao serviço de saúde. A parcialidade ou totalidade do subsídio depende da classificação de vulnerabilidade na qual o usuário for enquadrado, e cada município deve realizar o cadastramento das pessoas que entram nesse regime, dando especial atenção à população indígena, à população vítima do conflito armado na Colômbia, à população rural, etc. Os afiliados têm acesso ao POS, e no

²³ Lei 100, de 1993.

²⁴ Aproximadamente R\$500,00, em 2014.

caso de alguém ser classificado como usuário nível I do SISBEN (ou seja, mais vulnerável que os demais), este não precisa fazer “co-pagos”. Isto é, pagamentos extras pelo atendimento e prestação de serviço que os usuários dos demais níveis e os afiliados do regime contributivo devem pagar, além da mensalidade, quando precisam de uma consulta, exame ou medicamento.

O Plano Obrigatório de Saúde (POS) é uma lista de atividades e procedimentos que a EPS e o estado (no caso do regime subsidiado) devem garantir ao usuário do sistema, o qual inclui, aproximadamente, 5.800 atividades diferentes, e o fornecimento de, em média, 730 medicamentos. Teoricamente, essa lista de serviços e medicamentos teria se estabelecido frente aos índices gerais de morbidade e mortalidade na Colômbia, devendo cobrir, também em teoria, urgências, consultas médicas gerais e especializadas em qualquer área, serviços básicos de odontologia, exames de laboratório e raios X, atenção ao parto, tratamento para o câncer, HIV e outras doenças de “alto custo”.

Seguindo as disposições da Lei 100, de 1993, e considerando que 80% da população de Timbío pertence ao sistema subsidiado de saúde, é possível visualizar a importância que o Centro de Saúde exerce na região. Em princípio, poderíamos inferir que seus usuários têm acesso garantido constitucionalmente ao serviço de saúde, e que contam com uma cobertura razoável no atendimento à saúde. Entretanto, o sistema em geral tem dificuldade de garantir a cobertura universal do serviço por falta de recursos e problemas em suas bases de dados; falta de adequação às particularidades sociais, ambientais e culturais das populações a serem atendidas; fragmentação das atividades de promoção e prevenção à saúde entre as diversas instituições que participam do sistema e problemas financeiros (DOVER e PUERTA, 1998; AYALA, 2014).

Algumas das reflexões dos próprios usuários, assim como suas experiências, nos permitirão complexificar o aparentemente bem definido sistema de saúde na Colômbia e suas formas de operação na localidade.

3. CAPÍTULO II: ARTICULAÇÕES E CONFLITOS: PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO EM TIMBÍO

Neste capítulo, através do acompanhamento de três narrativas de itinerários terapêuticos e trechos de narrativas de episódios de saúde e adoecimento de moradores de Timbío, observaremos uma série de práticas de autoatenção das quais as pessoas lançam mão para atender sua saúde e bem-estar. Consta-se que essas práticas são efetivamente diversas, e por si mesmas, apresentam um horizonte intermédico sumamente interessante, que representa a pluralidade de práticas existentes no contexto colombiano. De maneira mais importante, e com o transcorrer do capítulo, se evidenciaria que o aparentemente simples objetivo de observar e descrever tais práticas desvenda uma série de assuntos mais complexos: neste caso, em específico, essas práticas nos apresentam a uma rede dinâmica de saberes, conhecimentos e especialistas em saúde que atuam na região; demonstram a existência de conflitos e articulações entre as práticas, levando-nos a refletir, especialmente, sobre como, para as pessoas, as “doenças” ou a “saúde” ultrapassam os conceitos propostos pela práxis biomédica, trazendo à tona fatores estruturais do contexto colombiano que, evidentemente, não são levados em consideração pelo sistema de saúde atual do país, além de outros elementos que usualmente não seriam considerados como parte dos processos de adoecimento e cura, caso da religiosidade, por exemplo. O atendimento que essas pessoas procuram para sua saúde acaba se tornando um rico espaço de reflexão sobre saúde, cultura, política, ambiente, entre outras coisas.

3.1 Três itinerários terapêuticos

3.1.1 Fernando

Seu Fernando tem 63 anos, nasceu no Departamento de Antioquia, no eixo cafeeiro da Colômbia. Pertencente a uma família de camponeses, acostumou-se com a vida no campo, e desde pequeno contribuía em casa com o cuidado dos pequenos cultivos de café, banana da terra, mandioca, feijão e algumas árvores frutíferas que o pai e a mãe cultivavam em sua pequena parcela. Quase aos dez anos de idade, perdeu o pai e os irmãos mais velhos por causa da violência: eles foram atacados por conta de sua filiação política, restando ele, sua mãe e duas irmãs pequenas, que ficaram por sua conta. Por causa do medo e da sensação de insegurança, Fernando e sua família se deslocaram para o Departamento de Caldas, onde moraram com um tio materno e sua

família. Mesmo assim, por alguns anos, Fernando continuou o seu aprendizado na produção de café e outros cultivos. Ainda jovem começou a trabalhar em uma fazenda cafeteira, onde moraria por vários anos. Foi ali que conheceu sua esposa e onde nasceu o seu primeiro filho. Depois de anos de trabalho, e devido a problemas econômicos na fazenda, ele foi despedido e indenizado pelo seu patrão, e com o dinheiro comprou uma pequena parcela onde levantou um modesto rancho em que cultivava quantias menores de café para compra e venda. Com os anos, chegaram mais dois filhos e certa estabilidade baseada na produção agrícola.

No final da década de 1980, e com os quatro filhos já nascidos, ele passou a receber intimações da guerrilha que começava a aplicar a “vacina”²⁵ em seus cultivos e que ameaçava levar seus filhos mais velhos — ainda adolescentes — para as filas do grupo. Por medo, Fernando novamente se deslocou com sua mulher e filhos, transitando por diferentes localidades em Caldas e depois no Valle del Cauca. Começou a trabalhar como aprendiz na construção civil, no comércio, tendo morado em diferentes cidades como Cali e Santander de Quilichao, até se estabelecer, por fim, em Timbío, ante a possibilidade de voltar a trabalhar com o cultivo, compra e venda de café. E pouco a pouco, foi se instalando na casa em que atualmente mora com sua terceira filha, genro e três netos, além do filho caçula. Os filhos mais velhos, Juan e Rodrigo, entraram para a Polícia Nacional há vários anos e circulam constantemente entre as cidades de Cali, Santander e Popayán a serviço. A terceira filha, Jenny, única mulher, casou com Camilo — que, por sua vez, trabalha no comércio local — há doze anos e continuou a morar em Timbío. Seu matrimônio gerou três filhos: de nove, de quatro e um ano e meio, todos homens. Já o filho caçula de Seu Fernando, Davi, atualmente faz um curso técnico de eletrônica em um instituto em Popayán, viajando todos os dias para lá, onde também trabalha alguns turnos como garçom em um restaurante.

No momento que eu me encontrava em campo, seu Fernando estava com a mobilidade reduzida (ficava em cadeira de rodas), e raramente se comunicava com palavras, precisando de cuidados contínuos a cargo de sua filha, que havia parado de trabalhar para poder melhor atender ele e seus filhos.

²⁵ Pagamento exigido em dinheiro ou produtos e mantimentos por esses grupos para “garantir a segurança” das pessoas, tanto nas áreas rurais quanto urbanas do país.

Jenny comentou que a doença de seu pai era de longa data:

“Desde que éramos crianças dava para ver que o pai era meio “nervoso”. Havia horas que ele ficava alterado, assim, do nada... aí dava briga com a mãe, conosco, com o patrão dele, com qualquer um (...) depois passava e ele voltava a ser o bom homem de sempre, até que alguma coisa acontecia e tudo começava de novo”.

Apesar desses episódios tensos, os filhos que moram com Seu Fernando ressaltam que ele sempre foi um bom pai, preocupado com o cuidado deles, esforçado para dar o necessário à sua família, além de ser atento e carinhoso com as pessoas que o rodeavam. A morte de sua esposa teria desencadeado grandes mudanças e dificuldades à sua saúde:

“O pai foi perdendo a vontade de fazer as coisas, acordava cedo de manhã, e já não queria conversar com ninguém, comia pouco e ia direto para a cama dele e ficava deitado o dia todo (...) só saía para ir e escutar missa e depois voltava a se trancar no quarto dele. Só que a coisa foi piorando e ele nem voltou mais para a igreja, e olha que o pai é muito apegado a Deus! Ele não voltou a ser ele mesmo.

Alguns meses depois ele começou a reclamar de formigamento nas pernas, outras vezes de dor (...) ele sentia muita dor, às vezes, não conseguia se levantar da cama. Desde o começo, a gente levou ele no hospital, e lá o médico não conseguiu saber muito bem o que acontecia com o pai (...) mandou comprimidos para dor, e umas injeções para os músculos, mas os dias se passaram e ele não melhorava, pelo contrário, parecia que a doença ia ficando pior.

Por esses dias, eu procurei uma ‘sobandera’²⁶ que morou aqui por um tempo, era a mãe de uma moça de Robledo (Valle del Cauca) que veio tentar a vida aqui em Timbío e fez amizade comigo, mas não deu certo para ela aqui, e depois foi embora (...) mas em fim, ela veio, e fazia umas

²⁶ Especialista “popular” que através de massagens trata lesões musculares.

massagens para o pai, pediu para fazer uns emplastos de ervas que a gente comprava no mercado, e colocar uma bolsa de água quente para diminuir a dor. O pai mostrou-se aliviado e nós estávamos entusiasmados com o tratamento que segurou a barra por um tempo, mas depois a dor voltou com mais força, e os remédios de Dona Marta pareciam não ter mais o mesmo efeito”.

Diante do retrocesso na saúde de Seu Fernando, Jenny procurou no mercado de Timbío um “curandeiro”, que indicou um tônico e banhos para ele tratar de suas pernas:

“O José é do Putumayo, ele me contou que tudo o que ele sabia, havia aprendido com um indígena de lá (...) ele viajava muito, já havia morado em Nariño, e até dizia que havia aprendido com um pessoal lá no Chocó²⁷... ele me falou que havia que restabelecer a energia do pai, e mandou uns banhos para fazer uma “limpa” no corpo, logo ele fazia remédio que eu passava nas pernas, e eu gostava do remédio, parecia fazer bem para ele (...) Davi ou eu passávamos sagradamente cada semana para pegar o remédio e eu usava tal e como o Zé mandava (...) às vezes, ele deixava avisando quando não ia vir no final de semana e trazia duas garrafas de remédio, ou avisava que ia estar em Piendamó ou em Santander²⁸ tal o qual dia, e nós íamos lá para pegá-lo. Ele também recomendou umas injeções de complexo B que passamos a colocar para o pai. De novo estávamos entusiasmados porque o pai reagia bem, e dizia que era questão de paciência, que ele ia melhorar. Só que eu fazia esse tratamento para o pai sem falar para meus irmãos mais velhos, porque eles sempre ficam reclamando que esses médicos no mercado são todos charlatães, então, eu não queria contar para eles, só que a namorada do mais velho acabou sabendo que nós estávamos tratando com

²⁷ Departamento colombiano localizado na costa pacífica.

²⁸ Municípios do Cauca cujos dias de mercado apresentam dinâmicas similares aos de Timbío.

o José e contou para ele. O Juan ficou bravo com a gente e disse que era para parar de dar esses *menjurjes*²⁹, que levasse ele no médico, que não estava certo eu fazer isso, que só os médicos e a vontade de Deus para curar ele. Eu também não havia falado nada para o médico, mas quando meu irmão comentou com ele, o doutor ficou muito bravo e me falou que era por isso mesmo que ele não sarava, que quem sabe que “porcaria” o cara estaria dando para meu pai, e que desse jeito eu só ia piorar a situação.

Eu fiquei abalada de deixar o tratamento com o José porque eu via que o tratamento dele funcionava. Já o doutor não sabia nem dizer qual era a doença do pai e ficava mandando remédios que a gente mal conseguia pegar porque nunca tinha na farmácia, ou a gente não conseguia comprar (...) às vezes, conseguíamos comprar do nosso bolso, mas eu ficava desapontada porque eu não via melhorias, e meu pai continuava a reclamar da dor e eu continuava a vê-lo sofrer.

A situação foi se complicando, os médicos não diziam nada novo, nunca conseguiram explicar direito o que acontecia com ele: fizeram exames, fomos até Popayán para ver outro doutor que diz que era médico da dor, mas não houve nenhuma novidade (...) diziam que ele estava bom! Olha só para ele! Como é que eles podem achar que ele está bonzinho? (...) Aí as coisas foram desandando e foi ficando cada vez mais difícil tirar ele da cama (...) tava cada dia mais desanimado, e dava para ver essa tristeza aí no rosto dele (...) a namorada do Juan, a Luiza, começou a achar que tinha feito mal contando para meu irmão do tratamento com o José porque viu que o meu pai só piorou, e como a mãe dela mora em Piendamó, começou a trazer às águas de Nossa Senhora de Fátima³⁰ para passar no pai e ver se ela fazia o milagre de curá-lo”.

²⁹ Nome depreciativo para os remédios realizados por curandeiros, xamãs e outros especialistas, elaborados, geralmente, à base de ervas.

³⁰ Nos anos 1970, no município vizinho de Piendamó registrou-se a aparição da Virgem de Nossa Senhora de Fátima perto de uma fonte de água. A aparição

Nas consultas com o médico, vários possíveis diagnósticos foram cogitados: inflamação, problemas nas articulações, etc. Artrite e artrose, que os filhos achavam ser a causa dos males, foram descartadas pela equipe de saúde que não achava evidência dessas doenças no corpo de Seu Fernando. Jenny ministrava os remédios do médico quando conseguia obtê-los e alterava ou suprimia as doses na medida em que ajudavam ou pioravam a condição de saúde de seu pai. Ela fazia compressas de chá de camomila, maconha e outras ervas, além de massagens com as águas de Piendamó, e incluso, por algum tempo, com o óleo do “Senhor dos Milagres de Buga”³¹, o qual ganhara de uma amiga que havia visitado a basílica desse santo para pagar uma promessa, trazendo consigo o óleo para lhe dar de presente. Mas o panorama só mudou para pior. Com o passar do tempo, as saídas da cama foram ficando cada vez mais esparsas até pararem por completo. Seu Fernando passou a precisar de uma cadeira de rodas para se locomover.

Depois de alguns meses, os filhos conseguiram providenciar uma cadeira de rodas em Cali, pois o serviço de saúde do município não resolvia essa questão e estavam com muitas dificuldades para levar o pai para o médico ou qualquer outro lugar, sem falar que eles não queriam que o pai ficasse o dia inteiro e todos os dias acamado, trancado no pequeno quarto em que dormia. Os irmãos mais velhos se dedicaram, de maneira integral, a procurar tratamento biomédico para o pai: pressionaram o hospital para que fornecesse acesso a exames e especialistas, mas como o sistema é demorado e nem sempre cobria esses serviços, a família tentava angariar dinheiro para fazê-los de forma particular: após meses circulando no ambiente hospitalar, a conclusão dos médicos foi que a doença de Seu Fernando não era física, pois o

chamou a atenção de milhares de pessoas que acudiram ao lugar para curar suas doenças. Desde então, as águas ganharam fama pelos seus poderes curativos. Com o passar dos anos, a “fama” do local e das águas diminuiu, ainda assim, muitas pessoas recorrem a elas como uma alternativa para a sua saúde.

³¹ O Senhor dos Milagres é um santo muito famoso na Colômbia por seus milagres que se manifestam, especialmente, na restituição da saúde de pessoas com doenças muitas vezes diagnosticadas como incuráveis pela biomedicina. Inclusive, existe na cidade de Buga (Valle del Cauca), onde a basílica do santo fora erigida, um museu em que as pessoas levam oferendas de gratidão, tais como placas de agradecimento, próteses, fotos, relatos, etc., que manifestam sua recuperação mediante a intervenção do santo.

corpo dele e suas funções, segundo os exames, estavam bem, e que nada o impedia de usar as pernas, de modo que o problema deveria ser tratado com o psiquiatra. Esse diagnóstico deixou a família desanimada porque eles conviviam diariamente com a dor real que o pai padecia, indignando-se, assim, com a ideia dos médicos mandarem o pai para o “loquero”.

A remissão para o psiquiatra demorou meses, e a família precisou se deslocar até Cali para fazer a consulta. A família também estava exausta pelos esforços econômicos que a doença de Seu Fernando havia acarretado. Finalmente, ele recebeu o diagnóstico de depressão, e com isso, a nova receita médica. A esse propósito, Jenny nos comentou:

“Fomos para lá e nos falaram que o caso do meu pai era depressão. O doutor mandou remédios que a gente nem dá mais para ele, porque, uma vez que começamos a usá-los, ele ficou depressivo de vez (...) parecia morto em vida, como se estivesse morando em outro mundo, sem consciência. Com meus irmãos chegamos à conclusão que esse assunto de “loqueiro” não presta, que era melhor parar de dar esses comprimidos. O que foi bom da experiência com o tal do psiquiatra, foi que a gente ficou pensando mesmo naquilo que o pai deveria de ter (...) aí tivemos clareza do que acontecia, talvez o médico está certo em dizer que o problema dele não é físico, do corpo, acho que é tristeza, perda da vontade de ele viver (...) olha só, ele ficou muito mal com a morte da minha mãe, assim tão repentina (...) também a vida sofrida dele quando jovem: perdeu o pai, viveu toda aquela violência, mortes e medo (...) depois de ver tanta crueldade na vida, qual fé, que esperança fica em uma pessoa para querer continuar vivendo?”

No momento em que saí do campo, o município havia aprovado algumas sessões de fisioterapia para o Seu Fernando com a finalidade de recuperar o tono muscular de suas pernas. Os chás e as massagens continuavam a ser realizados cotidianamente e a vida espiritual da família tinha se intensificado: Jenny estava se encontrando com um grupo de mulheres para orar e pedir pela saúde do pai toda semana, benzia água na igreja para passar nele e ultimamente estava

considerando levá-lo a uma moça em Popayán que aplicava Reiki. A indicação dessa terapia teria sido feita por colegas dela que trabalhavam nessa cidade, a qual lhes parecia muito efetiva para aliviar problemas de “ânimo” ou de “espírito” das pessoas.

Quando voltei em 2014, e apesar das terapias físicas (que já haviam sido abandonadas), Seu Fernando se encontrava acamado de maneira permanente. Sua família continuava buscando na igreja uma cura para o seu estado; na biomedicina, elementos mantinham sua qualidade de vida (gazes e remédios para curar as feridas, causadas pela permanência na cama; deslocamentos para fazer controles médicos); e, por sugestão de amigos e conhecidos, sua família experimentava as alternativas que apareciam para ele.

3.1.2 Ana

Dona Ana é uma mulher de 67 anos, e há dez anos, pelo menos, lida com um diagnóstico de hipertensão arterial, o qual, com o passar do tempo, evolucionou para um quadro de diabetes tipo II, e depois, para diabetes tipo I, razão pela qual ela tem sido orientada pela equipe médica que a trata para usar insulina injetável.

Ela mora com suas duas filhas, a mais velha dos cinco irmãos, Mariela, e a irmã caçula, Rita. Os dois filhos homens moram em Popayán e a outra filha em Cali, onde é empregada doméstica. A filha mais velha nunca se casou e atualmente se aposentou como professora de uma escola da área rural do município. A mais nova é casada com Efraín e tem um filho de 5 anos. No momento do campo, ela estava novamente grávida.

Há dez anos, Dona Ana notou que continuamente passava mal, com dores de cabeça e fraqueza. Inicialmente, achou que fosse um mal-estar passageiro, dando pouca importância ao assunto. Primeiro, porque achava que as dores de cabeça não seriam mais do que isso, simples dores de cabeça, e depois, porque não gostava de ir ao médico. A fraqueza também não pareceu surpreendê-la porque passava por uma situação econômica difícil, tendo aceitado um trabalho para cuidar dos animais e da casa em uma fazenda no município. Como fazia anos que não realizava atividades associadas ao campo (nos últimos anos tinha morado na área urbana da cidade onde fazia “bicos” no comércio ou como empregada doméstica), e também por não ser já “tão nova”, como ela mesmo disse, achou normal que o seu corpo se ressentisse com os esforços físicos exigidos para aquela função. A propósito, ela lembra

que as dores de cabeça iniciaram pela contínua exposição ao sol que ela se submetia Durante as jornadas na fazenda.

Como o mal-estar continuava latente, Dona Ana procurou na farmácia diversos medicamentos para controlar os sintomas: comprimidos para dor de cabeça e vitaminas para restituir as forças corporais, de diversas marcas e componentes, os quais, a longo prazo, não surtiram efeito. Ela disse que, às vezes, os comprimidos solucionavam a dor no momento, mas que a mesma insistia em voltar. O uso desses medicamentos não era contínuo, não por falta de vontade de continuar com o uso, mas porque impactavam negativamente no orçamento familiar.

Dona Ana também usava algumas “aromáticas” (nome pelo qual são conhecidos os chás na Colômbia) e, na medida do possível, preparava alimentos que poderiam restabelecer sua energia corporal, tal como o *consomé* (sopa de miúdos de frango), água de panela³² e chocolate. De forma complementar, ela se tratava com seu Alcides, um “yerbatero”³³ que costumava trabalhar no mercado de Timbío aos finais de semana, e que preparava para ela vários tônicos. Apesar de seus esforços, ela notou que o mal-estar não ia embora completamente, dando lugar a novos acontecimentos:

“Havia dias que estava melhor, e achava que tudo ia dar certo, mas depois voltava a piorar, e cada vez ficava pior, a dor era mais intensa, mais forte, havia dias que eu não conseguia nem me levantar da cama (...) então, foi aí que meu marido, que ainda era vivo, e meus filhos, me convenceram de procurar o médico no hospital.

Chegando lá, nos atenderam mais ou menos rápido, e já no acolhimento, a enfermeira disse que a minha pressão estava pelas nuvens e reclamou por eu não ter ido a consultar antes. Logo quando passei no médico, e eu contei para ele que já havia meses que eu estava assim, ficou

³² A “panela” é um alimento extraído da cana de açúcar e parecido com a “rapadura” brasileira, derretido em água e bebido fria ou quente. É altamente valorado pelas camadas populares, não só pelo seu baixo preço, mas também pelo seu alto valor calórico e nutritivo. É recomendado como fonte de nutrição para as crianças, para ganhar energia e curar gripe. É usado também como adoçante para o café ou outros pratos da gastronomia local.

³³ Especialista em plantas medicinais.

muito bravo, reclamou comigo e mandou uma receita para pegar monte de medicamentos na farmácia (...) logo quando fomos pegá-los, alguns estavam em falta e por esses dias eu não consegui comprar (...) nesse dia ele também falou que eu não ia me curar nunca e que precisava usar os remédios para sempre (...) isso me deixou muito abalada, o que eu iria fazer agora? Depois ele me mandou de volta com a enfermeira, que ela ia me indicar as coisas que eu tinha que fazer para ficar boa.

A enfermeira explicou como que eu tinha que tomar os remédios. Ela me disse que eu tinha que fazer mudanças na minha comida, me mandou parar de beber o meu café, tirar o sal das comidas e um monte de coisas mais.

Eu tava me sentindo muito mal, então, comecei a tomar o remédio certinho. Minha filha que agora mora em Cali (...) ela casou e agora mora lá (...) ainda morava comigo, e ela cuidava de dar o remédio direitinho para mim (...) um par de meses depois eu já estava me sentindo bem de novo, e até pensei em começar a trabalhar de novo, só que aí aconteceu o de meu marido (morreu em um acidente de trânsito) e eu fiquei muito mal, triste, muito abalada, e continuei parada, eu fiquei sem vontade de nada, nem o remédio voltei a usar, aí foi passando o tempo e eu fiquei mal de novo, além da tristeza, as dores de cabeça e a fraqueza voltaram, tava tudo muito ruim”.

Dona Ana prosseguiu relatando as várias tentativas e abandonos do uso dos medicamentos que o médico lhe recomendava: a resistência a fazer uso contínuo deles; a dificuldade de pegar receita pelo sistema subsidiado de saúde (seja por falta da medicação, a sua entrega incompleta, a burocracia para obtê-la), assim como a dificuldade de adquiri-los com recursos próprios encorajavam Dona Ana a não aderir ao tratamento:

“isso era sempre um problema: que precisava o cartão do SISBEN que demorou séculos a chegar; que o remédio estava esgotado; que volte amanhã, e aí as filhas voltavam e nunca tinham, aí sempre

dava problema para pegar o remédio. Aí se havia alguma grana as filhas compravam, senão não dava... logo a filha mais velha conseguiu me afiliar como beneficiária do seguro que ela paga todo mês, aí até que melhorou, a gente consegue pegar o remédio, mas tem que pagar um dinheiro para isso, e para ir na consulta, e para os exames e tudo, então, acaba sendo uma dificuldade, mas agora que tenho essa diabetes e passo mal, toda hora acabo tendo que ir lá por uma questão ou por outra”.

Quanto às demais recomendações feitas pela equipe de saúde, ela disse que não conseguiu se acostumar a consumir comida sem sal, muito menos, deixar o café. Sobre a comida, fez dois apontamentos importantes: primeiro porque procede de uma família camponesa, estando acostumada a comer refeições fartas e que sejam de “alimento”: arroz, mandioca, banana da terra, sopas de vários tipos, café e água de panela não podem faltar na dieta, e não podem porque são eles que garantem a força do corpo, sendo que, deixar de consumi-los, implica enfraquecer. Ela disse que não é possível ter uma boa saúde ao se abrir mão desses alimentos, uma constante nas recomendações dos médicos, especialmente desde que a diabetes foi diagnosticada:

“Você acredita meu filho? Diz o médico que eu não posso beber café porque é ruim para a pressão, que a água de panela é muito doce e faz mal para a diabetes, que o pão, o arroz, macarrão, a mandioca, tudo isso, que vira açúcar no sangue e não posso comer. Como é que isso é possível? Ele diz também que as sopas são muito gordurosas e que também fazem mal. Aí eu fico pensando o quê é o que eu posso fazer? Parece que eles querem que eu fique vivendo do ar”.

O segundo apontamento se refere às condições econômicas da família e sua capacidade aquisitiva dos alimentos:

“Aí eu fico questionando que posso comer, aí o médico diz que é para comer só algumas frutas, saladas, carne branca, magra (...) logo você vai no mercado e vê que essas coisas são muito caras.

Aqui em casa, só a aposentadoria da minha filha é o dinheiro com que a gente conta... minha outra filha e o cunhado ficam fazendo bicos aqui e lá, mais não têm emprego fixo e não temos condições de comprar essas coisas (...), é tudo muito caro, o peito de frango e o peixe nem pensar, aí a gente acaba gastando o dinheiro do almoço para uma semana em um dia, não temos condições mesmo”.

O acompanhamento da doença também contou, em diferentes momentos, com o uso de remédios naturais, homeopáticos, bioenergéticos, com infusões de várias ervas recomendadas por vizinhas, através de tratamentos que ela e as filhas encontravam no mercado entre diferentes especialistas:

“Olha, teve um tempo, que eu me tratei com seu Pablo no mercado da tal da hipertensão. Eu acho que ele era da Amazônia (...) eu acho (...) aqui muitas pessoas consultavam ele porque era muito bom, então, eu também fui (...) aí ele me disse que meu caso era de fraqueza, que meu corpo estava cansado e que havia que dar energia para ele (...) e então, ele fez remédio para mim (...) ah, remédio se era bom, ele trazia toda semana para mim em uma garrafa de plástico. Eu diluía duas tampinhas em um copo de água e bebia três vezes ao dia, funcionava que era uma beleza (...) também, no começo, mandou uns banhos, que para limpar o corpo (...) esse tempo eu passei muito bem, até o remédio do médico deixei de tomar e fiquei assim como um ano, só que ele não voltou mais e eu fiquei sem remédio e comecei a passar mal de novo, voltei aos medicamentos e comecei a piorar (...) a enfermeira disse que era minha culpa por deixar de usar os remédios para beber as coisas que o Pablo me preparava (...) eu falava para ele que o remédio dele fazia bem, mas ela ficava com raiva de escutar isso (...) Quase dois anos depois, um filho encontrou ele no terminal em Cali e ele disse que agora só estava trabalhando no mercado em Santander... como eu passava mal, e quando havia dinheiro, algum dos filhos ia até lá para procurar o remédio, ou tinha uma moça que

viajava ao mercado para vender umas tranqueiras lá e ela fazia favor para mim de trazer (...) logo o cara ficou namorando uma menina e decidi ir embora com ela e já nunca mais consegui pegar remédio com ele (...) eu até tentei com outras pessoas no mercado aqui ou em Piendamó, porque, às vezes minha filha fazia bicos por lá e trazia tônicos e remédios de lá, alguns ajudaram mais do que outros, mas ao final, acabei voltando a usar o remédio que mandou o médico porque já não me sentia bem de novo... voltei a passar mal.

Um dos filhos que mora em Popayán me disse que ia procurar um médico naturista que era muito bom, que havia curado a sogra dele de um mal gravíssimo (...) aí eu fui para Popayán e o cara me mandou monte de remédio que meu filho comprou para mim (...) eu comecei a tomar, só que não vi muitas melhoras (...) o filho insistia em eu tomar aquele remédio e eu continuei a fazê-lo para agradar ele, e para ele não perder o dinheiro que estava gastando (...) igual, senão fazia bem, mal também não ia fazer (...) logo quando ele perdeu o emprego dele, eu convenci ele de parar de comprar esses remédios de vez, porque eu não estava achando que esse tratamento estava dando certo, as filhas aqui também concordaram.

Tentamos também na farmácia aqui em Timbío e usei alguns remédios alternativos que me deram, mas a coisa só foi piorando, nem o remédio que o médico mandou, nem as coisas que comprávamos na farmácia naturista me faziam me sentir bem (...) aí, minha filha caçula começou a me levar para fazer o controle certinho com o médico, que logo me falou que eu também tinha a tal da diabetes e mandou ainda mais remédios para eu tomar, que era para controlar, porque, segundo o que eles dizem, vou ficar com essa doença sempre (...) todo mundo fica achando que é isso que vai me matar (...) o que me está matando é tudo esse veneno que estou tomando diz que para ficar boa... não sei, não”.

O diagnóstico de diabetes veio há quatro anos, e desde então, as mudanças na receita médica têm sido várias. A mais contundente seja

talvez o fato de usar insulina, ao qual Dona Ana se recusava inicialmente, e que agora o faz pelo constante apelo dos filhos para que ela continue o tratamento.

Pouco a pouco, e com as complicações da doença, Dona Ana e suas filhas começaram a fazer pequenas mudanças e introduzir novas estratégias cotidianas para lidar com os mal-estares da mãe: o sal foi reduzido nos preparativos da casa e o alho e a cebola não faltam nunca para o tempero das comidas, pois as filhas escutaram que esses dois alimentos são muito efetivos para tratar as doenças da mãe. A família cuida para que Dona Ana não consuma doce (que ela gosta muito), e inclusive, o neto sabe que não deve compartilhar os doces que ele ganha com a avó porque faz mal para ela. O chocolate e a água de panela deixaram de ser servidos para Dona Ana, e o café é servido somente pela manhã, só para ela “matar a saudade”. Todos os dias são preparados água de casca de tangerina para controlar a pressão arterial, e água de eucalipto para o tratamento da diabetes em casa. O café da tarde, apesar das recusas de Dona Ana, foi trocado por um mingau de aveia grosso que, segundo o que as filhas escutaram, trata-se de um alimento muito bom para tratar o diabetes e a pressão. Os medicamentos são pontualmente ministrados pela filha mais velha que cuida com receio dessa questão. Eventualmente, outros tratamentos poderiam ser utilizados: no momento em que eu havia deixado o trabalho de campo, por exemplo, a família cogitava levar Dona Ana a consultar um médico bioenergético. Enquanto isso, ela explicava para mim o que havia acontecido com a sua saúde e o que ela achava que fosse curá-la:

“Ô meu filho, diz o médico que tenho o sangue cheio de açúcar, que o coração funciona mal... na verdade, meu corpo está cansado, viu? Eu já tive que ralar muito na vida, desde que era uma criança. O trabalho do campo é muito pesado e desde que eu era criancinha, ajudava na roça, na cozinha, lavava as roupas no rio, levava e trazia água, lenha, tudo (...) isso também não mudou quando casei: meu marido e eu trabalhávamos em várias fazendas no Valle e no Cauca, andávamos muito para poder criar os filhos (...) só quando mais velhos que viemos parar aqui, e ele se dedicava a comprar e vender café que eu fiquei um pouco mais em casa... mas, aí também não é fácil não, viu? Cuidar dos filhos, da casa... os

tempos eram outros e as coisas eram mais difíceis, então, meu corpo ficou cansado... talvez se eu tivesse me animado um pouco depois da morte do meu marido e voltado ao trabalho estaria melhor, porque quando a gente para de se mexer o corpo se estraga, agora já estou velha, não posso trabalhar, fico angustiada de ver a luta dos filhos para cuidar de mim, me vejo enfraquecida, incapaz de colocar um prato de comida na mesa, sinto saudade do meu esposo, isso me deixa triste; é o cansaço, a tristeza, todos aqueles remédios com os que os médicos querem me entupir há tantos anos que vão me matar... agora eu fico bastante me encomendando a Deus e à Virgem, só eles para me manter com força para seguir arrastando esse corpo, para seguir insistindo em melhorar, viu? Há quase dez anos que estou assim doente, só fica esperar Deus fazer o milagre de me ajudar a encontrar uma forma de sarar”.

3.1.3 Carlos

Carlos tem 38 anos, é comerciante, e devido à sua profissão se deslocava seguidamente entre diferentes cidades do sul oeste colombiano à procura de mercadorias atrativas para os seus negócios. Há cinco anos mora em Timbío, onde passou a viver após um grave episódio de doença. Atualmente mora na casa dos sogros Carmen e Felipe, com sua mulher Adriana, e seus cunhados Marcela e Santiago.

Natural da cidade de Cali, desde muito pequeno havia se interessado pelo comércio, atividade à qual o pai também se ocupava. Decidiu deixar a escola para contribuir com ele, e com aproximadamente 19 anos, iniciou seus próprios empreendimentos. Conheceu sua esposa em Cali há pouco menos de dez anos. Ela trabalhava em uma lanchonete da cidade que ficava perto de um local onde ele comprava mercadorias, se aproximaram, começaram a namorar e logo decidiram se casar. Com a primeira gravidez de Adriana, e considerando que o trabalho de Carlos gerava recursos suficientes para as despesas da família, eles decidiram que ela voltaria à casa dos pais para cuidar da gravidez, enquanto ele continuaria seu trabalho como comerciante em distintas localidades do país.

Depois do nascimento de Martín, a dinâmica se manteve: a mãe continuou em Timbío, na casa dos pais, e Carlos continuou fora de casa, a trabalho. Ele se encarregava dos gastos da mulher e do filho, além de

contribuir com as despesas da casa dos sogros por vários anos. Eventualmente, entre uma viagem e outra, visitava Adriana e o filho, e retomava as suas atividades. Dois anos e meio depois, veio a notícia da chegada de mais uma filha, a Dayanna.

Após o nascimento dela, Carlos começou a passar cada vez menos tempo em casa, mostrando-se apático e reclamando de não ter dinheiro para enviar para a mulher para as despesas das crianças e da família. Adriana ficou preocupada com a situação, pois ele tinha sido sempre muito responsável e atento com ela e os filhos. Essa situação permaneceu por mais alguns meses, até que de um dia para o outro, Carlos decidiu voltar para casa e tentar concentrar sua área de trabalho mais perto da família.

Alguns meses se passaram e ele continuou a trabalhar com sucesso em mercados e localidades próximas a Timbó, comercializando diversos produtos. Assim, a vida da família parecia ter se estabilizado quando, de repente, Carlos adoeceu:

“Eu comecei a ficar fraco, sem força, não conseguia passar o dia inteiro fora de casa, precisava vir e deitar, dar um cochilo... eu pensei que ia ser uma dessas gripes “quebra ossos”, porque doía o corpo todo e não tinha vontade de comer nada. Só que os dias começaram a passar e eu nada de melhorar... pelo contrário, comecei com diarreia, vômitos, foi tão grave que acabei hospitalizado pela desidratação, que diziam os médicos. Lá fiquei por vários dias até que melhorei um pouco e me mandaram de volta para casa, mas o negócio não acabou aí, precisei voltar várias vezes porque eu não conseguia comer, me fizeram exames, procuraram ver se tinha alguma alergia alimentar, até lavagem de estômago me fizeram, mas as semanas passavam e eu nada, no hospital não me diziam ‘Carlos você tem isto, ou aquilo, nada’, falavam, escreviam coisas, colocavam aquele soro na veia, e pronto. Eu não sabia o que estava acontecendo comigo. Quando voltava para casa minha mulher preparava soro caseiro feito de arroz e cenoura e essa era minha comida, às vezes, nem isso meu estômago conseguia aguentar, e assim foram passando semanas, meses.... perdi como 20 quilos nesse

processo...ainda bem que eu tenho sido bem corpulento, forte, senão não teria aguentado essa situação”.

Por conta da doença, Carlos acabou ignorando os negócios. Não tinha condições de viajar para comprar ou vender as mercadorias, e rapidamente se viu com dívidas para com alguns fornecedores e com seu capital acabado por causa das despesas da casa e, especialmente, com médicos e remédios que ele havia começado a pagar por conta própria, pois não se conformava com sua doença, que ninguém conseguia explicar o que era.

A sogra dedicou-se a fazer vários remédios caseiros, que ele os usava por lhe ser atencioso, pois não acreditava que fosse surtir efeito algum. Apesar da insistência de sua mulher para visitar um médico alternativo ou procurar ajuda com algum dos especialistas no mercado, ele se recusava. Desde seu ponto de vista, eram os médicos que sabiam lidar com essas coisas, e se eles não conseguiam aliviá-lo, muito menos o fariam aquelas pessoas sem estudo, nem diploma que, segundo ele, só procuravam se aproveitar das pessoas e tirar o dinheiro de suas mãos, traficando com a dor e desespero delas.

Alguns episódios de melhora começaram a aparecer, assim que Carlos e sua família ficaram mais otimistas. Ele tentou retomar seu trabalho para sair da crise econômica que a doença havia criado para a sua família, mas todos os seus esforços não davam em nada: cada trato que fazia, cada negócio que empreendia, ele fracassava, e a situação em casa chegou a níveis críticos. Como se fosse pouco, Adriana também começou a adoecer: dizia se sentir fraca, não queria comer, não queria falar com as pessoas e não tomava mais conta da família e dos filhos, começou a perder peso rapidamente e nada a animava. Apesar das consultas no hospital local e de algumas tentativas de medicação, não houve melhoras, seu desgaste físico foi tão rápido e evidente que a família e os amigos ficaram muito constrangidos. Nesse momento, uma das vizinhas sugeriu a Carlos que alguém devia ter feito um mal para eles, que deviam estar “salgados”,³⁴ pois, quem sabe, o caso era de bruxaria ou algo do tipo. Carlos reagiu mal ao comentário, pois ele é devoto fiel da Virgem do Carmo, e não acreditava “nessas coisas”, que considerava próprio de pessoas ignorantes. No entanto, como Adriana

³⁴ “salgados”

piorava rapidamente, dona Carmen, sua mãe, decidiu tomar providências:

“Aí eu disse para o Carlos, você pode ou não pode acreditar, mas eu não me importo. Eu vou levar minha filha para onde o ‘médico’ que a Maria recomendou, os doutores não fazem nada e eu não vou deixar minha filha morrer só porque você se nega a procurar ajuda em outra parte. Se você quiser ir com a gente, bem-vindo, senão pode ficar, mas não vai me impedir de levar ela”.

A contragosto de Carlos, seus sogros levaram Adriana para se consultar com um especialista, ou um médico não facultativo em Timbío, que efetivamente diagnosticou que alguém estava fazendo mal para ela. Era um “trabalho” de bruxaria que poderia matá-la se providências não fossem tomadas:

“Ele pareceu muito preocupado, olhou para mim e me disse: ‘Dona Carmen, se você autoriza, a gente começa a trabalhar agora mesmo porque sua filha está muito mal, ela precisa de ajuda’”. Eu estava apavorada e falei pra ele fazer o que fosse necessário. Aí ele fez um ritual de limpeza, cantava; jogava tabaco e aguardente³⁵ sobre o corpo dela, fazia sinais, gestos, fazia orações que eu não entendia e depois de uma eternidade eu vi como tirou um pedaço de osso do corpo da Adriana, ele me disse que esse era o mal que estava no corpo dela e que havia uma mulher que estava querendo fazer mal para ela. Eu não tive dúvidas, peguei os banhos e os remédios que ele mandou para a minha filha e levei ela de volta para casa. Eu não sei se você acredita ou não, mas em 24 horas minha filha estava muito, mas muito melhor, então, eu fiz tudo o que o médico me disse, apesar da apatia inicial de Carlos, que depois foi ficando empolgado de ver as melhoras na saúde de Adriana”.

³⁵ Bebida alcoólica extraída da cana de açúcar, adoçada e temperada com anis, muito popular na Colômbia.

Carlos conta a respeito:

“Quando eles voltaram, eu já vi a Adriana melhor, foi como que as cores voltaram ao rosto dela, parecia reanimada. Aí, Dona Carmen contou que o bruxo disse que isso era causado por alguém que queria fazer mal, e sugeri que eu mesmo fosse consultar o tal de bruxo também. Eu não quis, mas vendo que ela começava a melhorar fiquei curioso de saber o que estava acontecendo. Aí, me lembrei que em Santander onde eu vendia minhas mercadorias em algumas ocasiões, havia um cara famoso que lia o tabaco e marquei com ele, fui lá sem falar nada para ninguém, pois eu quis escutar o que ele poderia ter para me dizer. Eu preferi ir lá longe para ninguém me julgar e porque eu estava começando a desconfiar do que podia estar acontecendo.

Eu sentei lá, fumei o tabaco como ele pediu e ele começou a lê-lo. Aí me disse: “alguém que você magoou mandou fazer um trabalho em você, eu vejo uma mulher ressentida com você que não vai deixar que você seja feliz”. Quando ele falou isso, eu comentei que eu levava meses tentando me curar de uma doença que parecia que não passava nunca, que meus negócios não andavam e que minha mulher praticamente estava morrendo, ele falou que era por causa disso, que eu precisava procurar alguém para limpar meu corpo, afastar o mal e fechar nossos corpos porque, se não fizermos isso, nunca íamos melhorar. Ele também descreveu fisicamente a mulher que nos estava trabalhando, e em minutos eu soube de quem se tratava.

Voltei para casa, marquei para consultar com o bruxo que estava atendendo Adriana, fui para consulta com ela que precisava de mais remédio para continuar com o seu tratamento. Foi só o cara me ver que ele me disse “você está mal, tem alguém que não quer sua felicidade e por isso quer tirar tua mulher, tua saúde” Aí eu não tive mais jeito, me sentia muito culpado, então, contei para Adriana que alguns anos atrás nas minhas idas e voltas conheci uma moça e que fui me envolvendo

com ela... que as coisas foram tão intensas que eu até pensei em deixar ela e meus filhos para ficar com essa moça. Só que eu comecei a perceber que ela gostava muito do meu dinheiro, exigia demais e eu fiquei me sentindo culpado por descuidar meus filhos para dar luxos para ela. Decidi cortar o relacionamento com ela e quis voltar para casa, trabalhar perto e ficar sério. Meses depois tudo começou”.

Apesar do abalo pela traição, Carlos e Adriana continuaram a fazer o tratamento com Elias, e depois de alguns meses as coisas estavam muito melhores. Eles ficaram mais animados e ele conseguiu retomar às suas atividades:

“Só que não é a mesma coisa, sabe? O dano foi feito, apesar de que eu estou me sentindo melhor, sinto que meu corpo ficou enfraquecido, não sou mais o mesmo. Apesar de que já se passaram quase três anos, meus negócios não voltaram a andar do mesmo jeito de antes, e virou uma luta pela sobrevivência. Tem dias que passo mal, mas não tem comprimido nem remédio, nem médico que me ajude. Peço ajuda para Deus, Adriana disse que é isto que está faltando na minha vida, que é isso mesmo que tem ajudado ela a se recuperar, só que eu não concordo muito com ela ter resolvido ir para a igreja evangélica... sou católico, acho que não está certo... também não vou falar para ela desistir, pois finalmente tudo isto tem sido minha culpa... se ela estiver melhor para mim está bem, mas eu não quero fazer o mesmo”.

Adriana comenta:

“Olha, eu quase morri, passei muito mal. Com a ajuda de Deus eu consegui perdoar meu marido pela traição e acredito que Deus ainda tem muitos planos para nós, e que tudo isso que aconteceu foi uma prova para a gente superar e se fortalecer. Quando eu fiquei mal, minha mãe me levou num ‘bruxo’ e eu aceitei porque estava desesperada, só

que agora eu sei que esses métodos não são certos, isso é coisa do diabo, eu devia ter ido à igreja, só que eu não sabia. O único que eu sei é que depois do ‘tratamento’ com o ‘bruxo’, eu continuava a me sentir desanimada, como se meu espírito tivesse saído do meu corpo, sabe? Aí, uma vizinha me convidou para a igreja dela e lá eu comecei a achar paz. O pastor orou em mim, pediu ajuda aos irmãos para cuidar da minha saúde, e pouco a pouco eu fui me recuperando. O pastor disse que todo esse mal estava no meu corpo por ter recorrido à bruxaria para cuidar de mim e da minha família, e que precisava me arrepender para poder restabelecer a paz e harmonia no meu lar. Ele estava certo: os cultos, as orações, foram me devolvendo a vida, a fé... quando me batizei, faz pouco menos de um ano, minha vida mudou, sou uma nova pessoa. Eu falo para Carlos ir na igreja também, tirar todas essas coisas ruins que a bruxaria deixou em nós, mas ele é relutante....acho que ainda não chegou a hora... mas acredito que em algum momento ele vai escutar a voz de Deus e vai ir para sua casa. Só nesse momento nossa vida voltará a estar completa e feliz”.

A partir dessas três narrativas sobre itinerários terapêuticos (e de forma complementar a outros depoimentos e narrativas de moradores da região), podemos fazer uma série de observações gerais que nos permitem discutir os procedimentos articulatórios e conflituosos que surgem nos processos de s/d/e entre os moradores de Timbío. Esses processos dão conta de uma série de problemas na prestação de serviços oficiais de saúde na Colômbia, desde fatores estruturais à falta de um panorama mais amplo sobre as noções de saúde e de doença dessas pessoas, a fim de que possamos saber como estas ultrapassam e transbordam as visões estatais sobre o cuidado à saúde.

3.2 Articulando práticas

Praticamente na totalidade das narrativas coletadas no trabalho de campo foi possível observar que as pessoas articulam diversas práticas na atenção de um problema de saúde. Percebe-se que, quanto menor é a intervenção dos especialistas nas narrativas, as articulações entre elas aparecem com mais fluidez e com menor grau de conflito. A seguir,

esboçaremos algumas dessas articulações para depois passar à análise dos lugares de conflito na articulação de práticas de autoatenção dos moradores de Timbío.

3.2.1 Saúde e religiosidade

A maioria dos relatos sobre práticas associadas à religiosidade em Timbío tem origem no catolicismo, a religião predominante na região. Algumas igrejas pentecostais começaram a ter visibilidade no local, mas o catolicismo congrega uma quantidade considerável de fiéis, especialmente em datas significativas como a Semana Santa, o Natal e outros eventos do calendário religioso³⁶.

Os três itinerários terapêuticos, previamente apresentados, evidenciam como as práticas de autoatenção ligadas à religiosidade são bastante frequentes entre os moradores de Timbío: o uso de óleos e águas santas, a realização de cadeias de oração, preces e outros elementos se transformam em recursos terapêuticos que podem ser aplicados especificamente a um ou outro mal, não se tratando, necessariamente, de uma forma “genérica” de pedir por saúde ou bem-estar (o que também pode acontecer). O caso dos óleos, ou das águas santas, é bastante esclarecedor: ambos atuam sobre regiões específicas do corpo e sua aplicação implica a intervenção divina sobre a saúde da pessoa.

Esses recursos encontram-se disponíveis para todos aqueles que desejem fazer uso deles, sem a necessidade de que o “doente” se comprometa com as obrigações rituais ou espirituais da doutrina que lhes dá origem — o que também não impede que isso aconteça —, além

³⁶ Vale a pena salientar que nas narrativas sobre os processos de saúde e doença acompanhados em campo – assim como de outros aspectos – existia uma frequente relação com práticas associadas à religiosidade, mas foi durante a Semana Santa que tive a possibilidade de observar a importância desses recursos terapêuticos para as pessoas da região: na celebração das missas, os padres dedicavam um momento para abençoar diferentes objetos tais como escapulários, imagens, água, medalhas, fotografias, etc. Esses momentos eram bastante intensos, e torrentes de pessoas aguardavam ansiosamente para receber a benção dos objetos. Havia uma grande expectativa para que, além da benção, o objeto fosse tocado pela água benta usada pelo padre durante esse ritual, pois esta “empodera” ou potencializa a força e efetividade do elemento. O derramamento de água benta diretamente no corpo também era muito bem-vindo e desejado pelas pessoas ali reunidas.

do que sua forma de uso não é necessariamente dirigida pelos líderes espirituais das igrejas locais. O uso desses recursos terapêuticos mostra grande autonomia na forma — e inclusive, criatividade — com que as pessoas fazem uso deles. A intervenção dos líderes espirituais, no caso das práticas associadas ao catolicismo, por exemplo, é restrito à bênção dos elementos utilizados pelos padres. Por causa disso, é possível observar diferentes formas que podem ser usadas na prática, o que fica evidente nos dois depoimentos na sequência.

Dona Mariela nos diz:

“Minha filha caçula desde muito pequena tinha aqueles ataques de asma, passava muito doente, foi hospitalizada várias vezes, e eu sofria muito com isso. Ela precisava fazer nebulizações constantemente pelo que conseguimos um aparelho emprestado para poder fazê-las em casa e não precisar ir ao hospital cada vez que ela precisava desse tratamento, aí, foi quando caiu a ficha, e com minha mãe tivemos a ideia de colocar umas gotinhas de água benta na água que colocávamos no aparelho para que Deus nos ajudasse na recuperação da Emília (...) você não ia acreditar (...) desde a primeira vez que a gente fez isso, percebemos uma diferença muito grande, ela ficou super bem, então, eu continuei a usar até que ela sarou completamente. O médico diz que ela está curada por conta do tratamento que ele mandou (...) eu tenho certeza que a recuperação da minha filha é obra de Deus, pois antes de usar a água, ela nunca mostrou sinal de melhoria”.

Por sua vez, Joaquim relata que:

“Eu tava jogando bola e acabei com uma luxação no tornozelo. Como não sou muito de médicos, procurei um “sobandeiro” amigo nosso que deu aí um auxílio e ajudou a colocar tudo de novo, de volta ao seu lugar. Só que era muita dor, então, minha mulher fez para mim emplastos de arnica. Ela colocava o remédio junto com uma imagem de São Cosme e São Damião, e logo enfaixava e deixava por um bom tempo, depois trocava tudo

de novo (...) isso ajudou muito para aliviar minha dor”.

E Dolores nos comenta:

“Quando meu pequeno nasceu, os médicos disseram que ele tinha um problema no coração e com dois meses precisou de uma cirurgia que era de muito risco, nos falaram que ele podia não aguentar e nós ficamos sofrendo muito. Então, minha mãe organizou uma cadeia de oração pela saúde de Felipe. Pedimos para todas as pessoas que conhecemos para rezar por ele, para que Deus cuidasse dele, já que os médicos nem sabiam se poderiam fazê-lo. E o Felipe foi coberto pelo manto divino do senhor (...) não fosse Deus para obrar nas mãos dos médicos, provavelmente, nem teríamos nosso filho mais aqui conosco”.

Existem, é claro, práticas dirigidas pelos líderes espirituais que também são amplamente usadas pelas pessoas e voltadas à recuperação de alguém em específico. Neste caso, destacam-se a oferta de missas, as cadeias de prece (em geral, realizadas entre a comunidade evangélica) e as promessas a diferentes santos do mundo católico. No geral, o que chama a atenção é que os recursos advindos do arsenal religioso conseguem se articular muito bem a outros tratamentos usados paralelamente no tratamento de doenças e mal-estares. Nos itinerários terapêuticos descritos acima, não observamos nenhum conflito em relação ao seu uso, e nos depoimentos observados vemos que, inclusive, aparecem como amplificadores da potência desses outros tratamentos. Por exemplo, o comentário de Dolores: “Só Deus para obrar nas mãos dos médicos”, ou então, São Cosme e São Damião enfaixados junto com o emplastro curativo, fizeram uma dupla importante para que Joaquim conseguisse se sentir melhor.

Evidentemente, não podemos afirmar que a adoção de práticas associadas à religiosidade esteja livre de conflitos: no caso de Adriana, no terceiro itinerário terapêutico, por exemplo, ela questiona, uma vez batizada na igreja evangélica, sobre a práxis do especialista que a tratou e que ela passou a chamar de “Bruxo”. Percebe-se que é através da ressignificação de mundo, que acontece quando ela se aproxima da

igreja evangélica, que o tratamento, antes plausível, se torna um problema, um método indesejado a ser utilizado.

3.2.2 Remédios caseiros

Outro recurso comumente utilizado na região são os chamados “remédios caseiros”. Em geral, eles circulam através do “boca a boca” e fazem parte do repertório de conhecimentos sobre saúde — e seu restabelecimento — da população em geral.

O limite entre “remédio” e “alimento”, nestes casos, pode ser bastante difuso. Um alimento pode atuar como tal e, ao mesmo tempo, entregar seus benefícios para a saúde do doente, enquanto que o “remédio” pode jogar também o papel de “alimento”.

Dentro das conversas mantidas com os interlocutores em campo, me foram listados uma série de remédios que atendiam uma ou outra doença. No caso da pressão arterial alta, por exemplo, indicavam o uso da água de casca de laranja e a água de aveia como remédios efetivos; para o tratamento do colesterol alto, os sucos de pepino e de couve bebidos antes do desjejum; para o tratamento dos “nervos”, a água de folha de laranjeira e de valeriana, que eram muito populares, entre muitas outras receitas.

Como não é minha intenção fazer um inventário detalhado dos recursos citados pelos meus interlocutores, somente gostaria de salientar que os “remédios caseiros”, em geral, provêm de plantas, e como a prática de cultivo das hortas de plantas medicinais tem sido deixada de lado na área urbana do município, o principal fornecedor desses recursos é o mercado público. Nele, é possível encontrar as plantas *in natura*, ou secas. Mas raramente encontram-se empacotadas ou aparentam ter passado por algum processo de industrialização, especialmente quando se trata de plantas não próprias da região.

O uso dessas plantas se dá especialmente através do preparo de chás ou de emplastos, e sua utilização exige todo um conhecimento sobre como, quanto e de que maneira administrar o remédio. Este varia, não só dependendo do interlocutor que o prescreve, mas também da experiência do “doente” com ele. A dosagem pode variar de acordo com o efeito apresentado, sendo facilmente dispensada ou aumentada, de acordo com o quadro clínico apresentado — ou não —, situação que, como poderemos observar mais adiante, também se repete no uso de outros recursos terapêuticos, tais como os medicamentos.

O uso dos remédios caseiros sem intervenção de especialistas não costuma ser questionado. Em primeiro lugar, porque existe na região

toda uma tradição em volta deles, e depois, pelo fato de que existe uma noção generalizada de que, por serem de origem “natural”, não podem causar mal: “*se não ajudam, não fazem mal*”, como bem resume Dona Dolores.

Observamos que quando o “remédio” passa pela manipulação de algum especialista — neste caso, em específico, faço referência aos curadores que trabalham no mercado, por exemplo —, ele adquire um outro significado. Assim como no caso dos elementos abençoados pelos líderes religiosos, a manipulação do especialista acrescenta algo a mais àquelas plantas e misturas que, por si sós, usadas em casa, sem nenhuma mediação ritual, são “naturalmente” efetivas — ou não. Neste caso, os remédios caseiros passam a ser “remédios”, “tônicos”, “fortificantes”, etc., quando observados de maneira mais positiva, ou podem virar “menjurjes”, “bebedizos”, potencialmente perigosos para a saúde das pessoas.

Essa última categoria é comumente utilizada por pessoas que, por uma ou outra razão, não sentem confiança no uso desses elementos, e por profissionais da saúde de outras áreas, como os biomédicos e outros especialistas, que continuamente tendem a desencorajar as pessoas a fazer uso deles. Observamos algumas anotações a respeito disso nos itinerários terapêuticos apresentados, logo ao começo deste capítulo, e nos depoimentos que seguem:

Dona Mariela nos diz:

“Meu marido sempre foi muito doente quando criança, aí ele é muito fraquinho e precisa de remédio para estar forte (...) Há anos que seu Tomás faz um tônico para ele que é muito bom, e ele usa sempre. Agora pouco que ele ficou doente, de pressão alta, quando o médico perguntou, nos falamos que ele tomava aquele remédio que Tomás faz (...) nossa! Eu nem sei para que falamos isso(...) aquele homem ficou muito bravo, nos falou que parasse de beber isso aí, que quem sabe de que “porcarias” esse “menjurje” estaria feito, e até falou que como não sabíamos o que o remédio tinha, poderia ter alguma coisa que o deixasse ainda mais doente”.

E Dona Luz Ângela comenta:

“Eu sofro muito dos nervos, por isso, eu peço remédio para o Tomás (...) o remédio é muito bom, mas meu filho mais velho fica implicando comigo por causa disso (...) ele já me diz que o Tomás é um charlatão que se aproveita das pessoas, e vende ‘água suja’ como remédio (...) Eu já briguei bastante com ele, e sempre lhe falo que essa ‘água suja me faz bem’, e eu não vou parar de bebê-la”.

A familiaridade com os remédios caseiros, vistos como “naturais”, também abre as portas para o uso e a articulação dos chamados remédios naturistas, oferecidos por farmácias especializadas. Estes tem se tornado uma alternativa atraente para a população da localidade que tem a tendência de associar positivamente o fato de serem feitos de elementos “naturais”, mas que, ao mesmo tempo, ao serem manipulados e, de alguma maneira, industrializados, teriam “controle de qualidade”, estando mais próximos dos medicamentos fornecidos pela biomedicina que, como veremos mais adiante, são muito apreciados por sua eficácia e confiabilidade.

3.2.3 Saúde e alimentação

Como mencionado no item anterior, a fronteira entre remédio e alimento entre os moradores de Timbío pode ser bastante difusa: alimentos podem ser paralelamente considerados “remédios” e vice-versa. Neste sentido, o mercado do município torna-se um centro muito importante para o desenvolvimento de determinadas práticas de autoatenção: os alimentos/remédios encontram-se disponíveis nesse espaço, não somente pela variedade de produtos que ele conjuga, mas também pelos preços acessíveis.

No setor das cozinhas são preparados vários alimentos que atendem não só o paladar das pessoas, mas também certo tipo de mal-estares: o *consomé* de frango ou o caldo de “cola”³⁷ são muito procurados para curar a “ressaca”; o chocolate com olho de boi ou o caldo de “pajarilla”³⁸ para aumentar a força e a energia corporal; ou para o tratamento da anemia, o suco de amora com fígado.

Apesar da possibilidade de encontrá-los prontos, a procura pelos ingredientes para o preparo de alimentos que também curam é o grande

³⁷ Cauda.

³⁸ Sopa feita com a carne do fígado, rins, coração e o baço do boi.

foco do mercado: galinhas caipiras para a dieta das mulheres no pós-parto; temperos específicos para proporcionar “calor”, “frio” e “força” ao corpo; vegetais, hortaliças e outros alimentos passíveis de uso para a restituição da saúde podem ser ali encontrados.

Os alimentos são incorporados à dieta dos “doentes” conforme os saberes das pessoas que compõem o núcleo familiar ou social mais próximo. Assim como acontece com os “remédios caseiros”, os alimentos como recurso terapêutico também requerem certos conhecimentos para serem usados. O alimento errado, num estado de saúde determinado, pode piorar a situação da pessoa doente, e por isso, a dieta deve ser bem administrada. O alimento certo, para a doença certa, espera-se, só poderia trazer benefícios.

A escolha da alimentação durante os processos de s/d/a, além de consensuada pelo saber das pessoas que nele intervêm, está ligada às possibilidades econômicas de aquisição dos alimentos. Apesar da grande importância da alimentação nesses processos, observamos que, em geral, esta não constitui a única prática de autoatenção aplicada a determinado problema de saúde, e sim, uma entre várias práticas que se articulam: medicamentos, massagens, rituais, banhos, chás, etc., acompanham o processo, e devidamente usados, impactam positivamente na saúde e no bem-estar das pessoas.

Alimentação como parte do processo de s/d/a também é um aspecto sensível em matéria de confronto: quando o conhecimento próprio acerca da alimentação e da saúde é questionado por regimes externos, isso dá lugar a experiências conflituosas. Dona Ana, em um dos itinerários terapêuticos descritos, nos explicava, por exemplo, que as restrições alimentícias sugeridas pelos profissionais de saúde eram, para ela, inaplicáveis em vários sentidos: a qualidade dos alimentos, a possibilidade de acesso a eles e o sabor ou forma de preparo discordavam com suas noções de comer bem, assim como de sua situação econômica e seu gosto pessoal, impedindo-a de manter as recomendações sugeridas. Sobre as diferentes dimensões do conflito no processo de s/d/a, analisá-la-emos, de maneira mais detalhada, nos itens posteriores.

3.2.4 Em busca da biomedicina

A procura pelo serviço biomédico entre os moradores de Timbó é um elemento central dentro dos processos de s/d/a. A efetividade da biomedicina, sobretudo dos medicamentos, é altamente reconhecida pela população e seu uso é bastante desejado. Devido ao grande interesse

para acessar o sistema de saúde oficial, e às contínuas falhas que este apresenta no atendimento, encontramos uma insatisfação generalizada sobre seus serviços por parte de nossos interlocutores.

No entanto, apesar dessas contínuas falhas e do descontentamento dos usuários, observamos que há uma insistência em acessá-lo, especialmente para a obtenção de medicamentos, de receitas médicas para poder efetuar a compra deles ou para conseguir as requisições para a prática de exames específicos e consulta com especialistas. O fato de a lista de medicamentos “gratuitos” ser bastante limitada, causa muitos conflitos, seja porque as pessoas não possuem recursos para pagar do seu próprio bolso, seja porque se sentem injustiçadas, na medida em que pagam mensalmente pelo acesso ao serviço que sequer cobre as mais mínimas necessidades. Igualmente ocorre com o acesso aos exames e consultas com especialistas que costumam ser demorados e dificultosos. Também é necessário efetuar um “co-pago” para ter acesso a eles.

Esse tipo de dificuldades abre caminho para que as pessoas procurem os medicamentos para atender a doença sem necessidade de passar pela consulta com os médicos. Na Colômbia, existe uma grande liberdade na venda de medicamentos, e, portanto, a população consegue suprir essa demanda sem a necessidade de uma receita médica, estimulando os processos de automedicação baseados nos conhecimentos próprios sobre a ação dos medicamentos, ou novamente, referenciados na vida cotidiana através do “boca a boca” com pessoas que compõem o seu núcleo familiar e social.

Dona Mariela nos diz:

“Se a gente ficar esperando a consulta, e receber os remédios do hospital, a gente morre esperando. A única coisa que eles receitam para tudo mal é o tal de Ibuprofeno® (...). Ibuprofeno® para a gripe, para a dor (...) você pode estar morrendo que a única coisa que você vai ganhar é o Ibuprofeno®³⁹ (...) aí, se você tem uma graninha vai e compra o remédio na farmácia e evita a fila e a demora para

³⁹ Esta é uma queixa bastante generalizada entre os usuários do sistema de saúde na Colômbia. De fato, em momentos de crise e conjunturas políticas, é comum que circulem piadas e trocadilhos em que o presidente do país ou outros políticos de renome apareçam ameaçando a população de tirar o ibuprofeno® do POS, ou, pelo contrário, prometendo a entrega de mais ibuprofeno® para todos.

ser atendido no hospital, porque é muito chato você estar bem doente, ter que esperar um século para ser atendido e depois nem receber o remédio que você precisa”.

E Dona Helena menciona:

“Eu prefiro ir direto à farmácia, lá o Raul (o farmacêutico) sabe direitinho que remédio posso usar quando tenho alguma dor (...) às vezes, a gente já sabe o que é preciso comprar, então, vai e compra... total na EPS, nunca ganho os remédios e sempre tenho que comprá-los, então, prefiro me poupar de tanta incomodação”.

A automedicação aparece, então, como uma prática contínua nos processos de s/d/a entre as pessoas em Timbó, e pode ou não ser orientada por algum profissional. Nos casos em que há algum referencial de uso do medicamento, este é consumido segundo os padrões já reconhecidos pelas pessoas e seus núcleos familiares e sociais, e quando não, pode ser usado em concordância com a sugestão de especialistas, tais como o farmacêutico ou o próprio médico. Esse tipo de dinâmica tem sido observado e analisado em comunidades indígenas nas pesquisas de Diehl (2001) e Portela (2010), por exemplo.

Vale lembrar que a dosagem da medicação é suscetível de ser mudada conforme a experiência da pessoa com o medicamento. A seguir, alguns depoimentos nos ajudam a esclarecer esse aspecto.

Dona Camila fala:

“Quando eu estava grávida, me falaram que estava anêmica e que precisava tomar ferro. Eu peguei os comprimidos, que eram para eu tomar cedo de manhã em jejum (...) só que eu ficava muito mal, com muita dor e ardência no estômago (...) não parava, passava o dia me sentindo muito ruim, então, passei a usar depois do almoço, porque aí o estômago já está menos sensível, né? (...) aí eu já consegui tomar. Para me garantir, minha mãe também fazia suco de amora e fígado e outros remédios para eu me curar. Aí eu já fui melhorando”.

Já Seu Carlos menciona:

“A minha mulher toma aqueles remédios para controlar os nervos (...) o médico disse que era para tomar dois comprimidos. Um de manhã e um à noite, mas decidimos parar de tomar aquele da manhã porque ela ficava muito tonta, mal conseguia se levantar da cama, e ficamos meio desesperados, assustados (...) agora ela só toma à noite, dorme bem, e no dia seguinte acorda sem mal-estar (...) do jeito que ela ficava era muito ruim... agora ela está melhor”.

Nessa mesma direção, observamos que o uso do medicamento não passa a ser, necessariamente, a única forma de autoatenção praticada pelas pessoas em questão. Seu uso pode ser potencializado e ressignificado pelo usuário, independente das indicações dos profissionais da biomedicina acerca de seu uso “correto”. A articulação de práticas associa-se, como vimos nos itinerários descritos e nos depoimentos, ao uso de remédios caseiros ou de recursos terapêuticos ligados à religiosidade. O caso de Emilia, cuja mãe coloca água benta na água com a medicação para a asma, é um exemplo claro desse tipo de articulação.

Quando as dificuldades são superadas e os pacientes efetivamente conseguem realizar atendimentos dentro do sistema, observamos que o “paciente”, em muitos casos, mantém sua autonomia e poder de decisão sobre o uso ou não dos medicamentos sugeridos, e também quanto à forma de uso e sua dosagem. Igualmente os profissionais da biomedicina recomendam uma “boa alimentação”, prática de atividades físicas, de higiene, etc., as quais são profundamente valoradas.

O que gostaria de salientar, neste ponto, a fim de não me estender em detalhes e narrativas que podem se tornar repetitivos para o leitor, é o fato de que a biomedicina é bastante apreciada pelos meus interlocutores que reconhecem sua efetividade. Apesar disso, eles fazem suas próprias leituras e ressignificações acerca das práticas sugeridas pelos profissionais da área, tendo a tendência de articular os elementos da biomedicina com outros elementos já utilizados por eles, e que, geralmente, provêm de outras tradições médicas, religiosas, etc.

O questionamento aos tratamentos dentro do campo da biomedicina não é o único que surge por parte dos usuários. Quando

aprofundamos um pouco mais, é possível perceber que os diagnósticos, a competência e a idoneidade dos profissionais e dos serviços de saúde também são colocados em questão, e que esses questionamentos não só envolvem argumentos de forma, mas também de fundo, indicando-nos como o sistema de saúde oficial e a prática dos profissionais em seu interior costumam ferir as noções sobre saúde, doença e atenção das pessoas que a ele recorrem.

Neste capítulo, apesar de focalizar as articulações entre as práticas de autoatenção, já conseguimos entrever alguns esboços de conflitos. E no caso da biomedicina, observamos que os conflitos se incrementam na medida em que o sistema de saúde e seus profissionais tentam impor o seu regime aos seus “pacientes”, ao lhes negar a possibilidade de diálogo com a multiplicidade de visões sobre a saúde, a doença e a corporalidade que coexistem na região. A seguir, refletiremos acerca dos espaços de conflito e seus impactos, buscando constatar a inadequação do sistema de saúde na Colômbia e apontar fatores estruturais que se encontram diretamente ligados ao estado de saúde da população.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos itinerários terapêuticos e dos trechos narrativos apresentados no capítulo anterior, constatamos que existem espaços de articulação entre diferentes práticas de autoatenção levadas a cabo pelos moradores do município de Timbío. Elencamos a presença de diferentes recursos terapêuticos, vindos de diferentes modelos de atenção, que poderiam ser chamados de médicos ou não, dependendo da ótica que lhes seja impresso, que variam da religiosidade ao uso de plantas medicinais, dos alimentos e aos recursos biomédicos.

Apesar de encontrar articulações entre essas práticas, as narrativas deixam transparecer alguns espaços de conflito: a legitimidade dos especialistas consultados, sua práxis, forma de diagnóstico e tratamento, assim como a eficácia de seus recursos. Esses aspectos são continuamente avaliados e, inclusive, colocados em pauta por aqueles que utilizam esse serviço ou por pessoas de seus círculos de relacionamento (familiares, amigos, etc.), sendo que, às vezes, podem contrastar de maneira dramática, com os próprios saberes sobre saúde e corpo, criando conflitos.

Vale salientar que nos depoimentos observamos também que essas avaliações e questionamentos não ocorrem somente no espaço do núcleo familiar — mais intimamente envolvido com o caso de saúde/doença aqui narrado —, mas também aparecem “outras” vozes de especialistas que, com sua presença e discurso, acabam criando ou reforçando conflitos no processo de adoecimento e cura.

Finalmente, gostaria de chamar a atenção para o fato de que esses mesmos depoimentos demonstram, ainda que timidamente, o reconhecimento, por parte das pessoas entrevistadas, da influência de fatores estruturais no adoecimento, no restabelecimento da saúde e bem-estar da população em geral. Cito, por exemplo, a violência e a má qualidade do sistema de saúde. Reconhece-se que os saberes sobre saúde, corpo e doença são supremamente relevantes nesse contexto, sendo que é a partir deles que o uso de um ou vários recursos é possibilitado.

Nesta última parte, então, pretendo vasculhar um pouco mais desses lugares de conflito, suas implicações, e observar como dão conta dos fatores estruturais que influenciam a saúde dessa população, para logo refletir acerca da necessidade e da importância de repensar o sistema de saúde na Colômbia, a fim de que ele possa se adequar às realidades de sua população.

4.1 O saber em disputa: legitimidade e questionamento dos saberes sobre a saúde

Antes de adentrar outro assunto, chamo a atenção para o fato de que, durante o desenvolvimento da pesquisa e a interlocução com os moradores de Timbío, foi possível notar que existe entre eles uma noção de saúde e doença mais ampla daquela que nos oferecem alguns modelos de atenção à saúde, como a biomedicina, por exemplo.

Vimos que a doença pode ter sua origem em diversos aspectos, que não necessariamente a falha ou a disfunção física ou fisiológica do corpo, pois, apesar desta poder se manifestar de maneira corporal, pode pertencer aos domínios da mente, do espiritual e do social, etc.; que sua aparição não está associada à responsabilidade do indivíduo como dono do seu corpo, mas que geralmente (sobretudo quando se trata de doenças graves ou crônicas) está ligada a uma série de aspectos que envolvem o contexto social, a vida familiar, os afetos, etc. Ou seja, que a doença acaba remetendo ao coletivo, à responsabilidade social. Aspectos, que não necessariamente são levados em consideração pela totalidade dos especialistas que atuam na região.

Como nos lembra Ibarra (1991), existem variações nos códigos de saúde e doença, e esses códigos respondem à guerra biopolítica pelo domínio do corpo. Assim, especialistas em saúde de diversas tradições entram nessa disputa, sendo que a biomedicina tem ganhado muito terreno e visibilidade nessa guerra, ao ser legitimada como o saber médico hegemônico pelo ocidente e, em nosso caso, pelo estado colombiano.

A pequena população de Timbío não é alheia a esse tipo de disputa que se expressa no cotidiano dos processos de saúde e doença. A deslegitimação por parte dos atores envolvidos com o doente e com os especialistas é corriqueira, e as narrativas expostas no capítulo anterior dão conta disso: filhos, irmãos e parentes, em geral, entram em desacordo quando alguém da família dá prioridade a um especialista em detrimento de outro. Observamos também que ocorrem situações em que um especialista desacredita o outro — ou outros — em prol do seu próprio conhecimento. Os médicos das nossas narrativas, por exemplo, desencorajam o uso de “remédios” de outros especialistas por acreditarem que podem conter substâncias que terminem piorando a saúde de seus pacientes. Outros profissionais, em sua práxis e discurso, reafirmam seu poder nessa disputa, ao tratar doenças que não podem ser curadas pelos médicos apesar de todo o seu conhecimento, como vimos

no caso de Carlos e Adriana, que só conseguiram o retorno de sua saúde e bem-estar quando recorreram a diferentes especialistas, como o leitor do tabaco, o “bruxo” e até o pastor, depois de que a intervenção do médico aparentemente não conseguiu solucionar nada.

A esse respeito, talvez seja interessante comentar que muitos desses especialistas — tomemos o pastor como exemplo —, em princípio, não são socialmente reconhecidos como especialistas em saúde, de modo que suas capacidades de cura podem estar cercadas de dúvidas por parte de diversos segmentos da população timbiana, em geral. E isso, mesmo que tenham tido sucesso no tratamento de certas doenças ou de casos exemplares, que vão criando uma reputação que acaba por incluí-los dentro do leque de possibilidades de atenção à saúde no local. Foram várias as pessoas que me comentaram, durante as nossas conversas informais, que não “acreditavam” no poder de cura das igrejas evangélicas, mas que haviam se surpreendido após presenciarem experiências específicas de cura de diversas doenças, tanto passageiras quanto crônicas, o que as fez reconhecer, depois, sua efetividade.

Os especialistas, então, podemos deduzir, têm seu saber legitimado pelas pessoas que fazem uso desses saberes, diagnósticos e tratamentos. Nas narrativas, vimos que alguns remédios são mais potentes que outros, e que alguns especialistas eram qualificados com maior *expertise* que outros, e que essa *expertise* se mede não só na *efetividade do remédio, mas no acesso a essa alternativa e à qualidade da relação que o usuário estabelece com o especialista*. Além disso, os saberes desses especialistas são continuamente contrapostos às próprias experiências e conhecimentos acerca da saúde que as pessoas por ventura possam ter, sendo que isso, em última instância, é o que define a qualidade do especialista consultado.

Mas voltando a refletir sobre os aspectos levados em consideração para a escolha de um determinado especialista, observamos que, em geral, a população local sente-se mais confiante para consultar especialistas que não são biomédicos. A abertura na comunicação, o acolhimento, a disposição para atender e aplicar o tratamento, assim como para realizar os acordos econômicos, tornam atraente, e inclusive desejável, a aproximação a esses especialistas e seus recursos, que podem ser ressignificados na práxis.

No caso da biomedicina, por exemplo, observamos uma grave falta de proximidade na relação médico-paciente, sendo que, em alguns casos, a consulta e lidar com o médico se tornam um “mal necessário” para poder conseguir o medicamento (nos poucos casos em que é

preciso receita médica ou quando se é coberto pelo POS). Neste sentido, o profissional e o sistema podem ser mal avaliados, mas se reconhece a importância e efetividade do medicamento advindo desse saber e sua potencialidade.

Essa dinâmica aponta para o fato de que, apesar da aparente hegemonia da biomedicina imposta pelos mecanismos estatais através da implantação de serviços de saúde oficiais que contemplam esse saber, é a decisão relativamente autônoma do paciente ligada aos processos de doença que ganha maior destaque e relevância na prática social. Sendo assim, vale a pena trazer à tona o comentário de Barajas (2004), quando menciona que, para pensar a ação em saúde, deve-se ir além da adequação da infraestrutura para a prestação de serviços, e pensar também nas pessoas que demandam essa atenção.

As narrativas presentes no Capítulo II nos familiarizam também com uma série de deficiências e dificuldades no acesso ao serviço de saúde oficial, sendo que a má comunicação com os médicos e a dificuldade para os medicamentos e procedimentos são continuamente postos em discussão. Essa situação causa desconforto nos usuários, na medida em que eles reconhecem e desejam uma boa prestação do serviço para atender seus problemas de saúde.

Neste sentido, observamos, então, duas problemáticas que se entrelaçam: a primeira refere-se às dificuldades e aos jogos de poder próprios da relação médico-paciente, e a segunda, à falta de capacidade do sistema para atender a demanda dos problemas de saúde do paciente.

Sobre a primeira questão, e levando em consideração as conversas estabelecidas com meus interlocutores em campo, destaco o fato de as pessoas se sentirem intimidadas pela “autoridade” do médico que, em geral, cria uma relação não dialógica, em que o paciente é pouco escutado e na qual as decisões e julgamentos morais partem de cima, dos profissionais da saúde. Os pacientes sentem-se subordinados pela sua condição de gênero, etnicidade e nível educativo, entre outros aspectos. Há o medo de falar e ser julgado, maltratado, desprovido de suas certezas e esperanças. Aliás, essa situação está enraizada em noções básicas da biomedicina que trabalha com “corpos”, “órgãos” e “sistemas”, os quais devem funcionar de um jeito determinado e não com pessoas e sujeitos, agentes criadores de suas próprias vidas e corpos.

No entanto, no caso colombiano, é importante salientar que a forma como o sistema de saúde funciona acaba criando limitações adicionais na prestação desse serviço, tais como limites de tempo para a

consulta, limites e restrições de prescrição de medicamentos e procedimentos por parte das EPS e a regulamentação destes para serem ministrados depois pelo sistema de saúde, mantido pelo governo colombiano. Isto é, na consulta médica, não só o paciente e o médico se encontram: as falências de um sistema de saúde obsoleto e os desejos mercantilistas devidamente legislados pela classe política do país e das EPS permeiam as possibilidades de ação e atenção nas instituições de saúde.

A segunda problemática, como mencionamos, diz respeito à dificuldade do sistema de atender aos problemas de saúde das pessoas, tal como veremos a seguir.

4.2 O sistema de saúde na Colômbia: univocalidade, inadequações e geração de conflitos

Conforme descrito no Capítulo I, o sistema de saúde na Colômbia foi organizado tomando como base uma série de elementos epidemiológicos que tentaram traçar um perfil das doenças mais frequentes entre os colombianos. Em concordância com isso, as Empresas Prestadoras de Serviços (EPS) teriam a obrigação de oferecer aos seus usuários um portfólio de atendimentos, procedimentos e medicamentos de maneira obrigatória.

A criação desse perfil já apresenta problemas devido à caracterização de um colombiano genérico, preferivelmente branco, homem, urbano, despojado de qualquer traço étnico, desconsiderando, assim, sua condição social, econômica, emocional e cultural, ou suas necessidades particulares oriundas de sua etnicidade, gênero, etc. É claro que a construção desse perfil atende às noções biomédicas de anatomia e fisiologia, acabando por patologizar certos indivíduos por causa de seu viés normalizante.

O sistema propicia uma práxis biomédica em que os pacientes são vistos como recipientes vazios de saberes (PEDRAZA, 2000), os quais devem ser preenchidos com o conhecimento alheio, ignorando que sejam detentores de experiências e saberes sobre a sua própria saúde, que sejam criadores e agentes de seu próprio mundo (IBARRA, 1991). Ou então, condenam esses saberes como um sinal de “atraso”, os quais, além de não serem reconhecidos, são também subtraídos e substituídos pelo saber que o biomédico detém.

Os sistemas de saúde, como aquele que representa a Lei 100, de 1993, possuem claras linhas de autoridade que permitem o controle da população, por definirem as necessidades e as condições daqueles que

podem ter acesso ao serviço (PEDRAZA, 2000). Em suma, uma tentativa homogeneizante e descaracterizadora, que nega as subjetividades e necessidades particulares da população, excluindo aqueles usuários que não se encaixam dentro do sistema oferecido.

Além da descaracterização dos usuários em sua particularidade, o sistema de saúde na Colômbia tem como agravante o fato de ter privilegiado às EPS, na medida em que elas têm encontrado um nicho de mercado próspero, em detrimento da qualidade da atenção prestada aos usuários, sendo que estes acabam se convertendo em mais um número, em mais ingresso de dinheiro para a empresa em questão.

A insatisfação dos usuários com o sistema de saúde se reflete no número de ações de tutela⁴⁰ por eles instauradas frente à Corte Constitucional, configurando-se como o segundo direito mais invocado pela população colombiana (Defensoria do Povo, 2013). No entanto, essas ações são interpostas devido a que as EPS demoram a emitir as autorizações para a consulta com especialistas e para os procedimentos, além de apresentar deficiências na entrega dos medicamentos. As tutelas ocorrem especialmente para aqueles usuários com doenças graves como o câncer, em que o tempo de espera pode comprometer sensivelmente a saúde do usuário.

Segundo dados da Defensoria do Povo (2013), o número de tutelas tem aumentado a cada ano, sendo que, em 2013, foram interpostas 115.147 delas. A mesma entidade informa que, entre 2003 e 2011, mais de 50% das ações de tutelas interpostas pelos usuários requeriam o atendimento contemplado no marco do Plano Obrigatório de Saúde (POS). E pior ainda, entre a população do regime subsidiado, ao que são afiliados os mais vulneráveis e pobres do país, havia 70% de ações motivadas pela falta de prestação dos serviços contemplados pelo POS.

Além das tutelas, há muitas outras reclamações por insatisfação quanto aos serviços prestados, pois, segundo a Superintendência Nacional de Saúde, só em 2013 foram prestadas 261.395 queixas. A

⁴⁰ A ação de tutela é um mecanismo judicial que objetiva proteger os direitos constitucionais fundamentais dos colombianos, quando se encontrem vulneráveis ou ameaçados por ação ou omissão de qualquer autoridade pública. É a última instância a se recorrer quando outros recursos não apresentam uma solução favorável à situação que desencadeou a tutela. Sua implementação obriga a parte infratora a cumprir suas obrigações para com o cidadão requerente.

ineficiência do sistema é sintetizada em um comentário corriqueiro da população que seguidamente manifesta que, no solo colombiano, as pessoas “não têm direito a adoecer”.

Esse panorama ilustra a desigualdade social que o sistema produz em termos de acesso à saúde, e nos permite uma ideia de como a saúde dos colombianos tem sido impactada negativamente. Segundo Echeverry (2013), a precariedade do sistema se traduz na falta de resolução das necessidades sanitárias das pessoas, no aumento de mortes evitáveis, no retrocesso de indicadores da saúde pública, na prevalência de doenças transmissíveis e imunopreviníveis, entre outras.

Esses dados mostram que o sistema de saúde na Colômbia está em crise e que precisa ser revisto não só em termos estruturais, mas também à luz dos princípios de pluralismo e multiculturalidade, constitucionalmente reconhecidos, pois, como nos lembra Pedraza (2000), ao deixar de fora os fatores socioculturais associados à saúde e à doença, limita-se o impacto social e as possibilidades de transformação tanto no nível das políticas quanto nas práticas de saúde.

A falta de um sistema oficial de saúde que propicie melhores condições de atendimento, torna-se, neste caso, um fator estrutural (FARMER,1999) que impacta negativamente na saúde dos timbianos e dos colombianos, em geral, pois sua atuação contribui para estabelecer níveis sumamente significativos de desigualdade. Entendemos, então, que para pensar na possibilidade de superar uma boa parte dessas necessidades na área da saúde, seria preciso reformular o sistema para que ele se tornasse mais acessível e de melhor qualidade.

É importante considerar também que, apesar das possíveis reformas que poderiam (e deveriam) ser aplicadas ao sistema, observamos que existem outros fatores estruturais que afetam a saúde em nível nacional e que, embora devessem ser considerados no planejamento oficial de atenção à saúde, possivelmente precisariam de intervenções e olhares mais amplos do que aquele oferecido pela biomedicina. Essencialmente, fazemos referência à violência que historicamente tem impactado a população colombiana.

4.3 A Violência estrutural na Colômbia: reflexões para pensar a saúde dos cidadãos

Tal e como colocado ao início desta dissertação, seguimos aqui o conceito de “violência estrutural” proposto por Farmer (1999, 2004). Dissemos também que esse conceito é importante para pensar o município de Timbó, uma vez que sua história cronológica (detalhada

no Capítulo I) liga-se a diversos eventos violentos que se reproduzem e que são parte do cotidiano da população.

No caso de Seu Fernando, por exemplo, vimos que sua família relaciona a sua doença aos episódios de violência aos quais fora exposto ao longo da vida. A doença do casal Adriana e Carlos também havia sido causada pela violência, pela decisão externa de alguém para causar o mal. No cotidiano das famílias colombianas, a violência tornou-se mais um dos agravos de saúde física e social, e poderíamos dizer que toda família do país já se viu afetada pelos impactos da violência na saúde ou na vida de algum de seus membros. As narrativas sobre violência, estado de saúde e morte são constantes e contínuas em famílias de todos os níveis econômicos e sociais, e essa aparente generalização toma forma quando, dentro da saúde pública do país, a primeira causa de morte externa na Colômbia, desde a década de 1990, tem sido a violência (RIBAS, 2000; AGUDELO, 2000). Essa violência, classificada de maneira genérica, refere-se a assassinatos, acidentes de trânsito, etc. As estatísticas mostram um panorama complexo: 80% dos homens entre 18 e 44 anos de idade que morrem no país são assassinados (MEDICINA LEGAL, 2013).

A relação da Violência com os perfis epidemiológicos na Colômbia não é traçada tão claramente quanto os índices de mortalidade, embora, como nos chama a atenção Agudelo (2000), a psicologia, e inclusive a psiquiatria, nas últimas décadas, tenha tentado estabelecer um forte núcleo de ação em populações das mais variadas condições sociais e econômicas para tratar de assuntos que relacionem saúde mental e violência física de vários tipos. Ao observarmos esse panorama, vemos que a violência no país é uma epidemia e que constitui o principal problema da saúde pública (RIBAS, 2000; AGUDELO, 2000), refletindo-se nos índices de mortalidade, de dor, enfermidade, qualidade de vida e nos custos econômicos para a sociedade e a área da saúde (AGUDELO, 2000, p.96).

Diagnosticar a violência como um problema que afeta a saúde dos colombianos, em grande escala, é um primeiro e importante passo, mas esse reconhecimento precisa vir acompanhado de vontade política para a execução de ações em saúde, pertinentes para atender aquelas pessoas expostas aos diversos tipos de violência. No entanto, se considerarmos o panorama apresentado anteriormente, precisaremos repensar os fundamentos do sistema de saúde para que este contribua efetivamente para enfrentar e atenuar a violência, e não gerá-la, como o faz em muitos casos.

Agudelo (2000) propõe que, para superar essa dificuldade, os currículos dos cursos de Ciências da Saúde devem ampliar a visão do profissional a parcelas extensas da realidade do país, pois seu olhar centrado no indivíduo, desligado do contexto onde se desenvolve, fraciona o olhar dos profissionais da saúde e limita a sua possibilidade de ação. Ele também chama a atenção sobre a necessidade de cuidar para não “medicalizar” a violência, isto é, reduzi-la à lógica do bionatural, e de pretender enfrentá-la com os recursos e práticas tradicionalmente aplicados pelos diferentes profissionais da saúde.

Mas além de assinalar o fato de que a violência tem ganhado destaque dentro da saúde pública do país por conta de seu impacto nos números que compõem as estatísticas sobre morbidade e mortalidade, ou de voltar à discussão sobre a ineficiência do sistema de saúde colombiano, a “aparição” da violência como uma ameaça à saúde e ao bem-estar da população, em geral, traz consigo uma série de estratégias através das quais as pessoas procuram prevenir e curar as sequelas do conflito em suas vidas.

Como menciona Carlos Alberto Uribe (2003), o conflito social permanente em que a Colômbia está submersa criou um cenário privilegiado para o “bruxesco”, fortalecendo a relação entre magia, bruxaria, conflito e saúde. Essa relação, que não é nova, mas que se arrasta por décadas, é retratada com certa frequência nos jornais, na literatura nacional, e incluso, nos últimos anos, nas novelas que o país produz, transmitidas em nível nacional e internacional. Assim, histórias de bruxas e sua relação com políticos locais, a relação entre sicários e o catolicismo, entre guerrilheiros e paramilitares com encantamentos, rezas, feitiços, pactos com o diabo, etc⁴¹, fazem parte do repertório ao qual o colombiano tem acesso quando questionado sobre a relação entre violência, saúde e bem-estar.

A violência acaba, então, tornando-se mais um dos mal-estares que o cidadão comum encontra-se exposto, e por isso que ele está continuamente à procura de formas de autoatenção que lhe permitam atender a essa necessidade: para as crianças, amuletos para não sofrerem

⁴¹ Algumas obras importantes da literatura nacional que giram em torno do assunto são: SALAZAR, Alonso. *No nacimos pa'semilla*. Bogotá: Corporación Región y Cinep, 1990, e *La parábola de Pablo. Auge y caída del gran capo del narcotráfico*. Bogotá: Editorial Planeta, 2001; VALLEJO, Fernando. *La Virgen de los sicarios*. Bogotá: Editorial Santillana, 1994; FRANCO, Jorge. *Rosario Tijeras*. Editorial Norma S.A., 1999, entre outras.

mau-olhado; para a proteção dos adultos, escapulários unguídos em água ou óleos bentos; para o cuidado da vida em momentos de perigo, a evocação de orações específicas; para sair ileso do conflito armado, a inserção de elementos no corpo. Em suma, “fechamentos do corpo”, rezas, bençãos, “limpezas”, banhos, tornam-se práticas comuns para atender a essa demanda de proteção da própria vida e saúde.

Novamente, o que a violência traz para este trabalho é uma diversidade importante e muito interessante de práticas associadas à atenção à saúde, que provêm dos mais diversos modelos. Mas além de fazer referência a toda essa diversidade, acaba nos levando de volta a um dos assuntos mais reiterados nesta dissertação, isto é, a ideia de que a saúde e o bem-estar, tal como percebido pelo colombiano, é bem mais ampla e complexa do que aquela proposta pela biomedicina, ou inclusive, por outros modelos de atenção que coexistem no país. E para que as reformas necessárias ao sistema de saúde do país fossem realizadas, seria pretensioso pensar que o sistema oficial poderia dar conta dos problemas de saúde dos colombianos, de maneira ampla.

4.4. A saúde além da biomedicina: saúde e bem-estar como conceitos múltiplos

No percurso desta dissertação, e através das narrativas dos moradores de Timbío acerca da saúde, tivemos a possibilidade de observar de que ali existe uma variedade de práticas de autoatenção que obedecem a diferentes modelos. Neste sentido, o município apresenta, efetivamente, um contexto de intermedicalidade, o qual é acionado através das práticas dos “pacientes”. E assim como Menéndez (2003) menciona, essas práticas são relativamente autônomas, pois nem sempre incluem um especialista dentro do processo de adoecimento e restabelecimento da saúde.

Entretanto, através dessas práticas, observamos também que existe uma diversidade importante de especialistas que, ao entrarem de maneira efetiva no processo de adoecimento e cura, complexificam e enriquecem a discussão sobre o binômio saúde/doença na região. Diferentes conceitos, diagnósticos, práticas e discursos são trazidos à tona, e uma disputa pela legitimidade entre os diferentes modelos de atenção existentes na região, às vezes mais sutil, às vezes mais explícita, entra em cena, levando-nos a refletir não somente sobre os conceitos colocados, mas como são colocados, estipulados e, inclusive, impostos ao “paciente”, o qual, por sua vez, entra em um processo de contínua

releitura de sintomas e diagnósticos, em concordância com a evolução ou não de seu problema de saúde.

Neste sentido, os itinerários terapêuticos apresentados demonstram que, independente de terem sido diagnosticadas por um ou mais modelos de atenção em Timbío, os “pacientes” e seu núcleo familiar conseguem explicar as causas e os efeitos de suas doenças, fazendo uso de concepções que podem criar distâncias significativas frente àquelas oferecidas pelos especialistas que consultam.

O leque de possibilidades que contribuem para a ideia de uma boa saúde, de doença e mal estar, desfazem os limites do biológico, deslocando-se para uma série de fatores associados ao contexto social da população: violência, bruxaria, excessos (de trabalho, de consumo de determinados alimentos ou substâncias, entre outros). Isso nos demonstra que, efetivamente, o conceito de saúde e bem-estar dessas pessoas é plural e dinâmico, estando longe de encaixar perfeitamente dentro de um único modelo de atenção à saúde, considerando os que existem na localidade, e mais ainda, no país.

Sem tentar minimizar a problemática do acesso aos serviços de saúde pública do país, e sem negar a necessidade iminente de uma reforma que permita prestar um serviço mais adequado aos colombianos, é importante ressaltar que essa possível reforma, e seus posteriores frutos, dificilmente terá as condições necessárias para atender aos problemas de saúde da população se continuarmos a pensar que, para ela, a saúde e o bem-estar são um conceito dinâmico que pode abranger as mais diversas necessidades. Seria interessante que as políticas de saúde pública do país pluralizassem sua visão sobre a saúde e a doença, tentando abranger uma maior quantidade de problemáticas que afetam a seus cidadãos, mas fica evidente que, ante a complexidade e diversidade de problemas existentes, sempre foi e será necessária a existência de diferentes especialistas em saúde, de seus saberes e práticas, para estimular os processos de cura na Colômbia.

Como menciona Press (1961), a heterogeneidade dos curandeiros sugere também a existência de uma população igualmente heterogênea em suas necessidades. A população de Timbío reflete, em pequena escala, a imensa complexidade da sociedade colombiana, de modo que a grande procura por curandeiros, bruxos, *yerbateros* e *sobanderos* é um sintoma das múltiplas necessidades em saúde que a população manifesta e que não pode ser resolvido, única ou exclusivamente, pela medicina oficial.

5. BIBLIOGRAFIA

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TIMBÍO. 2012. Estudio – Análisis de la situación de Salud en Timbío Cauca 2012 -2015. Timbío, Cauca.

ANAYA, Fredy O. 2009. Municipio de Timbío. Monografía compilada.

ÁNGEL, Marta. 2009. Popayán: la unidad de lo diverso. Territorio, población y poblamiento en la provincia de Popayán, Siglo XVIII. Ediciones Universidad de los Andes, Bogotá.

ARROYO, Jaime. 1955. Historia de la Gobernación de Popayán. Tomo II. Imprenta oficial. Popayán.

_____. 1957. De cómo fue poblado el Cauca. In. Revista de la Universidad del Cauca, vol. XXII. Popayán.

AYALA, Jhorland. 2014. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. Banco de la República de Colombia.

BARAJAS, Cristina. 2000. Sentir Verano: significaciones de la enfermedad y su curación en los Andes colombianos. Centro Editorial Javeriano (CEJA), Bogotá.

BERTALANFFY, Ludwin Von. 1986. Teoría general de los sistemas. F.C.E., Buenos Aires.

CASTRO, Germán. 2000. La bruja: Coca, política y demonio. Editorial Planeta. Bogotá.

COLMENARES, German. 1973. Historia económica y social de Colombia 1537-1719. Universidad del Valle, Colombia.

CRUZ, Mayra A. 2010. Re-viviendo la identidad más allá de una conciencia histórica, un proceso político. Experiencia etnográfica en la escuela José Elías Trochéz, cabildo kitek kiwe en Timbío – Cauca. Monografía de grado. Antropología. Universidad del Cauca, Colombia.

CUEVAS, Héctor M. 2005. La república de indios. Un acercamiento a las encomiendas, mitas, pueblos de indios y relaciones interstamentales en Cali. Siglo XVII. Banco de la República, Biblioteca Luis Angel Arango, Cali, Colombia.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). 2005. Boletín: Censo General 2005, perfil Timbío – Cauca.

DOVER, Robert; PUERTA, Claudia. 2008. El derecho a la salud: La participación en el régimen subsidiado. La Carreta Editores. Universidad de Antioquia, Medellín.

DIEHL, Eliana. 2001. Entendimentos, prácticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingang (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil). Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

FARMER, Paul. 1999. Infections and Inequalities: The Modern Plagues. Berkeley: University of California Press.

_____. 2004. An anthropology of structure Violence. In. Current Anthropology, vol.45, nº 3.

FOLLER, M, L. 2004. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In. LANGDON, E, J.; GARNELO, L. (Orgs.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. ContraCapa: ABA, p. 129-148. Rio de Janeiro.

GUTIERREZ, Rufino. 1921. Monografías. Tomo II. Bogotá, Imprensa Nacional.

GUTIERREZ de Pineda, Virginia. 1961. La medicina popular en Colombia: Razones de su arraigo. Monografías sociológicas, nº 8. Universidad Nacional de Colombia.

_____. 1985. Medicina Tradicional de Colombia. Vol. I: El Triple Legado. Universidad Nacional de Colombia. Editorial Presencia, Bogotá.

_____. 1985. Medicina Tradicional de Colombia. Vol. II: Magia, Religión y Curanderismo. Universidad Nacional de Colombia. Editorial Presencia, Bogotá.

GREENE, Shane. 1998. The Shaman's needle: development, shamanic agency and intermediality in Aguaruna Lands, Perú. *American Ethnologist*. Washington D.C, v.25, n° 4, p.634-658.

KLEINMAN, Arthur. 1973. Concepts and a model for the comparison of medical systems as a cultural systems. In. *Social Science and Medicine*, n° 12, p. 85-93.

LANGDON, Esther Jean. 2003. Cultura e os processos de saúde e doença. In. *Anais do seminário Cultura, Saúde, Doença*.

_____. 2012. Redes xamânicas, curandeirismo e processos interétnicos: uma análise comparativa. *Mediações, Revista de Ciências Sociais*, v. 17, n° 1, Londrina.

_____. 1994. Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In. COIMBRA, Carlos (Ed.). *Saúde e Povos Indígenas*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

LLANOS, Héctor. 1981. Los cacicazgos de Popayán a la llegada de los españoles. In. *Fundación de Investigaciones Arqueológicas Nacionales*. Banco de la Republica. Bogotá, Colombia.

MEJIA, J.; MEJÍA, J. C. 1950. *Tradiciones y documentos. Apuntes relativos a la historia de Nuestra Señora de las Lajas*. Editorial Pax, Bogotá.

MENÉNDEZ, Eduardo. 1994. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? In. *Alteridades*, 1994, 4 (7), p.71-83.

MENÉNDEZ, Eduardo. 2003. Modelos de atención a los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência e saúde coletiva*, v. 8, nº 1, p. 185-208. Rio de Janeiro.

MOGOLLÓN, Susana; VAZQUÉZ, Maria Luiza. 2008. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cadernos de saúde pública*, vol.24, nº 4. Rio de Janeiro.

MUÑOZ, Rangel José Rómulo. 1941. *Geografía de Timbío*. Editorial Alcaldía de Timbío. Timbío, Cauca.

OLIVEIRA, M. (Org.). Londrina. Ministério da Saúde. Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Ação social/Prefeitura Municipal de Londrina.

PÉREZ, David A. 2011. Arqueología histórica, patrimonio y paisaje en Timbío. Monografía de grado. Antropología. Universidad del Cauca, Colombia.

PORTELA, Sandra Carolina. 2010. Diabetes e Hipertensão arterial entre os indígenas Kaingang da aldeia sede (TIX): práticas de autoatenção em um contexto de intermedialidade. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PINEDA, Bibiana. 2012. Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. *Dossier Odontología y sociedade*, p. 97-108.

PINZÓN, Carlos; GARAY, Gloria. 1997. *Las Nuevas Construcciones Simbólicas en América Latina. Entre lo local y lo global*. Gente Nueva Editorial. Bogotá.

PINZÓN Castaño, Carlos; SUAREZ Prieto, Rosa. 1992. La vida cotidiana, entramado y conflicto. In. *Las Mujeres Lechuza –Historia, cuerpo y brujería en Boyacá*. ICAN. Colombia.

PINZON, Carlos; SUAREZ, Rosa; GARAY, Gloria. 1993. A la búsqueda de nuevas dimensiones de los procesos de conocimiento de

salud y enfermedad. Revista Colombiana de Antropología, Vol. XXX. Bogotá.

PINZON, Carlos; RAMIREZ, Maria Clemencia. 1993. Sibundoy Shamanism and popular culture in Colombia. In: LANGDON, Esther Jean; BAER, Gerhard. Portals of Power: Shamanism in South America, Albuquerque, New Mexico Press.

PRATT, Mary Louise. 1992. Imperial Eyes: travel, writing and transculturation. Routledge. London, New York.

SALAMANCA, Manuel Ernesto. 2007. Violencia Política y Modelos Dinámicos: Un Estudio Sobre el Caso Colombiano. Volumen 9 de Derechos Humanos - Giza Eskubideak. Editorial Alberdania.

UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2008. El departamento del Cauca en cifras: situación social y política. In. Observatorio político, boletín nº5, febrero. Popayán.

URIBE, Carlos Alberto. 2003. Brujería, Magia y Violencia en Colombia. Revista de Estudios Sociales, nº 19, p. 59-73. Universidad de los Andes, Bogotá

URREA, Fernando. 1989. Curanderismo Indígena y antimodernidad en los espacios urbanos del sur occidente colombiano. Boletín Socio Económico, nº 19. Universidad del Valle. Cali, Colombia.

RECURSOS ELETRÓNICOS

Lei 100, de 1993. Disponible en:

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

http://www.eltiempo.com/colombia/cali/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12673506.html