

VOZES DE CAMPOS DO JORDÃO: O PERÍODO LIMINAR DE UM RITO DE PASSAGEM

Carolina de Campos Carvalho e Bárbara de Souza Fontes*

Cite este artigo: CARVALHO, Carolina de Campos e FONTES, Bárbara de Souza. Vozes de Campos do Jordão: o período liminar de um rito de passagem. **Revista Habitus:** revista eletrônica dos alunos de graduação em Ciências Sociais - IFCS/UFRJ, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.24-34, dez. 2009. Semestral. Disponível em: <www.habitus.ifcs.ufrj.br>. Acesso em: 29 dez. 2009.

Resumo: O presente artigo busca abordar a experiência do tuberculoso nas estações de cura, descrita por Oracy Nogueira em sua obra “Vozes de Campos do Jordão”, como o período liminar de um rito de passagem, conceito trabalhado por Victor Turner. Dessa forma, enfatizamos a transição entre estados, que gera uma transformação no indivíduo, com todas as suas peculiaridades que podem ser adaptadas ao livro de Nogueira.

Palavras-chave: estação de cura, liminaridade, Oracy Nogueira, rito de passagem, tuberculose.

1. Introdução

Em seu livro “Vozes de Campos do Jordão: Experiências Sociais e Psíquicas do Tuberculoso Pulmonar no Estado de São Paulo”, publicado em 1950 [1], Oracy Nogueira [2] desenvolve uma abordagem da tuberculose pulmonar a partir da dimensão sociológica da doença [3]. Esta dimensão é revelada desde o recebimento do diagnóstico pelo doente, passando pela separação do círculo social do qual fazia parte, até a incorporação do doente em um novo grupo social, formado por tuberculosos residentes em Campos do Jordão [4] para tratamento. Como argumenta CAVALCANTI (1996: 13): “Oracy estuda não o comportamento do tuberculoso enquanto tal, mas sim o processo pelo qual indivíduos tornam-se socialmente “doentes” dentro de uma determinada cultura”. Esse processo, segundo a autora, constituiria um rito de passagem, com a separação, a liminaridade e a incorporação do doente, já “outra pessoa”, a um novo grupo social.

Nesse sentido, o presente trabalho busca analisar a estadia na estação de cura em Campos do Jordão, o chamado “ambiente tuberculoso”, como o período liminar de um rito de passagem, já que o doente separou-se do grupo de pessoas “sãs” do qual fazia parte e ainda não está incorporado no grupo social mais amplo, onde não será mais “são” e sim alguém que carregará para sempre o estigma de ter sido tuberculoso [5], adquirindo uma nova identidade. Assim, tomamos como base para esta análise o artigo “*Betwixt and Between: o período liminar nos ritos de passagem*”, de Victor TURNER (2005), que trabalha justamente esta transição

entre estados que gera uma transformação no indivíduo, com todas as suas peculiaridades que podem ser adaptadas ao livro de Oracy Nogueira.

2. A separação

De acordo com a definição formulada por Arnold VAN GENNEP (1978), “ritos de passagem” são aqueles ritos que acompanham qualquer mudança de lugar, estado, posição social ou idade. “Estado” é aqui entendido no sentido proposto por TURNER (2005: 137) como “qualquer tipo de condição estável ou recorrente culturalmente reconhecida”. Todos os rituais deste tipo apresentam três fases: a separação, a liminaridade e a agregação, sendo que, dependendo da ocasião, uma fase desenvolve-se mais do que as outras.

A fase da separação refere-se ao afastamento do indivíduo, ou do grupo, de uma situação fixa na estrutura social, ou de um conjunto de condições culturais, conforme Turner. Em *Vozes*, é no momento do diagnóstico, devido ao “pavor quase sempre causado pela tuberculose”, que o indivíduo freqüentemente ou isola-se ou oculta a nova condição, “a fim de evitar dificuldades em suas relações com pessoas ‘sãs’” (NOGUEIRA, 1950: 27). Isso acontece porque as idéias e atitudes correntes acerca da doença influem de forma decisiva no comportamento do doente, que reage ao diagnóstico de acordo com os estereótipos e representações existentes acerca da tuberculose, os quais ressaltam a “demarcação de fronteiras entre sãos e tuberculosos”, de acordo com CAVALCANTI (1996: 13).

A tuberculose como “sanção sobrenatural”, por exemplo, é uma destas idéias correntes acerca da doença. Esta concepção implica em “uma idéia de impureza ou culpa por parte do doente, constituindo, pois, aquela, um ‘castigo’ ou ‘sanção’ que incide sobre o ‘pecador’ ou ‘transgressor’ das leis divinas” (NOGUEIRA, 1950: 19). Existe também, entre outras, a representação da tuberculose como um “flagelo social”. Neste caso, o tuberculoso pulmonar é visto como “peso morto, um elemento deficitário para a família e a sociedade”, que valoriza o tipo robusto inspirado no campeão esportivo. Esta era uma concepção generalizada na época [6], e a tuberculose era vista como “algo que põe em perigo valores tidos em alto apreço pelo grupo, como a vida e a capacidade de produção de seus membros” (ibidem: 21), o que também contribuía para a segregação do tuberculoso.

Ao escolher continuar em seu grupo [7], o doente está sujeito às mesmas expectativas de comportamento que os demais, já que seu estado de saúde é oculto. Entretanto, pelo fato de não poder exercer certas atividades a que é solicitado, devido ao tratamento médico, passa a viver “em constante estado de apreensão e constrangimento”, o que leva à necessidade de mentir para continuar a usufruir de certas relações. Como afirma uma doente que se tratava em São Paulo: “o receio de perguntas e indagações perigosas, o medo de cair em contradição, tudo me arrasta a um desequilíbrio que se prolonga por algum tempo sob a forma de um grande desânimo, até que consiga readaptar-me.” (ibidem: 26) [8]

Além disso, muitos doentes que vivem no grupo dos “sãos” não conseguem esconder sua nova condição, o que acarreta uma evitação à sua companhia ou contato devido à doença. Isso gera uma atitude de reserva por parte do doente, que o leva a evitar estabelecer novas relações e,

até mesmo, a não continuar determinadas relações. Este retraimento visa evitar a mentira e eventuais decepções “ocasionadas pela fuga de amigos e conhecidos”. (ibidem: 30) Isto, atrelado à vontade de evitar a disseminação da doença e ao desejo de tratamento mais eficiente, contribui para a ida voluntária dos doentes para estações de cura ou estabelecimentos especializados.

Essas expectativas de comportamento a que o doente (visto ainda como pessoal “normal”) é submetido refletem as rotinas de relações sociais em ambientes estabelecidos e permitem que os indivíduos se relacionem com outros sem atenção ou reflexão particular, conforme assinala GOFFMAN (1988). Na medida em que “responde” a essas “exigências” de comportamento do grupo, mesmo que isso não corresponda aos atributos e qualidades que de fato possui – sua “identidade social real” –, o doente está refletindo o que “deveria ser”, ou seja, sua “identidade social virtual” (ibidem: 12). Assim, de acordo com Goffman, quando há “uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real” (ibidem: 12), existe o “estigma” [9]. O que quer dizer que o indivíduo é classificado segundo atributos que são incongruentes com o estereótipo criado pelo grupo para determinado tipo de indivíduo. Em outras palavras, a noção de estigma emerge como uma representação social. O desejo de evitar o “estigma”, que condicionaria uma interação angustiante em “situações sociais mistas” (entre “sãos” ou “normais” e “doentes” ou “estigmatizados”), seria, assim, um dos fatores para a ida voluntária dos tuberculosos para as estações de cura.

Notamos, com isso, que a noção de comportamento desviante não constitui uma característica intrínseca do indivíduo a quem é atribuído o desvio, mas é consequência de relações sociais. É exatamente o que BECKER (1977: 59) afirma sobre o desvio: “ele é criado pela sociedade”. Nessa perspectiva, o “comportamento desviante” é aquele rotulado enquanto tal pelos grupos sociais que criam o desvio “ao fazer as regras cuja infração constitui desvio e ao aplicar essas regras a pessoas particulares e rotulá-las como marginais ou desviantes.” (ibidem: 60). Como VELHO (1979: 24) salienta, uma das principais contribuições de Becker “foi perceber que o comportamento desviante não é uma questão de ‘inadaptação cultural’, mas um problema político, obviamente vinculado a uma problemática da identidade.” Assim, esse tipo de comportamento marca os limites externos do grupo e fornece a base para a ordenação das identidades internas a ele [10].

Postas estas considerações, é possível afirmar que é no momento do diagnóstico que começa a separação do doente do grupo social do qual fazia parte. Mesmo aqueles que continuam vivendo com o grupo não compartilham mais o mesmo “estado”, sofrendo uma série de restrições em função da doença, seja devido ao tratamento, às representações do senso comum, ou mesmo às expectativas do grupo das pessoas “sãs”.

Essa questão nos remete à discussão de DOUGLAS (1966) no livro “Pureza e Perigo”. Os “doentes” seriam, nessa perspectiva, “perigosos” ou “impuros”, na medida em que se encontram fora das classificações ideais desta sociedade ao fugir dos padrões que caracterizam o sistema social. A fim de evitar o risco de alterar o sistema de classificações ideais que ordenam e

padronizam a vida social, os seres “impuros”, no nosso caso os tuberculosos, são condicionados pelo grupo a ficar à margem da sociedade, fora do seu sistema classificatório.

Portanto, é neste início da experiência do tuberculoso pulmonar, o chamado “ostracismo do tuberculoso” por Nogueira, que a “separação”, no sentido do afastamento do indivíduo de um ponto fixo na estrutura social, acontece; assim como nos ritos de passagem. Isso evidenciado, cabe agora analisar a entrada do “neófito” na estação de cura, ou seja, sua entrada no período liminar do rito de passagem, que representa, nas palavras de TURNER (2005: 137), “uma situação interestrutural”.

3. O neófito

Ao receber o diagnóstico, o “neófito” atravessa a fronteira do grupo das pessoas sãs para o grupo dos doentes, apesar de ainda carregar consigo todo o estereótipo em relação à tuberculose, adquirido durante sua vida de “são”, como foi mostrado acima. De acordo com Nogueira, este estereótipo, que concebe a tuberculose como doença muito grave e incurável; o tuberculoso como uma pessoa muito magra e pálida, de faces encovadas e tórax deformado; e o ambiente sanatorial como constituído por pessoas frustradas e à espera da morte; é sobrevivente de uma fase ultrapassada da medicina, não se adequando a uma grande proporção de pessoas que contraíam a doença já naquela época. Como relata um doente: “Sempre pensei que fosse uma doença que só atingisse as pessoas magras. Eu como sempre fui gordo não julgava que essa doença me atingisse. Por isso não tinha medo” (NOGUEIRA, 1950: 51).

Isso, junto ao fato de que esse estereótipo refere-se também a doenças menos graves, como gripe ou resfriado, faz com que o doente relute “em aceitar a identificação de sua enfermidade como tuberculose pulmonar” (ibidem: 55). Desse modo, quando o indivíduo tuberculoso vai para o sanatório ou pensão em busca de tratamento, tem uma atitude de oposição e repulsa em relação ao “ambiente do tuberculoso”. Nesse processo, tende a considerar sua situação menos grave do que a dos “veteranos” e a achar que sua doença pode piorar através do contato com os mesmos. Assim nos mostra Cavalcanti: “O doente neófito age com relação a si mesmo a aos novos colegas com base no ponto de vista das pessoas ‘sãs’: evita-os, receia o seu contato” (NOGUEIRA *apud* CAVALCANTI, 1996: 15).

Para exemplificar esta situação segue o relato de uma ex-estudante de curso secundário:

“Pensava que os doentes fossem impressionantes pela magreza, tosse e outros sintomas que sempre pensei existir nesta doença. E pensava que fossem todos jogados em uma enorme sala, até que morressem, e então nem podia imaginar que minha mãe que tanto me queria, pudesse ver sua filha em semelhante lugar, apesar de ela lutar para me tirar tão horrível impressão. Só pude ter boa impressão depois de estar aqui, pois que o ambiente em que me acho mais parece um colégio de pequenas robustas, que um sanatório.” (NOGUEIRA, 1950: 61)

De acordo com TURNER (2005: 142), “sendo os neófitos não só estruturalmente ‘invisíveis’ (embora fisicamente visíveis) e ritualmente contaminadores, ocorre comumente que sejam segregados, de forma parcial ou completa, do reino dos estados e estatutos culturalmente

ordenados e definidos”. Ao chegar a Campos do Jordão, o novato não faz mais parte do grupo dos “sãos” e ainda não se integrou ao grupo dos doentes; encontrando-se segregado do “estado” anterior e ainda não integrado no novo “estado”, no período liminar que está por vir. Para que isso aconteça, passa pelo que se pode chamar de rito de iniciação, em que é constrangido a abandonar esse ponto de vista dosãos para com os doentes e a adotar, em relação à doença, as mesmas expectativas, sentimentos e comportamentos que os veteranos do “ambiente tuberculoso”. Isso é feito pelo grupo, que “exerce sobre o recém-chegado sanções que terminarão por levá-lo a acomodação” (CAVALCANTI, 1996: 15).

A análise seguinte, portanto, detém-se na incorporação do neófito nesta “estrutura social de tipo altamente específico” (TURNER, 2005: 144). Através dos mecanismos utilizados pelos “veteranos” para acomodação dos “novatos” e da rotina na estação de cura, o objetivo é compreender de que forma este período liminar na vida deste grupo de pessoas os transforma.

4. O período liminar

Em “Betwixt and Between” podemos encontrar um tratamento refinado da noção de rito de passagem cunhada por Van Gennep, tornando-se uma referência obrigatória no assunto. Como retratam VOGEL, MELLO e BARROS (2005: 86):

“sua originalidade permite ultrapassar a mera constatação da vida humana como uma série de progressões que conduzem o ser de um estado social para outro. Mais importante do que essa sucessão de momentos críticos é o caráter constitutivo, transformador e, potencialmente, inovador de cada um deles.”

Podemos entender, desse modo, que há uma profunda mudança de substância no indivíduo, uma vez que “o efeito de tais momentos ‘não é meramente [o de] conduzir uma substância imutável de uma posição para outra por intermédio de uma força quase mecânica’, mas, sobretudo, o de ‘efetuar uma transformação ontológica’” (TURNER *apud* VOGEL, MELLO e BARROS, 2005: 87).

Por isso é importante notar como, em Vozes, Oracy Nogueira descreve os mecanismos que fazem com que um tuberculoso se constitua enquanto enfermo, uma vez que essa condição é construída socialmente. Dois fatores principais concorrem para a acomodação do doente ao “ambiente tuberculoso”. São eles: 1) o processo de racionalização e 2) a pressão do grupo de doentes, através especialmente de sanções satíricas. O primeiro é caracterizado pela “tendência inconsciente de iludir-se a si mesmo, e de justificar-se, criando argumentos pelos quais a realidade é apresentada de acordo com os seus próprios desejos e interesses” (NOGUEIRA, 1950:65). Nesse sentido, o tuberculoso tende a ver seu caso como menos grave, acreditando que está em uma situação mais favorável.

Já o segundo fator explicitado acima parece ser o de maior importância para a integração do neófito ao novo grupo. E é nele que reside, talvez, o ponto mais marginal do processo de acomodação. Isso porque ele passa a compartilhar a visão dos enfermos, e a abandonar sua visão original, a dos “sãos”. Nesse processo muito contribuem as “sanções

satíricas” praticadas pelos veteranos do grupo de doentes, ou seja, situações em que o novato é testado, ridicularizado e constrangido. Por meio dessas sanções o indivíduo é obrigado a encarar sua nova posição, uma vez que “o grupo impele o doente a disfarçar suas verdadeiras atitudes e a ele se acomodar” (ibidem: 72), de forma que o novato compartilhe de suas expectativas.

Citando Radcliffe-Brown, NOGUEIRA (1950: 71) diz que “as sanções satíricas são freqüentes, tendendo mesmo a se cristalizarem sob a forma de ‘relações jocosas’ entre veteranos e novatos”. Vale destacar que esse tipo de sanção é mais comum (e mais grave) conforme o grau de relutância do novato a aceitar sua nova condição. O autor dá um exemplo de uma dessas situações:

“Havia, também, num estabelecimento visitado pelo pesquisador, um enfermo que se destacava pelo receio que tinha dos companheiros. Assim, no refeitório, ele puxava a cadeira de sob a mesa com os cotovelos, para não contaminar as mãos; para usar o telefone, punha entre os dedos um pedaço de papel higiênico e assim por diante. Os companheiros ‘vingavam-se’, por exemplo, amarrando a cadeira sob a mesa, de modo a pô-lo em situação embaraçosa e ridícula, quando, disfarçadamente, procurava puxá-la da maneira descrita.” (NOGUEIRA, 1950: 72)

Nesse contexto, uma “relação jocosa”, para RADCLIFFE-BROWN (1973: 115), “é a relação entre duas pessoas, na qual uma é, por costume lícito, e, em alguns casos obrigatório, levada a importunar ou a zombar de outra que, por sua vez, não pode ficar aborrecida”. O autor salienta que pode haver uma relação simétrica, na qual “cada uma das duas pessoas importuna ou zomba da outra”; ou assimétrica, na qual uma das partes agüenta a zombaria sem ir à forra (ibidem: 115). É importante notar que essa “combinação peculiar de amistosidade e antagonismo” (ibidem: 116) acaba por marcar descontinuidades e distância social entre os indivíduos.

Como explicado por Oracy, isso se deve ao fato de não haver nos sanatórios demarcações que garantam hierarquias ou assimetrias, sendo necessário esse mecanismo artificial de criação de distância, que faz com que os doentes se diferenciem no âmbito de suas relações pessoais. Algo que ocorre bastante entre os novatos e os veteranos, pois, como expõe TURNER (2005: 144)

“entre os neófitos e seus instrutores (onde existem), e ligando os neófitos uns aos outros, há um conjunto de relações que compõem uma ‘estrutura social’ de tipo altamente específico. É uma estrutura de natureza muito simples: entre instrutores e neófitos o que existe, com freqüência, é uma autoridade total e uma total submissão; entre os neófitos há, muitas vezes, uma igualdade absoluta.”

Outro exemplo de sanção satírica diz respeito ao uso constante de apelidos. NOGUEIRA (1950: 86) analisa vários grupos de apelidos, chegando às seguintes conclusões:

“1. que cada membro do grupo tem sua vida inteiramente devassada pelos demais, sendo seus hábitos, atitudes e outros traços individuais amplamente conhecidos por todos os outros (...), o

que dá ao grupo um forte poder informal sobre seus membros; 2. o grupo faz uso intensivo das sanções satíricas, sendo o ‘apelido, na maior parte dos casos, uma sanção permanente desse tipo, aplicável a atos ou traços pessoais considerados estranhos ou indesejáveis.”

É importante dizer que essas sanções também são usadas “em relação às pessoas que têm o poder de aplicar a todos eles, indiscriminadamente, e sem reciprocidade, outras formas de sanções” (NOGUEIRA, 1950: 86), como os médicos, enfermeiros e administradores dos sanatórios. Passa, assim, a ser uma forma de expressar insatisfações e críticas, de um modo que impede uma hostilidade aberta, dentro de uma relação marcada pela assimetria. Além disso, constitui uma definição dos doentes como grupo em oposição aos médicos.

Uma das características do período liminar é que o novato tem que se adaptar não só a novas regras e ambientes, mas também adaptar seu vocabulário, ou seja, sua forma de se expressar. Isso porque uma série de gírias está presente nesse grupo social, e o enfermo rapidamente tem de dominá-las, ou poderá ser vítima de constrangimentos e sanções. Um exemplo é a evitação do uso do termo “tuberculoso”, substituído por palavras como “pinhão cocho”, “turista” ou “trinta e três”. Essa mudança de vocabulário está intimamente ligada à busca por uma diferenciação do “estereótipo deprimente que existe na mentalidade popular, sobre esta doença e seus portadores” (ibidem: 45). Assim, pode ser relacionada, inclusive, a uma identidade deste grupo em oposição ao grupo do qual os enfermos faziam parte anteriormente, o grupo dos “sãos”.

A prolongada convivência entre os doentes lhes confere um “espírito de grupo”, gerando determinado padrão de comportamento, com um “acervo de modos de pensar, sentir e agir” (ibidem: 131) próprios que o grupo transmite aos “novos membros”. Quando estes já estão integrados, compartilham de um sentimento de “solidariedade grupal” e já se consideram “iguais”; participando de atividades, como contar anedotas, que unificam desde pessoas de mais de 50 anos, alguns com curso superior, a pessoas jovens, com seus vinte anos ou menos. Aliás, os doentes empregam termos como “colega” ou “irmão” para qualquer companheiro de enfermidade, independente de seus “títulos” ou “profissões”.

Emerge aqui a noção de *communitas*, que Turner não elabora explicitamente em “Betwix and Between”, mas será desenvolvida no livro “O Processo Ritual” (1974). O autor propõe a *communitas* como um tipo de “sociedade” não-estruturada com indivíduos iguais. Devido a isso, os momentos liminares são mais propensos para que a *communitas* se torne explícita, já que “o grupo liminar é uma comunidade ou comitê de camaradas e não uma estrutura de posições hierarquicamente arrançadas.” (TURNER, 2005: 145). Essa camaradagem, por conseguinte, “transcende as distinções de graduação, idade, posição de parentesco e, em certos tipos de grupos culturais, até mesmo de sexo. (...) Eles se confrontam uns aos outros integralmente e não de maneira compartimentada como atores de papéis sociais.” (ibidem: 145-146)

É neste sentido que NOGUEIRA (1950: 86) afirma que:

“a convivência cotidiana tende a desenvolver, entre os doentes do mesmo sanatório, relações íntimas, pessoais, diretas, emocionais, o que aumenta a receptividade de cada um às sugestões dos demais, a tal ponto que, seria difícil, se não mesmo impossível, um doente manter-se à margem, sem participar de certas atitudes, emoções e sentimentos que ‘percorrem’, por assim dizer, todo o grupo.”

Este grupo, de caráter altamente específico, se define por oposição a outros grupos. Existe a oposição médicos x doentes, novatos x veteranos e tuberculosos x não tuberculosos (ou sãos x doentes), como foi mostrado acima. Há também a oposição entre doentes de estação de cura ou sanatório com os “de fora”. Além destas, é interessante notar a competição ecológica e econômica que se formou na cidade de Campos do Jordão entre “sãos” e “doentes”. Com o aumento do turismo na época, o acesso de doentes a determinadas áreas da cidade era proibido, o que gerava muitas reclamações. A cidade, que era dividida em três grandes vilas, ficou, em certa medida, segregada. Uma vila era “zona quase exclusivamente de ‘sãos’”, uma de transição e a outra constituía o “ponto de irradiação da zona sanatorial” (NOGUEIRA, 1950: 38), com predomínio das pensões de doentes e dos sanatórios. Em muitos casos de liminaridade ritual ocorre semelhante situação: a segregação do grupo ou indivíduo não é apenas simbólica, mas também espacial.

A partir do exposto acima, compreende-se o processo no qual o indivíduo é posto em uma situação marginal, na qual acaba por incorporar novos valores, comportamentos e hábitos pessoais. Esta incorporação não é dada de forma simples, mas através de sanções e acontecimentos, que reforçam o caráter de liminaridade, característico das situações relatadas por Turner.

5. Conclusões

Em Vozes de Campos do Jordão, a análise se detém na entrada do neófito na estação de cura, assim como no grupo que se forma devido à convivência forçada. Entretanto, a partir da própria obra de Oracy Nogueira, é possível esboçar de que forma este rito de passagem se torna completo, com a reagregação destes indivíduos na sociedade mais ampla.

Durante a estadia na estação de cura, que envolve um período relativamente longo [11], o indivíduo questiona-se sobre uma série de questões importantes para sua vida. Assim, devido a longas horas de inatividade, reflete sobre assuntos de ordem filosófica e religiosa que, em muitos casos, nunca foram questões de importância para ele. Esta “ânsia de se definir perante tais problemas e de encontrar o lugar e o papel do homem na ordem das coisas” (ibidem: 101) está associada ao ceticismo e aos questionamentos que este período liminar provoca no indivíduo em relação a sua vida “anterior”. Como afirma TURNER (2005: 151), “durante o período liminar, os neófitos são alternadamente forçados e encorajados a refletir sobre sua sociedade, seu cosmo, e os poderes que o geram e sustentam. A liminaridade pode ser em parte descrita como um estágio de reflexão”. Ou, em outras palavras, como um momento de crise [12].

Outrossim, durante o período de internação, o enfermo adquire um novo sistema de hábitos e atitudes, como já foi colocado acima, que influenciam na formulação de sua nova filosofia e plano de vida para o futuro. Isto o distancia cada vez mais do seu antigo círculo de relações, em função de divergências de experiências e perspectivas de vida, que englobam novas atitudes e valores.

Por conseguinte, esta experiência da tuberculose pode ser considerada um rito de passagem completo, com especial ênfase à fase liminar. Ao voltarem para o seu grupo original, os indivíduos estudados por Oracy estão “com as faculdades mais alertas, talvez, e conhecimento incrementado sobre como são as coisas, mas são, uma vez mais, obrigados a se sujeitarem à lei e ao costume” (ibidem: 152). Mesmo com essa sujeição, a experiência em Campos do Jordão condicionou de forma decisiva a principal característica dos ritos de passagem: seu caráter transformador, ocorrido nestes indivíduos em relação à sua própria vida e à sociedade onde estão inseridos. 🌀

NOTAS

* Graduandos do 8º período de Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Bárbara de Souza Fontes é bolsista do Pibic/CNPq na área de Pensamento Social Brasileiro e pertence ao projeto de pesquisa “Acervo Oracy Nogueira: um capítulo das Ciências Sociais no Brasil 1940-1960”. As autoras foram orientadas pela Professora Maria Laura Viveiros de Castro Cavalcanti. E-mail: barbarafontes@gmail.com e carolinaccarvalho@gmail.com

[1] Nesse artigo trabalhamos com a publicação original do autor. Contudo, acaba de ser lançada uma segunda edição do livro: Nogueira, Oracy. *Vozes de Campos de Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo*. Segunda Edição. Cavalcanti, Maria Laura (Org.). Rio de Janeiro: Ed.FioCruz, 2009.

[2] Para uma biografia intelectual de Oracy Nogueira (1917-1996) ver CAVALCANTI (1998). Um dado biográfico interessante para este trabalho é que, aos 19 anos, o autor passa pela experiência que viria a se tornar o tema do estudo aqui em questão ao se isolar da família para tratamento de saúde em São José dos Campos. Conforme assinala Cavalcanti (1998: 180), “a vivência pessoal da segregação (...) insinua-se na base do interesse pelo tema que se tornaria sua dissertação de mestrado, em 1945, na Escola Livre de Sociologia e Política [ELSP]: *Vozes de Campos de Jordão (...)*”.

[3] Vale ressaltar a influência da chamada “Escola de Chicago” na ELSP através, principalmente, da figura de Donald Pierson, orientador de Oracy Nogueira no mestrado. A aproximação entre antropologia e sociologia e a vinculação entre pesquisa empírica e produção de conhecimento, entre outros fatores, se fazem presentes, revelando essa influência e caracterizando a formação então propiciada pela ELSP. Ver a respeito: CASTRO FARIA (1993), CAVALCANTI (1999), FONTES (2009), LIMONGI (1989) e VILA NOVA (1998).

[4] Hoje uma cidade serrana turística, Campos do Jordão, localizada a aproximadamente duzentos quilômetros da cidade de São Paulo, já foi considerada, de acordo com NOGUEIRA (1950), uma cidade de cura da tuberculose devido ao clima ameno e seco propiciado por sua localização a uma altitude média de mil e seiscentos metros. Na década de 1940, Campos do Jordão tinha uma população de aproximadamente 12000 habitantes e os sanatórios da cidade abrigavam até 1000 doentes, havendo ainda pensões e residências particulares para tal finalidade. À época da pesquisa, a cidade já começava a ser dividida espacialmente em “sãos” e “doentes”, em razão do crescimento do turismo e do número de “residências de férias”.

[5] É importante lembrar que na época em que o livro foi escrito, década de 1940, a tuberculose era uma doença crônica que levava à morte com frequência. Além disso, era altamente contagiosa e havia um grande estereótipo acerca de quem contraía a doença, já que era

concebida pelo senso comum como incurável. Sobre a tuberculose e seus estereótipos ver SONTAG (1984). Essa autora destaca que “qualquer doença encarada como um mistério e temida de modo muito agudo será tida como moralmente, senão literalmente, contagiosa.” (ibidem: 10) Logo, como são os casos apontados por Oracy, o contato com pessoas acometidas por essa doença podem ser considerado uma transgressão, ou mesmo a violação de um tabu.

[6] Na São Paulo dos anos 1940, assim como nos grandes centros, a tendência em supervalorizar as condições materiais de vida, como argumenta Nogueira, e conseqüentemente, um tipo físico que se adequasse a isso, era devido ao utilitarismo, que ganhava força na época.

[7] De acordo com Nogueira (1950: 25), era o anonimato dos grandes centros que permitia aos indivíduos portadores de doenças contagiosas que vivessem “livres de muitos dos embaraços com que se defrontariam num meio onde todos soubessem de seu estado de saúde.”

[8] Como afirma SONTAG (1984: 81): “Essas absurdas e perigosas opiniões conseguem atribuir o ônus da doença ao paciente, não só enfraquecendo a sua capacidade de compreender o alcance do possível cuidado médico, mas também, implicitamente, afastando o paciente do tratamento. A cura é tida como dependente sobretudo da capacidade já seriamente provada ou enfraquecida do paciente de ter amor-próprio.”

[9] É importante destacar que Nogueira escreve o “Vozes” antes da formulação do conceito de “estigma” feita por Goffman no livro *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, publicado originalmente em 1963. Conforme afirma Cavalcanti (2009: 13-14): “O livro nos faz antever a elaboração sociológica da noção de estigma, feita mais tarde por Erving Goffman para dar conta dessas formas peculiares da distância e do preconceito social”. Ver MARIANO (2009) para uma aproximação entre Goffman e Nogueira.

[10] Ver também: GOFFMAN (1989) e STRAUSS (1999).

[11] Este período pode variar de meses a anos, de acordo com Nogueira.

[12] Do grego “krisis” (momento de aguda reflexão).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECKER, Howard. **Uma teoria da ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

CASTRO FARIA, Luiz de. **Uma antropologia social Tupiniquim?**. In: *Antropologia: Espetáculo e excelência*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ/ Tempo Brasileiro, 1993.

CAVALCANTI, Maria Laura V. C. **Oracy Nogueira e a antropologia no Brasil: o estudo do estigma e do preconceito racial**. RCBS, 1996.

_____. **Oracy Nogueira (1917-1996): uma biografia intelectual**. In: *Ciência e Trópico*, v.24, n.1, jan.-jun. 1996, p. 179-188. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Massangana, 1998.

_____. **O aspecto humano de nossos dados: a relação Pierson-Nogueira, a etnografia e a abordagem das relações raciais**. In: Maio, Marcos Chor e Villas Bôas, Gláucia (Orgs). *Ideais de Modernidade e Sociologia no Brasil: Ensaio sobre Luiz Aguiar da Costa Pinto*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1999.

_____. **Introdução**. In: Nogueira, Oracy. *Vozes de Campos de Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo*. Segunda Edição. Cavalcanti, Maria Laura (Org.). Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2009.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e Perigo**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1966.

FONTES, Bárbara de Souza. **Os estudos da família na Revista Sociologia: a tradição dos estudos de comunidade**. In: *Textos da Iniciação Científica*, n. 13, jul. 2009, <<http://www.lauracavalcanti.com.br/>>.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1988.

_____. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1989.

LIMONGI, Fernando. **A Escola Livre de Sociologia e Política em São Paulo**, In Miceli, Sérgio (org.) *História das Ciências Sociais no Brasil*, volume I, p.217-233 FINEP, IDESP, Vértice, 1989.

MARIANO, Danilo. 2009. **Oracy Nogueira e Erving Goffman: a sociologia da experiência da internação**. In: Textos da Iniciação Científica, n. 10, jul. 2009, <<http://www.lauracavalcanti.com.br/>>.

NOGUEIRA, Oracy. **Vozes de Campos do Jordão. Experiências Sociais e psíquicas do Tuberculoso Pulmonar no Estado de São Paulo**. São Paulo: Revista Sociologia, 1950.

RADCLIFFE-BROWN, A.R. **Os parentescos por brincadeira**. In: *Estrutura e função na sociedade primitiva*. Petrópolis: Editora Vozes, 1973.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984.

STRAUSS, Anselm. **Espelhos e Máscaras: a busca da identidade**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Edusp, 1999.

TURNER, Victor. **O Processo Ritual: Estrutura e Antiestrutura**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1974.

_____. **Betwixt and Between: o período liminar nos “ritos de passagem”**. In: *Floresta de símbolos: aspectos do ritual Ndembu*. Niterói: EdUFF, 2005 [1964].

VAN GENNEP, Arnold. **Os ritos de passagem**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1978.

VELHO, Gilberto (org). **Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

VILA NOVA, Sebastião. **Donald Pierson e a escola de Chicago na Sociologia Brasileira**. *Entre humanistas e messiânicos*. Lisboa: Veja, 1998.

VOGEL, Arno; MELLO, Marco Antonio da Silva; BARROS, José Flávio Pessoa de. **A Galinha d'angola – Iniciação e Identidade na Cultura Afro-Brasileira**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Pallas, 2005.