

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E OS NEXUS DE SIGNIFICADOS DA DOENÇA

THERAPEUTIC ITINERARY AND THE NEXUS OF MEANINGS OF SICKNESS

Paulo César Alves¹

Resumo

O presente artigo tem por objetivo identificar duas questões fundamentais subjacentes nos estudos contemporâneos sobre itinerários terapêuticos (IT): (a) o significado de “cuidado à saúde” (questão que envolve a busca e avaliação de tratamento); (b) a noção de doença implícita nesses estudos. A primeira questão refere-se ao conceito de “mundo de práticas” e “campos de possibilidades” de atuação na busca de tratamentos disponíveis no universo dos atores. A segunda, lida com a noção de doença enquanto totalidades que são perseguidas em um campo de práticas. A conclusão fundamental é que IT é uma forma de engajamento em uma dada situação e, portanto, requer novos aprendizados e aquisições de habilidades específicas.

Palavras-Chave: Itinerário Terapêutico. Cuidados à saúde. Mundo de práticas. Produção de significados da doença.

Abstract

This article has the intention of delineating two fundamental, and interrelated questions in the contemporary studies of therapeutic itineraries (TI): (a) the meaning of “health care” (a question that involves the search for and evaluation of treatments); and (b) the notion of sickness/illness implicit in these studies. The first question refers to the concept of a “world of practices” and “fields of possibilities” of action, in the search for treatments available in the universe of actors. The second, deals with the notion of illness as totalities that are sought for in the field of practice. The fundamental conclusion is that TI's are a form of engagement with a given situation and, as such, require new forms of learning and the acquisition of specific capacities.

Keywords: Therapeutic itineraries. Health care. Words of practices. Sickness meaning production.

¹ Professor Titular do Departamento de Sociologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Brasil.
E-mail: paulo.c.alves@uol.com.br

Introdução

O itinerário terapêutico (IT) é um dos conceitos centrais nos estudos sócio-antropológicos da saúde. Trata-se de um termo utilizado para designar as atividades desenvolvidas pelos indivíduos na busca de tratamento para a doença ou aflição. Ao longo da história das ciências sociais, esse conceito tem recebido rótulos diferentes, como “*illness behavior*”, “*illness career*” e “*therapeutic itineraries*”. Cada uma dessas expressões põe ênfase especial em determinados aspectos dos processos pelos quais os atores sociais buscam soluções para suas aflições. Nos últimos vinte anos, a produção de trabalhos sobre IT cresceu de forma significativa (ver GERHARDT, 1990; LAWTON, 2003; PIERRET, 2003; CABRAL et al., 2011). O que esses estudos mais recentes trazem de novo para o significado de IT? Quais são as principais tendências ou proposições que caracterizam esses trabalhos? O presente artigo tem por principal objetivo discutir alguns aspectos dessas questões. Mais especificamente, pretende explicitar dois pressupostos teórico-metodológicos presentes nas pesquisas sobre IT. O primeiro diz respeito ao significado de “conduta” (mundo de práticas) e “campos de possibilidades” de atuação na busca de tratamentos que estão disponíveis no universo dos atores. O segundo refere-se à noção de doença – ou condição patológica – implícita nesses estudos. A análise dessas duas questões nos parece fundamental, pois nos permite alargar a compreensão dos processos pelos quais os indivíduos e grupos sociais atuam quando se defrontam com problemas de saúde. Em síntese, o presente artigo lida com os *nexus* de significados para o entendimento do mundo da doença.

Embora seja um trabalho teórico, a discussão desenvolvida está fundamentada em pesquisa empírica (iniciada em 2013) – “Itinerários terapêuticos em comunidades pesqueiras da Baía de Todos os Santos”, financiada pelo CNPq (processo 405469/2012-8) e pela FAPESB (processo 0541400016598-0) – cujo objetivo principal é identificar e caracterizar práticas de cuidados à saúde exercidas por indivíduos envolvidos no sistema pesqueiro artesanal (notadamente na mariscagem) da Baía de Todos os Santos (BTS, Bahia). A pesquisa volta-se exclusivamente para indivíduos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, e vem sendo realizada em sete comunidades pesqueiras, nas quais a coleta de peixes e mariscos ocupa grande parte da população local. Cabe ressaltar que a mariscagem integra a vida familiar e comunitária nessas localidades. Como chamou atenção Correia (2011), não há separações marcantes entre o “fazer diário” e o “fazer da pesca/mariscagem” nas comunidades pesqueiras da Baía de Todos os Santos. Três recursos técnicos de obtenção de dados foram utilizados na pesquisa: “etnografia”, na

qual são empregados recursos audiovisuais com o propósito de registrar diferentes momentos do trabalho na produção, armazenamento e comercialização de mariscos; *survey* (N=150; com pessoas portadoras de doenças crônicas não infecciosas); entrevistas (N=20) sobre temas relacionados à busca de tratamento, relatos sobre as relações entre doença e vida cotidiana.

O artigo está dividido em três partes. A primeira esboça algumas características importantes nos estudos sobre IT; a segunda lida com o significado de “busca de tratamento” e cuidados à saúde; e a terceira aborda os pressupostos subjacentes à noção de doença utilizada usualmente nos trabalhos de IT.

Os estudos sobre itinerário terapêutico

Para melhor identificar os pressupostos teórico-metodológicos subjacentes aos estudos sobre itinerário terapêutico, partiremos dos trabalhos denominados “*illness behavior*”. Desenvolvidos a partir da década de 1950, estes trabalhos voltavam-se para a identificação de condutas de indivíduos – ou grupos sociais – no uso de serviços de saúde (ver KOOS, 1954; MECHANIC, VOLKART, 1960). Mais especificamente, são pesquisas que reduzem o IT às demandas do sistema de serviços de saúde, principalmente do setor profissional. Esses trabalhos estabeleceram um padrão de análise nos estudos sobre IT cujo objetivo fundamental é identificar e caracterizar os fatores socioculturais que determinam, em certos grupos sociais, a pouca ou alta utilização de serviços de saúde. Parte-se da premissa de que os indivíduos orientam “racionalmente” sua conduta para a satisfação das suas necessidades (no caso, o uso do serviço de saúde para resolver seus problemas de doença ou aflição). Ou seja, a busca de tratamento é interpretada como resultado de condutas orientadas por princípios de custo-benefício. Nessa perspectiva, o que essas pesquisas procuram é caracterizar os “padrões socioculturais” ou “psíquico-sociais” que regulam, no mercado de serviços disponíveis na sociedade, a busca de tratamento à saúde. Tais “padrões” são apresentados mediante dois pressupostos: (a) demandas e utilização dos serviços de atenção à saúde (notadamente da arena profissional); (b) conjunto de associações já agregadas (ou melhor, reagregadas e empacotadas conjuntamente) por indivíduos (ou grupos sociais) no processo que desenvolveram para buscar ajuda terapêutica. Assim, o IT depende de uma “lógica interna de funcionamento” dos serviços de saúde (seu “contexto social”) e das “forças sociais” implícitas nas ações realizadas pelos atores no uso desses serviços. Assim, uma vez definidas tais “lógicas” e “forças”, ainda que de maneira vaga, o IT é reduzido a um tipo especial de causalidade para explicitar uma determinada linha de ações (“padrões de percursos”) realizadas para o tratamento à saúde.

A partir da década de 1980, grosso modo, as pesquisas sobre IT ampliam seus escopos analíticos. Passam a dar mais ênfase à existência de diferentes concepções médicas sobre doença e tratamento. Com isso, há uma maior preocupação em caracterizar a diversidade de formas pelas quais os atores² elaboram suas concepções médicas e estratégias de tratamento. Estão mais atentas ao pluralismo médico e às distintas estruturas cognitivas e práticas terapêuticas das arenas que constituem o sistema de cuidados com a saúde. Nessa perspectiva, Arthur Kleinman é nome referencial. São trabalhos que prestam maior atenção à constituição de redes sociais nas quais os atores se inserem para resolver seus problemas, como nos casos das pesquisas de Horowitz (1977), Janzen (1978) e Price (1981). Por último, as relações entre as interpretações dos atores sociais e os modelos explicativos dos diferentes subsetores terapêuticos (*folk* e profissional) não são necessariamente concebidas como enquadradas em um modelo integrado e coerente. Last (1981), por exemplo, observava que as pessoas podem se engajar em processos terapêuticos sem conhecimento da lógica interna do sistema escolhido.

Assim, fundamentadas em novas premissas, as pesquisas sobre IT passam a lidar com um amplo leque de temáticas. Duas grandes ordens de explicações estão subjacentes nesses trabalhos: cognitiva (construções de significados, escolhas e decisões de cuidados à saúde; caracterização de valores, emoções, ideologias relacionados com a doença ou o sofrimento) e socioeconômica (como os trabalhos sobre desigualdades sociais, estruturas familiares, gênero e questões étnicas que interferem na busca e oferta de serviços em saúde). Por meio dessas duas ordens explicativas, são analisadas quatro grandes temáticas relacionadas ao significado de IT e que usualmente se inter cruzam: (a) identificação de estratégias desenvolvidas para resolução de problemas de saúde; (b) caracterização de modelos ou padrões nos percursos de tratamento ou cura; (c) trânsito de pacientes nos diferentes subsistemas de cuidados à saúde; e (d) funcionamento e organização de serviços de cuidado à saúde. Sob o manto dessas categorias, são objetos de estudo: as percepções e representações de doença; busca de determinados tratamentos; adesão e avaliação de tratamento; conduta de doentes e familiares em relação ao tratamento; relação paciente-terapeuta; disponibilidade e acessibilidade aos recursos assistenciais (profissionais ou não). E, por último, é importante observar que são pesquisas majoritariamente situadas em três campos disciplinares (antropologia, sociologia e psicologia social) e fundamentadas, em grande medida, em metodologias qualitativas.

2 Conforme observa Latour (2012, p. 75), “empregar a palavra ‘ator’ significa que jamais fica claro quem ou o quê está atuando quando as pessoas atuam, pois o ator, no palco, nunca está sozinho ao atuar”.

Embora ampliem seus escopos e perspectivas analíticas, as pesquisas atuais sobre IT guardam alguns pressupostos herdados dos trabalhos denominados “*illness behavior*”. Destaquemos dois deles. O primeiro diz respeito ao fato de que, objetivando explicar a constituição de padrões no uso de serviços de saúde, elas centram seu universo de análise em pessoas que estavam ou estiveram sob tratamento médico (notadamente nos centros de saúde, hospitais e unidades de emergência) e que, portanto, tomaram, de algum modo, a decisão de seguir uma forma de tratamento. Nesse aspecto, a análise de IT refere-se à reconstituição de agregados já estabelecidos pelos atores na busca de determinados *tratamentos médicos*. Em outras palavras, a análise prende-se à caracterização dos percalços pelos quais os indivíduos e grupos sociais chegaram a uma modalidade terapêutica. Assim, o *focus* fundamental do estudo é identificar os “campos de possibilidades de tratamento” disponíveis no universo dos atores e os problemas envolvidos no acesso a um dado sistema terapêutico. Nesse sentido, o conceito de IT continua voltado para apreender um dado curso de tratamento para uma determinada doença ou aflição. O segundo aspecto, intrinsecamente imbricado no primeiro, refere-se à noção de doença – ou condição patológica – implícita nos estudos sobre IT. Doença é usualmente concebida como um fenômeno constituído por um “modelo explanatório”. Portanto, refere-se às coordenadas pelos quais os pesquisadores classificam as diferentes formas de os atores identificarem e caracterizarem episódios de doenças. Uma questão fundamental a ser observada diz respeito ao caráter de *entidade* atribuído à doença. Aqui, a questão a ser discutida refere-se às formas pelas quais as pesquisas sobre IT concebem o significado de “entidade”. Usualmente, a entidade-doença é vista pela perspectiva da semelhança (e não da repetição³) como uma generalidade que exprime um ponto de vista, segundo o qual uma dada entidade é algo único ou singular nas diversas instâncias da vida (no cotidiano, nas consultas terapêuticas, nas buscas de tratamento etc.). Há, por conseguinte, uma ideia de perseverança ou homogeneidade nessa concepção de doença. Trata-se de uma noção que traz importantes implicações para o estudo sobre IT, pois as diversas modalidades de condutas relacionadas aos cuidados à saúde são reduzidas às estratégias e táticas na busca de solução para *um* problema específico – a doença

3 É importante distinguir semelhança de repetição. Conforme Deleuze, em breves palavras, semelhança diz respeito à generalidade, a igualdade, a equivalência, a troca, algo que pode ser substituído por outra coisa. Repetição, por sua vez, é “uma conduta necessária e fundada apenas em relação ao que não pode ser substituído [...] concerne a uma singularidade não trocável, insubstituível [...] Se a troca é o critério da generalidade, o roubo e o dom são os critérios da repetição. Há, pois, uma diferença econômica entre as duas” (DELEUZE, 1988, p. 22).

ou mal-estar. Desse modo, a doença é vista como uma entidade específica que impede o funcionamento “normal” do corpo (isso é, uma “normalidade controlada” por pressupostos individuais e coletivos), como um estado interno que reduz a habilidade do funcionamento biológico abaixo de um determinado valor socialmente considerado normal e que, por essa razão, requer algum “tratamento”. As pesquisas de Dingwall (1976) e Blaxter e Paterson (1982) são modelos analíticos nesse sentido.

É importante refletir mais cuidadosamente sobre essas duas questões (escolha ou busca de tratamento médico e doença como entidade), conforme chamam atenção os trabalhos de Leder (1990), Murphy (1990), Svenaeus (2000), Toombs (2001) e Anemarie Moll (2002, 2008), entre outros. Fundamentados pelas chamadas “novas sociologias”⁴, esses pesquisadores ou teóricos compreendem a doença ou aflição em outras dimensões analíticas. Desnecessário dizer que tais perspectivas se constituem em uma gama variada de abordagens teórico-metodológicas, tornando-se altamente complexa qualquer tentativa de síntese. Contudo, uma característica que perpassa um número significativo dessas “novas sociologias” é a preocupação com questões relacionadas ao “mundo da vida” (ALVES, 2010). Trata-se do *mundo cotidiano* tal como é imediatamente vivido e anterior à distinção entre sujeito e objeto; anterior a toda predicação e à objetificação científica. O mundo cotidiano – *Lebenswelt* – é o mundo da práxis, onde o conhecimento que adquirimos e utilizamos para nos orientar nas situações do dia a dia e resolver os problemas com os quais nos defrontamos está atrelado a interesses práticos. Por estarmos necessariamente engajados no mundo cotidiano, adquirimos um “estoque de conhecimento”, formado pelo percurso biográfico de cada um de nós, pelas circunstâncias em que somos enredados, desenvolvemos um conjunto de “receitas”, “estratégias”, “planos de ação” para lidar com o “mundo da vida”⁵. Reconhecer o primado da “ação” – da “*vita activa*”, no dizer de Hannah Arendt (2010) – para compreender as conexões sociais estabelecidas pelos atores tem implicações importantes para o entendimento do IT. É o que buscamos agora explorar.

4 O termo é de Corcuff (2001). Designa um conjunto de teorias que floresceram a partir dos fins da década de 1970, como, por exemplo, a “sociologia existencial” (Kotarba e Jack Douglas), a “teoria ator-rede” (Bruno Latour), a teoria da “ação criativa” (Hans Joas), a sociologia fenomenológica (Jack Katz, Michel Jackson).

5 “A configuração que o estoque de conhecimento assume a cada momento é determinada pelo fato de que os indivíduos não estão igualmente interessados em todos os aspectos do mundo ao seu alcance; antes, é o projeto, formulado aqui e agora, que dita o que é relevante ou não na situação” (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999, p. 16).

A busca de tratamento

Começamos com um rápido exemplo: trechos da narrativa que Claudianor (52 anos), residente em Baiacu, comunidade pesqueira do Município de Vera Cruz (Baía de Todos os Santos), elabora sobre os problemas enfrentados por ela (e família) ao lidar com o seu marido (Caio), vítima de acidente vascular cerebral (AVC)⁶. No conjunto de entrevistas realizadas com Claudianor, ela relembra os percalços, angústias e situações que teve de enfrentar ao longo dos últimos dez meses. No trecho abaixo selecionado, Claudianor narra o último internamento do marido, ocorrido a cinco meses da primeira entrevista.

Ele passou vinte dias no hospital de Itaparica. O dinheiro que eu tinha acabou. Fomos para o Hospital Roberto Santos (em Salvador) duas vezes. Depois de três meses de ter dado o AVC, ele deu AVC hemorrágico. [...] Eu tinha ido para Salvador e sai cedo naquele dia. A Catinha (uma vizinha) ficou aqui em casa. Agora era eu que tinha de vender o peixe aos fregueses. Antes era ele que vendia os peixes. Eu vendia era marisco. [...] Nisso eu vendi o peixe e voltei. Quando eu chego, tô vendo todo o mundo olhando para mim. Não disseram nada. A porta tava cheia de gente. E a porta fechada. Aí disse: “Cadê Caio?” Quando abri a porta, cadê Caio? “E aí gente, Caio tá onde?” “Ah”, disse Catinha, “Seu Caio passou mal e foi para o hospital de Itaparica. Ele teve uma convulsão de manhã” [...]. Aí me piquei para Itaparica. Só foi tomar um banho. Fiquei lá sete dias internada com ele. Aí Dra. Marcia disse: “Quando ele sair do hospital, leva ele para um neurologista, porque ele tá dando essas convulsões”. E indicou um em Salvador. Dizia ser o melhor. Mas para mim foi um dos piores [...] Eu com condições fraca, gastando o que não posso. Agora Caio tá sem neurologista mas..., mas vamos ter de arranjar alguém [...] Mas muita ajuda tenho do meu povo, pagando tomografia, pagando remédio... e meu esposo a mesma coisa [...] Minha vida tá aí. É assim. Dia de trabalhar e eu estou aí com ele. A saúde é importante. Com a saúde agente tem tudo; sem ela, nada. Tenho de me virar para cuidar de Caio e só Deus sabe o que tenho de fazer [...] A médica mandou que ele tem que começar a fazer exercício. Vamos comprar um aparelho de exercício e ele vai ter que aprender [...] Tem esse menino aí (aponta para seu filho). Tava no exército e teve de sair para me ajudar [...] Não pescamos mais e temos de comprar peixe para vender aos nossos clientes em Salvador. Assim ganha pouco [...] Quando Caio foi para o hospital perdemos todo o peixe que tava no frizer. O frizer tava era cheio de peixe. Apodreceu tudo. Tinha pedido a vizinha daí do lado que

6 A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Bahiana de Cardiologia (CEP/FBC). Parecer N° 122.970 (16/10/2012), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 07902412.9.0000.5027.

vendesse o peixe. Ela vendeu? Ela ficou foi com parte dos nossos clientes [...] Quiseram comprar a rede e o barco de Caio [...] Ofereceram muito pouco [...] Caio era mestre, mas agora não pode sair pro mar [...] Imagine que sou eu, uma mulher, que trata de alugar o barco e negociar com os outros [...] Mas é o que tenho de fazer devido as condições de Caio [...].

O trecho narrativo apresentado não parece trazer nenhuma grande novidade ou especificidade em relação às reconstituições de casos de tratamento obtidas na pesquisa sobre itinerários terapêuticos em comunidades pesqueiras da Baía de Todos os Santos. Tomemos tal narrativa apenas como simples exemplo das questões que discutiremos a seguir.

Como já observado, as pesquisas sobre IT usualmente se caracterizam pelos seguintes aspectos: (a) análise dos transtornos no uso de um dado sistema terapêutico (como, por exemplo, as dificuldades de acesso e precariedade do sistema de saúde); (b) busca de um encadeamento de acontecimentos (enquadramento de fluxos ou linhas de condutas – às vezes de forma linear – com um determinado propósito terapêutico) que redundaram na situação presente do ator (o de estar sendo tratado por um dado sistema terapêutico); (c) a doença como uma entidade fixa (usualmente delimitada pela perspectiva biomédica). Na presente secção, discutiremos os dois primeiros aspectos e o terceiro, no segmento seguinte.

A primeira questão a ser observada sobre os transtornos no uso do serviço de saúde e encadeamento de ações para busca de tratamento diz respeito a um componente essencial nos estudos sobre IT: o processo de escolha e avaliação do tratamento. Na narrativa de Claudianor, ela relata como seu marido é tratado no Hospital Roberto Santos, como avalia o neurologista indicado pela médica. Como visto, tradicionalmente as pesquisas sobre IT tendem a centrar seu universo de análise em pessoas que estavam ou estão sob tratamento médico (notadamente nos centros de saúde, hospitais e unidades de emergência) e, portanto, já tomaram, de algum modo, a decisão de seguir uma forma de tratamento. Assim, a análise de IT refere-se principalmente à reconstituição de trajetos já estabelecidos pelos atores na busca de determinados tratamentos médicos. São pesquisas que se ocupam fundamentalmente do que podemos denominar “cuidados *terapêuticos* à saúde”. Trata-se de uma expressão que tem um caráter objetivo: ações diretamente realizadas para adquirir ou manter “cuidados médicos”. Tem como objetivo, portanto, um fim determinado: estabelecer uma linha de conduta para obtenção de tratamento. Ou seja, trata-se de uma análise que tende fortemente a precisar um caráter direcional às ações que os atores realizam para buscar tratamento (profissional ou não). Nesse sentido, deixam de lado uma série de associações que os atores realizam entre

elementos que, dadas as circunstâncias da doença, precisam ser reunidos de novo. Mais especificamente, o cuidado médico (ou “cuidado terapêutico à saúde”) requer usualmente reconstituições de novos “laços” ou vínculos interativos e reformulações de concepções que possibilitam a realização do tratamento. Nos trechos da narrativa apresentada, podemos observar que Claudianor não se refere apenas aos cuidados terapêuticos do marido. No seu relato, ela associa a condição do marido a um conjunto de elementos: o filho que deixou o exército para auxiliar a família, a ajuda financeira de membros da comunidade, a vizinha que se apossa dos clientes, as diversas negociações que ela faz em lugar do marido etc.

Os transtornos no uso de um sistema terapêutico e os percalços para obter tratamento são dois elementos centrais nos estudos sobre IT, e estão intimamente ligados, pois as dificuldades para realizar um tratamento dependem, em boa medida, do sistema de cuidados à saúde no qual está inserido o ator. Desnecessário lembrar que cada setor de um sistema médico está situado em um contexto social específico e tem suas próprias “normas” e “expectativas” para que possa prestar atendimento terapêutico ao indivíduo e, portanto, “demanda” ações específicas. Claudianor apresenta amplos relatos sobre os problemas relacionados à ida do marido ao hospital, ao neurologista, ao posto de saúde. Cabe também notar que nas reconstituições de casos feitas pelos indivíduos sobre os problemas de doença – principalmente em situação de entrevista – há uma forte tendência para narrar acontecimentos que explicitam um conjunto de problemas enfrentados para a obtenção de um determinado tratamento. Como já observado, o pesquisador prende-se quase que exclusivamente ao caráter direcional, linear, das *ações realizadas* para a busca terapêutica. Assim, tende a não levar em consideração que as informações obtidas foram fornecidas por indivíduos que estão sob uma determinada forma de tratamento. Nesse sentido, as perdas e ganhos no curso do tratamento são avaliados por critérios atuais e, portanto, posteriores àqueles dominantes no momento das escolhas. As trajetórias passadas são iluminadas, por conseguinte, pela luz do presente.

Em síntese, não devemos esquecer que tais narrativas são *reconstituições*. Ou seja, recomposições de acontecimentos e condutas passadas nas quais os indivíduos selecionam e associam elementos que, para eles, dão significado ao seu IT. Ao prender-se apenas aos “cuidados *terapêuticos* à saúde”, corre-se o risco de não deixar clara a diferença entre “cursos de conduta que são idealizadas de antemão pelos atores” e os “resultados desses processos”; entre as “possibilidades de ação” e a “materialização das ações realizadas”. Em outras palavras, confunde-se “ação” com “ato” e, conseqüentemente, propósito com projeto.

É preciso que o estudioso de IT reflita um pouco mais sobre o significado de “ação”. Tal conceito tem sido empregado em múltiplos sentidos e contextos. As teorias sociais contemporâneas enfatizam a relação entre “ação” e “atividade”, “operação”, “prática”, “experiência”. Ação diz respeito ao processo pelo qual um ator, na sua vida cotidiana, determina sua conduta após ter considerado (de forma reflexiva ou não) vários cursos de ação possíveis (ver SCHUTZ, 1974). Ação é, em primeiro lugar, conduta e, como tal, sujeita a obstáculos e possibilidades. É conduta intencional, isto é, visa alcançar algo. Há, portanto, um componente de reflexividade na ação. Que fique bem claro: reflexividade e não racionalização. Ação não pressupõe necessariamente um cálculo ou uso de categorias lógicas para o exame de um determinado fenômeno. Reflexividade é, na esclarecedora formulação de Dewey (apud SCHUTZ, 1974, p. 87), “um ensaio teatral, na imaginação, de diversas linhas de ação possível e antagônicas [...] É um experimento consistente em efetuar diversas combinações de elementos selecionados de hábitos e impulsos para discernir como seria a ação resultante se fosse compreendida”. “Ato”, por sua vez, refere-se à ação já realizada.

A possibilidade de empreender um curso de ação (como no caso do IT) está relacionada à “antecipação de condutas futuras pela imaginação”, no dizer de Dewey (1980, p. 207). Ou seja, toda ação leva consigo seus horizontes específicos de expectativas intencionais, de antecipações. Essas expectativas podem não ser cumpridas, seja porque o objetivo desaparece do campo de percepção, seja porque é encoberto por outro, ou ainda porque as previsões não se realizam. Em síntese, ação demanda um projeto, algo que está sob o controle do ator e para o qual o indivíduo elege uma delas. Logo, projeto diz respeito a uma “arte de adquirir” habilidades que podem viabilizar cursos de ação. Requer efetividade ou “performance”, pois depende da atuação dos atores nas vicissitudes da vida cotidiana.

Assim, para efetivar um curso de tratamento é necessário constituir redes de interação entre atores, instituições e coisas, estratégias e táticas, arranjos, escolhas selecionadas em um campo de possibilidades disponível em um dado contexto social. Não devemos esquecer que toda terapia ocorre como um fenômeno diretamente relacionado às circunstâncias nas quais se encontram o sujeito e “copresentes”. Logo, IT depende de circunstâncias e de situações biograficamente determinadas. Tais circunstâncias são “fundos”, “horizontes”, pelos quais se torna possível efetivar a busca de tratamento médico. Desnecessário dizer que término ou interrupção de uma atividade não depende apenas de um horizonte intencional, mas de fatores como temporalidade e disponibilidade de recursos, entre outros.

A narrativa de Claudianor é significativa. Assim como nos demais relatos obtidos na pesquisa, ela entrelaça as atividades relacionadas ao cuidado terapêutico à saúde com os diversos rearranjos na vida cotidiana, nas relações com os outros.

As reconstituições de casos de tratamento são fundamentalmente relatos de criação de redes sociais, de reagrupamentos, de constituições de laços frágeis, incertos, controversos.

Doença e itinerário terapêutico

É importante enfatizar que a ação, conforme observa Latour (2012, p. 72), “não ocorre sob o pleno controle da consciência. A ação deve ser encarada, antes, como um nó, uma ligadura, um conglomerado de muitos e surpreendentes conjuntos de funções que só podem ser desmaranhados aos poucos”. As ações estabelecem vínculos, reagrupam atores sociais. Essas “redes” constituídas têm significados para os atores; são redes instituídas pelas vicissitudes da “doença”. Mas, cabe perguntar, qual a relação dessas redes com a “doença”? A doença é uma totalidade dada? Uma entidade – uma coisa – evocada para nomear as informações produzidas pelo corpo? Em síntese, a doença é sempre a mesma nas miríades de vínculos estabelecidos pelos atores em distintas situações? A “doença” de S. Caio, relatada por Claudianor, tem o mesmo significado quando ele se encontra no Hospital, quando, quase imobilizado, está sentado na pequena varanda da casa, quando sua esposa tem que negociar arranjos para a pesca, ou ainda quando busca um neurologista?

Quando se referem às questões de doença, as Ciências Sociais têm dirigido tradicionalmente seus esforços para buscar sistemas de significado desse fenômeno. Elaboram interpretações sobre ela, constroem sofisticados modelos explicativos, mas raramente a compreendem como modalidade de prática, de materialidade e evento. Com isso, perdem de vista as especificidades pelas quais a “doença” é vivida em diferentes espaços.

As análises de Annemarie Mol (2002, 2004, 2008) nos parecem reveladoras para compreender a doença enquanto prática. Deslocando o foco de estudo de sistemas de significados para práticas, Mol questiona a ideia de que o corpo e a doença sejam totalidades formadas *a priori*, mas totalidades que são perseguidas em um campo de práticas. Ou seja, não há uma doença independente do que se pensa e se faz. Nesse sentido, agir, ser afetado, pensar e sentir são fenômenos que caminham juntos no desenvolvimento de processos de adoecimento e tratamento.

Mol (2004) argumenta com muita propriedade que, no corpo, a coerência (como um sistema orgânico dotado de uma dada totalidade) não é autoevidente, mas algo a ser permanentemente perseguido. Tampouco o corpo é uma série de fragmentos. No seu processo de garantir uma unidade (um *vir-a-ser*), ele tanto pode se dirigir para a integração quanto para a fragmentação. O corpo abriga uma complexa configuração de tensões e conflitos que precisam ser enfrentados.

Conforme Bruno Latour (2004), ter um corpo (ou adquirir um corpo) é aprender a ser afetado. Há tensões entre os órgãos do corpo, entre os controles internos e o caráter instável de seus comportamentos e, notadamente, entre as várias necessidades e desejos que os corpos tentam combinar com vista a perseguir a totalidade. Logo, observa Mol, manter a integração do corpo é algo que exige trabalho.

Tendo em vista que o corpo não é um sistema independente, mas um modo de produzi-lo, a doença tampouco é uma realidade única, sobre a qual se formulam diversos pontos de vista. Assim como não há um corpo unificado em uma totalidade dada *a priori*, tampouco é possível encontrar um sistema integrado de significados que definam a doença de uma vez por todas. Logo, conclui Mol, a pergunta “o que é doença?” não tem sentido. Ou seja, não há um significado último de eventos, tampouco uma explicação única para as práticas. A ideia de doença depende do ambiente onde a “doença” está situada, sendo configurada de acordo com o espaço onde se formula o questionamento.

Mas, antes de tudo, é fundamental ressaltar: esse argumento não nos leva para a relativização da doença, para uma concepção de doença como interpretações diferentes elaboradas em cada situação. Para Mol (2002, 2004), “doença” refere-se a distintos modos de vivenciar e produzir o sofrimento. Assim, sendo atuada em cada espaço social, a “doença” produz novas formas de ser. Transforma-se na medida em que atua em contextos específicos e, portanto, requer do indivíduo e dos grupos sociais novos aprendizados, aquisições de habilidades específicas.

No rápido relato de Claudianor, anteriormente apresentado, é possível inferir diferentes modos de se produzir (lidar contextualmente) a “doença” do seu marido. Embora o trecho mencionado não desenvolva um conjunto de situações, de acontecimentos, vivenciados por Claudianor ao lidar com o problema de S. Caio (ela as explora no decorrer das entrevistas realizadas), pode-se observar que as formas práticas de se a ver com a “doença do marido” são diferentes em contextos específicos. A “doença do marido” não é vivenciada da mesma forma quando ele estava internado no hospital; quando foi motivo de “curiosidade” da vizinhança em saber do acontecido e aguardar o retorno de Claudianor a casa; da experiência com o “neurologista de Salvador”; das constituições de redes sociais de apoio – o filho que sai do exército, a “muita ajuda tenho do meu povo”, da vizinha que “cuida da casa” quando ela, Claudianor, está fora; da resignação de ser uma “cuidadora” (“*minha vida tá aí. É assim. Dia de trabalhar e eu estou aí com ele...*”).

Considerações finais

Parece ser um tanto consensual entre os pesquisadores atuais de IT a concepção de que é problemático afirmar a existência de um padrão único e definido no processo de tratamento. Os relatos de casos sobre busca e uso de tratamento usualmente apresentam diferentes cursos de ação, vacilações, dúvidas, entradas e saídas em diferentes modalidades de tratamento, arranjos na vida cotidiana, estabelecimento de novas redes sociais. O cuidado com a saúde demanda processos interativos com diferentes atores (humanos e não humanos), reagrupamentos, constituição de laços muitas vezes frágeis, incertos, controversos. Nesse sentido, requer desenvolvimento de práticas, de habilidades adquiridas ao longo dos processos de envolvimento dos atores em seus contextos específicos. Assim, as hesitações, as incertezas, as perplexidades, as formações e dissoluções de laços interativos são elementos que devem ser devidamente levados em consideração pelos estudiosos do IT, uma vez que o itinerário terapêutico é sempre construído através de uma multiplicidade de perspectivas de ação.

A busca e avaliação de tratamento dependem daquilo que rodeia o ator, das circunstâncias nas quais ele se encontra. Nesse sentido, o IT implica necessariamente “horizontes”. Isso é, um fundo (situações, interações, espaços, bens, valores, princípios) copresente nos processos de busca de tratamento. Em síntese, o horizonte é como um fundo que delimita as coisas e a visão delas; é uma determinação por meio da qual as coisas se tornam visíveis. Nessa perspectiva, é importante que os pesquisadores deem mais atenção as complexas relações entre condutas e construções de significados elaboradas pelos atores sobre sua condição de saúde. É necessário não perder de vista o fato de que IT é uma forma de engajamento em uma dada situação (logo, requer aprendizagem) e, portanto, é *modo prático de compreender a doença*. O itinerário terapêutico explicita simultaneamente “mundo de práticas” e “ontologias práticas” (ou seja, *nexus* de significados para o entendimento do mundo da doença). Por último, é importante salientar que tais questões demandam desafios metodológicos que podem provocar abalos nos nossos sólidos princípios científicos. Talvez o reconhecimento desses desafios seja a mais dolorosa lição que temos de aprender ao lidar com os problemas suscitados pelo IT, e essa talvez seja a maior das contribuições atuais nos estudos sobre itinerários terapêuticos.

Referências

ALVES, Paulo César. A teoria sociológica contemporânea: da superdeterminação pela teoria à historicidade. *Sociedade e estado* [online], Brasília, v. 25, n. 1, p. 15-31, 2010.

- ARENDETT, Hanna. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- BLAXTER, Mildred; PATERSON, Elizabeth. **Mothers and daughters: a three-generational study of health, attitudes and behaviour**. London: Heinemann Educational Books, 1982.
- CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estudo da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.
- CORCUFF, Philippe. **As novas sociologias**. Construções da realidade social. Bauru: Edusc, 2001.
- CORREIA, Maria das Graças Meirelles. **“O peixe nosso de cada dia”**: etnografia do sistema pesqueiro de Baiacu. 2011. Tese (Doutorado em Cultura e Sociedade) - Programa Multidisciplinar de Pós-graduação em Cultura e Sociedade, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- DELEUZE, Gilles. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- DEWEY, John. Teoria da vida moral. In: **John Dewey**. São Paulo: Abril Cultural, 1980. (Col. Os pensadores).
- DINGWALL, Robert. **Aspects of illness**. London: Martin Robertson, 1976.
- GERHARDT, Uta. Qualitative research on chronic illness: the issue and the story. **Social Science and Medicine**, v. 30, n. 11, p. 1139-1159, 1990.
- HOROWITZ, Allan. Social networks and pathways to psychiatric treatment. **Social Forces**, v. 56, p. 86-105, 1977.
- JANZEN, John M. **The quest for therapy in Lower Zaire**. Berkeley: University of California Press, 1978.
- KOOS, Earl Lomon. **The health of Regionsville**: what the people thought and did about it. New York: Columbia University Press, 1954.
- LAST, Murray. The importance of knowing about not knowing. **Social Science and Medicine**. Part B: Medical Anthropology, v. 15, n. 3, p. 115-152, 1981.
- LATOUR, Bruno. How to talk about the body? The normative dimension of science studies. **Body & Society**, v. 10, n. 2-3, p.205-229, 2004.
- _____. **Reagregando o social**. Uma introdução à teoria do ator-rede. Salvador: Edufba; Bauru (SP): Edusc, 2012.
- LAWTON, Julia. Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. **Sociology of Health and Illness**, v. 25, n. 3, p. 23-40, 2003.
- LEDER, Drew. **The absent body**. Chicago: University of Chicago Press, 1990.
- MECHANIC, David; VOLKART, Edmund H. Stress, illness behavior, and the sick role. **American Sociological Review**, v. 26, p. 86-94, 1960.
- MOL, Annemarie. **The body multipli**: ontology in medical practice. Durham: London, 2002.
- _____. Embodied action, enacted bodies: the example of hypoglycaemia. **Body & Society**, v. 10, n. 2, p. 43-62, 2004.
- _____. **The logic of care**. London: Routledge, 2008.
- MURPHY, Robert F. **The body silent**. New York: W.W. Norton, 1990.
- PIERRET, Janine. The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. **Sociological Health Illness**, v. 25, n. 3, p. 4-22, 2003.

PRICE, Frances V. Only connect? Issues in charting social networks. **Sociologia Review**, v. 29, n. 2, p. 283-312, 1981.

RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria (org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SCHUTZ, Alfred. La elección entre diversos proyectos de acción. In: **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu, 1974. p. 86-108.

SVENAEUS, Fredrik. **The hermeneutics of medicine and phenomenology of health**. Steps towards a philosophy of medical practice. Dordrecht: The Netherland, 2000.

TOOMBS, S. Kay. **Handbook of phenomenology and medicine**. Dordrecht: The Netherland, 2001.

Recebido em 12/03/2015

Aprovado em 10/05/2015