



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

GRADUAÇÃO DE NÍVEL SUPERIOR EM CIÊNCIAS SOCIAIS - ANTROPOLOGIA

JOÃO VICTOR VERAS

FALÊNCIA MÚLTIPLA DE UNIVERSALIDADES

**Representações sociais sobre saúde nas cosmologias biomédica, Yanomae e
Sanöma**

Brasília - DF

2021



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

GRADUAÇÃO DE NÍVEL SUPERIOR EM CIÊNCIAS SOCIAIS - ANTROPOLOGIA

JOÃO VICTOR VERAS

FALÊNCIA MÚLTIPLA DE UNIVERSALIDADES

Representações sociais sobre saúde nas cosmologias biomédica, Yanomae e Sanõma

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Ciências Sociais - Antropologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais - Antropologia.

Orientadora: Professora Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Brasília - DF

2021

JOÃO VICTOR VERAS

FALÊNCIA MÚLTIPLA DE UNIVERSALIDADES

Representações sociais sobre saúde nas cosmologias biomédica, Yanomae e Sanõma

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Ciências Sociais - Antropologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais - Antropologia.

Brasília-DF, 18 de outubro de 2021

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Sílvia Maria Ferreira Guimarães
Orientadora
DAN/UnB

Prof. Dr. Henyo Barreto Trindade
DAN/UnB

Para Maria do Socorro Veras, pelo apoio e afeto desde minha infância até seus últimos dias.

AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas para agradecer ao fim deste momento de minha jornada acadêmica, especialmente tendo em vista que ela, em um primeiro momento, não se iniciou na antropologia. Pelo contrário, meu caminho até a antropologia foi marcado por alguns acasos que me levaram até uma turma noturna de introdução à antropologia, na qual descobri minha paixão, e vocação, pelas ciências sociais.

Assim, começo meus agradecimentos pelo começo acadêmico. Agradeço ao corpo docente do Centro de Excelência em Turismo da Universidade de Brasília, onde iniciei minha graduação em 2016. Em especial, agradeço à professora Tainá Zaneti, por todo o apoio e orientação desde que decidi trocar de graduação e caminhar para a Antropologia, e por acreditar nas minhas propostas de pesquisas no campo social da alimentação.

Passando para meu momento atual, agradeço profundamente ao corpo docente e administrativo do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, por todos os aprendizados e suporte nesses anos de graduação até agora. Agradeço ao Professor Henyo Trindade, por me mostrar que nunca é tarde demais para se descobrir em novas empreitadas acadêmicas e pela constância calma e compreensão frente a coordenação do departamento de antropologia. Agradeço especialmente a minha professora orientadora Sílvia Guimarães, por sempre ouvir com ouvidos amigos minhas ideias, muitas vezes ainda em fases abstratas de concepção, e por me guiar nos caminhos tortuosos da pesquisa acadêmica, me mostrando que esse processo pode ser extremamente prazeroso, apesar dos altos e baixos. Sem ela, este trabalho, nesta linha de pesquisa e formato, não seria possível.

Para além e antes da vida acadêmica, também perco de memória a quantidade de nomes a quem devo agradecimentos. Primeiramente, agradeço a minha mãe, Cristiane Veras, que me ensinou ainda cedo o valor da educação, e a importância de lutar por esta mesmo em condições adversas, sejam elas financeiras ou políticas. Sem ela, este trabalho e o meu eu acadêmico jamais teriam existido.

Obrigado mãe, pelo entendimento, suporte e por acreditar em mim. Agradeço à minha avó, Maria do Socorro; ao meu irmão, Pedro Henrique; e a minha tia, Rita de Cássia; pelo suporte e pelas risadas, até mesmo quando nem tudo era de se fazer rir.

Agradeço também imensamente as pessoas que se tornaram minha segunda família em Brasília, Elvira, Paula e Maria, fundamentais para meu caminho na graduação. Obrigado Elvira, por me acolher, pelo carinho e por me mostrar que perseverança é um dos fundamentos da vida. Obrigado Maria, pela confiança, confidências e risadas. E em especial, obrigado Paula, pelo voto de confiança do acolhimento, pelos afetos e pelos sóbrios conselhos durante a graduação.

Agradeço também às amigas, Camila, Lalesca e Melissa, por me darem leveza na graduação e uma rede de apoio a qual por vezes foi essencial. Obrigado Camila, pela parceria, compreensão, discussões acadêmicas e afetos nesses anos de graduação. Obrigado Melissa, pelas risadas e compreensiva amizade. Obrigado Lalesca, por ser um ponto seguro para qualquer discussão e por acreditar nos meus trabalhos.

Ao fim, agradeço fundamentalmente à Universidade de Brasília e ao ensino superior público brasileiro, onde pude aprender, pesquisar e me desenvolver para muito além do que havia esperado.

“Da mesma forma que cada época, cada sociedade é literalmente confrontada por um certo tipo de doença - a que é mais disseminada e principalmente a que não se consegue dominar - e desenvolve uma certa concepção da etiologia; cada época, cada sociedade responde por uma panaceia, um remédio ou um grupo de remédios que aparecem como, ou são realmente eficazes e fazem as vezes de exemplaridade terapêutica.” (2004, p. 159)

François Laplantine

RESUMO

Esta monografia tem como objeto central analisar questões relacionadas com a estruturação das representações sociais presentes na biomedicina, e a maneira como essa, apesar de uma pretensa proposta de universalidade, possui uma série de fatores limitantes e contradições intrínsecas a si e ao seu funcionamento. Assim, o presente trabalho partiu da premissa que as contradições e limitações presentes no sistema biomédico ficam ainda mais explícitas quando se deparam com outros sistemas de saúde, com propostas divergentes à nível sócio-cosmológico. Nesse sentido, este trabalho também aborda questões de saúde e adoecimento presentes nas cosmologias Sanõma e Yanomae, dois subgrupos da família linguística Yanomami, e a forma como essas divergem das propostas biomédicas, apresentando outras racionalidade e propostas terapêuticas. A pesquisa esmiúça-se em questões relacionadas à estruturação de racionalidades de saúde, corpo-pessoa, alimentação e morte-morrer. Ao fim, os apontamentos finais direcionam-se para a confirmação da premissa inicial deste trabalho e para futuras pesquisas relacionadas à maneira como outras racionalidades biomédicas - divergentes da hegemônica - estão atualmente estruturando-se.

Palavras-chave: saúde; representações sociais; biomedicina; yanomae; sanõma.

ABSTRACT

This monograph has as its central object of investigation the structuring of the social representations present within the biomedicine, and the way in which it, despite an alleged proposal of universality, has a series of limiting factors and contradictions intrinsic to itself and to its functioning. Thus, this research endeavour has been built on the premise that the contradictions and limitations present in the biomedical system are even more explicit when faced with other health systems, with divergent proposals at socio-cosmological levels. In this sense, this study also addresses health matters present in the cosmologies of the Sanöma and Yanomae peoples - two subgroups of the Yanomami linguistics family - and how such matters diverge from biomedical proposals, presenting other rationales and therapeutic approaches. The investigation specifically focuses on issues related to the structuring of health rationalities, body-person, feeding and death and dying processes. Finally, the final notes are directed towards confirming the initial premise of this work and proposing future research efforts related to the way in which other biomedical rationalities - divergent from the hegemonic one - are currently being structured.

Keywords: health; social representations; biomedicine; yanomae; sanöma.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 - A SAÚDE E O CAMPO SOCIAL	16
1.1 OS MODELOS ELEMENTARES DO CAMPO DA SAÚDE	16
1.2 UM BREVE HISTÓRICO DE ESTUDOS ANTROPOLÓGICOS SOBRE SAÚDE, DOENÇA E CURA	23
1.3 O SER CULTURAL BIOMÉDICO	25
1.4 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA RACIONALIDADE BIOMÉDICA	29
1.5 SAÚDE NAS COSMOLOGIAS SANÖMA E YANOMAE	31
CAPÍTULO 2 - SAÚDE, CORPO E INDIVÍDUO	39
2.1 INDIVÍDUO, CORPO E PESSOA NA LITERATURA ANTROPOLÓGICA	39
2.2 CORPO E INDIVÍDUO NA BIOMEDICINA	41
2.3 CORPO E CORPORALIDADES NAS COSMOLOGIAS DE SAÚDE YANOMAE E SANÖMA	42
CAPÍTULO 3 - ALIMENTAÇÃO E SAÚDE	48
3.1 ALIMENTAÇÃO NA RACIONALIDADE BIOMÉDICA	48
3.2 A ALIMENTAÇÃO NAS COSMOLOGIAS DE SAÚDE SANÖMA E YANOMAE	53
CAPÍTULO 04 - A MORTE E O MORRER COMO PARTE DA SAÚDE	56
4.1 MORTE E MORRER NO HORIZONTE DOS ESTUDOS SOBRE SAÚDE	56
4.2 MORTE E MORRER NA BIOMEDICINA	58
4.3 SAÚDE, MORTE E MORRER ENTRE OS SANÖMA E OS YANOMAE	61
4.4 SAÚDE, MORTE E MORRER NA PANDEMIA DA COVID-19	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	72

INTRODUÇÃO

A antropologia da saúde e suas inquietações formam um interessante mosaico de estudos. Seguindo das terapêuticas medicamentosas até inquietações a respeito da morte e da alimentação, pode-se encontrar dentro do escopo dos estudos antropológicos vinculados à saúde uma enorme diversidade de temas. Assim, pode-se assumir que um estudo antropológico em saúde que se proponha a um foco mais integrativo precisa, necessariamente, levar em consideração os diversos campos, além do biológico, que também formam o campo “saúde”.

Nesse sentido, um dos conceitos fundamentais que embasou esta pesquisa e seus campos propostos de estudos foi o conceito de racionalidade médica articulado por Luz (2011). Para além do conceito de racionalidade médica, outros que foram de fundamental sustentação para esta pesquisa - dado seu direcionamento - foram os de modelos elementares de cura e doença (LAPLANTINE, 2004), de processos de adoecimento (MENÉNDEZ, 1994), de processo saúde-doença (MELO, CABRAL & SANTOS JÚNIOR, 2009), de limiares biomédicos em ambientes hospitalares (AREDES & MODESTO, 2016; AREDES 2017; AREDES, GIACOMIN & FIRMO, 2018), de concepções positivistas em saúde (CAMARGO JR, 2007), de corporalidades e saúde (GUIMARÃES, 2005, 2010, 2010, 2015; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008), entre tantos outros abordados em detalhes no decorrer do trabalho. Tais conceitos e teorizações, por sua vez, convergem em indicar que um sistema médico/ de saúde pressupõe diversos campos de representações sociais, cada qual com suas prerrogativas próprias de existência e dinamização social. Ao longo do texto, tais conceitos serão destrinchados.

A motivação para estudar a biomedicina em relação às cosmologias médicas Yanomae e Sanõma, dois subgrupos da família lingüística Yanomami¹, por seu turno,

¹ Ver a discussão sobre as línguas ou dialetos da família lingüística Yanomami no trabalho de Ferreira et al. (2019), o qual apresenta a família lingüística Yanomami dividida em 6 línguas (Yanomae, Yanomami, Sanõma, Ninam, Yaroamë e Yãnoma) e com 16 dialetos. No caso do trabalho de Davi Kopenawa e Bruce Albert (2015), o que apresenta a categoria Yanomami para se referir ao povo do xamã Davi, enfatiza-se que esse povo é definido pelos linguistas como Yanomae e com outras denominações dessa língua como Yanomam, Yanomae, Yanomama ou Yanomami. Vale trazer essa perspectiva para não generalizar-se e homogeneizar-se o povo Yanomami como exclusivamente o povo de Davi Kopenawa. O entendimento de linguistas e etnólogos é que variações lingüísticas refletem variações culturais e vice-versa.

foi baseada na proposta do trabalho de buscar compreender as rupturas teóricas-narrativas vinculadas à biomedicina e à sua racionalidade universalizante quando de frente com outros modos de saúde e racionalidades médicas/ de saúde. Em suma, a biomedicina gerencia uma complexa rede de estruturas teóricas que baseiam a reprodução conceitual da medicina biomédica como universal, ideal e superior (CAMARGO JR., 2005). Ainda, a respeito de como a biomedicina lida com outras propostas terapêuticas ou racionalidades médicas, é importante refletir como essa primeira tende a encaminhar-se para um processo de prescrição objetiva do que deve ser seguido, técnica e culturalmente, com vista às melhores práticas de cura. De certo, por vezes a biomedicina parece não perceber sua própria carga cultural, como se fosse a cumulação máxima de objetividades práticas e científicas.

Com isso em vista, nesta pesquisa tem-se como hipótese que a biomedicina - conforme Camargo Jr. (2005) - possui intrínseca a si própria diversas contradições auto reprodutivas que rotineiramente são ensinadas como padrões universais mas que, infere-se aqui, somente ficam explícitas quando outros corpos e outras subjetividades divergentes das lógicas biomédicas emergem.

Com isso em vista, e tomando muito do conceito de Roy Wagner (2010) a respeito de sua teoria da invenção das culturas e do que poderíamos denominar de uma espécie de antropologia reversa (MALUF, 2010), toma-se como o outro pólo de investigação, além da biomedicina, os sistemas de saúde presentes nas cosmologias Yanomae e Sanöma. Conforme Wagner (2010), “[...] toda compreensão de uma outra cultura é um experimento com nossa própria cultura.” (p. 41). Nesse sentido, tendo em vista a hipótese desta investigação, é frutífero refletir a maneira como uma melhor compreensão das cosmologias de saúde indígenas e, aqui, especificamente as Yanomae e Sanöma, oferece um campo criativo - em termos wagnerianos - de reflexões a respeito de como a própria biomedicina ocidental opera sua existência e contradições.

Ao abordar o trabalho antropológico enquanto uma invenção cultural de outros e de suas culturas, Wagner (2010) caminha pela tese de que, antropologicamente falando, o caminho investigativo mais ético e cientificamente

fértil seria enveredar pela criação mútua no estudo da cultura, sem considerar apenas percepções e categorias próprias nos estudos culturais com outros. Maluf (2010), por seu turno e grandemente embasada em Wagner (2010), discorre a respeito das férteis possibilidades científicas no campo da antropologia quando tomam-se as posições do “nós” e dos outros enquanto pólos móveis, capazes de mudar concepções mutuamente, e não apenas como pólos fixos de emissor e receptor. Assim, com vista a explicitar as contradições e funcionamentos próprios do campo social biomédico em face das representações sociais de saúde Sanõma e Yanomae, muito das concepções teórico-metodológicas de Wagner (2010) e Maluf (2010) foram articuladas nesta investigação.

Dessarte, a abordagem desta investigação debruçou-se sobre o tema saúde e biomedicina (e seus relativos específicos trabalhados nos capítulos adiante sobre corpo-pessoa, alimentação e morte) a partir das concepções teórico-metodológicas acima, trazendo para discussão percepções e categorias próprias dos Yanomae e dos Sanõma com vista ao estudo da invenção cultural biomédica a partir da proposta da invenção cultural mútua, em um sentido similar ao que Maluf (2010) aborda como antropologia reversa.

Uma das referências basilares desta pesquisa foi a produção de Bruce Albert e Davi Kopenawa em a *Queda do Céu* (2015), além de detalhadas etnografias e trabalhos de caráter etnográfico a respeito dos Sanõma e dos Yanomae que abordam não somente aspectos de saúde, mas diferentes integralidades de microcosmos das cosmologias de tais povos. Além disso, o enfoque investigativo em componentes sociais da biomedicina, em relação com a diversidade de integralidades cosmológicas dos Sanõma e dos Yanomae relacionadas à área da saúde, baseou-se na intenção de evitar os caminhos de reificação dos povos indígenas, uma armadilha etnocêntrica. Nesse sentido, não se buscou aqui extrair o entendimento de como a saúde/doença funciona em rituais Yanomae/Sanõma, por exemplo, e sim compreender os microcosmos da cosmologia de saúde destes povos, em conjunto com suas ideias gerais de estruturação social.

Entende-se que pesquisas encaminhadas por caminhos parecidos com a desta correm o perigo de tentar estudar analogamente realidades diferentes procurando por similaridades congruentes, tentando transformar tudo em “estrutura”, nas palavras de Wagner (2010). Contudo, não há aqui uma pretensa proposta de dissecação das estruturas de saúde que operam na cosmologia Yanomae e Sanöma com vista há uma comparação hierárquica destas frente às estruturas próprias da biomedicina ou vice-versa, mas sim um estudo integralizado de como as diferentes cosmologias de saúde e racionalidades médicas aqui investigadas agenciam diferentes representações sociais em suas relações terapêuticas e em diferentes campos diretamente conectados com a da saúde (corpo, alimentação e morte). Uma investigação comparativa de apontamentos de congruências e incongruências no contexto delimitativo desta pesquisa seria essencialmente encaixar os contextos culturais Yanomae e Sanöma dentro das prerrogativas da biomedicina e, conforme Wagner (2010), “enquanto nossa invenção de outras culturas não puder reproduzir, ao menos em princípio, o modo como essas culturas inventam a si mesmas, a antropologia não se ajustará a sua base mediadora e aos seus objetivos professos” (p. 66).

Concluída a apresentação teórico-metodológica deste estudo, faz-se necessário localizar etnologicamente os Sanöma e os Yanomae. Ao todo, estes grupos fazem parte do que comumente a etnologia denomina enquanto os Yanomami, um complexo socio-cosmológico com variações no modo de ser Yanomami (GUIMARÃES, 2005; RAMALHO, 2008). Para os fins desta pesquisa, ao abordar as questões tangentes das representações sociais Yanomami em torno de saúde, estará sempre referindo-se especificamente aos subgrupos Yanomae e Sanöma.

Em termos geográficos, os Yanomae localizam-se ao norte amazônico, e muito das concepções sociais de saúde deste povo aqui abordadas referem-se ao localizados na aldeia Watoriki, na região do Demini. Os Sanöma, por sua vez:

Estão localizados nos dois lados da fronteira entre Brasil e Venezuela. No lado brasileiro, os Sanumá são, aproximadamente, 1500 pessoas, distribuídas por 28 comunidades (fonte ong URIHI –Saúde Yanomami, 2003) e na Venezuela, cerca de 2900 (fonte

Aqui debruçou-se sobre a cosmologia e questões sociais de saúde do grupo Sanöma “[...] localizado nas margens do rio Auaris, afluente do rio Branco, localizado na margem direita do rio Negro [...] formado por 214 pessoas, divididas em cinco grupos agnáticos relacionados entre si por consanguinidade e afinidade” (GUIMARÃES, 2010, p. 112). No caso dos Yanomae, uma das principais referências aqui utilizadas refere-se à comunidade da liderança e xamã Davi Kopenawa, o qual vive no Demini e que contou com a grande presença xamânica do seu sogro em seu processo formativo como xamã.

Resta, ainda, refletir sobre os campos específicos aos quais a pesquisa debruçou-se dentro da grande área “saúde” ou “racionalidade médica”. Conforme mencionado anteriormente, um estudo antropológico integrativo da saúde e das medicinas precisa necessariamente levar em consideração os diversos campos constitutivos das cosmologias e racionalidades médicas e de saúde. Assim, aqui optou-se por basear as reflexões em torno dos campos de corpo/pessoa, da alimentação e do morrer pois considerou-se, baseado em um intenso levantamento bibliográfico², que tais conceitos/campos desempenham papéis centrais na estruturação do campo saúde-doença e que potencializam análises teóricas de diversas cosmologias médicas e representações sociais de saúde existentes.

Por fim, também é fundamental mencionar que a inesperada e devastadora pandemia da COVID-19 sem dúvidas afetou profundamente os diversos sistemas médicos existentes, trazendo para o nosso cenário uma constante presença do tema da morte e do morrer. De forma alguma seria possível negar que os acontecimentos da pandemia influenciaram a orientação desta pesquisa, que em seus momentos anteriores figurava outros focos e campos, os quais foram alterando-se devido às

² Diversos estudos etnográficos e teóricos embasaram a decisão da pesquisa em focar suas análises específicas nos campos do corpo, da alimentação e do morrer. Análises e discussões a respeito desses campos e suas relações com o macro tema saúde podem ser encontradas, conjuntamente ou separadamente, em BOSI & PRADO, 2011; BUCHILLET, 1991; CAMARGO JR. 2005; CARVALHO, LUZ & PRADO, 2011; ELIAS, 2001; FISCHLER, 1995; GARCIA, 1997; GUIMARÃES, 2010, 2011, 2015; KOPENAWA & ALBERT, 2015; KUBLER-ROSS, 1996; LUZ, 2011; SEEGER, DAMATTA & VIVEIROS DE CASTRO, 1979; VIANA et al, 2017; e VIVEIROS DE CASTRO, 1985.

leituras do autor (exploradas abaixo) e aos acontecimentos que a pandemia infelizmente trouxe, além das questões que a mesma levantou a respeito de saúde, doença, sociabilidade de pessoas doentes e dos próprios sistemas médicos e de saúde em si.

CAPÍTULO 1 - A SAÚDE E O CAMPO SOCIAL

Ao propor um estudo antropológico de questões sociais vinculadas à saúde e, mais especificamente, à biomedicina, é fundamental, antes, estruturar alguns conceitos e teorias em torno de tais campos.

1.1 OS MODELOS ELEMENTARES DO CAMPO DA SAÚDE

A obra de Laplantine (2004), para além de fornecer uma teoria geral da doença, também é uma interessante proposta teórica para se ter uma interpretação sobre o funcionamento das diversas medicinas. Infere-se isto a partir da maneira como o autor constrói sua teoria, frisando que seus modelos representam funcionamentos abstratos e gerais, em outros termos, modelos ideais de análise. Nesse sentido, tais modelos podem fornecer uma base teórica para os fins do presente trabalho. Apesar disso, é importante ressaltar algumas limitações que se impuseram durante o uso da obra de Laplantine (2004).

O autor, em suas articulações teóricas dos modelos médicos, engloba muitas vezes em suas reflexões pressupostos/exemplos da psicanálise e da psicologia. Contudo, para os fins deste trabalho não foram enfocadas tais reflexões teóricas específicas. Esta delimitação voluntária de embasamento, por sua vez, não prejudica a qualidade do que está sendo aqui apresentado uma vez que a partir desses enfoques de Laplantine (2004) emergiram reflexões complementares com vista aos campos médicos psiquiátricos, e não questões fundamentais na teorização dos modelos médicos/de saúde apresentados pelo autor.

Conforme Laplantine (2004)

[...] a doença e a saúde não são mais que fatos “objetivos”, pois são comandadas por julgamentos de valor (a saúde chega a ser o protótipo de todo valor, se acreditarmos na etimologia da palavra valor, que vem de valere: estar bem) e não existe valor sem referência, implícita ou explícita, ao social. Estar doente, estar bem de saúde são noções que transbordam de significações (econômicas, políticas, morais, religiosas, existenciais), mas toda sociedade opta por uma certa idéia de normalidade que é necessariamente acompanhada por uma capacidade normativa e, para alguns, por uma normalização de comportamentos. (p. 102)

Essa concepção do autor por si só já coloca em voga uma série de concepções relacionadas a biomedicina e a sua pretensa universalidade e positivismo, em conformidade com Camargo Jr. (2005), como discutido na próxima seção. Prosseguindo com os modelos de Laplantine (2004), este denomina sua obra enquanto uma antropologia da saúde, e define oito modelos elementares da doença e oito modelos elementares da cura. Articulou-se aqui tais modelos não enquanto específicos da doença ou da saúde, mas enquanto pólos possíveis dentro do campo social da saúde e das medicinas. Ainda, é fundamental destacar que, apesar de Laplantine (2004) apresentar seus modelos em dualidades, em nenhum momento o autor propõe que esses apresentem-se dessa forma, até mesmo por serem modelos ideias, da mesma forma que o conceito de racionalidade médica de Luz (2011) o é. Mais ainda, o autor frisa que ao se aproximarem da realidade prática das diferentes medicinas tais modelos empalidecem-se, mesclando-se, sobrepondo-se e relacionando-se.

Dito isto, concorda-se aqui com a perspectiva de Tavares (2017) sobre como “[...] os modelos ancorados em dicotomias e classificações que apressadamente delimitam conceitos como corpo, sujeito e experiência pouco auxiliam na investigação das mediações mobilizadas nas experimentações terapêuticas” (p. 202). Ainda, conforme a autora

Na medida em que os modelos explicativos fundamentam-se na busca de significados, considerando-os como subjacentes à experiência social, esses modelos não podem captar de forma adequada as elaborações de sentido que são processadas nos contextos, sempre marcados pela intencionalidade, circunstancialidade e dialogia. A explicação deve, assim, ser considerada como um segundo momento que só ocorre quando a abordagem compreensiva se processou. (TAVARES, 2017, p. 213)

Entende-se que a concepção da autora sobre questões relativas aos modelos explicativos é focada nos micro-processos sociais subjetivos do processo saúde-doença. Apesar do valor dessa abordagem investigativa, é importante salientar também o valor de análises mais macro-sociais, não com vista a retornar a ultrapassadas dicotomias, mas com vista a de fato compreender o sistema

biomédico e sua hegemonia no seu próprio campo cosmológico de agenciamentos e em relação a outros. Ainda, entende-se que tal proposta vai ao encontro com a defesa de Tavares (2017) de que é necessário superar os modelos dicotômicos enquanto fins e caminhar-se rumo a abordagens mais compreensivas. Com isso em vista, não se pretendeu aqui desqualificar o impacto das experiências de atores de saúde no agenciamento da biomedicina, mas sim focar as reflexões nos campos mais amplos da cosmologia que historicamente vem construindo e orientando a biomedicina.

Retornando a Laplantine (2004), os modelos elementares de saúde relacionados ao campo da doença seriam: os modelos ontológico e relacional, os modelo endógeno e exógeno, os modelos aditivo subtrativo e os modelos maléfico e benéfico. Por seu turno, os modelos elementares de saúde relacionados ao campo da cura seriam: os modelos alopático e homeopático, os modelos aditivo e subtrativo, os modelos exorcista e adorcista e os modelos sedativo e excitativo. Explico a seguir.

Começando pelos modelos relacionados ao campo da doença, Laplantine (2004) tece que no campo da medicina etiológica, consegue-se distinguir claramente entre dois modelos operacionais: as medicinas com foco na enfermidade (guiadas por um modelo ontológico), e as medicinas focadas na pessoa doente, as quais seguem uma lógica embasada num sistema relacional e em âmbitos para além da doença em si. O **modelo ontológico** engloba a ontologia médica “erudita” do ocidente, a medicina das lesões (focada essencialmente no aparecimento de sintomas no corpo por uma lesão) e a medicina das especificidades (onde o agente causador da doença tem sempre um causa precisa passível de ser identificada). É interessante notar a forma como no modelo médico ontológico a doença sempre se caracteriza enquanto um objeto isolável da totalidade da pessoa, nesse sentido, opera aqui uma objetivação do objeto de estudo da medicina a partir do modelo ontológico.

O **modelo relacional**, por sua vez, não opera na caracterização da doença pela doença, mas como essa representa um desequilíbrio, um estado de desarranjo

em relação a outro estado de harmonia (LAPLANTINE, 2004). Assim, “[...] a doença como alteridade é substituída pela doença como alteração” (LAPLANTINE, 2004, p. 59). Dentro do modelo relacional, apresentam-se três concepções de doenças: (I) a doença como ruptura do homem com seu estado de equilíbrio, (II) a doença como desarranjo entre o microcosmo (o indivíduo) e o macrocosmos (seu ambiente) e (III) doença como desequilíbrio entre o indivíduo e seu meio social. Neste terceiro ponto, o meio social pode caracterizar-se como magia, regras religiosas, ritos aos antepassados, etc.

O **modelo exógeno** explica que a causa de uma determinada enfermidade encontra-se por excelência em um agente externo, que pode assumir um caráter naturalista (vírus, bactéria, etc) ou um caráter de cunho social (um feiticeiro, um gênio, etc). Laplantine (2004) coloca o alimento como um ator por excelência do campo naturalista, devido às características físicas e químicas que este pode carregar. Ainda, o autor põe a maneira como normalmente os alimentos são classificados entre bons e maus, o que vai de acordo com a interpretação exógena de determinados agentes externos como os causadores de determinadas enfermidades. Essa perspectiva de classificação alimentar em relação aos possíveis impactos na saúde também é muito comentada por Fischler (1995) em suas teorizações em torno do paradoxo do onívoro, apesar do autor focar-se majoritariamente em aspectos classificatórios sociais dos alimentos sobre o corpo, não necessariamente sempre atrelados a questões do campo da saúde. O modelo exógeno se baseia em uma contradição entre dois pólos, um inerentemente bom que, por má sorte ou ataque, acaba ferido e prejudicado por algum agente externo, o qual é inerentemente mal e tenta destruir o organismo bom primeiramente mencionado (LAPLANTINE, 2004).

No **modelo endógeno**, pelo contrário, a enfermidade é gerada no interior dos indivíduos, e não mais por agentes externos. Tem-se algumas doenças por excelência consideradas como integrantes do modelo endógeno, como a diabetes, as alergias, os problemas hormonais, o câncer e a depressão. Com o modelo endógeno o indivíduo, de grosso modo, emerge como o causador de sua própria

patologia, mesmo que esse processo possa envolver alguma reação de algo tido como exógeno ou predisposições. (LAPLANTINE, 2004)

As duas grandes variações do modelo endógeno, por sua vez, seriam a variante genética e a variação psicológica (do psicológico para o orgânico, e não o inverso), sendo esta última aceita com muitas ressalvas no meio biomédico. Nesse enquadramento, é importante frisar como essas duas variantes propulsionam reação diferentes, enquanto na variação genética existe uma espécie de aceitação da doença como obra do acaso e de forças anteriores ou indivíduo (ascendentes), na variação psicológica é possível perceber que o reconhecimento da geração da doença também pode vir acompanhado de um certo sentimento de culpabilidade da pessoa enferma. (LAPLANTINE, 2004)

No **modelo aditivo**, a enfermidade é necessariamente uma adição positiva de algum agente, seja ele do âmbito orgânico biológico ou do âmbito social/cultural. No **modelo subtrativo**, a doença é consequência de algo que escapa do indivíduo (ex.: desmaio), onde a cura é o reencontro dessa parte que falta, seja ela orgânica ou algo de caráter mais social. No modelo aditivo a doença, enquanto gerada externamente e “adicionada” ao indivíduo, contradiz concepções endógenas de enfermidade e das capacidade individuais de gerar tais doenças. Dessa maneira, no modelo aditivo não se está “doente”, mas sim COM uma doença. (LAPLANTINE, 2004)

Por fim, os dois últimos modelos elementares da saúde relacionados com o campo da doença seriam os modelos benéfico e maléfico. O **modelo maléfico** é, por excelência, operacionalizado na biomedicina e atribui à doença uma significação plenamente negativa e privadora. Isso, por sua vez, acarreta também consequências ao doente, que passa por um processo de desvalorização. A doença, assim, atua também enquanto uma desvalorização social. (LAPLANTINE, 2004; CAMARGO Jr. 2005)

No **modelo benéfico**, no que tange a doença, essa possui uma ambivalência e, nesse sentido, apesar de poder apresentar sintomas maléficos, constitui também processos que podem ser categorizados em um campo benéfico, como

auto-conhecimento e o processo da doença-cura, por exemplo. Doença-cura seria um denominador para doenças onde sintomas de reação do corpo visam um estado posterior de equilíbrio (ex.: vomitar para se livrar de toxinas de um alimento) ou até mesmo terapêuticas que deixam o paciente “mais doente” - em termos exógenos e visíveis - com vista a tratá-lo definitivamente (ex.: quimioterapia). (LAPLANTINE, 2004)

Antes de adentrar nos próximos modelos, é importante frisar que a relação lógica de causa etiológica das doenças X terapêuticas de cura aparece com frequência nos modelos médicos mencionados anteriormente. Nessa lógica a causa etiológica de uma doença no modelo exógeno, por exemplo, exigiria como prática de cura uma terapêutica exógena também. Contudo, esse padrão lógico está distante de ser uma máxima na prática médica, exemplo disso encontra-se nos casos em que médicos/agentes de cura operam tratamentos mesmo antes de saber ao certo as causas da doença, visando antes aliviar seus sintomas. (LAPLANTINE, 2004)

Agora, caminhando-se para formas elementares da cura dentro da área da saúde, Laplantine (2004) também definiu e sistematizou para estas quatro pares de modelos teóricos contrastantes entre si, em conformidade com os modelos abordados anteriormente. No **modelo de cura alopático**, tem-se uma perspectiva de ataque à doença visando sua eliminação, com base em agentes terapêuticos contrários à base do agente patogênico. Nesse modelo, também é importante ressaltar que tais agentes terapêuticos, em vias de curar a enfermidade, podem causar certas “agressões” paralelas ao corpo com vista a uma cura final. No modelo **homeopático**, por sua vez, a cura/terapêutica não se baseia em atacar o agente patógeno com seu oposto, mas em agir sobre a doença com doses terapêuticas da mesma natureza que o causador da doença. (LAPLANTINE, 2004)

O **modelo de cura subtrativo** envolve alguma terapêutica, alopática ou homeopática, que leva o corpo do paciente ao processo de expelir algo. Pode-se encontrar relação com esse modelo nas cirurgias biomédicas que envolvem a retirada de algo do corpo - ou até mesmo de um órgão - e nas cirurgias espirituais/religiosas também. Nesse modelo, a doença é vista como um mau em

excesso presente no corpo. Por outro lado, no **modelo aditivo** quer-se fortalecer algo que falta no paciente, no corpo, não retirar. Exemplo desse modelo na biomedicina seria usar uma determinada dieta para sobrepor alguma carência nutricional de um paciente, ou até mesmo a prescrição de complexos vitamínicos para paciente com deficiência destas. (LAPLANTINE, 2004))

O **modelo exorcista** vincula-se a um enfrentamento direto da doença, visando eliminá-la e retirá-la. Nesse sentido, vê-se grandes possibilidades de relação entre o modelo exorcista e o modelo alopático. Contudo, é importante considerar que nem sempre no modelo alopático a cura vem da retirada (subtração), mas por vezes também se tem procedimentos que visam dar ao paciente algo que falta. No **modelo adorcista**, por sua vez, o próprio construto de doença tal qual entendido no conceito biomédico é posto em voga. Neste o foco não é livrar-se da doença ou de um agente patogênico, mas doença é vista como algo com o qual se viver, até mesmo a se celebrar em alguns casos, não representando, assim, um mal absoluto. Em certa medida, também pode-se relacionar o modelo adorcista com o modelo homeopático, quando este último encara que a doença em si também pode fornecer os meios e indicações para a cura da enfermidade. (LAPLANTINE, 2004)

O **modelo sedativo** baseia-se na tentativa de reduzir/aliviar alguma reação do corpo que está em demasia e que é vinculada a um agente patogênico ou que perdura mesmo após o fim de uma doença. Como exemplo desse modelo pode-se mencionar os calmantes, emolientes, anti-alérgicos etc. Em contraste, o **modelo excitativo** baseia-se na excitação, intensificação, de alguma resposta corporal em relação a algo. Como exemplo desse modelo pode-se mencionar medicamentos de impulsionamento da função digestiva ou até mesmo os fortificantes alimentares. Neste modelo, algo no corpo não reage da maneira que deveria a uma certa patologia ou até mesmo em funções rotineiras. Trazendo como horizonte comparativo a medicina alopática, a dualidade sedativo X excitativo possui grandes correlações com a dualidade aditivo X subtrativo. (LAPLANTINE, 2004)

Dado esse panorama teórico fornecido por Laplantine (2004) em torno dos “modelos elementares” da doença e da cura, a seguir passa-se para reflexões mais

específicas em torno da biomedicina, do histórico de estudos antropológicos sobre a mesma, de sua estruturação, principais representações sociais e campos relativos.

1.2 UM BREVE HISTÓRICO DE ESTUDOS ANTROPOLÓGICOS SOBRE SAÚDE, DOENÇA E CURA

Dominique Buchillet (1991), em sua análise da antropologia médica norte americana e da antropologia da doença da escola francesa, introduz de forma bem objetiva algumas divisões dentro do campo da antropologia que se dedica às complexidades da área da saúde. A autora menciona como dentre as divisões no interior da antropologia médica norte americana, a etnomedicina seria a “mais antropológica” desses campos, conectando-se diretamente com questões tangentes às representações sociais relativas à área da saúde. Por outro lado, a antropologia da doença francesa debruçaria seus esforços no construto doença e em como os indivíduos reagem e acessam suas teias relacionais em relação a esta. Apesar de, em um primeiro momento, Laplantine (2004) parecer ser uma confirmação dessa percepção sobre a escola francesa, é importante ressaltar que em sua obra ele não se debruça necessariamente sobre o construto da doença, e sim na maneira como diferentes modelos médicos e de saúde podem, idealmente, ser essencialmente estudados a partir de seus dois núcleos básicos: a doença e a cura.

Numa análise histórica geral, a biomedicina foi uma das últimas áreas a performar objeto de estudo na antropologia da saúde (CARRARA, 1994). Apesar de sua racionalidade médica universalizante e de pouco foco em subjetividades, a ciência biomédica não se isenta de ser um produto e produtor social, sendo fundamental pensar sobre criações histórico-culturais nos processos terapêuticos biomédicos. Pois, se segundo a biomedicina as doenças desempenham papéis semelhantes nos diferentes corpos, também tem-se que toda e qualquer reação social frente a uma patologia é orientada por uma cosmologia. (CARRARA, 1994; CAMARGO JR., 2005; UCHÔA E VIDAL, 1994; LAPLANTINE, 2004)

Quando traz-se a questão da antropologia da saúde para o Brasil, por sua vez, tem-se uma antropologia médica/da saúde/ da doença que desenvolveu-se com

muito mais vigor depois dos anos 1970, inserindo-se em diversos novos debates e estando muito mais dinâmica nas últimas décadas (MELO, CABRAL & SANTOS JÚNIOR, 2009; SANTOS, 2012). Numa análise recente (entre 2010 e 2019), houve um número expressivo de produções relacionadas à temática, as quais tocam nas mais diversas especificidades: saúde indígena, saúde mental, problemas de saúde emergenciais (como o Zika e HIV), medicinas tradicionais etc. Um destaque das produções recentes seria a forma como esses estudos tendem a valorizar a análise etnográfica com vista a tentar alcançar uma melhor compreensão do área da saúde em seus diversos recortes sociais, o que também leva a mencionar a emergência da importância dada por estudos recentes à agência das populações em relação a seus sistemas de saúde (MALUF, QUINAGLIA & SILVA, 2020).

Apesar da fertilidade do campo de estudo vinculado às discussões de definição epistemológica do campo da antropologia da saúde e das mais variadas especialidades e enfoques desse, aqui deixa-se explícito que esta investigação não possuiu como um de seus objetivos debruçar-se em demasia em discussões epistemológicas a respeito da conceituação do campo antropológico da saúde, da doença ou da medicina. Em verdade, para o embasamento deste trabalho utilizou-se discussões de diferentes autores, que hora definiram suas pesquisas no campo da antropologia médica, hora no campo da antropologia da saúde, hora no campo da antropologia da doença. Longe de ser uma indefinição teórica, optou-se por esta conjunção de referências exatamente devido a proposta integrativa deste estudo.

Sobre a diversidade de áreas da antropologia da saúde quando estudando o sistema biomédico, essa diversidade em si demonstra como o objeto de estudo “saúde” e “saúde biomédica” é algo de extrema complexidade estruturadora (UCHÔA E VIDAL, 1994). Essa concepção é fundamental para compreender-se a maneira como o sistema biomédico por si só, em sua esfera orgânica e técnica, parece ser incapaz de lidar com a integralidade das questões e problemáticas da área da saúde, uma vez que estas envolvem necessariamente outras questões para além da tecnicidade da biomedicina, vinculando-se com questões cosmológicas de

representações sociais. (CAMARGO JR. 2005; LAPLANTINE, 2004; UCHÔA & VIDAL, 1994; MALUF, QUINAGLIA e SILVA, 2020)

1.3 O SER CULTURAL BIOMÉDICO

“La crisis del modelo médico hegemónico, el surgimiento de nuevos “estilos de vida”, las modificaciones en los comportamientos cotidianos generados por el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos, etcétera, condujeron desde la década de los años sesenta al cuestionamiento de la biomedicina y a la recuperación de una serie de concepciones y prácticas “curativas”, que parcialmente ponen en duda, no sólo la eficacia sino la ideología de la medicina denominada científica.” (MENÉNDEZ, 1994. p.79)

De acordo com Luz (2011), para determinado sistema ser classificado enquanto uma racionalidade médica este tem de apresentar cinco dimensões fundamentais, essas sendo : “[...] morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção [...] (p. 153)”. Estas cinco dimensões estruturam toda a lógica existencial da medicina a qual racionaliza. Camargo Jr. (2005) e Luz (2019), por sua vez, discorrem sobre como na racionalidade biomédica a doença desempenha um papel fundamental, tendendo a ser vista como uma entidade imutável em diferentes corpos. Essa concepção é basilar para diversas reflexões a respeito da cosmologia biomédica e de suas conseqüentes propostas terapêuticas, especialmente tendo vista que a proposta universalizante de patologias e de seus funcionamentos implicou, na estruturação da biomedicina ocidental, em uma desvalorização das diversas subjetividades dos pacientes e de seus corpos/corporalidades (CAMARGO JR., 2005).

Tal desvalorização alinha-se com o que Menéndez (1994) apresenta a respeito da perspectiva social biomédica em torno de sua própria funcionalidade e das medicinas tradicionais:

*“[...] la biomedicina sabe que puede ser eficaz –por lo menos respecto de ciertos padecimientos– sin necesidad de recurrir a las prácticas populares. Más aún, la biomedicina, a partir de sus criterios de objetividad, considera negativa y hasta perjudicial a gran parte del saber médico tradicional. **Para ella el eje determinante de las***

diferencias está colocado en la naturaleza científica de su propio saber y en la naturaleza cultural de los servicios de salud “tradicionales”. (MENÉNDEZ, 1994, p.79, grifo do autor)

Camargo Jr. (2005) apresenta outro ponto fundamental para a compreensão da racionalidade biomédica - nos conformes teóricos de Luz (2011) - e a consequente cosmologia do campo: a de que sua orientação para a doença não é de fato explícita e que sua situação é moldada não apenas pelos profissionais de saúde, mas por um contexto muito maior. Esse ponto do autor será importante para compreender a maneira como esta pesquisa abordou a cosmologia de saúde biomédica não apenas como um construto influenciado, mantido e construído por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, mas como algo influenciado e mantido socialmente pelas lógicas ocidentais de saúde como um todo.

Ainda, o foco da biomedicina na doença leva também à uma concepção de saúde enquanto “falta” da doença e à uma consolidação de terapêuticas medicamentosas por excelência. Neste contexto de consolidação das terapêuticas medicamentosas, Camargo Jr. (2013a) alerta para os perigos do processo de medicalização o qual pode-se definir em termos operacionais enquanto “[...] o processo de transformação de problemas anteriormente não considerados “médicos” (ou “de saúde”, acrescentaríamos) em problemas médicos, usualmente sob a forma de transtornos ou doenças” (CONRAD, 2007 apud CAMARGO JR., 2013a, p. 844). Esse processo, apesar de conceituado, é polissêmico, e vai para além das fronteiras da biomedicina, enraizando-se também em outros campos como o farmacologização e seus respectivos campos de disputa de poder (CAMARGO JR., 2013a).

Apesar do foco na doença, a biomedicina teria em si uma contradição intrínseca relacionada a sua indefinição do que seria doença. Com isto, não se quer dizer que a ciência biomédica carece de uma definição técnica do que é a enfermidade, mas que esta é, “[...] contudo, uma vaga noção implícita no discurso biomédico, especificada numa coleção de doenças tal como a CID, caracterizando o eixo teórico da biomedicina como uma teoria das doenças” (CAMARGO JR, 2003 apud. CAMARGO JR, 2007, p.65).

A implicitude da noção de doença no sistema biomédico, assim, contribui para a naturalização desta enquanto algo fixo, concreto, a priori e imutável no seio da racionalidade operativa de tal medicina. Todavia, ao passo que problemas de saúde não são objetos dados em si, mas são identificados a partir de acordo entre múltiplos atores por meio de uma série de diálogos, a concepção acima parece essencialista demais para questões altamente complexas e diversas. (CAMARGO JR, 2007).

Luz (2019), por sua vez, ao abordar o foco da biomedicina na doença afirma que:

Não é por acaso que as bases da clínica moderna são exatamente a anatomia e a patologia. Também não é ocasional que o modelo explicativo do adoecer tenda, na medicina moderna, cada vez mais, para a metáfora da invasão, num contexto de batalhas sucessivas, na “guerra” entre as enfermidades e o organismo humano, que tem por limite, sempre recuado, a história individual e coletiva dos seres humanos, no espaço e no tempo. (p. 116)

Assim, ao mencionar sobre a biomedicina ser fundamentalmente estruturada nas disciplinas da anatomia e patologia, Luz (2019) ainda prossegue por reflexões em torno de como o sistema biomédico envereda pela concepção de doença enquanto invasão, com a biomedicina tornando-se, então, o principal agente para ajudar nesta batalha, e o remédio, por sua vez, o artifício fundamental de tal agente. Nesse sentido:

Certamente não é casual que ainda hoje os momentos de experimentação – ou testes – de novas drogas, e as novas formas de aplicação de drogas ocorram justamente em épocas das epidemias, das “pestes”. Nesses momentos, a doença apresenta-se como o “Mal” para a medicina, e a morte como a maior inimiga de todo o gênero humano. É preciso, portanto, combatê-la e derrotá-la com os meios de que a ciência médica dispõe no momento, testando esses meios nos doentes. (LUZ, 2019, p. 117)

As reflexões acima trazidas por Luz (2019) também alinham-se com as teses de Camargo Jr. (2013a) em torno do foco biomédico em terapêuticas medicamentosas e põe a biomedicina enquanto um sistema encaixado - explicitamente - nos modelos de cura alopático e exorcista, conforme Laplantine

(2004). Ainda, ao abordar as questões da pretensa objetividade da biomedicina, Luz (2019) põe que

Por meio das categorias de: “doenças”, “entidade mórbida”, “corpo doente”, “organismo”, “fato patológico”, “lesão”, “sintoma” etc., elaboradas no período clássico, a medicina instaurar-se-á como um discurso sobre “objetividades”, discurso que institui a “doença” e o “corpo” como temas de enunciados positivos, científicos. Por outro lado, excluirá como questões “positivamente” tematizáveis a “vida”, a “saúde”, a “cura”. **A saúde passará a ser vista não como afirmação da vida, mas como ausência de uma patologia”. A “cura” será substituída pela “cessação de sintomas”, sobretudo dos sintomas principais, ou “chaves” de uma doença.** (p. 121, grifo do autor)

Para terminar esta seção, traz-se as visões de Camargo Jr. (2013b) em torno do que ele vai caracterizar enquanto paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. Tal paradigma, nas concepções do autor, longe de ser um conceito similar ao proposto por Luz (2011) de racionalidade médica, é uma proposta teórica especificamente denominada enquanto norte dos atores de cura da biomedicina. Ainda, ao trazer para discussão a conduta biomédica enquanto orientada por um paradigma, Camargo Jr. aproxima-se do conceito de paradigma científico de Thomas Kuhn e reforça a forma como toda ciência vê-se enquanto uma verdade absoluta até o momento de uma ruptura teórica.

Camargo Jr. (2013b), então, caracteriza o paradigma clínico-epidemiológico (biomédico) em pilares similares aos já discutidos até aqui: foco na doença, falta de clara conceituação do que seria a doença, objetivação dos pacientes e supressão de agencialidades etc. Contudo, ao abordar o “código” de operação biomédico enquanto paradigma, Camargo Jr. (2013b) contribui para a hipótese inicial desta investigação, a de que as contradições biomédicas ficam explícitas e sua universalidade em crise a partir do momento em que esta confronta-se com as possibilidades de outras cosmologias de saúde. Ora, se toda ciência se vê enquanto verdade absoluta até o momento de uma ruptura teórica, pode-se pôr, da mesma maneira, que a racionalidade biomédica tende a se ver enquanto universal até o momento em que é confrontada com concepções de saúde e contextos terapêuticos que ultrapassam seus limites explicativos.

1.4 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA RACIONALIDADE BIOMÉDICA

Conforme a seção anterior, apesar de seu foco na doença, o sistema biomédico tende a não enxergar essa em sua totalidade coletiva e simbólica, enveredando por ideais positivistas do que são os processos de saúde e doença. Essa perspectiva leva à percepção biomédica dos pacientes enquanto sujeitos passivos no decorrer de seus processos de adoecimento e de terapêuticas de cura. Porém, ao passo que o adoecimento é um processo relacional, é importante ter em mente que os pacientes também exercem impacto sobre seus cuidados e possuem, assim, suas próprias agencialidades no processo saúde-doença (LAPLANTINE, 2004; CAMARGO JÚNIOR, 2007; TAVARES, 2017). Neste ponto, é interessante refletir sobre como as discussões da antropologia da saúde, para além de contribuir com e para discussões em seu próprio campo, podem também fomentar questionamentos com vista a dar suporte a uma prática médica mais humanizada. (MELO, CABRAL & SANTOS JÚNIOR, 2009; SANTOS, 2012)

Conforme Menéndez (1994), a doença e o processo de adoecimento se estabelecem coletivamente, assim, eles acumulam uma série de representações simbólicas e coletivas ao mesmo tempo em que sobre eles é preciso construir técnicas e ideologias, as quais se organizam profissionalmente no contexto biomédico. Dessa forma, dado seu desenvolvimento dentro de um contexto coletivo, os processos de saúde/doença desenvolvem-se dentro de um contexto histórico, o qual necessariamente é marcado por relações de hegemonia e subalternidade (MENÉNDEZ, 1994).

Menéndez (1994) põe a enfermidade também enquanto uma forma de controle social em qualquer sociedade, devido a três razões: a existência de doenças socialmente vistas como negativas, a emergência de comportamentos vinculados às doenças que precisam ser controlados e a produção de instituições que se tornam responsáveis pelo controle de tais doenças (não somente no nível técnico, mas também no nível socioideológico). Assim, as instituições médicas produzem conhecimentos e protocolos que não são somente técnicos, mas também socioculturais (MENÉNDEZ, 1994). Nas perspectivas de Menéndez (1994), é de fácil

identificação a interpretação da maneira como a biomedicina incorpora as categorias de racionalidade médica hegemônica e, por excelência, responsável pelo controle social em diversos âmbitos. Camargo Júnior (2013a) também vai abordar, em certo nível, questões relacionadas a cosmologias de saúde e controle social quando discorre sobre a operacionalidade da farmacologização e da medicalização dentro do sistema biomédico, esta abordagem será mais discutida no capítulo específico sobre saúde e alimentação.

Retornando a Menéndez (1994), se trouxermos para o debate as articulações teóricas de Laplantine (2004), identifica-se que o primeiro autor possui uma perspectiva etiológica médica relacional. Assim, Menéndez (1994) frisa a maneira como os diversos campos médicos, sejam eles o popular ou o biomédico, precisam ser compreendidos e interpretados dentro do seu próprio quadro social, sendo que fora destes eles empalidecem.

Por fim, frisa-se dois pontos, o primeiro é o de que esta seção mergulhou em discussões em torno das representações sociais presentes na biomedicina, e que o estudo das representações sociais de saúde não prediz a conduta de agentes de saúde, até mesmo por que estas não ditam comportamentos mas sim produzem códigos sociais que orientam práticas. Assim, uma possível crítica ao estudo da saúde a partir das representações sociais parte de que este viés tenderia a sobrepor os códigos sociais às práticas terapêuticas em si, frisando a anterioridade das representações às práticas e, de certa maneira, marginalizando o papel da agencialidade dos agentes de saúde nas práticas terapêuticas (TAVARES, 2017). Dessa forma, novamente e conforme destacado no início deste estudo, o objetivo aqui não foi analisar representações situadas hierarquicamente em relação às práticas profissionais, mas o contexto macrossocial por si e em si, mesmo que em determinados pontos reflexões de caráter exploratório sobre o campo da experiência subjetiva possam ter timidamente emergido.

O segundo ponto diz respeito à importância de não encarar modelos médicos/ de saúde, hegemônicos ou tradicionais, enquanto sistemas congelados (TAVARES, 2017). Assim, também se reconhece que as representações sociais e questões

cosmológicas do ser cultural biomédico exploradas aqui estão se dinamizando a partir de qual meandro biomédico se olhar - por exemplo, sabe-se que em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) a concepção de tratamento de pacientes é mais holística, e não tão somente focada nas questões médico-patológicas (TAVARES, 2017).

1.5 SAÚDE NAS COSMOLOGIAS SANÖMA E YANOMAE

[...] cada sociedade reconhece doenças específicas; a doença constitui sempre um estado com muitas implicações sociais; reconhecer-se doente ou saudável equivale a um julgamento de valor; todas as sociedades desenvolveram respostas diferentes à doença e variadas formas de atendimento aos doentes [...]. (MELO, CABRAL & SANTOS JÚNIOR, 2009, p. 1205)

Menéndez (1994) frisa em sua pesquisa que é imprescindível que ao analisar modelos médicos tidos como tradicionais, tal análise seja feita em relação aos contextos aos quais eles pertencem, não analisando o modelo em si, mas o modelo em sua existência relacional. O autor ao falar de sistemas médicos tradicionais refere-se aos modelos médicos tidos como populares, e aqui interpreta-se que os sistemas médicos indígenas também encaixam-se dentro dos limites denominativos do que o autor denomina enquanto sistemas médicos tradicionais.

As concepções de Menéndez sobre a necessidade de estudos contextuais sobre sistemas médicos relaciona-se grandemente com as teses de Wagner (2010) sobre a importância dos contextos culturais em estudos etnográficos. Essa necessidade contextual de estudos nesse sentido também embasa o porquê da proposta de estudo integrativo deste trabalho, e do porquê as cosmologias de saúde Yanomae e Sanöma estão aqui sendo estudadas em sua conjuntura social macro, e não em partes específicas como rituais de cura, técnicas de cura, categorias de doença, etc.

Dessarte, as medicinas indígenas, e aqui especificamente as Sanöma e Yanomae, não são construtos parados no tempo, a-históricos, além de, da mesma forma, não serem alheias as técnicas da biomedicina. Ademais, o uso de técnicas de outras medicinas pelas medicinas Sanöma e Yanomae não traduz um

empalidecimento destas primeiras, o que uma primeira percepção superficial poderia indicar, pois da mesma maneira que o sistema biomédico as medicinas Yanomami são sistemas complexos capazes de modificações e incorporações. (GUIMARÃES, 2015; MENÉNDEZ, 1994; TAVARES, 2017). Ainda, conforme Guimarães (2015) a respeito da interação entre práticas médicas entre os Sanõma, longe desta tender a dirigir-se para um caminho de fricção, quando gerenciada com respeito às práticas comunitárias ela tende a caminhar por um caminho de complementaridade entre a atuação do (bio)médico, e de suas terapêuticas medicamentosas/cirúrgicas, e dos xamãs, e suas terapêuticas não alopáticas.

Retornando as limitações teórico-cosmológicas da biomedicina abordadas nas seções anteriores, é interessante trazer as visões de Tavares (2017), segundo a qual “a partir das sugestões de trabalhos sobre populações indígenas da América do Sul podemos extrair algumas advertências importantes dos nossos limites conceituais sobre o que sejam saúde, doença e cura, para serem compreendidos em outras traduções possíveis” (p. 202).

Uma dessas possíveis advertências pode ser vista na maneira como as cosmologias de saúde Sanõma e Yanomae percebem a escolha de terapêuticas, por exemplo. De acordo com Tavares (2017), nos sistemas médicos “[...] a(s) escolha(s) do(s) tratamento(s) depende(m), fundamentalmente, de disposições culturalmente adquiridas e que devem ser compreendidas no âmbito das representações sociais (e que orientariam as práticas)” (p. 206). A biomedicina, apesar de encaixar-se nessa perspectiva, não aparenta reconhecer tal encaixe, uma vez que se enxerga enquanto culminação máxima de técnicas objetivas. As medicinas Sanõma e Yanomae, por sua vez, possuem uma visão explícita da importância e do peso que as questões culturais desempenham em processos de cura, doença e de saúde como um todo, além de também reconhecerem explicitamente a necessidade de compreensão do porquê de determinados processos de saúde-doença no campo das representações sociais, seja por meio dos mitos ou das questões espirituais. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2010b; RAMALHO, 2008)

Prosseguindo, em toda sociedade tem-se o reconhecimento daqueles que detêm institucionalmente o papel de curadores. As atividades de tais curadores, por sua vez, não caracterizam-se somente como atos técnicos, mas congregam também aspectos que as tornam sociais (MENÉNDEZ, 1994). Dentro da cosmologia de saúde dos Sanõma e dos Yanomae tais curadores são reconhecidos enquanto os xamãs, que detêm o conhecimento técnico e espiritual para gerenciar uma série de procedimentos de cura, em uma série de corpos e corporalidades dos pacientes. O processo de iniciação do aprendiz de xamã, por seu turno, envolve um intenso processo de limpeza corporal, o qual envolve desde proibições alimentares até sexuais e de movimento. É necessário “purificar” o corpo de corporalidades humanas avessas aos seres espirituais de cura (ex. cheiro de carne e de prática sexual). (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2010b; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008).

O processo de cura xamânica Sanõma envolve uma consonância entre os xamãs e os seres espirituais auxiliares destes (os *hekula töpö*). Após inalar um determinado pó alucinógeno, os xamãs começam a cantar juntamente com seus *hekula töpö*, articulando o início do processo de cura, onde o xamã envia seus seres auxiliares para vasculhar o corpo do doente. Nesse processo, os *hekula töpö* podem encontrar as marcas de algum agressor no *pili öxi* (corporalidade interna Sanõma) ou, às vezes, até mesmo o agressor em si. A maneira de lidar com a causa da enfermidade vai depender em grande medida da natureza desta, dado que cada ser auxiliar tem suas habilidades próprias e específicas com todo um instrumental peculiar a cada um (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2010b). No que tange à utilização de substâncias alucinógenas durante o processo de cura xamânico, é interessante ressaltar as concepções de Tavares (2017) sobre como “alterações no estado de consciência afetam o “conhecimento” do corpo, fazendo com que a doença e a morte possam ser compreendidas como “estados epistemológicos” diferenciados” (p. 203).

Ainda, é fundamental notar que várias enfermidades Sanõma relacionam-se diretamente com questões específicas de corporalidade. Assim, muitas vezes, a

causa de uma doença e dos sintomas de um paciente vão relacionar-se ao rapto de uma parte do “corpo” do doente. Por vezes as enfermidades relacionam-se, por exemplo, com o “entupimento” do *pili öxi* por substâncias patogênicas e que são expelidas ao final do processo de cura pelos *hekula töpö*, caso a cura seja bem sucedida. Estas questões de corporalidades e a maneira como elas são agenciadas na cosmologia de saúde Sanöma e Yanomae serão abordadas em detalhes no próximo capítulo deste trabalho, o qual é focado em reflexões em torno de corpo e saúde. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2010b)

Entre os Yanomae, o processo de cura pelos xamãs da mesma maneira envolve, inicialmente, a inalação de um pó alucinógeno, denominado *Yãkoana*. Após este processo, os xamãs conseguem adentrar com suas imagens o mundo espiritual e “fazer descer” os *xapiri*. Os *xapiri* Yanomae são seres espirituais auxiliares dos xamãs similares aos *hekula töpö* dos Sanöma, sendo seres humanóides de pequeno tamanho, contando com uma luminosidade reluzente. Cada *xapiri* também possui seu próprio canto e o xamã reproduz esses cantos, inclusive durante cerimônias de cura, e cada qual possui diferentes técnicas e aparatos de combate os quais podem ser utilizados em processos de cura (mas não somente nesses), para a retirada de seres ou consequências malélicas do corpo do enfermo. Nesse cenário da utilização dos *xapiri* em processos de cura, estes precisam ser chamados por um xamã. (KOPENAWA E ALBERT, 2015)

[...] de todos esses *xapiri*, os mais habilidosos em extrair doenças e aplacar dores são mesmo os espíritos dos japins *ayokora*. **Os espíritos cutia e paca no começo ajudam a localizar o mal no corpo do doente, para poder arrancá-lo e expulsá-lo para longe de nós. Quem tem esses espíritos fica menos preocupado quando os filhos adoecem. São nossos verdadeiros médicos. Os dos brancos abrem barrigas e peitos com lâminas de ferro, muitas vezes sem saber o que procuram, e acabam só deixando cicatrizes. Já os nossos espíritos *ayokorari* tratam os doentes por dentro, sem derramar sangue.** (KOPENAWA & ALBERT, 2015, p. 187, grifos do autor)

Sobre a atuação de cura dos *xapiri*, longe de reconhecer uma universalidade de eficácias, a cosmologia de saúde Yanomae delimita também as eficácias de cura destes a depender de diferentes arranjos situacionais e da natureza das doenças.

Kopenawa e Albert (2015), por exemplo, discorrem sobre a maneira como os *xapiri* têm eficácia de cura limitada frente às doenças trazidas pelos brancos. Neste sentido, é possível refletir, dentro da área das cosmologias médicas, a maneira como cada qual conta com um arcabouço de terapêuticas que cobre um número limitado de “males” reconhecidos. Dessa forma, ao discutir-se questões de cosmologias médicas, também é interessante questionar-se a respeito das delimitações cobertas por tais cosmologias e a maneira como estas lidam com enfermidades caracterizadas como exógenas, por serem doenças inseridas em tais cosmologias por fatores externos outros.

No caso dos Yanomae, ao mencionar as limitações de cura dos *xapiri* no contexto de terapêuticas contra enfermidades trazidas pelos brancos (a epidemia *xawara*), Kopenawa e Albert (2015) mencionam que o tratamento destas já vem sendo feito em conjunto com os remédios biomédicos. Assim, os *xapiri* próprios dos Yanomae não seriam tão eficientes contra a epidemia *xawara* dado que esta foi originada pelos brancos e suas imagens. Por epidemia *xawara*, denomina-se uma série de enfermidades, conforme Kopenawa e Albert (2015):

O que chamamos de *xawara* são o sarampo, a gripe, a malária, a tuberculose e todas as doenças de brancos que nos matam para devorar nossa carne. Gente comum só conhece delas os eflúvios que as propagam. Porém, nós, xamãs, vemos também nelas a imagem dos espíritos da epidemia, que chamamos de *xawarari*. (p. 366)

Nesse sentido, os brancos conseguem lidar melhor com a epidemia *xawara* e terem menos óbitos uma vez que os espíritos mais capazes de destruir os seres da epidemia *xawarari* são originários dos brancos, os *napënapëri*. Seria muito mais complexo para um xamã Yanomae fazer descer as imagens destes espíritos para combater a epidemia *xawara* entre os seus, uma vez que tais espíritos são espíritos outros e, assim, falam palavras outras que não as dos *xapiri* usuais dos Yanomae. (KOPENAWA & ALBERT, 2015)

Da mesma maneira que as cosmologias de saúde Yanomae e Sanöma possuem suas limitações de eficácia terapêutica, a biomedicina também reconhece em certas situações doenças/condições incuráveis ou já muito desenvolvidas para serem tratadas (no âmbito orgânico) (LAPLANTINE, 2004). Logicamente todo e

qualquer sistema médico/de saúde terá suas limitações, porém, a maneira como cada um desses sistemas encara tais limitações é fulcral para compreender-se as representações sociais destes. Ao passo que na biomedicina tais limitações parecem cair no polo de insolúvel vitória de um inimigo externo/interno do corpo - o que não reflete necessariamente limitações estruturantes do sistema médico em si - nas cosmologias de saúde Sanõma e Yanomae é reconhecido que em determinados contextos práticas de saúde outras são necessárias dada a limitação dos sistemas endógeno face a determinados agentes patológicos. Tal reconhecimento, contudo, não implica uma exteriorização do funcionamento social das cosmologias de saúde dos Sanõma e Yanomae. Conforme visto, as cosmologias desses povos possui um complexo arcabouço explicacional para as enfermidades dos brancos no campo das representações sociais, acionando, assim, da biomedicina, principalmente seu aparato técnico medicamentoso. (LAPLANTINE, 2004; KOPENAWA E ALBERT, 2015)

Retornando às questões de saúde Yanomae, a cosmologia de saúde destes também não ignora os efeitos físicos-biológicos das doenças causadas pela epidemia *xawara*, mas sua interpretação da doença é profunda no sentido de interpretar suas causas metafísicas e subjetividades individuais - para além dos sintomas físicos - que essencialmente vão se conectar com os seres maléficis da epidemia/das doenças (KOPENAWA & ALBERT, 2015; BUCHILLET, 1991). Também é fundamental ressaltar que a cosmologia de saúde dos Yanomae reconhece as diferenças entre doenças como sarampo, malária, e as doenças advindas da inalação da fumaça do metal, assim como aquelas que derivam da ingestão de mercúrio (devido ao uso da substância por garimpeiros). Dessa maneira, a denominação epidemia *xawara* é apenas uma macro classificação utilizada pelos Yanomae para referir-se à uma categoria de doenças inseridas em seu contexto por agentes inicialmente externos. (KOPENAWA E ALBERT, 2015)

Nesta última seção, buscou-se compreender a maneira como as cosmologias Yanomae e Sanõma agenciam suas questões de saúde, seja no prisma da terapêutica em si, de quem detém seu domínio ou, ainda, sobre a maneira como os

sistemas médicos Sanöma e Yanomae relacionam-se com o sistema biomédico. Por fim, é interessante refletir como o construto doença nestas duas cosmologias congrega uma noção completamente diferente da biomédica. A doença entre os Sanöma e os Yanomae é fundamentalmente compreendida em seu contexto relacional, específico, não universalizante e em necessária relação com os impactos daquela doença nas corporalidades do paciente. Assim, ao passo que a biomedicina estrutura-se a partir de sua percepção da doença, as cosmologias de saúde Yanomae e Sanöma parecem estruturar-se a partir de suas noções de corpo e pessoa, ou, da agencialidade dos *xapiril hekula töpö* sobre as diferentes corporalidades operantes em suas cosmologias sociais. Ainda, é importante perceber - em termos de estruturantes de modelos médicos - a maneira como as cosmologias de saúde Sanöma e Yanomae, divergindo da localização biomédica, parecem caracterizar-se enquanto sistemas de saúde onde a doença é localizada, conforme Laplantine (2004), no polo do modelo relacional, e não ontológico. Logicamente, várias outras questões dos outros modelos abordados por Laplantine podem ser verificadas nas cosmologias Sanöma e Yanomae (modelo exógeno, subtrativo etc), contudo, frisa-se aqui a questão da preeminência relacional nas cosmologias destes povos por avaliar que esta é um aspecto de central divergência com o modelo biomédico. (CAMARGO JR. 2007, 2013b; LAPLANTINE, 2004; GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2010b, KOPENAWA E ALBERT, 2015)

Por fim, vale frisar que representações de saúde, logicamente, ligam-se a toda uma cosmologia social maior. Assim, acima se trouxe as agencialidades dos espíritos auxiliares Yanomae e Sanöma em seus processos saúde-doença. Contudo, tanto os *xapiri* quanto os *hekula töpö* inserem-se em uma diversidade de áreas muito maior para estes povos, desde questões de caça até clima, morte e morrer, formação da pessoa etc. Da mesma forma, a biomedicina e seus pólos orientadores conectam-se com uma série de outras áreas sociais ocidentais, tais quais denominação do método científico, diretrizes médicas educacionais em instituições, percepções do que é cuidado etc. Ressaltar essas integralidades ajuda a

compreender mais profundamente contextos culturais e a escapar (ou pelo menos tentar) de essencialismos.

CAPÍTULO 2 - SAÚDE, CORPO E INDIVÍDUO

2.1 INDIVÍDUO, CORPO E PESSOA NA LITERATURA ANTROPOLÓGICA

Corpo e pessoa são duas palavras que já transitaram por diversos lugares dentro da teoria antropológica. Tais conceitos já foram tratados como diferentes categorias e já foram vistos pelos crivos de diferentes interpretações. Além disso, estes também já foram responsáveis por impulsionar o estudo de categorias relativas a eles próprios, com os conceitos de indivíduo e de individualismo.

Corpo, pessoa e indivíduo, assim, mostram-se enquanto categorias de infindáveis investigações, possíveis de serem debatidos nas mais diversas searas temáticas da antropologia. E se as pesquisas são muitas, da mesma forma são os autores e autoras que as refutam. Indivíduo e individualismo, por exemplo, aparecem como categorias que figuram um campo de batalha teórica por suas conceituações. Sem dúvida um nome chave nessa disputa é Dumont (1985), com suas teses sobre o individualismo e a ideologia moderna.

Entretanto, é importante ressaltar, conforme Goldman (1999), que se a literatura teórica afirma que em toda parte do ocidente prolifera-se o individualismo, até mesmo enquanto ideologia conforme Dumont (1985), na realidade seria muito mais difícil enxergar tal proliferação e suas presenças. Assim, cabe indagar de onde vem a necessidade do ocidente em enxergar na sua formação social a categoria “indivíduo” como muito mais presente que a de “pessoa”.

De acordo com Goldman (1999), em crítica a Dumont (1985):

Se quase a totalidade das sociedades humanas fragmenta a pessoa em elementos mais ou menos díspares, conectando cada um deles com um transcendental social ou sobrenatural, a especificidade do Ocidente poderia ser localizada na concepção de um ser uno e indiviso, relacionado aos demais seres de natureza idêntica à sua sob o modo da pura exterioridade: um universo composto de “indivíduos”, portanto. Essa exterioridade das relações encontraria sua compensação num desenvolvimento sem igual de uma dimensão de vida interior, moral e psicológica, desconhecida pelas outras culturas. **Nesse sentido, o “indivíduo” seria simplesmente a “pessoa” reduzida a sua expressão sociológica mínima e dotada de uma densidade psicológica máxima - uma espécie de grau zero da sociabilidade.**

O problema é que, fora de algumas manifestações difusas, presentes em geral de modo vago e certas análises sociológicas em sentido amplo, **não é**

nada fácil localizar com precisão esse suposto “individualismo” do mundo ocidental moderno e contemporâneo. (pp. 27-28, grifos do autor)

Sobre a categoria pessoa, pode-se ir pela concepção desta enquanto aglomerado e sobreposição de papéis sociais, em discussões e reflexões teóricas desencadeadas por Malinowski, ou, ainda, pela concepção antropológica de pessoa enquanto categoria de pensamento nativa, em uma interpretação mais maussiana. Nesta investigação optou-se por encaminhar as reflexões que seguirão sobre pessoa e corpo a partir desta última perspectiva, com vista a evitar deduzir categorias de outras sociedades por indução das categorias próprias da biomedicina e do ocidente como um todo. (SEEGER, DAMATTA & VIVEIROS DE CASTRO, 1979)

Quanto à categoria antropológica “corpo”, essa é um terreno fértil para para os estudos de antropologia da saúde. Tomando as concepções de Hertz (1980) enquanto ponto inicial, e levando-as um pouco mais além em termos interpretativos, parece que algumas das discussões mais fundamentais em torno da categoria do corpo questionam-se quais são as corporalidades existentes dentro das sociedades e quais aspectos (sociais, religiosos, sexuais, de saúde) recaem sobre quais corpos e em quais partes de tais corpos. (CAMARGO JR., 2005, 2007; FISCHLER, 1995 GARCIA, 1997; GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2010b; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008; SEEGER, DAMATTA & VIVEIROS DE CASTRO, 1979; VIVEIROS DE CASTRO, 1985)

Longe de querer-se debruçar aqui sobre as discussões epistemológicas em torno dos construtos pessoa X corpo X indivíduo, trouxe-se esse aparato teórico com vista as reflexões feitas em torno de como as cosmologias de saúde biomédica e Yanomae/Sanöma relacionam-se com tais categorias durante sua operacionalização de terapêuticas. Ora, parece impossível pensar em um estudo antropológico sobre cosmologias médicas que não leve em consideração a categoria corpo em suas reflexões, e em menor medida a depender da cosmologia médica em questão, as de indivíduo e pessoa.

2.2 CORPO E INDIVÍDUO NA BIOMEDICINA

Partindo das análises de Camargo Jr. (2005) sobre a biomedicina, pode-se interpretar que esta tem como campos de excelência o corpo orgânico dos indivíduos, mas não as subjetividades vinculadas a tal corpo. Se a partir do prisma da biomedicina a doença torna-se uma partícula relativamente imutável de corpo para corpo, a subjetividade dos corpos e das pessoas parece empalidecer frente a esta cosmologia médica. Dessarte, até mesmo a categoria corpo tem sua interpretação partida nesta perspectiva, o horizonte biomédico debruça-se sob a organicidade do corpo, mas parece ignorar as corporalidades deste corpo em questão, as quais irão necessariamente conectar-se com uma série de questões relativas às representações sociais. (BUCHILLET, 1991; SEEGER, DAMATTA & VIVEIROS DE CASTRO, 1979).

Corporalidade, por sua vez, pode ser definida enquanto uma espécie de linguagem corporal local, performada por todas as pessoas de determinada sociedade de uma forma ou de outra. Como será vista na próxima seção, a categoria de corporalidade emerge enquanto central em diversas cosmologias indígenas brasileiras, as quais enfocam a concepção coletiva de pessoa em suas respectivas representações sociais. (SEEGER, DAMATTA & VIVEIROS DE CASTRO, 1979)

O foco da biomedicina em uma categoria de corpo unicelular (exclusivamente biológico), de certo, conecta-se com o todo dos contextos cultural e histórico do ocidente os quais emergiram neste a concepção de pessoa focada no indivíduo (DUMONT, 1985; SEEGER, DAMATTA & VIVEIROS DE CASTRO, 1979). Ainda, se Goldman (1999) afirma uma dificuldade generalizada de se encontrar um suposto individualismo na sociedade contemporânea, aqui afirma-se que a biomedicina é uma área fértil para tal encontro.

Conforme Luz (2019) a lógica biomédica enxerga os corpos enquanto um conjunto de peças que se encaixadas corretamente devem fazer o corpo funcionar de maneira correta. Essa concepção mecanicista de corpo, alinhada com as concepções biomédicas de processos de adoecimentos enquanto ataques ao corpo e da doença enquanto algo a ser expurgado, alinha-se com as propostas

terapêuticas medicamentosas padronizadas da biomedicina e enveredam por uma concepção essencialmente individualista dos corpos e das pessoas. (CAMARGO JR., 2005; CAMARGO JR. 2013a; DUMONT, 1995; LAPLANTINE, 2004; LUZ, 2011)

Ora, a partir do momento em que a cosmologia de saúde biomédica suprime as percepções de coletividade dos processos de adoecimento e cura ao passo que enfoca essencialmente a corporalidade orgânica das pessoas, afirma-se aqui que ela envereda por uma individualização extrema dos corpos dos pacientes, a qual para além da prática do cuidado em si, também é genericamente espalhada por seu paradigma. Contudo, ao passo que a biomedicina tende à individualização, manejando seus cuidados essencialmente à parcela corpórea orgânica, ela enxerga sua cosmologia enquanto um todo universal e amplo, capaz de abarcar em si todas as complexidades do processo saúde-doença. Essa operacionalização de lógicas e processos - aqui vistos como conflitantes - dá suporte à uma super valorização e sobreposição do corpo biomédico sobre as demais corporalidades possíveis no contexto ocidental. Ainda, tal premissa também alinha-se com as articulações apresentadas pela hipótese desta investigação, e ajudam a explicar teoricamente a explicitação das contradições estruturantes da biomedicina quando em contato com cosmologias de saúde outras, que enveredam pela valorização de uma diferente diversidade de corporalidades em suas terapêuticas³, como as Sanõma e a Yanomae, abordadas abaixo.

2.3 CORPO E CORPORALIDADES NAS COSMOLOGIAS DE SAÚDE YANOMAE E SANÖMA

“O corpo físico [...] não é a totalidade de corpo, nem o corpo a totalidade da pessoa.” (SEEGER, DAMATTA & VIVEIROS DE CASTRO, 1979, p. 13)

Seeger, DaMatta e Viveiros de Castro (1979), em seu clássico trabalho em torno da construção da pessoa nas sociedades indígenas, afirmam que as

³ As reflexões desse parágrafo foram embasadas na comunicação teórica entre as teses de Dumont (1995) e de Goldman (1999) - a respeito de corpo e pessoa na sociedade moderna sob o prisma da individualização - com um paralelo de articulações teóricas especificamente enfocadas sobre o campo social da biomedicina trazidas por Buchillet (1991); Carmargo Jr. (2005, 2013b); Laplantine (2004), Luz (2011) e Menéndez (1994).

especificidades da organização social dos povos indígenas sul americanos fazem estes emergirem enquanto sociedades com muita fluidez e flexibilidade no que tange o construto de pessoa. Com isso em vista, as corporalidades das sociedades indígenas brasileiras seriam categorias centrais quando abordando-se questões tangentes às representações sociais destas.

No que diz respeito especificamente as questões de cosmologias de saúde, os Sanõma e Yanomae posicionam corpo e corporalidade em polos fundamentalmente diferentes do que a biomedicina. Segundo tais cosmologias, seria uma contradição ignorar as subjetividades e corporalidades dos pacientes tratados nos ritos xamânicos ou mesmo pensar em alguma terapêutica sem considerar, antes, que o paciente em questão necessariamente vincula-se a toda uma rede maior de parentesco e afinidades, sendo, assim, sua localização social e coletiva fundamental para a definição da enfermidade e para o sucesso da terapêutica. (GUIMARÃES, 2010a, 2010b, 2011, 2015; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008)

Além disso, a própria existência de apenas um corpo passível de cura terapêutica, como interpretado pela cosmologia biomédica, vai de encontro com a perspectiva de outras racionalidades de saúde, como a Sanõma e Yanomae. Essas duas cosmologias, no contexto da saúde mas também em seu todo social, agenciam uma série de corporalidades e “imagens” associadas às pessoas, cada qual fundamental para se entender adoecimentos e curas. (GUIMARÃES, 2010a, 2010b, 2011, 2015; KOPENAWA & ALBERT, 2015; LAPLANTINE, 2004; LUZ, 2011; RAMALHO, 2008)

Entre os Sanõma, tem-se o corpo externo físico e visível e o *pili õxi* (corpo interno), que é invisível para pessoas comuns e tão material quanto o corpo externo. Nesse corpo interno tem-se o centro subjetivo do ser, e da mesma forma como o corpo externo, o *pili õxi* também adoenta-se, porém, suas doenças são tratadas fundamentalmente pelos xamãs juntamente com os seres auxiliares destes, os *hekula töpö*. (GUIMARÃES, 2005, 2010a)

Para os brancos, há sempre uma oposição entre corpo e alma e definimos esta última como não-corpórea, onde se concentram a

consciência do sujeito, a memória, as reflexões e os sentimentos. Percebe-se a alma como essencialmente oposta ao corpo material e visível. Pois bem, essa oposição ou a idéia de uma alma não faz qualquer sentido para os sanumás, para quem todas as porções da pessoa, visíveis e invisíveis, são substâncias físicas. (GUIMARÃES, 2005, p. 121)

A intencionalidade consciente (agency) e os sentimentos da pessoa estão na carne, na pele, no cabelo, que replicam fisicamente no corpo interior denominado *pili õxi*. Este é uma réplica do corpo exterior nele inserido e locus do sentir, pensar e sofrer dores físicas. Trata-se de um outro “órgão”, uma parte a mais do corpo. Nesta porção corpórea interior, unem-se matéria e subjetividade. Contudo, enquanto outras partes que compõem o organismo humano são visíveis, o *pili õxi* é invisível aos não-xamãs.” (GUIMARÃES, 2005, p. 122)

O corpo interno dos Sanöma, *pili õxi*, apesar de se inserir dentro do corpo externo, possui em si também sua própria profundidade, sendo capaz de acumular substâncias. Esse acúmulo de substâncias no *pili õxi* não é simbólico, e sim uma realidade tida como real material para os Sanöma. Nesse sentido, os tipos de substâncias que se acumulam no interior do *pili õxi*, a depender de sua natureza, podem causar uma série de enfermidades, como no caso do acúmulo excessivo de substâncias “do morto” em pessoas que mataram alguém. Essa importância do equilíbrio de acúmulo de substâncias no *pili õxi* também pode ser vista durante os rituais de iniciação femininos e masculinos, durante os quais é basilar que o indivíduo em questão perca líquidos perigosos que se acumularam dentro de seu *pili õxi*. (GUIMARÃES, 2005, 2010a)

Várias corporalidades compõem a pessoa Sanöma (*pili õxi*, corpo externo, “imagens” do corpo), sendo todas fundamentais para a integridade da pessoa. Ainda é interessante ressaltar que as corporalidades Sanöma ficam facilmente impregnadas em objetos pessoais. Assim, para além da lembrança, objetos importantes e de rotineiro uso por uma pessoa acabam por ficar impregnados pelas corporalidades desta. Dessarte, as corporalidades Sanöma são dinâmicas e o *pili õxi* seria o centro emocional de tais corporalidades, sendo pessoa a conjunção de todos estes fatores. Os Sanöma contam, ainda, com uma outra corporalidade referente à

corporalidade do morto, que emerge no momento da morte deste e que é denominada de *heno polepö de*, a qual será abordada em detalhes em um capítulo seguinte (GUIMARÃES, 2005, 2010a).

No que se refere aos Yanomae, suas concepções em torno de corpo e pessoa assemelha-se com as dos Sanöma. Ramalho (2008) afirma em sua tese que os componentes fundantes da pessoa Yanomamae se repartem em três: o *pei a no porepi*, o *pei a no ütupi* e o *pei norexi*. O *pei a no porepi* é uma corporalidade interior da pessoa capaz de sair do corpo físico, em estado de espectro, durante momentos de inconsciência ou durante a morte. Tal corporalidade emergirá por excelência durante o transe corpóreo a base alucinógenos e durante o ato de sonhar. O *pei a no porepi* também é capaz de vagar por lugares distantes, separados por grandes distâncias do corpo físico.

O *pei a no ütupi*, por sua vez, é essencialmente a corporalidade "imagem vital" da pessoa Yanomae, concentrando o núcleo da alma e do ser Yanomae. Por ser uma parte tão fundamental da construção da pessoa Yanomae, o *pei a no ütupi* também é uma das corporalidades mais passível de ser atacada por enfermidades e agentes patogênicos. Na realidade, é em tal parcela corpórea que se concentram muitos dos rituais xamânicos de cura, agenciados pelos xamãs e postos em práticas pelos seres espirituais auxiliares (RAMALHO, 2008). Essa concepção de Ramalho (2008) sobre a "imagem" Yanomae alinha-se com as reflexões de Kopenawa e Albert (2015), que também abordam a maneira como o conceito de imagem é fundamental para entender a cosmologia médica e de saúde Yanomae, pois as consequências físicas das enfermidades são diretamente conectadas com os danos espirituais realizados sobre a imagem dos enfermos. Tais danos podem caracterizar desde sequestros dessas imagens até a devoração das mesmas por espíritos maléficos. Além disso, ao ter sua imagem raptada, a pessoa entra em um modo "fantasma", como em uma espécie de transe, conforme também mencionado por Ramalho (2008).

Por último, tem-se o *pei norexi*, que é uma corporalidade de extrema complexidade explicacional. O *pei norexi* é uma espécie de corporalidade separada

da pessoa em si, um alter ego animal (que também pode ser vegetal) que vive uma espécie de vida espelhada à da pessoa a qual se conecta. Cada pessoa Yanomae tem um *pei norexi* atribuído a si no momento de seu nascimento, conseguindo tal corporalidade por hereditariedade. O destino e a vida da pessoa Yanomae, por sua vez, é intrinsecamente dependente dessa corporalidade. (RAMALHO, 2008)

Essas noções de corporalidades entre os Sanöma e Yanomae influenciam fundamentalmente a maneira como estes enxergam o adoecimento advindo de origens “externas”, como dos brancos, por exemplo. As doenças dos brancos em seu contexto originário infectariam apenas um corpo, o corpo biomédico uno e orgânico indivisível. Contudo, tais enfermidades ao aproximarem-se do contexto Sanöma e Yanomae tem a capacidade de infectar várias corporalidades. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2011, 2015; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008)

Dessa maneira, entre os Yanomae e os Sanöma entende-se que doenças como a malária e o sarampo têm o poder de infectar até mesmo a corporalidade do espectro do morto, sua imagem. E ainda, conforme discutido anteriormente, dada a origem externa de tais enfermidades, muitas vezes as técnicas de cura dos *xapiri* e dos *hekula töpö* podem encontrar limitações para agenciar a completa recuperação de pacientes durante a cura xamânica. Tomando aqui outro exemplo nesse sentido, ao abordar a questão da mortalidade Yanomae por doenças levadas pelos brancos, Kopenawa e Albert (2015) mencionam como um dos fatores explicativos para tal fato é o de que as corporalidades Yanomae ainda não eram marcadas pela vacina, como era o corpo dos brancos. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2011, 2015; KOPENAWA & ALBERT, 2015, RAMALHO, 2008)

A maneira como as cosmologias Sanöma e Yanomae enxergam o construto de pessoa enquanto uma conjunção de diferentes corporalidades pode ser facilmente observada no contexto das racionalidade de saúde operantes em cada uma dessas cosmologias. Longe de uma enfermidade poder alastrar-se apenas sob um fator corpóreo, esta pode afetar as diferentes corporalidades Yanomae e Sanöma de diferentes maneiras, ocasionando diferentes consequências. Esta

estruturação lógica da cosmologia de saúde destes povos, por sua vez, afasta suas concepções de doença enquanto algo imutável entre corpos, e de corpos apenas enquanto terrenos para o alastramento das doenças. Assim, em contraposição com a cosmologia biomédica, as subjetividades corpóreas e suas existências coletivas são tão fundamentais para terapêuticas de cura quanto o “encaixe” orgânico de uma proposta de cura para uma certa doença. (CAMARGO JR, 2013b; GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2011, 2015; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008)

Dessa forma, tem-se que a biomedicina e os sistemas médicos Sanõma e Yanomae localizam a categoria “corpo” em diferentes posições sociais em suas respectivas cosmologias, o que relaciona-se, logicamente, com toda a maneira como estas cosmologias lidam com o processo saúde-doença-terapêutica. Dito isso, passa-se agora para outro campo fundamental nas diferentes cosmologias médicas e que figura um ator central em terapêuticas, o campo da alimentação.

CAPÍTULO 3 - ALIMENTAÇÃO E SAÚDE⁴

A biomedicina, em suas pesquisas, se apropria do “alimento”, compreendendo-o como elemento da ordem da natureza associado a uma concepção de corpo orgânico funcional e objeto de modificações nesse corpo. As Ciências Sociais têm a “comida” como elemento da ordem da cultura, associada a uma concepção de corpo social em que ela é expressão de uma forma de organização social.” (CARVALHO, LUZ & PRADO, 2011, p. 157)

O aspecto alimentar, como um todo, está presente como um fator constante nas mais diversas racionalidades e cosmologias médicas/ de saúde. Da biomedicina ao sistema médico Sanöma, da medicina ayurvédica às práticas de cuidado Yanomae, em todas pode-se encontrar discussões a respeito da importância da alimentação para a manutenção de aspectos vinculados à saúde e para o equilíbrio desta e do corpo. Por que a alimentação congrega essa constante? Ora, saúde e sistemas médicos ligam-se diretamente com questões de corpo/pessoa, a alimentação, por sua vez, personifica-se em um dos aspectos da vida biológica e social com mais potencialidades influenciadoras, e metamórficas, sobre tais categorias, seja na percepção física, orgânica ou subjetiva.⁵

3.1 ALIMENTAÇÃO NA RACIONALIDADE BIOMÉDICA

A forma como a racionalidade biomédica vai encarar a alimentação é diretamente conectada com sua racionalidade focada na doença e em terapias medicamentosas (CAMARGO JR., 2005, 2013a). Em verdade, pode-se afirmar que um dos campos terapêuticos da biomedicina é a dietética, a qual tem a alimentação

⁴ Muitas das reflexões e conceitos articulados neste capítulo tem relação com um projeto de iniciação científica desenvolvido pelo autor entre 2019 e 2020 na Universidade de Brasília, sob a orientação da Professora Dr.^a Sílvia Guimarães, do Departamento de Antropologia da UnB, e que teve como título final “A Alimentação Indígena no Brasil: da Identidade, da Soberania e da Nutrição”.

⁵ Diversos autores e autoras convergem em discussões que nos permitem fazer essa análise do campo da alimentação em relação à cosmologias médicas: Laplantine, 2004; Guimarães, 2005, 2010a, 2010b, 2011, 2015; Kopenawa e Albert, 2015; Fonseca et al., 2011; Camargo Jr., 2005; Fischler, 1995; Gasperi & Raduns, 2008. Apesar de cada um destes focar suas reflexões em questões específicas dentro do campo alimentar, como alimentação e rituais, alimentação e percepção de saúde corpórea e alimentação e nutrição, as reflexões trazidas pelos autores conectam-se no ponto em comum do papel da alimentação enquanto um dos principais orientadores sociais dentro dos mais diversos sistemas, incluindo os de saúde..

como terapêutica para determinadas patologias. Neste campo a hegemonia seria dos nutricionistas e a forma como a nutrição vai encarar a alimentação em relação ao campo “saúde” congrega o que se pode chamar de uma racionalidade nutricional, que é basilarmente a racionalidade biomédica aplicada às terapêuticas alimentares e ao campo da alimentação (CAMARGO JR., 2005; CARVALHO, LUZ & PRADO, 2001; FONSECA et al. 2011; VIANA et al., 2017; VIZOTTO, KROLOW E TEIXEIRA, 2010). Para a nutrição:

Numa perspectiva mecanicista [...] moderna [...], o alimento, assim como o corpo, é fragmentado para ser observado com exatidão e representado por elementos mensuráveis e abstratos. Os nutrientes podem instrumentalizar cálculos de probabilidades diversas. Nesse caso, a construção de sentidos envolvendo a Nutrição como saber segue, consciente ou inconscientemente, outra lógica que se distancia das Ciências Sociais e se aproxima da Biologia e da Medicina modernas. A Nutrição é, de fato, parte do campo biomédico a partir da segunda metade do século XIX e se constitui como estratégia discursiva da saúde, ligada à Epidemiologia no século XX.” (CARVALHO, LUZ & PRADO, 2001, p. 161)

Viana (et al., 2017) vai definir a racionalidade nutricional enquanto “[...] práticas alimentares atentas ao permanente cuidado em manter na alimentação o equilíbrio de nutrientes, em detrimento do prazer de comer e dos valores com que a alimentação marca o convívio social a ele associado [...]”(p. 450). O foco central da alimentação torna-se, então, ser racional e balanceada, e essencialmente voltada a prevenir (combater) o aparecimento de uma possível doença. (CARVALHO, LUZ & PRADO, 2001; VIANA et al., 2017; VIZOTTO, KROLOW E TEIXEIRA, 2010)

Assim, a racionalidade nutricional conecta-se diretamente com o processo de medicalização da alimentação. Em outras palavras, a partir da racionalidade nutricional, o foco norteador da alimentação são os benefícios biomédicos da alimentação, deixando a margem aspectos fundamentais dos sistemas alimentares como suas bases culturais e aspectos relacionais. Seguindo a lógica da racionalidade nutricional tem-se, ainda, seu apelo ao nutriente em si, o nutriente seria a partícula base da racionalidade nutricional, concebendo-se assim que um bom alimento, ou além, uma boa alimentação, é diretamente proporcional a qualidade e quantidade de nutrientes que são consumidos. Esse foco no nutriente

explicar-se-ia pelo seu encaixe dentro da lógica biomédica e de seu método diagnóstico e de técnicas terapêuticas (CAMARGO JR, 2005, 2013a; GARCIA, 1997; VIANA et al., 2017). Essa concepção da medicalização da alimentação também é defendida por Fonseca et. al (2011), quando trata dos valores que norteiam as significações alimentares e como um desses se relaciona diretamente com a área da saúde e com as concepções desta das capacidades alimentares em alterar os corpos dos comensais.

Laplantine (2004), ao abordar as estruturações da saúde conectadas aos modelos elementares de doença e cura exógenos, traz a questão alimentar como um dos principais exemplos destes modelos. Aproximando a lógica biomédica deles, os alimentos carregam tantas capacidades alterativas em relação ao corpo, seja de doença ou de cura, devido, essencialmente, às características físicas e químicas que eles carregam (LAPLANTINE, 2004). Assim, é interessante pensar a maneira como os modelos exógenos de Laplantine (2004) fornecem uma convergência teórica com o abordado acima sobre a racionalidade nutricional, e como esta última ao afastar-se de uma percepção alimentar integrativa e se aproximar de uma percepção do alimento segmentada, mas pretensamente universal, colabora com processo de medicalização alimentar (CAMARGO JR., 2005, 2013a, VIANA et al., 2017).

Ainda, Camargo Jr. (2013a) ao falar do “imperialismo sanitário”, que também pode ser abordado enquanto uma espécie de universalização social da racionalidade biomédica para outros campos da vida social, afirma que:

É esse processo, em particular, que estende, a nosso ver, o **potencial panóptico do dispositivo da “saúde”**, uma vez que a vida humana passa a ser marcada apenas nesse registro; **não se come ou se bebe mais para ter prazer, mas porque determinados alimentos e bebidas protegem contra certas doenças, como se deixa de beber ou comer para evitar os riscos associados a outras tantas bebidas e alimentos**; não se faz exercícios pelo prazer da experiência corporal, mas para “se cuidar”. (p. 845, grifos do autor)

Essa reflexão trazida por Camargo Jr. (2013a) converge com as percepções de Menéndez (1994) sobre a maneira como doenças também implicam um sistema de controle social. A partir do momento que a existência de doenças também “gera”

condutas a serem combatidas, estas últimas conectam-se à emergência de instituições ou indivíduos que possuem o status de controladores/combatentes de tais doenças e condutas.

A partir de uma medicalização da alimentação, a racionalização das formas de se alimentar dentro da cosmologia biomédica tornou-se uma maneira de evitar enfermidades, ou combatê-las, tendo em vista, por excelência, a corporalidade orgânica. Nesse sentido, comportamentos alimentares dissidentes de uma lógica máxima de aproveitamento nutricional gerariam corporalidades enfermas ou que não estão ainda em sua melhor forma, potencialmente um campo mais fácil para o alastramento de doenças. Assim, quando se aborda a questão do controle alimentar a partir da biomedicina e da racionalidade nutricional, também se está essencialmente falando de uma lógica de controle de corpos e corporalidades. Ademais, ao considerar apenas o papel biológico da alimentação e apenas a corporalidade orgânica, a racionalidade nutricional segmenta o papel fundamental da alimentação enquanto marcador socio-cosmológico e existencial para diversos grupos. (CARVALHO, LUZ & PRADO, 2011; CAMARGO JR., 2013a; FISCHLER, 1995; GARCIA, 1997; MENÉNDEZ, 1994; VIANA et al., 2017)

Tal racionalidade, assim, impacta a relação que os indivíduos têm com a alimentação. A concepção de que o que é “gostoso”, tradicional, ou mesmo “bom”, pode ser perigoso à saúde leva a uma valorização extrema do estilo de vida “saudável” no sentido biomédico. Em suas últimas consequências, essa concepção traz impactos para os aspectos sociais da alimentação que podem levar desde a demonização de certos alimentos centrais no plano social até a supervalorização de determinados alimentos tidos como coringas nutricionais, funcionais ou super alimentos. (GARCIA, 1997; VIZOTTO, KROLOW E TEIXEIRA, 2010)

Ainda, conforme Carvalho, Luz e Prado (2011) e Bosi e Prado (2011) a nutrição, ou melhor, a racionalidade nutricional, pode ser concebida também como um campo, no sentido proposto por Bourdieu. Assim, tal campo também sofre consequências e influências das disputas ocorrendo nos campos político e econômico. Nesse sentido, é fundamental refletir a maneira como os campos

farmacológicos, agro-econômicos, geopolíticos e mercadológicos influenciam tal racionalidade nutricional e suas propostas alimentares pretensamente tidas como máximas científicas universais e neutras. A título de exemplo, pode-se abordar o trazido por Vizzoto, Krolow e Teixeira (2010) ao afirmarem que:

Devido à conscientização dos consumidores sobre sua dieta e saúde, o mercado de alimentos funcionais e nutracêuticos vem se desenvolvendo rapidamente. O resultado disso é o grande interesse por parte das indústrias alimentícias e farmacêuticas em pesquisar esse assunto. Relacionar os alimentos funcionais com suas atividades biológicas, cientificamente comprovadas, é o maior desafio dos profissionais que atuam nessa área. Aprofundar conhecimentos sobre fitoquímicos é indispensável para quem deseja trabalhar com alimentos funcionais e seus benefícios para a saúde. (p. 19)

É interessante observar que os autores do supracitado abordam o interesse industrial sobre alimentos classificados como “funcionais” a partir do polo “consumidores” > “interesse industrial”. Contudo, a lógica inversa, conforme abordada teoricamente por Carvalho, Luz e Prado (2011) também é uma constante operante na racionalidade nutricional. Com lógica inversa, quer-se referir a maneira como os interesses industriais e mercadológicos também possuem capacidade para “gerar” interesses sociais sobre determinados alimentos, a partir de uma legitimação provinda da nutrição.

Enfim, tem-se que a alimentação interpretada pela cosmologia biomédica articula-se como uma forma de terapêutica capaz de influenciar organicamente/fisicamente o corpo. Contudo, a biomedicina parece não englobar os efeitos que a alimentação pode ter na subjetividade dos diferentes corpos e corporalidades. Isso, claro, converge com a já mencionada forma como a racionalidade biomédica, no geral, tende a desconsiderar subjetividades, corporalidades e representações sociais em sua lógica como um todo.

E, sendo a alimentação um aspecto como é de fundamental importância para a identificação sociocultural de diferentes grupos humanos, conforme Fischler (1995) e Poulain e Proença (2003), parece uma contradição ignorar seus efeitos subjetivos e coletivos em diferentes corporalidades quando utilizando-a como uma ferramenta de terapêutica médica, como a faz a nutrição.

Novamente, contudo, é importante frisar que se reconheça a maneira como o campo biomédico, assim como qualquer outro, é dinâmico. Nesse sentido, aqui também se reconhece que longe de haver uma completa homogeneidade no campo nutricional, há uma emergência de movimentos e propostas que visam aproximar a racionalidade nutricional biomédica das questões sócio-antropológicas do processo alimentar. Nestas tentativas de aproximação, por sua vez, vai-se de encontro com as propostas nutricionais de segmentação e ruptura alimentar, encarando a alimentação enquanto um campo de convergência de diferentes saberes (acadêmicos ou não) (CARVALHO, LUZ & PRADO, 2011).

3.2 A ALIMENTAÇÃO NAS COSMOLOGIAS DE SAÚDE SANÖMA E YANOMAE

As diferentes corporalidades Sanöma e Yanomae abordadas no capítulo anterior são fundamentais para compreender a maneira como a alimentação encaixa-se dentro das cosmologias de saúde desses dois povos. Ao passo que na biomedicina e na racionalidade nutricional o alimento configura um fator de alteração unidirecional (biologicamente falando) em uma única corporalidade (a corporalidade biomédica física-orgânica), nas cosmologias Sanöma e Yanomae o alimento, no contexto de saúde, emerge enquanto um ator de potencialidades diversas nas várias corporalidades agenciadas nas cosmologias destes dois povos. No caso dos Sanöma, tem-se o *pili õxi*, a corporalidade externa visível a todos e as “imagens” dos indivíduos. No caso Yanomae, tem-se o *pei a no porepi*, o *pei a no ãtupi* e o *pei noresi*. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2011, 2015; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008)

Nesse sentido, para além dos efeitos físico-biológicos que os alimentos podem ter nas corporalidades físicas, este carrega ainda um alta propriedade de modificar, adoecer ou curar as corporalidades Yanomae e Sanöma não físicas e suas respectivas subjetividades. A percepção Sanöma e Yanomae dos alimentos coloca-os enquanto fatores essenciais de sobrevivência em questões energéticas mas também enquanto fator fundamental de construção e metamorfose do próprio ser. Conforme Viveiros de Castro (1992: XII apud GUIMARÃES, 2005, p.169), o ato

de se alimentar em muitas sociedades indígenas configura uma “potência lógica e de profunda seriedade ontológica”, sendo isso passível de ser observado na maneira como os Sanöma do Auaris e os Yanomae localizam o papel da alimentação em suas respectivas representações sociais e de saúde. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2011, 2015; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008)

Dada essa capacidade da alimentação em transmutar corporalidades, entre os Yanomae ela possui um grande poder de deixar indivíduos em “estado de fantasma”, um estado onde a corporalidade imagem deste povo torna-se outra. Quando isso acontece, a depender da situação, configura-se um caso de cura xamânica a partir dos *xapiri*, que precisam resgatar essa imagem colocada em estado de fantasma por algum fator alimentar - no caso do exemplo aqui apresentado. Para levar a tal estado, as práticas alimentares muitas vezes não necessariamente precisam infringir algum tabu ou proibições, pois até mesmo consumir muito uma comida “outra” pode levar a tal estado. A alimentação entre os Yanomae carrega ainda o poder de impregnar diferentes corporalidades com cheiros específicos, como o de carne, por exemplo. Nesse sentido, em determinadas situações comer certos alimentos e trazer para si, conseqüentemente, seus cheiros, configura um alto potencial de risco para desenvolver enfermidades tanto no corpo físico quanto nas corporalidades imateriais e subjetivas. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2011, 2015; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008)

No caso dos Sanöma, é interessante entender a maneira como a alimentação estrutura-se enquanto um fator fundamental para a saúde do *pili õxi* e das respectivas terapêuticas de cura que podem porventura ser necessárias nesse. Ainda, a alimentação e as questões de profundidade do *pili õxi* são diretamente conectadas entre si. Se muitas enfermidades que recaem nesta corporalidade conectam-se com aspectos do preenchimento dessa por substâncias maléficas - ou tornadas maléficas pelo excesso - a alimentação é uma das principais “transportadoras” de tais substâncias. É importante ressaltar aqui que não se está falando necessariamente de substâncias físicas e orgânicas, mas que a alimentação também pode carregar em si até mesmo traços de corporalidades potencialmente

negativos para um determinado comensal dado seu momento de vida, rituais de passagem, restrições espirituais etc. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2011, 2015; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008)

Tem-se, então, que em contrapartida a orquestração cosmológica biomédica a respeito da alimentação, as cosmologias de saúde Sanõma e Yanomae, ao aproximarem-se do campo da alimentação, interpretam-no a partir de dois principais polos: o das corporalidades passíveis de serem alteradas pela alimentação e o da maneira como esta engloba não somente agencialidades alterativas orgânicas e fisiológicas frente às diferentes corporalidades. Assim, distanciando-se da abordagem segmentada da cosmologia de saúde biomédica, as cosmologias Sanõma e Yanomae enveredam por um entendimento mais integrativo do papel da alimentação na constituição do ser e em seus respectivos sistemas de saúde. (KOPENAWA & ALBERT, 2015; GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2010b, 2015; RAMALHO, 2008)

CAPÍTULO 04 - A MORTE E O MORRER COMO PARTE DA SAÚDE⁶

[...] especialmente após a Segunda Guerra Mundial, o modelo de morte no ocidente, a partir das transformações sociais deste período, passa a ser representado através da “... crescente institucionalização e rotinização dos cuidados aos doentes e do processo de ocultamento e exclusão social dos que estão morrendo” (MENEZES, 2004, p. 25 apud. MACEDO, 2020, p. 247-248)

Por fim, a morte. Pode até mesmo parecer um pouco antagônico adicionar a morte como um tópico de discussão em uma proposta de estudo focada na “saúde”. Contudo, adicionou-se aqui discussões a respeito da morte e do morrer a partir das interpretações das cosmologias biomédica, Sanöma e Yanomae pois: (1) os sistemas médicos e suas interpretações da morte e do morrer podem influenciar em grande medida suas percepções em torno do processo saúde-doença e (2) a pandemia da COVID-19, ao evidenciar a morte diariamente em escalas crescentes, trouxe também questões a respeito de como esta é administrada e encarada pelos sistemas de saúde e pelas sociedades.

4.1 MORTE E MORRER NO HORIZONTE DOS ESTUDOS SOBRE SAÚDE

Quando se aproxima de lentes investigativas sociais o processo de morte e morrer na sociedade ocidental, pode-se atestar que comumente um dos primeiros aspectos a serem ressaltados é a maneira como a morte e o morrer são comumente localizados enquanto tabus dentro da organização social. Contudo, para além da naturalização do tabu, a morte e o morrer na sociedade ocidental também agenciam uma série de classificações, as quais necessariamente relacionam-se com a maneira como a morte se deu e com quais posições o morto ocupava ainda em vida. (VERAS, 2021)

Assim, diferentes tipos de morte (mortes violentas, desaparecimentos, suicídios etc) traduzem em sua consumação diferentes aspectos que relacionam-se desde questões como biopoder e necropolítica até construção da pessoa e

⁶ Muitas das reflexões e conceitos articulados neste capítulo são vinculados com o trabalho final desenvolvido pelo autor na disciplina de Antropologia da Morte e do Morrer, ministrada pelo Professor Dr. Henyo Barreto, do Departamento de Antropologia da UnB, durante o primeiro semestre letivo da universidade em 2020.

subjetividades do morto (VERAS, 2021). Abordar todos esses aspectos que recaem sobre a morte e o morrer não se encaixa no escopo deste trabalho, dessa maneira, abaixo reflete-se especificamente sobre como determinados aspectos do campo da “morte” vinculam-se necessariamente com questões estruturantes da área da saúde, para posteriormente abordar isso sob as lentes específicas da cosmologia biomédica.

Na literatura antropológica, há extensas produções que abordam a questão da morte e do morrer em correlações com questões tidas como “da saúde”. Kubler-Ross (1996), por exemplo, discute o vínculo médico-paciente e a maneira como a moderna sociedade estaria em um momento crítico de negação da própria mortalidade, enveredando-se por um caminho de intensas tentativas de dominar a todo custo o progresso da morte, independente da maneira e dos custos pessoais ao paciente.

Kubler-Ross (1996) traz, ainda, questões referentes ao ato médico de contar ou não aos pacientes sobre seu estado de doença (muitas vezes grave), e sobre como essa questão reflete a crise dos sistemas médicos ocidentais atuais no que diz respeito ao reconhecimento da autonomia dos pacientes. Essa concepção da autora, em certa medida, também é abordada por Rodrigues (2006) e Elias (2001) em suas discussões a respeito da perda da autonomia do morrer pelos moribundos na sociedade ocidental.

As discussões antropológicas a respeito da autonomia e agencialidade dos pacientes frente ao sistema médico ocidental, por sua vez, insere-se também no debate maior já abordado anteriormente sobre a maneira como a biomedicina - em sua estruturação - tem por excelência a corporalidade orgânica biomédica. Conforme Kubler-Ross (1996) e Elias (2001), tal foco essencialmente físico-orgânico colabora para um afastamento cada vez maior da relação médico-paciente e para a interpretação dos pacientes “apenas” enquanto organismos biológicos, não considerando que estes também são e estão inseridos em teias sociais que relacionam-se diretamente com sua qualidade de vida/ estado de saúde.

Prosseguindo, Elias (2001), ao abordar a velhice, os moribundos e a morte em si, aponta como, atualmente, tende-se a privar as pessoas em via de morte de experiências ou laços sociais. Nesse sentido, o autor define a natureza basilar da morte nas sociedades industriais desenvolvidas como pautadas no isolamento social por excelência. Aqui, o autor novamente tece uma crítica a concepção médica de terapêuticas que focam centralmente nas questões biológicas sem levar em consideração os aspectos sociais do paciente.

Conforme o autor, frequentemente tende-se a tratar as unidades biológicas que formam o paciente esquecendo-se que este próprio, em seu conjunto social, é essencialmente uma pessoa integrada à sociedade e com suas subjetividades próprias. Elias (1983) menciona, ainda, a forma como a sociedade ocidental encontra-se despreparada para lidar com a morte e com o morrer, não em termos técnico-científicos, mas em aspectos socioculturais dado que grandes avanços no campo biomédico teriam afastado das gerações recentes a presença da morte em si, o que conseqüente teria levado os moribundos a um processo mortuário isolado pois os vivos já não mais teriam sido preparados para lidar com todos os processos que recaem sobre o morrer.

Enfim, fica claro que, a depender do ângulo de estudo, as questões de morte e morrer são pilares fundamentais para investigações focadas nas representações sociais da saúde e das racionalidades desta. Nesse sentido, a seguir aborda-se especificamente a maneira como a biomedicina interpreta e agencia a morte em sua cosmologia e paradigma.

4.2 MORTE E MORRER NA BIOMEDICINA

As concepções biomédicas a respeito da morte e morrer vão estruturar-se fundamentalmente em relação a forma como a biomedicina embasa grande parte de sua existência cosmológica em relação à doença. Dessa forma, a morte e morrer emergem dentro da biomedicina quase enquanto uma categoria de enfermidade, algo essencialmente a ser combatido por todos os meios possíveis (VICENSI, 2016). Assim:

Na contemporaneidade, **morrer, especialmente em hospitais e para as equipes de saúde, tornou-se símbolo de fracasso e ineficiência. As ciências da saúde tornaram-se obcecadas pela tarefa de evitar e impedir a morte.** E o hospital tornou-se o espaço em que os acontecimentos mais naturais e mais presentes da vida, como dor, sofrimento e morte, passaram a ser tratados como algo a ser combatido a qualquer custo. **Mas, como não foi possível evitar a morte, passamos a ignorá-la, isolando-a da vida social e nos afastando emocional, espiritual e psiquicamente tanto da pessoa em fase terminal quanto de seus familiares.** (VICENSI, 2016, p. 65, grifos do autor)

Essa concepção de Vicensi (2016), para além de denotar a tendência da racionalidade médica em sua interpretação da morte enquanto algo a ser combatido, também converge com o trazido por Kubler-Ross (1996) e Elias (2001) na seção anterior no que tange a maneira como a sociedade ocidental encara a morte enquanto um tabu, isolando seu reconhecimento da realidade social o quanto possível, e tratado-a, nos termos de Simmel (1909), enquanto uma “sombria profecia”. Ainda, se para a biomedicina morte é concebida como um agente inimigo a ser combatido, sua efetivação é passível de ser interpretada como uma “vitória” da morte e fracasso profissional e “[...] essa vinculação, em geral, é seguida por estratégias que buscam minimizar as dificuldades envolvidas nesse processo que, muitas vezes, se traduzem no ocultamento da morte e do moribundo no contexto médico” (MACEDO, 2020, p. 248).

Prosseguindo, se a morte e o morrer configuram na biomedicina algo a ser combatido, a representação social operante do papel dos médicos frente a uma possível morte é o de postergador da vida (AREDES & MODESTO, 2016). Nesse cenário, é interessante trazer para a reflexão os dados etnográficos de Aredes, Giacomini e Firmo (2018) a respeito das significações sociais atribuídas por médicos às diferentes mortes. Em sua etnografia de um contexto hospitalar de um pronto-socorro (um ambiente comumente demarcado pela liminaridade vida X morte) em Belo Horizonte, a etnografia das autoras apontou que o modo como os médicos recebem as mortes é conectado com as condições da morte em si, faixa etária do paciente, auto identificação com o paciente e auto análise da responsabilidade

naquela morte (AREDES et al. 2017). Essa última condição emerge enquanto fulcral, dada a representação social do médico enquanto postergador da vida e domador da morte (AREDES, GIACOMIM & FIRMO, 2018; SOUZA, et al., 2019). Sobre a condição da faixa etária, essa seria uma condição fundamental para pautar a “aceitabilidade” da morte. Nesse sentido, o falecimento de pessoas idosas pautaria uma maior “aceitabilidade” médica, sendo que “para os profissionais entrevistados, o idoso já experimenta, de certo modo, uma morte em vida (Diário de Campo, 2013), que traduz uma morte social – aquela que ocorre antes do morrer biológico e implica em perdas de papéis sociais [...]” (AREDES, GIACOMIN & FIRMO, 2018, p. 07).

A morte no hospital é ressignificada e passa a ser governada por todo um aparato institucional de como esta deve ser abordada, incluindo aqui a medicalização da morte. Todavia, a maneira como um médico trata e aborda um paciente em acordo com as técnicas da biomedicina não impede que esse ator emita suas próprias opiniões e juízos de valor sobre tais técnicas e procedimentos. Assim, as decisões médicas são embasadas fundamentalmente em dois pólos: o da técnica (racionalidade biomédica) e o dos juízos de valor. (AREDES, GIACOMIN & FIRMO, 2018)

Mas de que maneira ocorre, se assim pode-se questionar, a perpetuação dessa maneira da biomedicina encarar a morte enquanto um fracasso, enquanto um agente inimigo que acabou vencendo uma batalha? Apesar dessa pergunta envolver todo o contexto maior de estruturação da biomedicina já abordado nas seções anteriores, é importante ressaltar a forma como hoje no Brasil falta nos currículos de formação dos profissionais de saúde disciplinas focadas na morte, e em como lidar com esta e seus aspectos coletivos, como a comunicação desta as redes de consanguíneos e/ou afins (VICENSI, 2016).

Ainda, é importante ressaltar a maneira como a biomedicina não lida com o morto, mas sim com a morte e com o morrer. Nesse sentido, e divergindo das representações sociais de séculos anteriores, especialmente das operantes até a idade média no ocidente, a biomedicina e suas concepções atuais temem e combatem a morte, não mais o morto. Esse aspecto engatilha uma percepção

central para compreender-se a abordagem atual da cosmologia biomédica em relação à morte e ao morrer: a de que toda e qualquer reação frente a morte é uma reação social e cultural localizada historicamente. Assim, retorna-se aqui também a pretensa proposta de universalidade que governa a cosmologia biomédica, e como essa também está presente na forma como a racionalidade biomédica interpreta e reage à morte e ao morrer. (CAMARGO JR., 2005, 2007, 2013b; LUZ, 2011; RODRIGUES, 2006; SOUZA et al. 2019; VICENSI, 2016)

4.3 SAÚDE, MORTE E MORRER ENTRE OS SANÖMA E OS YANOMAE

[...] A cerimônia funerária entre os diversos subgrupos Yanomami contempla versões de um mesmo tema, o qual é fazer esquecer o morto para que ele siga seu caminho para a morada dos mortos e não permaneça no mundo dos vivos. Esse processo de fazer esquecer, no caso Sanöma, significa relembrar os feitos do morto, as interações que manteve e os sentimentos provindos dessas interações. Mesmo uma pequena criança inicia sua interação quando ainda está na barriga da mãe, quando estão dormindo, ela brinca, sai e retorna da barriga da mãe, o que faz com que tanto o pai quanto a mãe mantenham um resguardo rígido para protegê-la. Essa vida pequena já despertou sentimentos e manteve relações com os seus. A cerimônia funerária ou sabonomo, na língua Sanöma, se configura em um momento de relembrar para esquecer, pretende destruir as marcas do morto, esquecer-lo, apagá-lo e, ao mesmo tempo, criar sua personalidade, a singularidade da sua corporalidade.” (GUIMARÃES, 2020, p. 10)

Adentrando-se agora nas formas como os Sanöma e os Yanomae interpretam a morte e o morrer, é necessário entender como esses fenômenos são manejados de forma geral em suas cosmologias, para somente depois adentrar-se nas reflexões específicas ao campo da saúde. Ao aproximar-se da maneira como a cosmologia destes povos interpreta a morte e o morrer, um dos principais pontos que sobressai-se - dado o foco deste trabalho - é a perspectiva de morte enquanto metamorfose, mutação de corporalidades e de subjetividades. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2010b, 2020; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008)

Entre os Sanöma, especificamente:

O início do luto é marcado por lamentações dos parentes próximos, as mulheres reúnem-se na casa do morto, choram e lamentam a falta que faz. Pintam o rosto de preto e realizam cantos de lamúria: “*Piza*

wai, piza wai, uuu. Iba de, iba de. Piza wei, piza wei, uuu.” (Meu filho, meu filho, o meu, o meu, meu filho, meu filho). Parentes e afins co-residentes choram sua morte. Homens adultos fazem discursos coléricos, pedindo vingança e colocam-lhe penugem de pássaros. O corpo do morto e seus pertences, colocados sobre ou próximo a ele, devem ser queimados. Se o defunto é um homem importante, sua casa deve ser queimada. O nome, que já era sigiloso quando vivo, agora, deve ser esquecido por todos como parte do conjunto de operações destinadas a apagar suas “marcas”. Tudo o que se relaciona com a pessoa, que faz parte de sua essência, de sua corporalidade, deve ser dissipado para evitar a proximidade do *heno polepö de*. Esse é a porção do corpo interior da pessoa (*pili õxi*) que sofre uma transformação quando morre. O *heno polepö de* é feito de uma substância dura, que não se degrada, i. e., ele é imortal. (GUIMARÃES, 2020, p. 10)

Assim, entre os Sanöma, o conjunto dos rituais funerários possui uma função chave em sua cosmologia geral e, por sua vez, é denominado *sabonomo*. O *sabonomo*, conforme o supracitado, envolve uma complexa teia de ações, agentes (consanguíneos e afins) e processos que precisam ser rigorosamente cumpridos, os quais relacionam-se não somente com a tentativa de facilitar a passagem do morto a morada dos mortos, mas também com a proteção dos vivos e ao consequente processo de esquecimento dos mortos. (GUIMARÃES, 2010b, 2020)

Dentro do *sabonomo*, é primordial que o corpo do morto e todos os seus pertences sejam queimados. Para além da questão deste processo ser fundamental para o esquecimento do morto, ele também se vincula a função do ritual funerário de afastar o *heno polepö de*, a perigosa e agressiva corporalidade do morto. O motivo da cremação do morto e dos seus pertences facilitar o esquecimento do defunto e o afastamento do *heno polepö de*, por seu turno, relaciona-se com a teoria maior dos Sanöma a respeito da constituição dos seres e das corporalidades. Ao passo que as diferentes corporalidades para os Sanöma são dinâmicas e altamente transformativas, estas também implicam uma alta capacidade de transmissão. Com isso quer-se dizer que a pessoa Sanöma (assim como a Yanomae) no decorrer de sua vida deixa em seus objetos e pertences traços de sua corporalidade, que após a morte da pessoa podem atrair o *heno polepö de* do falecido ou contribuir para que os vivos fiquem em constante lembrança dos que partiram - comportamento

altamente perigoso por que também pode atrair o *heno polepö de*, além de dificultar a ida deste a morada do mortos.

Além disso, a cremação do corpo (físico externo) do defunto também é fulcral com vista a comensalidade envolvida no *sabonomo*, que envolve a trituração dos ossos não queimados durante a cremação e que serão posteriormente consumidos em diversos pontos do *sabonomo* com mingau de banana - em rituais de comensalidade coletiva - até sua finalização, a qual demarca o fim do processo funerário e, por conseguinte, do processo de esquecimento do morto. (GUIMARÃES, 2005, 2010b, 2020)

Também é importante ressaltar a temporalidade do ritual funerário *sabonomo*, o qual pode tomar cerca de um ano para sua concretização e envolve uma complexa teia de relações sociais entre afins e consanguíneos do morto em rituais de comensalidade. Ao passo que a socialidade do *sabonomo* também envolve a vinda de outros parentes e afins de aldeias vizinhas, cabe aos consanguíneos próximos do morto plantar as roças que irão alimentar as comitivas de outras aldeias quando de sua chegada no futuro para a celebração das etapas coletivas do *sabonomo*. (GUIMARÃES, 2005, 2010b, 2020)

Para os Yanomae, por sua vez, da mesma forma que para os Sanöma, a morte e o morrer são fenômenos centrais em sua cosmologia e, assim sendo, os rituais funerários prescrevem uma complexa cadeia de eventos e rituais, em muito assemelhados aos rituais Sanöma. O conjunto dos rituais funerários Yanomae é denominado *reahu* e, apesar deste possuir grandes similaridades com o *sabonomo* seja em questões práticas (comensalidade e temporalidade) ou de significações sociais (esquecimento do morto e periculosidade da corporalidade do morto), é importante frisar algumas diferenças. (RAMALHO, 2008)

No *reahu*, é possível que parte do ritual funerário envolva a exposição do corpo do morto à uma decomposição natural, que pode durar cerca de três semanas e normalmente ocorre em algum lugar no interior da floresta, para que apenas depois ocorra a incineração dos ossos - já então expostos pela decomposição natural. Nesse ínterim entre decomposição e cremação, as lamúrias advindas da dor

do luto seguem na aldeia do morto. Contudo, no *reahu*, da mesma maneira como no *sabonomo*, os bens próximos do morto precisam ser destruídos devido às questões de corporalidade deixadas pelo defunto em tais objetos. (RAMALHO, 2008)

A morte e o morrer nas cosmologias Sanöma e Yanomae ocupam um lugar central em suas representações sociais, assim como o morto e suas respectivas corporalidades e possíveis efeitos sobre os vivos. Conseqüentemente, a maneira como os sistemas de saúde Sanöma e Yanomae encaram a morte vai diferir fundamentalmente da maneira como o sistema biomédico o faz. As cosmologias de saúde Sanöma e Yanomae não encaram a morte e o morrer enquanto um mal absoluto a ser combatido e que necessariamente representa um fracasso e falha das técnicas médicas aplicadas no doente. Isso não implica, logicamente, que os sistemas médicos e agentes de cura Sanöma e Yanomae não agenciem todas as técnicas de cura ao seu alcance - incluindo aqui até mesmo o acionamento das técnicas biomédicas - para curar um doente. A questão central, todavia, é que a morte e o morrer não são negadas pelas cosmologias de saúde de tais povos, pelo contrário, ela é plenamente reconhecida enquanto possibilidade humana latente, o que influencia a maneira como os agentes de cura lidam quando de suas consumações. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2010b, 2020; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008)

Ao mesmo tempo, o reconhecimento da morte e do morrer enquanto constante possibilidade pelas cosmologias Sanöma e Yanomae não implica uma simplificação do que esses processos representam para os dois povos. Conforme mencionado acima, a morte ocupa um lugar central nas representações sociais de ambos os povos, e assim sendo esta desemboca em uma série de complexos ritos - conforme descrito acima - que devem ser estabelecidos pelos vivos com vista a “facilitar” a passagem do morto ao mundo dos não vivos e com vista a proteção dos vivos das potencialidades perigosas que o morto possui. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2010b, 2020; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008)

A respeito das potencialidades perigosas do morto, em grande parte pode-se relacionar estas com a capacidade do morto de afetar a **saúde** dos viventes. Ora,

conforme discutido nas seções anteriores, as cosmologias de saúde Sanõma e Yanomae não se debruçam somente sobre uma categoria de corpo e de corporalidade - como no caso da biomedicina. Assim, toma-se aqui que as capacidades do morto de afetar negativamente a pessoa Sanõma e Yanomae em suas diversas corporalidades - físicas, orgânicas e subjetivas - podem ser interpretadas também enquanto questões de saúde, as quais têm como agente mediador central o xamã. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2010b, 2020; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008)

Ademais, também é basilar ressaltar a maneira como não somente a morte e o morrer ocupam um lugar central nas cosmologias Sanõma e Yanomae, mas como da mesma forma nestas o morto é localizado em uma posição central. Ao morrer as corporalidades da pessoa em vida dissipam-se e se metamorfoseiam, emergindo no lugar destas uma corporalidade específica do defunto, sendo ela a corporalidade “do morto” que carrega as potencialidades mencionadas acima. Nesse sentido, ao passo que a racionalidade biomédica considera em sua estruturação fundamentalmente apenas a morte - e de maneira combativa - as cosmologias de saúde Sanõma e Yanomae parecem englobar a morte, o morrer e o morto em suas representações e práticas terapêuticas. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2010b, 2020; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008)

4.4 SAÚDE, MORTE E MORRER NA PANDEMIA DA COVID-19

Por fim, retornando uma vez mais a Menéndez (1994), as questões relacionadas a sistemas médicos e doenças implicam também formas de controle social. Nesse sentido, articula-se aqui esta concepção um passo além, para propor que as questões relacionadas a sistemas médicos e de morte e morrer também implicam formas de controle social. Autores como Rezende (2014) e Furtado (2018), por sua vez, fornecem um interessante referencial teórico para tal proposição, ao abordar questões como humanidades, corpo e pessoa, biopoder e necropolítica em suas articulações em torno da morte e do morrer nas populações em situação de rua e em casos de desaparecimento e de mortes anônimas.

Prosseguindo - e com vista ao acima -,

[...] com a pandemia e sua conseqüente letalidade, a biomedicina ocidental (comumente denominada como medicina científica), amparada em seu pilar epidemiológico, prescreveu, além das medidas preventivas em vida, também as medidas preventivas em morte que devem ser seguidas por todos (VERAS, 2021, p. 13).

Assim, com vista a diminuir as taxas de contágio da COVID-19, foi necessário romper de maneira radical com toda e qualquer socialidade dos doentes com sua teia social de consanguíneos e afins. Reconhece-se aqui a encruzilhada deste rompimento, se por um lado a solidão dos doentes pode parecer cruel, por outro era necessário diminuir as taxas de contágio com vista aos ainda em vida. Nesse sentido, frisa-se que as reflexões feitas a seguir giram em torno da racionalidade biomédica articulada em um campo cosmológico, e não em torno do campo subjetivo e psicológico da prática médica durante a pandemia da COVID-19. (VERAS, 2021)

Cita-se aqui o exemplo da pandemia pois parece uma falta de coesão abordar normativas biomédicas sobre a morte e o morrer e não citar a pandemia ainda em curso que se apresentou como um desafio para as mais diferentes cosmologias médicas. Assim, um exemplo de como o caráter universalizante da biomedicina dita também as prerrogativas da morte, sem levar em consideração diferentes subjetividades e corporalidades, pôde ser visto com a violência perpetrada contra mães Sanõna, as quais tiveram durante a pandemia o paradeiro dos corpos falecidos de seus bebês negado, conforme descrito por Guimarães (2020 apud VERAS, 2021, p.13-14):

Tendo ido em busca de ajuda médica nas casas de saúde indígena em Boa Vista, seus bebês vieram a falecer e seus corpos tiveram destinos não comunicados às respectivas mães. Quando questionados a respeito do paradeiro dos corpos, os serviços de saúde afirmaram óbito por COVID-19 e que os corpos dos bebês haviam sido enterrados, só podendo ser exumados dali há três anos. É fundamental aqui perceber como o discurso e a narrativa biomédica e sanitária ditaram a prerrogativa funerária desses corpos sem um diálogo explicativo com o universo cosmológico com o qual estes estavam originalmente atrelados. Posteriormente a ações de mobilização pelas redes sociais, mais informações sobre o paradeiro dos corpos dos bebês foram disponibilizadas às mães e agentes de saúde foram às terras

Sanõma explicar as questões sanitárias ao redor da pandemia que requerem processos funerários específicos com vista à prevenção. Também é importante frisar nesse exemplo que, após as mobilizações, dois corpos foram retornados aos Sanõma (um destes sendo um dos bebês mencionado anteriormente), uma vez que estes não haviam de fato falecido por COVID-19.

Tal projeto que está nos serviços de saúde para os povos indígenas se traveste de humanitário, quando afirma dos riscos de contágio e da preocupação dos corpos poderem disseminar a covid em território, ao mesmo tempo em que não controla o contágio na CASAI, despeja medicamentos inapropriados, não emite laudos, não comprova a covid de mortos, não compartilha decisões”. (GUIMARÃES, 2020, p. 14)

Enfim, o ponto central de reflexão que tenta-se estabelecer aqui não é vinculado ao campo técnico epidemiológico da biomedicina, mas conecta-se com as questões de representações sociais e narrativas manejas durante o contexto pelo sistema biomédico e sua proposta universalizante. Conforme Guimarães (2020 apud VERAS, 2021, p. 14), “em nenhum momento os ritos funerários Sanõma foram considerados ou articulados em um diálogo, mas sim sobrepostos pela possibilidade epidemiológica - que não se confirmou em dois casos”. Logo, é fulcral estabelecer como o prisma biomédico da morte e do morrer também pode desembocar em contextos de violência quando de frente com cosmologias de saúde outras, que interpretam tais fenômenos sob outras perspectivas e horizontes de corporalidades e constituição dos seres (VERAS, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há proposta médica que dê conta da **totalidade** da diversidade que é o processo de saúde-doença. E propostas de caráter totalizantes tendem a cair no erro do essencialismo limitante, uma vez que parece impossível cobrir toda a diversidade das experiências humanas que operam no processo saúde-doença em uma única proposta (CAMARGO JR, 2007). Essa concepção de Camargo Jr. facilita o entendimento do caminho que foi tomado neste estudo em relação à biomedicina, e a importância de refletir sobre as consequências que o pretense caráter universalizante da biomedicina implica, seja em sua própria estruturação, seja em relação a outros sistemas médicos.

Conforme mencionado e debatido no início deste trabalho, apoiando-se em muito nas concepções teóricas de Roy Wagner (2010), a respeito do processo de invenção cultural, e do que Maluf (2010) chama de antropologia reversa, aqui estudou-se a estruturação do sistema biomédico em relação com a maneira como as cosmologias Sanöma e Yanomae agenciam suas questões de saúde dentro de suas cosmologias gerais. E, como sublinhado ainda nos trechos introdutórios deste trabalho, o estudo do sistema biomédico em específico em relação a aspectos gerais das cosmologias desses povos foi embasado na tentativa de esquivar-se de reificações dos processos, ritos e representações sociais dos Yanomae e Sanöma.

A separação do estudo em questões de racionalidades médicas/de saúde, corpo, alimentação e morte - por sua vez - facilitou as reflexões tangentes as limitações e contradições que a racionalidade biomédica apresenta. Ainda, conforme a hipótese inicial deste estudo, a aproximação da maneira como as cosmologias Sanöma e Yanomae agenciam essas questões - frente ao modelo biomédico - demonstraram um empaldecimento das propostas universalizantes presentes no baluarte paradigmático da estruturação biomédica.

Com a separação do trabalho nos capítulos trabalhados até aqui, alguns pontos de reflexão ficaram facilitados e sobressaíram-se. A respeito da organização da racionalidade biomédica, ficou claro a maneira como uma proposição universalizante de saúde impõe uma série de regulações sociais sob a vida dos

indivíduos (doentes ou não) - como no caso da racionalização da alimentação, por exemplo. Além disso, o abstrato construto de doença emergiu enquanto fator central para explicar as lógicas de funcionamento da biomedicina, sejam elas nos aspectos de corpo, alimentação ou até mesmo morte e morrer. (CAMARGO JR., 2007, 2013a, 2013b, 2005; CARVALHO, LUZ & PRADO, 2001; FONSECA et al. 2011; LAPLANTINE, 2004; LUZ, 2011, 2019; MENÉNDEZ, 1994; VIANA et al., 2017; VIZOTTO, KROLOW E TEIXEIRA, 2010)

O foco na doença também serviu como grande fator explicativo para as tendências de medicalização da biomedicina atualmente em voga. É necessário domar a doença a todo custo, evitá-la, racionalizá-la até seus últimos limites. E quando tudo falha, quando de uma inevitável consumação da morte e do morrer, a racionalidade biomédica parece enveredar pelo afastamento, uma vez que a morte nessa é encarada enquanto uma batalha que foi perdida. (AREDES & MODESTO, 2016; AREDES, GIACOMIN & FIRMO, 2018; CAMARGO JR., 2007, 2013a, 2013b, 2005; CARVALHO, LUZ & PRADO, 2001; LAPLANTINE, 2004; LUZ, 2011, 2019; MACEDO, 2020; SOUZA, et al., 2019; VICENSI, 2016)

Ainda, tem-se a questão da forma como a biomedicina em suas propostas terapêuticas domina apenas uma corporalidade, a físico-orgânica, e como isso também contribui para a forma como essa tende a suprimir questões coletivas e de subjetividades em suas terapêuticas, diminuindo o processo saúde-doença à questões medicamentosas e de interferência médica. (CAMARGO JR., 2007, 2013a, 2013b, 2005; CARVALHO, LUZ & PRADO, 2001; LAPLANTINE, 2004; LUZ, 2011, 2019)

Dado este panorama, a apresentação das cosmologias Sanöma e Yanomae, e de suas respectivas questões de saúde, mostram outras agencialidade possíveis para questões fundamentais de saúde como processo saúde-doença, corporalidades nas quais enfermidades se alastram, localização social do processo de adoecimento, localização da morte enquanto possibilidade e autonomia do doente em seu processo. Em um exercício de invenção cultural e antropologia reversa propriamente ditos, estas outras agencialidades demonstram outros

caminhos e estruturações possíveis para a biomedicina face à algumas contradições próprias desta cosmologia. Isso não significa, de certo, hierarquizar as cosmologias aqui estudadas, mas compreender face à estas cosmologias de saúde outras, os impactos e a importância de também considerar-se em sistemas médicos questões para além do positivismo médico da biomedicina. (GUIMARÃES, 2005, 2010a, 2010b, 2011, 2015, 2020; KOPENAWA & ALBERT, 2015; RAMALHO, 2008)

Assim, caminhos futuros para essa pesquisa estão em compreender as rachaduras e pluralidades atualmente sendo agenciadas dentro da cosmologia biomédica. Em vários momentos deste trabalho foi ressaltado o reconhecimento de que toda e qualquer cosmologia de saúde/ sistema médico é dinâmico e em constante transformação. Nesse sentido, a racionalidade biomédica aqui estudada pode ser definida enquanto a dominante e atualmente hegemônica, contudo, para além dessa, existem outras propostas, também biomédicas, sendo marginalmente agenciadas por diferentes atores de cura nesse campo.

Dito isso, possíveis questões para pesquisas futuras, em áreas similares a deste trabalho, podem incluir investigações em torno de como outras propostas biomédicas vem sendo atualmente desenvolvidas no seio da racionalidade hegemônica atualmente em voga, e a maneira como tais novas propostas divergem da dominante. A partir desse prisma de pesquisa abrem-se uma série de questionamentos, por exemplo, como tais novas propostas localizam a doença e o processo de adoecimento? como elas agenciam as redes de cuidados dos doentes? como nessas é enxergada as questões subjetivas dos pacientes? como é vista nessas as questões de corporalidades? como nessas as questões da universalidade biomédica são interpretadas?

Por fim, sobre o ponto da pretensa universalidade biomédica e de seu foco na enfermidade, outro ponto para investigações futuras pode ser levantado em relação aos limites até onde a pesquisa biomédica pode levar tais focos. Ao encarar a morte enquanto combate e o adoecimento enquanto pilar central desse combate, os estudos genéticos emergem enquanto uma espécie de racionalização máxima das capacidades e tendências de adoecimentos dos indivíduos. Conforme Iriart &

Caprara (2011), ao passo que tais estudos são fundamentais em termos de prevenção e diagnósticos precoces, também é válido sublinhar e importante refletir sobre como esses às vezes tendem por uma simplificação do “humano” à uma codificação genética, criando-se um problema ontológico a respeito do que é humano e a respeito de uma série de questões de saúde-doença, corporalidades e subjetividades dos indivíduos. Enfim, resta o questionamento de quais seriam os limites máximos da racionalidade biomédica frente a universalização de si mesma e de suas propostas terapêuticas.

REFERÊNCIAS

AREDES, J. S.; MODESTO, A. L. “Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas”: um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 435-453, 2016.

AREDES, J. S. et al.. Reflexões sobre um fazer etnográfico no pronto-socorro. In: *Cadernos de Saúde Pública* [online]. V. 33, n. 9, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00118016>>. Acesso em: 21 de março de 2021.

AREDES, J.S.; GIACOMIN, K.C.; e FIRMO, J.O. The physician in the face of death in the emergency room. *Revista de Saúde Pública* [online]. V. 52, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000296>>. Acesso em: 21 de março de 2021.

BUCHILLET, D. Antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: _____. (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Cejup, p. 21-44, 1991. Disponível em: <https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers14-09/35312.pdf>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

BOSI, M.L.M.; PRADO, S.D. Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-17, Jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de março de 2021.

CAMARGO JR., K.R. A biomedicina. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 177-201, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de julho 2020.

CAMARGO JR., K.R. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. *Physis*; v. 17, n. 1, p. 63-76, 2007.

CAMARGO JR., K.R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cad Saude Publica*; v. 29, n. 5, p. 844-846, 2013a.

CAMARGO JR, K. R.. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. *Revista Brasileira de História da Ciência*, v. 6, p. 183-195, 2013b.

CARRARA, S. Entre cientistas e bruxos: ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. In: Alves, P.C.B.; Minayo, M.C. de Souza (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 33-45, 1994. Disponível em:

<<http://books.scielo.org/id/t dj4g/pdf/alves-9788575412763-03.pdf>>. Acesso em: 22 de outubro de 2020.

CARVALHO, M.C.; LUZ, M.T.; PRADO, S.D. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Cien. Saude Colet*, v. 16, n. 1, p. 155- 163, 2011.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al (Orgs.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Coleção Sociologia. Petrópolis: Vozes, 2008.

DUMONT, L. Cap. 1: Do indivíduo-fora-do-mundo ao indivíduo-no-mundo. In: _____ (Org.). *O individualismo. Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

ELIAS, N. Envelhecer e Morrer: alguns problemas sociológicos. In: *A Solidão dos Moribundos, seguido de Envelhecer e Morrer*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

FERREIRA, H.P. et al. Políticas para as línguas yanomami. São Paulo & Boa Vista: Instituto Socioambiental & Hutukara Associação Yanomami. 72 pp., 2019.

FISCHLER, C. *El (h)omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona, Espanha: Anagrama, 1995.

FONSECA, A. B. et al. . Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 9, p. 3853-3862, Sept. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de maio de 2020.

FURTADO, C. de C.. Mapeando silenciamentos: morte, biopoder e a gestão estatal de corpos e pessoas em situação de rua no município de Porto Alegre. *REIA -Revista de Estudos e Investigações Antropológicas*, v. 5, n. 2, p. 15-36, 2018.

GARCIA, R.W.D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. *Physis [online]*, v. 7, n. 2, p. 51-68, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311997000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de março de 2021.

GASPERI, P. de; RADUNS, V.; GHIORZI, A.R. A dieta ayurvédica e a consulta de enfermagem: uma proposta de cuidado. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 495-506, Abril de 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de julho 2020.

GOLDMAN, M. “Uma Categoria do Pensamento Antropológico: a noção de pessoa” In: _____ (org.) *Alguma Antropologia*. Rio: Relume Dumará, 1999.

GUIMARÃES, S. *Cosmologia Sanumá: o xamã e a constituição do ser*. 300 f. Tese (Doutorado em Antropologia)—Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

GUIMARÃES, S. *Corpos e ciclos da vida sanumá-yanomami*. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, v. 16, n. 34, p. 261-286, Dez. 2010a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832010000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de março de 2021.

GUIMARÃES, S. *O drama ritual da morte nos Sanumá*. *Tellus*, Campo Grande - MS, v. 10, n. 19, p. 111-128, Jul. /Dez. 2010b. Disponível em: <<https://tellus.ucdb.br/tellus/article/view/220>>. Acesso em: 21 março 2021.

GUIMARÃES, S. *Os especialistas do sistema médico Sanumá-Yanomami: o xamanismo como guerra, arte e cura*. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 57-71, 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/964/906>>. Acesso em 01 de agosto de 2020.

GUIMARÃES, S. *O sistema médico Sanumá-Yanomami e sua interação com as práticas biomédicas de atenção à saúde*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2148-2156, Out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001002148&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de Julho 2020.

GUIMARÃES, S. *Sobre mães, bebês e as cerimônias funerárias Yanomami em meio a pandemia da covid*. In: *Boletim extraordinário CAAF/Unifesp de enfrentamento da Covid-19. Mortos e mortes da covid-19: saberes, instituições e regulações*, v. 1, n. 12, p. 8-14, 2020.

HERTZ, R. *A preeminência da mão direita: estudo sobre a polaridade religiosa*. In: *Religião e Sociedade*, v. 6, p. 99-128, nov. 1980.

IRIART, J.A.; CAPRARA, A. *Novos objetos e novos desafios para a antropologia da saúde na contemporaneidade*. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1253-1268, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 março de 2021.

KOPENAWA, D.; ALBERT, B. *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

KUBLER-ROSS, E. *Atitudes diante da morte e do morrer*. In: *Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes. p. 23-49, 1996.

LAPLANTINE, F. Antropologia da Doença. São Paulo, Brasil: Martins Fontes, 3ed., 274 pp., 2004.

LUZ, M. Estudo comparativo das racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Saúde em novo paradigma/ Marcelo Pelizzoli. – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. Disponível em: <http://files.comunidades.net/saudeintegral/SAUDE_EM_NOVO_PARADIGMA_0209_2011_Dr._Marcelo_Pelizzoli.pdf#page=15> . Acesso em 19 de agosto de 2021.

LUZ, M. A disciplina das doenças e a razão social: categorias médico-sociais no século XIX. In: LUZ, M.. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade moderna. Rio de Janeiro: Fiocruz; Edições Livres, Coleção Memória Viva, p. 113-140, 2019.

MACEDO, J.L. de. A mentira terapêutica e o silenciamento do idoso e do morrer. Sex., Salud Soc. Rio de Janeiro, n. 35, p. 237-259, Ago. 2020 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872020000200237&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de março de 2021.

MALUF, S. W. A antropologia reversa e “nós”: alteridade e diferença. Ilha: Revista de Antropologia, [s. l.], ano 2, v. 12, n. 1, p. 39-56, 5 jan. 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/2175-8034.2010v12n1-2p41>>. Acesso em: 21 de março de 2021.

MALUF, S.; QUINAGLIA, É.; SILVA, M.A. da. Antropologia da saúde: entre práticas, saberes e políticas. BIB, n. 91, p. 1-38, 2020.

MENÉNDEZ, E. La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional?. ALTERIDADES, [s. l.], v. 4, n. 7, p. 71-83, 1994. Disponível em: <<https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/600>>. Acesso em: 13 de março de 2021.

MELO, L.P. de; CABRAL, E.; SANTOS JÚNIOR, J. dos. O processo saúde-doença: uma reflexão à luz da antropologia da saúde. Rev. enferm. UFPE on line, [s. l.], v. 3, n. 4, p. 1202-1208, Out/Dez 2009. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1032823>>. Acesso em: 17 de março de 2021.

POULAIN, JP. e PROENÇA, R.P. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. Revista Nutrição, Campinas, jul/set., 2003.

RAMALHO, M. Os Yanomami e a morte. 2008. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

REZENDE, P. A. de. (No)body: implicações da morte anônima e do desaparecimento sobre a categoria de “pessoa natural”. PPGAS/UFMG, Mimeo, 2014.

RODRIGUES, J. A comunidade medieval dos vivos e dos mortos. In: _____. O Tabu da Morte. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2 ed., p. 101-114, 2006.

SANTOS, A. dos et al . Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. Rev. NUFEN, São Paulo , v. 4, n. 2, p. 11-21, dez. 2012 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 março de 2021.

SEEGER, A.; DAMATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas. In: Boletim do Museu Nacional, v. 32, n. 1-2, p. 2-19, 1979.

SOUZA, G.A. et al. Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online], v. 28, n. 03, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280324>>. Acesso em: 21 de março de 2021.

TAVARES, F. Rediscutindo conceitos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos. MANA, v. 23, n. 1, p. 201-228, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132017000100201&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de março de 2021.

UCHÔA, E.; VIDAL J. M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out/dez 1994.

VERAS, J. V.. Limiares entre mundos: Reflexões e taxonomias sobre a(s) morte(s), o morrer e o morto na pandemia da COVID-19 . Novos Debates, vol. 7, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.48006/2358-0097-7122>>. Acesso em 12 de setembro de 2021.

VIANA, M.R et al . A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 447-456, Fev. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200447&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de Julho de 2020.

VICENSI, M.C.. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. Rev. Bioét., Brasília , v. 24, n. 1, p. 64-72, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000100064&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de março de 2021.

VIERTLER, R. B.. “Implicações adaptativas do funeral ao processo de mudança social entre os Bororo do Mato Grosso”. In: MARTINS, J. de S. (org.). A Morte e os Mortos na Sociedade Brasileira. São Paulo: Hucitec. p. 291-302, 1983.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Entre outros: mortos, deuses, xamãs, matadores. In: Araweté: os deuses canibais. Rio de Janeiro: Zahar. p. 465-525 [Cap. VI - parte], 1985.

VIZOTTO M., KROLOW A.C., TEIXEIRA F.C.. Alimentos Funcionais: conceitos básicos. Pelotas: Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Embrapa Clima Temperado, 2010.

WAGNER, R. A presunção da cultura, A cultura como criatividade, O poder da invenção. In: A invenção da cultura. Rio de Janeiro: Cosac Naify, p. 27-119, 2010.