

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

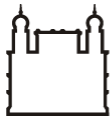


Naila Mirian Las-Casas Feichas

**Estratégia saúde da família e práticas populares de saúde: diálogos entre redes vivas em
um território de Manaus**

Manaus, AM

Abril 2019



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Naila Mirian Las-Casas Feichas

**Estratégia saúde da família e práticas populares de saúde: diálogos entre
redes vivas em um território de Manaus**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Orientador: Dr. Júlio César Schweickardt

Manaus, AM

Abril 2019

FICHA CATALOGRÁFICA

F297e Feichas, Naila Mirian Las-Casas.

Estratégia saúde da família e práticas populares de saúde: diálogos entre redes vivas em um território de Manaus / Naila Mirian Las-Casas Feichas. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2019.
84 f.; il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE/MPSF) - Instituto Leônidas e Maria Deane, 2019.

Orientador: Dr. Júlio César Schweickardt.

Co-orientador: Dr. Rodrigo Tobias de Souza Lima.

Bibliografia: f. 76-80

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Práticas populares - Saúde. I. Título.

CDU 614.2(811.3)(043.3)

CDD 362.1098113

22.ed.

À minha avó que com seus banhos de arruda e rosa branca, nos benzia.

Aos meus pais que me mostraram que há mais que a biomedicina.

À meu tio e amigo Luis, incentivador incondicional.

Às minhas filhas Lara e Cecília, pelas horas que não pude brincar nem ver filmes ou passear.

À Nicolás, pela compreensão tão necessária.

À família pelas ausências frequentes estes dois anos.

À memória de D.Salomé, D.Dolores e Sr. Félix, que me mostraram a magia e as dificuldades do cuidado popular na comunidade União.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus e à vida pelos caminhos trilhados.

Gratidão aos meus orientadores, Julio César Schweickardt e Rodrigo Tobias Lima, por todo o ensinamento e apoio neste caminhar, pelas leituras compartilhadas, pelos exemplos vivos.

Gratidão aos companheiros nesta jornada, professores do mestrado, colegas mestrandos, alunos, amigos de pesquisas anteriores como o professor Merhy, a professora Erminia Silva, Angela Schiffler e Sandra Cavalcante Silva.

Gratidão aos colegas do Lahpsa (Laboratório de História e Políticas de Saúde na Amazônia), em especial à Joana Maria Borges de Freitas Silva e Raquel Del Socorro Jarquin Rivas.

Gratidão às Agentes Comunitárias de Saúde (minhas Marias – Aparecida, Denise, Joana e Livramento) guias e parceiras no caminhar pela comunidade e pela vida.

Eterna gratidão aos cuidadores populares que compartilharam comigo suas vivências e afetos.

*Gracias a la vida que me ha dado tanto
me ha dado la marcha
de mis pies cansados
con ellos anduve
ciudades y charcos*

Violeta Parra

RESUMO

As formas tradicionais de manutenção da vida e do cuidado são singulares e fazem parte do cotidiano das pessoas, estando sempre presentes no território da Estratégia da Saúde da Família – ESF. As chamadas práticas tradicionais de cura apresentam-se de diversas formas: “puxar”, massagem, chás, “garrafadas”, rezas, trazendo alívio e aconchego às pessoas. A proposta do trabalho foi de aproximar-me (médica da ESF) desta forma de cuidar e de seus cuidadores, utilizando a cartografia para descrever as formas de cuidado presentes na comunidade União, região centro-sul de Manaus, Amazonas e fomentar o diálogo entre a ESF e as práticas populares de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho etnográfico, com as narrativas gravadas e posteriormente transcritas e analisadas pela Análise do Discurso. Foram entrevistados quatro cuidadores populares; em três deles, o dom de cuidar foi inato e em um, adquirido após doença de iniciação; todos reconhecem como dádiva o dom de cuidar e, o que de graça se recebe, de graça deve ser dado; três dos quatro cuidadores têm também o dom de partejar (“pegar menino”, “arrumar barriga”). A análise das entrevistas permite inferir que a preocupação em cuidar e transmitir seus conhecimentos à pesquisadora, mesclado ao medo de serem mal-interpretados como pessoas ligadas à magia negra, esteve presente em todas as narrativas; mas o dom de cuidar prevaleceu por fim nas narrativas até agora desta pesquisa *in-mundo*.

Palavras-chave: Estratégia saúde da família. Práticas populares. Cuidado

ABSTRACT

As the traditional ways of maintaining life and care are unique and part of people's daily lives, they are always present in the territory of the Family Health Strategy - ESF. The so-called traditional healing practices take different forms: "pulling", massage, teas, "bottles", repetitions, bringing attention and coziness to people. The work proposal was approximated (FSE doctor), this form of treatment and treatment, using a cartography to describe the forms of treatment present in the União community, central-south region of Manaus, Amazonas and to foster the dialogue between the ESF and the popular health practices. It is a qualitative research, of an ethnographic nature, with recorded narratives and later transcribed and analyzed by Discourse Analysis. Four popular caregivers were interviewed; in three of them, the gift of treatment was initiated and in one, purchased after illness of initiation; everyone recognizes how he gives the gift of caring and, what grace receives, grace must be given; three of the four caregivers also have the gift of midwifery ("catching a boy", "fixing a belly"). An analysis of the interviews allows us to infer that the concern with caring and transmitting their knowledge to the researcher, including the fear of being misinterpreted as people affected by black magic, were present in all narratives; but the gift of caring has finally prevailed in the narratives so far of this research in the world.

Keywords: Family health strategy. Popular practices. Watch out

RESUMEN

Las formas tradicionales de manutención de la vida y del cuidado son singulares y forman parte del cotidiano de las personas, estando sempre presentes en el ámbito de la Estrategia da Salud de la Familia – ESF. Las denominadas prácticas tradicionales de cura se presentan de diversas formas: “puxar”, masajes,, téis, bebidas, oraciones, llevando alivio y refugio a las personas. La propuesta do trabalho foi la de aproximarme (como médica de ESF) de esta manera de cuidar y de sus cuidadores, utilizando la cartografía para describir las formas de cuidado presentes en la comunidad *União*, región centro sur de Manaus, Amazonas, y fomentar el diálogo entre la ESF y las prácticas populares de salud. Se trata de una investigación cualitativa, de carácter etnográfico, con relatos grabados y posteriormente transcritos y analizados a la luz del Análisis del Discurso. Fueron entrevistados cuatro cuidadores populares; en tres de ellos, el don de cuidar fue innato y en uno, fue adquirido después de una enfermedad de iniciación; todos ellos reconocen como una dádiva el don de cuidar y, sostienen que lo que de gracia se recibe, de gracia debe ser dado; tres de los cuatro cuidadores tienen también el don del parto (“recibir al niño”, “arreglar la barriga”). El análisis de las entrevistas permite inferir que la preocupación de cuidar y transmitir sus conocimientos demostrada a la investigadora, mezclado al miedo de ser mal interpretados como personas ligadas a la magia negra, se mantuvo presente en todos los relatos; pero el don de cuidar prevaleció en todos ellos en esta investigación *in-mundo*.

Palabras clave: Estrategia de salud de familia. Prácticas populares. Cuidado.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Figura 1 – Tucumã.....	32
Figura 2 – Igarapé Bindá e suas casas.....	34
Figura 3 – Acesso às casas nas margens do Bindá.....	34
Quadro 1 – ‘sementes’ e suas indicações de cuidadores populares.....	42
Figura 4 – visita à casa do Sr.Roberto (pesquisadora e ACS).....	65
Figura 5 – mel e banha de cobra sucuri.....	66
Figura 6 – livro e garrafada.....	66
Genograma D. Jarina.....	70
Genograma Sr. Roberto.....	71
Figura 7 – vizinhança de D. Iara.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AD	Análise do Discurso
DeCs	Descritores de Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MFC	Médico generalista ou especialista em medicina de família e comunidade
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1 (DES) CAMINHO PARA O REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	16
2.2 UM POUCO SOBRE ANTROPOLOGIA DA SAÚDE.....	17
2.3 COMO SURGE UM CURADOR/REZADOR/PAJÉ.....	20
2.4 O MUNDO DA MAGIA	22
2.5 FALANDO UM POUCO DA BIOMEDICINA: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O OLHAR DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	25
2.6 CUIDADO EM SAÚDE	28
2.7 FALANDO UM POUCO SOBRE REDES.....	30
2.8 DESTERRITORIALIZANDO O SAÚDE DA FAMÍLIA (E A MIM!).....	31
2.9 CONCLUINDO PARA COMEÇAR A IN-MUNDIZAR	32
3 METODOLOGIA.....	34
3.1 CENÁRIO DA PESQUISA.....	34
3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	42
4.1 O PROCESSO DE ME-IMUNDIZAR E OS PERCALÇOS DA PESQUISA IN-MUNDO	42
4.2 COMO SURGIRAM NOSSOS CUIDADORES	46
4.3 UMA QUESTÃO DE DOM.....	47
4.4 A MAGIA (E O DESPRENDIMENTO) NO CUIDAR	50
4.5 “NÃO SOU MACUMBEIRA NÃO!”	52
4.6 SANTO DE CASA FAZ MILAGRE?	55
4.7 REZA OU ORAÇÃO?	55
4.8 DOENÇA COMO MALDIÇÃO/CASTIGO.....	56
4.9 “NEM SEMPRE TENHO PERMISSÃO DE POR A MÃO”	57
4.10 O DOM DE PARTEJAR.....	58
4.11 GESTÃO DO CUIDADO E TODO CARINHO ENVOLVIDO	61
4.12 TEM QUE TER MUITA FÉ E DEDICAÇÃO	62
4.13 D. IARA CUIDANDO DE OSSOS, DISMINTIDURA E PESSOAS DESENGANADAS.....	64
4.14 SR. ROBERTO E SEU GUIA.....	65

4.15 D. JARINA E A BANHA DE CASCAVEL	66
4.16 FERRAMENTAS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	69
4.17 DESFAZER FEITIÇO.....	73
4.18 DOM NÃO SE RECUSA.....	74
5CONSIDERAÇÕES FINAIS: O PERFIL PROVISÓRIO DAS “ESTÓRIAS ATÉ AGORA” DESTA PESQUISA-AÇÃO	76
REFERENCIAS.....	79
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	84
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS AGENTES QUE INDICARÃO OS CUIDADORES POPULARES	88
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS CUIDADORES POPULARES	89

1 INTRODUÇÃO

Caminhar entre caroços de tucumã, no verão quase constante de Manaus, com o cheiro doce e penetrante do fruto típico da região e que sustenta boa parte da comunidade onde trabalho, é algo que até hoje me marca muito. Caminhar é uma parte importante de minha ação como médica de família e comunidade e, em uma parte do bairro União, o único acesso às famílias e suas casas é ir caminhando na área alagada do igarapé do Bindá, em cujas margens as casas de palafita são construídas. São pessoas simples que aí vivem e, ao longo dos 14 anos de convivência entre nós, foram me permitindo ver e ouvir suas histórias de como cuidar da saúde e da doença.

Frases como: *“Doutora, estou colocando banha de sucuri na ferida, não tem remédio melhor para sarar”*; *“A senhora já ouviu falar em Mãe-do-corpo? Fica bem aqui”* (aperta a barriga abaixo do umbigo para mostrar) – frequentes nos relatos de alguns comunitários, foram aos poucos surgindo, às vezes ainda com algum receio de contar para uma médica sobre as formas não-oficiais de cura, e encontraram eco em minhas lembranças das garrafadas que, menina asmática, me dava minha avó materna em Niterói. Minha avó não tinha o dom de fazer a garrafada, mas sabia quem podia fazer e me levava até lá. De asma me curei; mérito das garrafadas ou dos banhos de arruda e rosa branca de minha avó paterna, não saberia dizer.

Caminhando, chegamos em uma das entradas do Beco Greenville, cujo percurso sobre o leito do igarapé Bindá, andando entre caroços de tucumã, lembra um caracol; em uma de suas duas pontas vivia o senhor Félix, comunitário que era uma das referências da comunidade para “pegar” barriga de mulher grávida ou cuidar da Mãe-do-corpo ou “puxar dismentidura”. As mulheres que me procuram para consulta contam ainda hoje do Sr. Félix, que todos lembram com saudade porque partiu para outra vida há quase um ano. Uma senhora me contou recentemente, a falta que Sr. Félix faz à comunidade e acrescentou: *“O senhor Félix disse que adoeci da Mãe-do-corpo; depois que colocou ela no lugar, nunca mais senti dor”*.

Dona A., de 78 anos, vem com frequência às consultas por tonteira e dor nas costas. Muita idade, doenças crônicas (diabetes, hipertensão, doença renal) e as dores para administrar. *“Médica, (é como me chama) você é **minha médica** e tem que resolver isso!”* Quantos remédios mais passar? E os efeitos adversos, as reações indesejadas e o relato de pouca melhora da dor? Em mais uma dessas consultas, sugiro massagem e conta que conhece uma

senhora que “reza e puxa”, d. Lu. Ir nesta senhora para ‘puxar’ é o que tem reduzido muito suas queixas.

Durante as consultas e visitas domiciliares, nas falas dos comunitários como d.A, nas conversas com Sr. Félix, fui percebendo a importância de outros atores que prestam cuidados à saúde; cuidados estes muitas vezes, mais próximo, mais acessível e melhor aceito do que o cuidado biomédico, formal, da medicina na qual fui formada. As formas tradicionais de manutenção da vida são singulares e fazem parte do cotidiano das pessoas, estando sempre presentes no território, mas não as percebia no meu ambiente de trabalho, a Equipe Saúde da Família (eSF) muito menos na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que minha equipe está inserida. Os poucos artigos encontrados na pesquisa bibliográfica foram outro estímulo para o estudo, gerando o desejo de publicar e divulgar no meio acadêmico e biomédico este tema tão presente na vida da comunidade União; trazer para a cena o cuidado que ocorre *in-mundo* durante os encontros entre os caroços de tucumã.

É sobre esta realidade presente na comunidade que desenvolvemos este estudo, cujo objetivo geral foi construir o diálogo entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as práticas populares de saúde na Comunidade União. Como objetivos específicos propusemos mapear (cartografar) as práticas populares de saúde na Comunidade União, descrever (etnografar) os rituais e as práticas de saúde popular (rezadores e puxadores) na produção do cuidado e, organizar uma roda de conversas para troca de saberes entre a ESF e os cuidadores populares.

O convite que faço aos leitores é partir comigo do sistema cultural no qual fui treinada, o biomédico, ampliando o olhar para o campo da cultura popular, entendendo cultura como define Langdon¹ – “conjunto de elementos que qualificam e mediam qualquer atividade física ou mental... e que seja compartilhada pelos diferentes membros de um grupo social”. Proponho me permitir *in-mundiza*^a como pesquisadora entendendo que nesta relação pesquisador-pesquisado não é possível a neutralidade que o método científico propaga como ideal e imprescindível. No encontro, afetos surgem, trocas de experiências, a própria construção de pesquisador no mundo (*in-mundo*).

Para me auxiliar nesta caminhada, peço auxílio a minha formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e em Antropologia da Saúde e sabedoria para vivenciar os encontros de forma simétrica como fala Merhy³.

^a Este termo surgiu em 2012 quando o pesquisador-doutor Ricardo Moebus, em discussão sobre metodologia na Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, descreveu a implicação do pesquisador com o objeto, entendendo que, durante a pesquisa, o pesquisador é “atravessado e inundado pelos encontros, se sujando de mundo”²

A dissertação está dividida em introdução, revisão bibliográfica com a fundamentação teórica; metodologia; análise de dados; considerações finais; referências bibliográficas e anexos.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 (DES) CAMINHO PARA O REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

Na busca pelo referencial bibliográfico utilizei os Descritores de Ciências da Saúde (DeCs) na base de dados Scielo e na Bireme em inglês, português e espanhol com os DeCs Saúde da Família *and/or* Cuidados em saúde *and/or* Terapias complementares *and/or* Práticas populares. Nesta busca, tive um primeiro estranhamento ao encontrar poucos artigos sobre o assunto (dezoito artigos) e, os poucos que encontrei, falam mais sobre práticas complementares de saúde como a medicina chinesa ou a homeopatia. Pela pouca quantidade de artigos, optei pela procura também no Banco de Dissertações e Teses. Dentre os trabalhos selecionados destaco a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

A PNPIC surge por recomendação das Conferências Nacionais de Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS) sendo publicada em 2006.⁴ Esta política, citando a OMS, visa “estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade”.⁴

Em março de 2017, o Ministério da Saúde brasileiro incluiu novos procedimentos à PNPIC (Portaria nº:849/2017 de 28/03/17) entre eles arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga, ampliando de 5 para 19 terapias complementares.⁵

No entanto, a PNPIC não abre opções para as práticas tradicionais brasileiras como benzer/rezar, puxar nervo torcido ou costurar rasgadura, se aproximando um pouco apenas na questão da fitoterapia e prática popular dos chás e a massoterapia. A produção acadêmica também traz poucas relações entre as práticas tradicionais de cura e os sistemas de saúde, enquanto em minha comunidade, elas estão presentes diariamente.

Schweickardt⁶ relata que na Amazônia do século XVIII-XIX não havia quase médicos e a medicina que praticavam (sanguessugas, sangrias, purgas, clisteres) era mais dolorosa, menos aceita e menos eficaz do que a pajelança com ervas, chás e rituais de cura, em uma mescla de cultos indígenas e africanos típica de nossa colonização plural. Para os indígenas, o principal responsável pela saúde é o pajé, visto pelos missionários do Brasil colônia como o

mal e o diabo, como pessoas que enganavam os indígenas. Apesar da repressão dos missionários, os pajés nunca deixaram de ser procurados, mas precisaram se isolar no interior da floresta. Os missionários condenavam os pajés, porém também utilizavam os espíritos e a magia para curar. A diferença era a posição dominante destes sobre aqueles.

Madel Luz,⁷ ao narrar a história da homeopatia no Brasil e sua luta para se legitimar como a arte de curar, se contrapondo à arte das doenças, como assim denomina a medicina do século XIX, também descreve a prática de sangrias, compressas geladas ou ferventes, tinturas ou xaropes das mais diferentes plantas recém-descobertas. Neste contexto histórico, no qual apenas a faculdade de medicina, enquanto educação formal, existia em terras brasileiras, e, pela carência de advogados, (cabia aos médicos serem delegados, legisladores, governantes) a homeopatia surgiu com a proposta de formar médicos sem o ensino da faculdade, permitindo o acesso a arte de curar de clientela leiga (farmacêuticos, comerciantes, padres), ou seja, propondo um sistema paralelo à medicina oficial. É nesse caldeirão efervescente de disputas ideológicas e políticas que se exacerba a concepção de que tudo o que não é a medicina oficial, é charlatanismo, sejam os saberes populares ligados aos indígenas e negros, seja o novo saber da homeopatia.

Ainda hoje, o contexto amazônico permanece rico em práticas de cura diversificadas, especialmente (mas não exclusivamente) nas populações indígenas. No entanto, as práticas populares ainda são tratadas como ilegítimas, detentoras de uma outra racionalidade, que passa por uma cosmovisão e lógica diferentes de organização do pensamento e da prática biomédica. Muitas vezes, repassamos conceitos de tratamento e cura de forma impositiva para a comunidade, depreciando suas formas tradicionais de cuidado, perpetuando o conceito de práticas ligadas ao charlatanismo.^{6,8}

No livro *O médico e a rezadeira* de Antonio Lino, a fala do médico intercambista cubano sobre a rezadeira é emblemática da postura aberta ao diálogo: “ela orienta, comunica, ensina, procura os pacientes. A gente escuta, respeita esse jeito de trabalhar dela [...] eu vim para trabalhar em parceria com essa cultura [...] interagir”.⁹ Também preciso desta humildade, me despir de meus pré-conceitos, olhar e escutar meus comunitários estranhando o que me é familiar e me familiarizando com o que é estranho, como diria o antropólogo Gilberto Velho.¹⁰

2.2 UM POUCO SOBRE ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Segundo Cecil G. Helman,¹¹ a antropologia médica, ramo da Antropologia Social e Cultural, “aborda as maneiras que as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais,

explicam as causas dos problemas de saúde”, estudando que tipo de cuidado faz-se necessário e a quem recorrer. E destaca que as crenças e práticas de saúde/doença são o cerne da cultura, pois é através desta lente que se enxerga e interpreta o mundo, organizando socialmente a assistência à saúde.

Helman¹¹ citando Kleiman discrimina a saúde em três setores: o setor informal onde ocorrem as primeiras atividades de cuidado à saúde (automedicação, cuidado familiar, consulta a leigos, auto-ajuda, cuidados alimentares); o setor popular ou *folk* (indivíduos especializados em cura como rezadores, curandeiros, benzedores, pegadores, doutores do mato, xamã ou feiticeiro) onde a magia está presente, sendo a cura vista como um processo holístico e que envolve a família, o ambiente em que se vive e as forças sobrenaturais; e o setor profissional, local da medicina científica ocidental ou biomedicina englobando médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, parteiras. Segundo Helman, a medicina alternativa ou complementar tem se sobreposto ao setor popular e ao setor profissional e vem crescendo em popularidade; sendo eles os acupunturistas, homeopatas, quiropráticos, osteopatas, herbalistas, massoterapeutas. Precisamos entender que o sistema biomédico “não existe em um vácuo cultural e social [...] ele é a expressão dos valores e da estrutura social da sociedade em que surgiu”.¹¹

Para Langdon,¹ o relativismo cultural é necessário para não incorrerem no risco de aplicarmos nossa visão de mundo como a correta, desprezando formas culturais distintas da nossa. O sistema biomédico, que a autora conceitua como a medicina ocidental praticada em nossa sociedade, nada mais é que uma forma particular de cultura, no entanto, em nossa sociedade, temos sistemas de saúde tão distintos quanto às culturas que a compõe.

Muitos grupos não procuram biomédicos, mas utilizam a medicina popular, outros utilizam sistemas médico-religiosos, outros, ainda, recorrem a vários sistemas ao longo do processo de doença e cura. Pensar o sistema de atenção à saúde como um sistema cultural de saúde ajuda compreender esses múltiplos comportamentos.¹

Cada sistema cultural tem sua simbologia para explicar, definir e classificar saúde e doença. Para a biomedicina, não faz sentido o *quebranto*, simbólico para a cultura popular. Langdon explica:

Define-se, aqui, *sistema social de saúde* como aquele que é composto pelas instituições relacionadas à saúde, à organização de papéis dos profissionais de saúde nele envolvidos, suas regras de interação, assim como as relações de poder a ele inerentes. Comumente, essa dimensão do sistema de atenção à saúde também inclui especialistas não reconhecidos pela biomedicina tais como *benzedoras*,

*curandeiros, xamãs, pajés, massoterapeutas, pais de santo, pastores e padres, dentre outros.*¹

Gilberto Velho¹⁰ explicita a necessidade de observação e empatia nas pesquisas antropológicas afinal, sabermos o nome e posição social dos indivíduos não nos permite conhecer sua visão de mundo e nem de nos colocarmos em seu lugar. Ele destaca também o caráter sempre interpretativo dos trabalhos antropológicos visto não ser possível a neutralidade científica uma vez que é necessário contato e vivência com o universo observado e que, a possibilidade de críticas e outras interpretações distintas do observado, como pode ocorrer ao estranhar o familiar, enriquecem o trabalho afinal: “O processo de *estranhar o familiar* torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e até mesmo emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos, situações”.¹⁰ As interpretações podem ser de artistas, pessoas da comunidade, jornalistas ou outros pesquisadores.

Laplantine esclarece que é o diagnóstico que determina a natureza do tratamento tanto na medicina científica quanto na medicina popular – “é a representação etiológica que, com mais frequência, comanda a representação terapêutica”¹² - sendo crítico em relação à medicina moderna que, no afã de ser rápida, privilegia o tratamento, de preferência o mais moderno possível, em detrimento do diagnóstico. Para exemplificar este conceito de Laplantine, temos o trabalho de Gerhardt,¹³ na cidade de Paranaguá que constatou que, a depender do tipo e gravidade da doença, a automedicação e o cuidado tradicional eram os primeiros a serem procurados: nas faixas de mais baixa renda, a procura por cuidados populares era maior; nos casos de doenças consideradas leves, também. Já nas doenças mais graves, em todos os extratos sociais, a procura era por serviços médicos. A autora destaca que a categorização das doenças em graves ou leves varia de acordo com a “vivência de episódios prévios, hábitos culturais, conhecimento incorporado por contato com profissionais de saúde, pelos meios de comunicação [...] intercâmbio de experiências com vizinhos e amigos”.¹³ E conclui que os itinerários terapêuticos são processos apoiados em estratégias individuais, familiares e coletivas plurais, algumas podendo ser até mesmo contraditórias; e que a avaliação do estado de saúde e tipo de recurso terapêutico a ser mobilizado, começa em casa. Quando falamos em itinerário terapêutico estamos discutindo acesso econômico, geográfico e contexto cultural que envolve crenças e costumes.

Outro conceito que surge é sobre eficácia terapêutica que, na biomedicina significa tratamento sintomático da doença, mas, para a medicina tradicional os rituais de cura

assumem o papel de controle social, reforçando noções de mundo independente da cura. Buchillet¹⁴ descreve alguns rituais de cura entre os indígenas *Desana* do Alto Rio Negro, no Amazonas, que conhecem o poder das plantas, mas as utilizam mais no campo do simbólico, como veículo da encantação, um suporte material para transferir ao doente a palavra (encantamento) terapêutico.

O xamã^b tucano Bu-u Kennedy, que conheci durante o 13^o Congresso Internacional da Rede Unida em Manaus (2018), e que vive e exerce sua prática em Manaus e outras cidades, conta como é possível para um xamã olografar, ou seja, imaginar a planta que se deseja para curar e, através desta imagem criada na mente do pajé, soprar as propriedades da planta na água que será dada à pessoa doente para beber. Ele explica o grau de doação que o xamã necessita para ser xamã, respeitando as abstinências (alimentares e sexuais) de modo a alcançar toda a potencialidade de cura.

2.3 COMO SURGE UM CURADOR/REZADOR/PAJÉ

Marcel Mauss¹⁵ explica que, no início, os homens faziam contato e contratos com os mortos e com os deuses, estes últimos “os verdadeiros proprietários das coisas e dos bens do mundo”. Mais tarde, as trocas passam a ocorrer entre os homens, surgindo com elas as regras de convívio social, de direito, de moral; o “objetivo é produzir um sentimento de amizade entre as pessoas envolvidas”,¹⁵ conectar, criar redes. Os bens trocados, os presentes dados e que devem ser retribuídos, permitem a troca de almas, pois “misturam-se as almas nas coisas, misturam-se as coisas nas almas [...] Misturam-se as vidas e, assim, as pessoas”.¹⁵ Nas trocas, a energia espiritual da pessoa (o que Mauss chama de *maná* como veremos mais a frente) é dada de presente, sendo assim “aceitar alguma coisa de alguém é aceitar algo de sua essência espiritual, de sua alma”.¹⁵

O mesmo autor esclarece que “a coisa dada produz recompensa nesta vida e na outra [...] engendra automaticamente para o doador uma coisa idêntica a si mesma”.¹⁵ Em muitas sociedades as pessoas que recebem este presente de cuidar são vistas como feiticeiras, xamãs, mágicos. Paula Montero⁸ fala na impossibilidade de separar magia e religião; para Mauss,¹⁵ *maná* é a fonte comum entre elas. Receber o poder de cuidar é um presente dado pelos deuses; é dos deuses que este poder emana e através da doação de sua essência, a cura se processa; essência do cuidador que é, em última instância, essência divina.

^b Palestra proferida pelo xamã BU-U Kennedy sobre Espiritualidade durante o Congresso Internacional da Rede Unida, Manaus, 2018

Para Helman¹¹ há duas formas através das quais um cuidador popular surge: poder inato (ao nascer em família de cuidadores ou por ser o sétimo filho em família de cuidadores) ou poder adquirido (por estudar com outro curandeiro, após uma revelação durante doença ou sono, transe). Laplantine¹² conta que, durante a revolução de 1789, na região francesa de Pilat/Saint Sabin, um rebelde recebeu ajuda de um camponês e, como agradecimento, deu a um bebê o bem que possuía: o dom da cura. Este bebê cresceu e tornou-se um grande curador de luxações e entorses; antes de morrer, transmitiu este dom a seu filho Laurent Odouard que ficou conhecido como São Sabino. Dois de seus filhos também herdaram o dom de curar. Mas o dom parece passar “de homem para homem, excluindo mulheres, e se enfraquece de uma geração para a outra”.¹²

De modo diverso, no Brasil, muitos estudos falam de mulheres cuidadoras. No trabalho de Teixeira e Oliveira¹⁶ com mulheres camponesas, percebe-se nas falas coletadas que os conhecimentos e incentivos às práticas populares em saúde surgem nos encontros com mulheres mais experientes e, muitas vezes, da família; sendo o uso de ervas medicinais, quase sempre cultivadas no próprio quintal, um recurso tradicional: “a minha vó, ela era parteira velha e, aí eu cresci vendo ela fazer... eu faço uma coisa e outra...xaropada...”.¹⁶

Entre os idosos de Parintins aqueles capazes de benzer/rezar ganham valorização social, sendo muito procurados. Eles vêm sua prática como um dom e sentem-se gratificados por poder ajudar, não querendo tirar proveitos materiais.

Essas pessoas que tem o dom de curar através de puxações, rezas e remédios caseiros, cuidando da desmentidura, do mau-olhado, do quebranto são, em sua maioria, mulheres. Esse conhecimento tradicional, durante muito tempo, foi mal visto e marginalizado, relacionado à bruxaria, porém com o passar dos anos essas práticas ganharam importância social para a população local, sobretudo em razão da ineficiência e sucateamento dos serviços públicos de saúde.¹⁷

[...]

Na cultura indígena, tem-se a figura do pajé (chefe espiritual indígena, que desenvolve pajelanças através de benzeduras e bruxarias) que podemos ver grande semelhança com esses velhos que praticam a benção e reza. Essa herança cultural herdada dos índios se faz presente até hoje através da cura.¹⁷

[...]

Não há escolas que instruem a pegar ossos, a partejar, benzer e curar, sendo isso realmente um dom particular de cada indivíduo ligado totalmente a forças mágicas e encantadas.¹⁷

A folclorista Elma Sant’Ana¹⁸ conta sobre a benzedeira D. Nair Leopoldina de Oliveira que se recusava a benzer pois quem sabia fazer era sua mãe mas, com a morte da mãe e a convicção dos moradores de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, de que ela tinha o dom, acabou tornando-se benzedeira, com as rezas aparecendo, uma para cada problema. Aos

poucos, sua fama foi espalhando de tal modo que o telefone mal parava de tocar e teve que limitar o número de atendimentos que poderia fazer por dia. Outra benzedeira, D. Eva, conta que não se pode cobrar por benzedura, pois Jesus nunca cobrou e é a Ele que prestará contas ao morrer. Acesso facilitado, dedicação, acolhimento e amor transbordam na vida destas pessoas dedicadas a aliviar o sofrimento!

Para Lèvi-Strauss,¹⁹ o xamã revive seu chamado inicial em cada ato/espetáculo de cura, transmitindo assim “toda a vivacidade, originalidade e violência” do momento em que foi consagrado xamã. Ao doente cabe desempenhar seu papel no ato da cura, bem como têm papéis a desempenhar o xamã e a coletividade que assiste o espetáculo:

[...] o par feiticeiro-doente encarna para o grupo, de modo concreto e vigoroso, um antagonismo próprio a todo pensamento, mas cuja expressão normal permanece vaga e imprecisa: o doente é passividade, alienação de si mesmo, como o informúlável é a doença do pensamento; o feiticeiro é atividade, extravasamento de si mesmo, como a afetividade é a nutriz dos símbolos. A cura põe em relação esses pólos opostos, assegura a passagem de um a outro, e manifesta, numa experiência total, a coerência do universo psíquico, ele próprio projeção do universo social.¹⁹

2.4 O MUNDO DA MAGIA

Laplantine¹² destaca que a antropologia médica irá buscar o *porquê* do adoecimento, o *como* ficou doente e o *como* vai se curar. Helman¹¹ afirma que os médicos explicam aos pacientes o que aconteceu enquanto os cuidadores populares (curandeiros) explicam o porquê. A biomedicina, ao longo de sua história, foi se distanciando do mágico para afirmar sua subjetividade, relegando o universo mágico ao saber popular e religioso. De um lado, a biomedicina seguindo a tradição nosológica da Grécia antiga, Índia e China com o orgânico, o racional, a doença (*disease*), os humores, calor ou frio, desequilíbrio dos elementos constitutivos da pessoa; de outro, as sociedades tradicionais como a amazônica que atribuem as doenças a feiticeiros ou espíritos, animais, divindades, predominando o simbólico, o ritual, o saber comum, *illness*.¹¹

Paula Monteiro⁸ descreve como trabalho do antropólogo saber qual o sentido da crença na magia, o que a magia diz sobre o mundo, que sistema simbólico utiliza e como ele é capaz de intervir na ordem social. E se pergunta: “qual a eficácia de magia?”; a resposta nos é dada por Lévi-Strauss²⁰ no conceito de eficácia simbólica. Em seu livro, de mesmo título, *Eficácia Simbólica* (1975),²⁰ o autor descreve o cântico de cura da tribo Cuna do Panamá entoado pelos xamãs a pedido das parteiras quando há um parto difícil. Durante o ritual, o xamã, entre outros preparativos, esculpe imagens sagradas ou *nuchu* que são espíritos

protetores que auxiliam o xamã a buscar e controlar os abusos de *Mu*, entidade indispensável ao parto e responsável pela formação do feto. Ao esculpir os *nuchu*, o xamã lhes incute vitalidade, resistência, invisibilidade, de modo que sejam parecidos com os homens para servi-los mas com qualidades excepcionais.²⁰

Segundo o mesmo autor,²⁰ existem 3 tipos de cura xamanísticas: 1) quando se extraí, por manipulação ou sucção um cristal ou pena ou pluma ou espinha de um órgão ou membro do doente; 2) quando um combate é simulado contra os espíritos ruins; 3) quando um encantamento é feito utilizando por exemplo, pinturas. Pode-se dizer, como ocorre no ritual acima descrito, que a cura é devida à manipulação psicológica da doente já que o xamã não a toca nem lhe dá medicação. A doente acredita neste ritual de cura, ela pertence a uma sociedade que acredita neste ritual. As dores do parto difícil são fortes demais para a doente aceitar mas os espíritos bons e os ruins, a magia, fazem parte do universo indígena e, ao serem reintegrados a este universo pelo xamã, através do mito, as dores tornam-se suportáveis.

Lèvi-Strauss²⁰ se indaga por que a doente fica curada ao acreditar que monstros a adoeceram, mas não sara quando explicamos que foram os micróbios que o fizeram; seriam os monstros mais reais do que os micróbios? E conclui que a cura xamanística está entre a biomedicina e a psicanálise, pois não é o conhecimento que o doente procura, mas uma experiência específica na qual os conflitos se desenvolvem e desenlaçam. O xamã, além de proferir o encantamento, encarna em si o herói que expulsa os maus-espíritos. Para Monteiro,⁸ a magia não separa o mundo visível do sobrenatural e é sempre uma criação fundada na coletividade, afinal, o rito só tem sentido, só tem eficácia porque é a sociedade falando através do mágico, sociedade esta que lhe empresta sua força.

Marcel Mauss,¹⁵ conceitua *maná* como a fonte comum da religião e da magia, ação de manipulação das forças sobrenaturais, qualidade de certos objetos e seres; é possível transmitir ou aumentar/diminuir o *maná*; ele pode agir por contato direto ou à distância; é, ao mesmo tempo, poder natural e sobrenatural, noção de pensamento coletivo. *Maná* varia de acordo com a posição social (quanto maior a posição social, maior o *maná*), com relação à morte (tudo relacionado à morte tem lugar privilegiado nos ritos mágicos) e em relação ao sexo (as mulheres têm função mágica importante para muitas sociedades, pois menstruam e são capazes de gerar filhos). Paula Monteiro esclarece que seu valor é socialmente construído, “representação de medos e necessidades coletivas”⁸ e fundamenta a hierarquia e as relações na sociedade. “É precursor de toda experiência, condição necessária para o funcionamento das representações mágicas... *maná* é o que torna possível as idéias mágicas”.⁸

Ao mágico são atribuídos inúmeros poderes perante os quais “curvam-se a natureza, os homens, os espíritos e os deuses”; os *brâmanes* da Índia “se dizem superiores aos deuses e capazes de criar o mundo”,¹⁵ e as pessoas acreditam que possam curar, por exemplo, uma vaca. O ritual encenado anualmente em Parintins, Amazonas retrata uma história muito semelhante: Catirina está grávida e tem o desejo de comer língua de boi; seu marido Pai Francisco mata o boi mais bonito da fazenda o que desperta a ira do dono; até médico é chamado para ressuscitar o boi o que só ocorre com o ritual mágico do pajé.²¹

A ação da magia pode ocorrer seguindo algumas assim chamadas leis: a da contigüidade – unhas, fios de cabelo, roupas que representam a pessoa a que pertenciam; a da similaridade – um desenho ou boneco representando a pessoa, um nó para representar o amor; e a da contrariedade – que é a aplicação invertida da lei da similaridade.¹⁵ Cabe ao antropólogo desvendar as associações que o ritual envolve. Paula Monteiro citando Lèvi-Strauss, esclarece que o pensamento mítico se assemelha ao trabalho do *bricoleur*, aquele que trabalha com as mãos a partir de restos ou pedaços de objetos; o pensamento mítico faria assim uma espécie de *bricolage* intelectual ao utilizar pedaços de construções culturais e trabalhar com o signo.⁸

Em Itapua, no Estado do Pará, Maués²² relata sobre os “encantados” - seres “de carne e osso como nós, vivendo em cidades subterrâneas e subaquáticas (“no fundo”) ou na mata, e que podem permanecer invisíveis ou manifestar-se sob forma humana ou animal”. Durante as cerimônias xamanísticas, o encantado pode se apossar do pajé para realizar os rituais de cura mas pode também causar doenças, as chamadas “correntes-do-fundo”. Entre os itapuaenses, há as doenças naturais, que a medicina ou os pajés tratam, e as doenças não-naturais, apenas compreendidas e tratadas eficazmente pelos pajés ou benzedores. As doenças não-naturais são chamadas também de “malineza”, feitiço, “quebranto” ou mau-olhado e “resultam do mal, fogem do domínio de Deus”.²² Inicialmente, os sintomas das doenças naturais e das não-naturais podem ser os mesmos mas se o tratamento não surte efeito, desconfiasse de que seja na verdade uma doença não-natural.

Lèvi-Strauss²⁰ descreve como uma pessoa enfeitiçada deixa de ter vida e morre socialmente; esta morte antecedendo a morte física e ambas sendo consequência do feitiço:

um indivíduo, consciente de ser objeto de um malefício, é intimamente persuadido, pelas mais solenes tradições de seu grupo, de que está condenado; parentes e amigos partilham desta certeza. Desde então, a comunidade se retrai: afasta-se do maldito... A integridade física não resiste à dissolução da personalidade social.²⁰

Moacyr Scliar²³ ao referir-se à lepra, relembra a morte social que era imputada aos seus portadores havendo, inclusive, missa de corpo presente antes da pessoa ser exilada em um leprosário; poucos sobreviviam ou tinham direito de retornar ao convívio social após decretada sua doença. Mais um exemplo da doença enquanto perda da personalidade social, do direito de viver em sociedade.

Para ser xamã ou feiticeiro, Lèvi-Strauss¹⁹ relata a necessidade de uma crise espiritual e a tutela de um espírito sobre o iniciado. Para ser xamã, é imprescindível esta experiência mística, mas, igualmente importante é o consenso coletivo, a aceitação da coletividade de que é uma pessoa dotada de poderes sobrenaturais. Ao explicar o poder do feiticeiro Quesalid, Lèvi-Strauss comenta “Quesalid não se tornou um grande feiticeiro porque curava seus doentes, ele curava seus doentes porque se tinha tornado um grande feiticeiro”.¹⁹

Schweickardt⁶ e Paula Monteiro⁸ também percebem a presença da magia no cotidiano das pessoas que vivem em cidades, como nos bairros periféricos de Manaus para o primeiro autor; alguns nem tão periféricos assim como o bairro Parque 10 de Novembro, onde está situada a Comunidade União, local de nossa pesquisa de campo. A medicina tende a compartimentalizar a pessoa em especialidades enquanto o ritual de cura popular reordena o “universo simbólico do doente”; a doença instaura o caos na vida da pessoa enquanto o ritual ressignifica-a tornando possível a cura.

Os mágicos são figuras anônimas no interior de uma sociedade mais ampla, mas que são identificadas e construídas pela mesma sociedade pois é somente o social que dá legitimidade e fundamento para estes atores do drama social. Suas casas são o palco para seus ritos que se transformam eficazes simbolicamente na reconstrução e ressignificação do ser humano como uma totalidade.⁶

Laplantine¹² e Buchillet¹⁴ afirmam que “não existem práticas puramente ‘médicas’ ou puramente ‘mágico-religiosas’ [...] encontramos-nos quase sempre na presença de dois níveis interpretativos estreitamente ligados: uma interpretação concernente aos processos etiológico-terapêuticos, uma interpretação concernente à interpretação do sentido e do porquê [...]”.¹² O que parece distinguir estes dois níveis interpretativos é a “proximidade física de quem cura [...] e o caráter abrangente da percepção da doença na medicina popular, na qual não se separa homem-natureza-cultura”.¹² Os cuidadores populares envolvem a família no diagnóstico e tratamento, a cura ocorrendo em cenários conhecidos da pessoa – seu lar ou local religioso.

2.5 Falando um pouco da Biomedicina: a Estratégia Saúde da Família e o olhar da Medicina de Família e Comunidade

No início da década de 1990, alguns municípios do Brasil desenvolveram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que posteriormente seria regulamentado em 1997.²⁴ Em dezembro de 1993, o Brasil adotou como forma de reestruturar seu modelo de assistência à saúde o Programa Saúde da Família; exemplos deste modelo já havia em outros países como Canadá, Reino Unido, Cuba e experiências nacionais como em minha cidade natal Niterói, no Rio de Janeiro que iniciou em 1992 o Programa Médico da Família no qual trabalhei. Em Porto Alegre o serviço do Dr. Carlos Groissman (Centro de Saúde Murialdo) já desenvolvia a residência de Medicina Geral e Comunitária desde 1974, com ação para a comunidade na periferia da cidade.^{25,26} O nome da especialidade mudaria em 2001 para Medicina de Família e Comunidade, para novamente mudar para o termo atual Medicina Geral de Família e Comunidade.²⁷

Apesar de contemporâneos, o PACS e o PSF não estavam vinculados; no PACS os agentes comunitários de saúde eram supervisionados por enfermeiros na proporção de 1 enfermeiro para até 30 ACS; mas foi o PACS que propiciou o nascimento do PSF. Em 1998, o programa tornou-se Estratégia Saúde da Família (ESF), uma política de Estado com abrangência nacional e um dos pilares de sustentação do SUS.²⁵

A prioridade da ESF é a Atenção Básica, nível de atenção à saúde que conhece e acompanha melhor a clientela, seguindo os princípios do SUS de integralidade e equidade propiciando democratização do acesso e resolutividade (capacidade de solucionar 85% dos casos); os 15% restantes são encaminhados de forma pertinente e articulada aos demais níveis de atenção. A ESF procura reorganizar o foco da atenção da doença para a saúde e qualidade de vida trabalhando, de maneira intersetorial, com promoção e prevenção de agravos, valorizando a satisfação do usuário. A prestação do cuidado deixa de ser hospitalar para se dar na comunidade e nos domicílios.²⁸

Neste novo modelo de assistência à saúde, cabe ao profissional trabalhar de forma interdisciplinar, “aliando-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e propiciando o apoio necessário,”²⁸ com diálogo horizontal entre os membros da equipe e com uma visão holística da pessoa, da família e da comunidade em que irá atuar. É este profissional que a Medicina de Família e Comunidade e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família formam. Cada equipe de saúde da família é composta por médico generalista ou especialista em medicina de família e comunidade (mfc), enfermeiro especialista em saúde da família, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde e deve ser responsável pelo acompanhamento de 4500 pessoas que vivam ou trabalhem na área adscrita à equipe.²⁸ Esta responsabilidade sanitária por um território e seus moradores permite

o cuidado longitudinal e maior vínculo com a criação de formas de cuidado mais sensíveis à diversidade existente na comunidade como práticas tradicionais de garrafadas e rezas.

Helman¹¹ destaca que os mfc tem como fundamento um lar e uma comunidade, tratam do corpo e mente das pessoas sem deixar de considerar as questões sociais; são médicos que muitas vezes vivem e convivem na mesma comunidade em que trabalham, vestem-se e falam como pessoas normais pertencentes aquela comunidade; cuidam da vida, do nascer, do crescer e não apenas do adoecer, acompanham mais de uma geração daquela família; administram problemas matrimoniais, escolares, da vida cotidiana; fazem consultas em casa.

No Tratado de Medicina de Família e Comunidade, há um capítulo dedicado à abordagem antropológica ou, como denominado pelos médicos de família, competência cultural que é definida pelos autores - Francisco Arsego e Leonardo Targa - como “a constante busca (da MFC) por uma melhor adequação do cuidado à saúde em relação à grande diversidade de necessidades das diferentes pessoas”²⁹. Os autores destacam a importância de não ficarmos presos ao paradigma biomédico e aprimorarmos a capacidade de lidar com a diversidade cultural para melhor atender às pessoas que nos propomos servir, pois a abordagem científica exclusiva não é suficiente para abordar a complexidade da vida, adoecimento e morte. Afirmam haver despreparo na maioria dos cursos de graduação e pós-graduação para este atributo indispensável à boa prática médica e demonstram ferramentas próprias da MFC, como a abordagem centrada na pessoa, para vivenciar o encontro intercultural.

O antropólogo e médico de família Francisco Arsego Oliveira,³⁰ em seu trabalho no Sul do Brasil, destaca que são variadas as concepções sobre saúde e doença, a depender do contexto sociocultural de cada grupo da sociedade. A forma com que o indivíduo se percebe doente determinará quem será o “curador” que irá procurar bem como o tipo de tratamento que acredita ser o necessário. Fala que há distinção entre doença de criança e doença de adulto, sendo a pressão social maior se a doença for em uma criança, demandando procura imediata de atendimento médico. É a mulher quem determina o itinerário terapêutico avaliando se há doença, a quem buscar no cuidado e que tipo de cuidado é o adequado – os médicos das unidades de saúde ou o rezador? E destaca que os médicos citados em seu estudo, com formação em MFC são mais permeáveis ao uso de chás e benzeduras.

O estar na comunidade é uma das características do MFC, tendo como atributo o cuidado longitudinal para toda a família sem restrição à determinada patologia ou órgão afetado, acompanhando o caminhar pela vida das mais distintas faixas etárias (do nascer ao morrer), com formação de vínculo e cuidado integral, organizando o fluxo pelas redes de

atenção à saúde. Como estamos na comunidade, visitando as pessoas em suas casas, participando de atividades nas igrejas, centros comunitários, escolas; podemos ofertar uma atenção mais individualizada e centrada na necessidade pessoal (abordagem centrada na pessoa) e não são raros os relatos dos itinerários que as pessoas fazem para reestabelecer sua saúde – contam sobre uso de chás, massagens, cuidadores que “puxam” e/ou rezam [...] “Somos mais permeáveis e sensíveis a estes relatos ouvindo-os e respeitando seus outros modos de buscar ajuda”, como nos fala Arsego.³⁰ Muitos destes cuidadores populares são comunitários que atendemos na ESF e esta capacidade de ouvir e respeitar seu dom torna nosso diálogo mais fluído. Em um certo aspecto, a prática dos mfc se assemelha à prática de cuidado dos cuidadores populares – nosso palco de ação também pode ser nas casas desta comunidade e nosso cuidado não compartimentaliza a pessoa mas, antes de tudo, a vê em sua integridade física-social-cultural.

Os agentes comunitários de saúde (ACS), híbridos de representantes da comunidade e da equipe de saúde, são uma característica peculiar que a MFC tem apresentado no setor público no Brasil; são a ponte também entre os conhecimentos tradicionais e a biomedicina. Através de seus passos, somos guiados até os cuidadores populares e, em meu território, é pela vivência das ACS de minha equipe que conheço as histórias dos cuidadores, sua dedicação, suas façanhas, a admiração que provocam...

Segundo o ex-ministro da Saúde Adib Jatene os ACS “não são funcionários públicos mas funcionários da população e escolhidos com a participação daquele núcleo de famílias em cuja casa eles penetrariam todo mês”.²⁴ Infelizmente, recentes mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2017) tem trazido retrocessos à ABS devido à “revogação da prioridade dada à ESF na reorganização do SUS”³¹ e esvaziamento do papel dos ACS com relativização da cobertura populacional (não mais de 100%, ficando a critério do gestor municipal o parâmetro de maior ou menor população), correndo o risco de perda da qualidade do cuidado prestado. Ao reconhecer outras formas de organizar a ABS, demonstra não ser necessária a presença do ACS na equipe mínima e descaracteriza suas atribuições ao mesclá-las com as do Agente Comunitário de Endemias, esvaziando seu papel na educação em saúde.³¹

2.6 CUIDADO EM SAÚDE

Segundo o dicionário Houaiss³² cuidado significa desvelo, se dedicar a algo ou alguém, atenção especial e cura, o restabelecimento da saúde, remédio. Para Ayres, cuidado é

a relação entre o que cuida e o que é cuidado, envolvendo aspectos técnicos, éticos, afetivos e estéticos pois “cuidar é querer, é fazer projetos, é moldar argila”.³³

A ideia de “moldar argila” vem da antiga fábula de Higino contada por Heidegger,³⁴

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado/Cura viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente eqüitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar 'homo', pois foi feito de húmus (terra)”³⁴

Estão presentes nesta fábula dois conceitos importantes: a concepção de que o homem é composto por corpo e espírito e o conceito de cura próprio do humano enquanto vive. Saturno, o tempo, é quem assim decide, o ser-no-mundo tem sua origem na cura, ou cuidado como interpreta Ayres. Heidegger, citando Sêneca, fala que a perfeição do homem se realiza na cura, cura concebida como possibilidade de “cuidado com a vida e dedicação”.³⁴

Merhy³ utiliza a figura dos brincantes de Suassuna e Nóbrega para falar do encontro entre trabalhador da saúde e usuário: encontro de cuidado que ocorre em ato e onde um detentor de conhecimentos (trabalhador da saúde) se compromete a resolver a demanda do outro (usuário) para recuperar seu “caminhar a vida”. Como um nó em que há um passar de fora para dentro e do dentro para o fora, como uma dança que só existe em ato. Pediremos emprestado a Merhy esta definição para extrapolar esta imagem do trabalhador de saúde para o cuidador popular, detentor de conhecimento e legitimidade em sua comunidade. Merhy também fala das valises que o trabalhador de saúde utiliza: tecnologia dura – sua mão e o que cabe nela como estetoscópio, caneta; tecnologia leve-dura – o que está em sua cabeça, seus saberes como a clínica e a epidemiologia; e a tecnologia leve – a relação entre trabalhador-usuário que ocorre em ato. Os cuidadores populares também utilizam tecnologias semelhantes: dura – sua mão ao puxar/rezar; leve-dura – seu saber tradicional oralmente transmitido, sua vivência; e leve – o ato de curar/puxar/benzer/costurar rasgadura e todo o simbólico envolvido neste ato; simbólico que traz sentido e reestrutura o caos infligido pela doença.

Durante o ato de cuidar da saúde ocorre o encontro cuidador-usuário estabelecendo-se, entre eles, uma rica cartografia dos processos relacionais que esta dupla opera na “micropolítica do encontro” como Merhy denomina. No encontro, segundo este autor, várias cenas ocorrem ao mesmo tempo cada um com “suas dificuldades, suas comensalidades, suas possibilidades, suas lutas [...], territórios-sujeitos em movimento”; movimento de interditar um ao outro e o outro ao um, sem parar, ”um acontecer dentro de outro acontecer-interdição...” gerando vida em mútuas produções.³ Ayres fala que o cuidado é “lugar de reconstrução de inter-subjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde”.³³

2.7 FALANDO UM POUCO SOBRE REDES

Como vimos, ao adoecermos, procuramos o tratamento que seja mais apropriado para a doença que acreditamos nos afligir – uma doença simples, a família é consultada (setor informal); sendo um mau-olhado, procuramos um benzedor (setor popular); no caso de uma doença que acreditamos não ser ocasionada por magia, é a biomedicina que recorreremos (setor profissional). Nesta procura, além do modelo explanatório da doença, também levamos em conta o auxílio que está disponível e a necessidade ou não de pagar por ele. Muitas vezes, recorreremos a mais de um modelo explanatório ao mesmo tempo ou em sequência – a família, o benzedor e o médico, compondo assim uma rede terapêutica cujo centro é a pessoa enferma. Na rede, são feitas recomendações que voltam a rede para serem discutidas e avaliadas, sendo desta forma, reinterpretadas de acordo com o conhecimento e experiência de cada ponto da rede para, só depois, serem ou não, seguidas.¹¹

Partindo desta concepção antropológica de rede, vamos buscar em Merhy et al.³⁵ o conceito de Redes Vivas como possibilidades existenciais de sujeitos que são múltiplos e em constante produção no mundo (*in-mundo*). As pessoas produzem e protagonizam seu processo de cuidado, trilhando e tecendo suas redes de vida, sociabilidade e cuidado. Enfatizam a necessidade de se construir, no encontro, diálogo entre o outro com necessidade de saúde e quem ele procura para prestar este cuidado, entendendo que o primeiro é portador de conhecimentos e experiências prévios e que não pode deixar suas redes vivas de lado ao buscar cuidado em saúde. Muitas vezes, nos serviços de saúde oficiais estas redes vivas são avaliadas e cerceadas pelas equipes de saúde; sair dos muros das instituições oficiais e estar nas ruas, nos territórios vivos nos permite perceber a riqueza e as tensões da vida em produção.³⁵ Estes territórios vivos onde os cuidadores populares atuam e são parte.

Entendendo, assim, Merhy destaca que:

as Redes Vivas são fragmentárias e em acontecimento, hipertextuais, ou seja, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam, e às vezes elas se tornam mais estáveis, mas comportam-se mais como lógicas de redes digitais, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto. Assim, uma rede institucionalizada como analógica – como a noção de rede primária e secundária de cuidado –, pode ser disparadora, mas ela vai se encontrar e ser atravessada por inúmeras outras redes, de outros tipos não analógicos.³⁵

2.8 DESTERRITORIALIZANDO O SAÚDE DA FAMÍLIA (E A MIM!)

Durante minha formação como mfc fui sendo ensinada a pensar as ações de saúde tendo como norte o território sob o qual tenho responsabilidade sanitária. No dia-a-dia, são constantes as demandas por consultas e visitas domiciliares sendo as primeiras perguntas invariavelmente: ‘qual a rua em que moras? Quem é seu ACS?’ seguida da negativa de atendimento aos que estão fora-de-área de cobertura. Como atender as inúmeras demandas que surgem de pessoas que não vivem na comunidade em que atuo e conseguir atender, simultaneamente, as demandas da comunidade sob minha responsabilidade? Como realizar visitas em um território sem limites pré-estabelecidos? São perguntas que me faço, cada vez mais e que a pesquisa tem me questionado e desestabilizado para tentar respondê-las.

Moebus et al.² comentam que esta lógica de território tem caráter administrativo, sendo um recorte geográfico de territórios de vida que classificamos como mais ou menos favorecidos socialmente, mais ou menos violentos (áreas vermelhas e que hoje reclassificamos como roxas para enfatizar o incrível aumento da violência). Trabalhar nesta lógica de território é trabalhar com a possibilidade de “produzir ‘exclusão’ e descontinuidade de cuidado justificadas pela mudança para outra área de abrangência ou por ‘não-cobertura’ de determinadas regiões”.²

Dados de 2018³⁶ mostram a baixa cobertura da ESF em Manaus: com a população 2.130.264 habitantes, o número de eSF em 2018 era de 199 e a cobertura da ESF ficou entre 26,37% a 32,23%.³⁶ Esta costuma ser a realidade de muitos manauaras que são chamados ‘fora-de-área’ pois não moram em área adscrita à eSF, não sendo, portanto, acompanhados.

Moebus et al.² nos convidam a deixar de lado esta lógica administrativa e tomar o território como lugar da construção de vida que se dá na relação; fazer o exercício de desterritorializar, deixar o conhecido e se permitir cartografar no caminhar com o outro pelo território vivo em que ele habita, constroe, destroe, reconstroe.

Doreen Massey,³⁷ ao nos contar a história da chegada dos espanhóis em território asteca em 1519, nos convida a refletir na concepção de espaço que havia e ainda há.

[...] esse modo de conceber o espaço pode assim, facilmente, nos levar a conceber outros lugares, povos, culturas simplesmente como um fenômeno sobre esta superfície... Imobilizados, esperam a chegada de Cortés. Lá estão eles (os astecas), no espaço, no lugar, sem suas próprias trajetórias. Tal espaço torna mais difícil ver, em nossa imaginação, as histórias que os astecas também estavam vivendo e produzindo. O que poderia significar reorientar esta imaginação, questionar este hábito de pensar o espaço como uma superfície? Se, em vez disso, concebêssemos um encontro de histórias, o que aconteceria às nossas imaginações implícitas de tempo e espaço?³⁷

Massey³⁷ distingue espaço de lugar; espaço seria algo regionalizado, como sempre-já dividido em partes iguais, o exterior, o abstrato, o sem significação enquanto lugar significaria o vivido, o sentido, o cotidiano, como algo fechado, coerente, integrado, lar. O espaço, para esta autora, é produto de inter-relações, pressupõe a existência da multiplicidade e está sempre em construção. Sendo produto das relações, nunca está acabado ou fechado e onde há uma “simultaneidade de histórias-até-agora” (*stories-so-far* no original em inglês).

Falar desse espaço é se permitir ver a vida que o habita, as formas tradicionais de cuidar a vida que existiam antes e com a biomedicina ao invés de acreditar, como nos fala Langdon, que o cuidado surge em um contexto acultural. É, portanto, se permitir viver o encontro.

Assim, o conceito de território aqui abordado é o de território vivo, espaço não pré-concebido por questões político-administrativas, mas sim pelos sujeitos que o constroem nas relações; lugar de produção de vida.² Durante a pesquisa, os comunitários e as ACS me conduziram por seus territórios de vida, independente de estarmos ou não em área adscrita à equipe a qual pertença. Este caminhar livre por um território em princípio não pré-definido causou-me estranheza mas o campo me conduziu, seguindo a sugestão de “não dicotomizar a produção do cuidado, mas antes, agir de forma composta, através de infinitas composições possíveis destes dois pólos, dependendo da disponibilidade de abertura ao encontro e ao imprevisível de cada um dos envolvidos”.²

2.9 CONCLUINDO PARA COMEÇAR A IN-MUNDIZAR

O movimento que a presente pesquisa-intervenção propõe é de desarmar o olhar medicalizante da formação médica ocidental e se abrir à possibilidade de produção de conhecimento da vida do outro a partir do encontro. Conhecer as redes vivas que surgem e se perpetuam no território em que estou inserida, redes que geram cuidado no cotidiano de dificuldades de acesso à rede instituída e que são legitimados pelo próprio cuidado ofertado. Conhecer os cuidadores populares que minha comunidade busca, vivenciar mais sobre esta

outra forma de cuidar, ser porosa a ela qualificando minha prática como cuidadora, aproximando-me dos comunitários e conhecendo suas redes vivas. Compreender melhor esta produção de vida que não se dá em horário comercial (durante o funcionamento das unidades de saúde) mas justamente em outro tempo e lugar, nos encontros entre caroços de tucumã, na conversa enquanto descasca-se o fruto que é alimento e sustento (**Figura 1**). Me abrir e *inmundizar*, vivenciando as afecções que o campo me produz, sendo guiada e afetada nos encontros com as redes vivas.

Figura 1 - Tucumã



Fonte: A autora, 2018.

3 METODOLOGIA

No encontro pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o método, o resto são ferramentas.²

3.1 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Comunidade União, situada no Parque 10 de Novembro, zona centro-sul de Manaus, na área de abrangência da equipe da Estratégia Saúde da Família, identificada como eSF 452. Em 2010, a população do Parque 10 era de 41.256 habitantes³⁸ sendo a Comunidade União atendida pela eSF 452, com aproximadamente 5300 habitantes (dados do cadastro da eSF 452). No entanto, propomos ultrapassar os limites desse território ao identificar outros atores do cuidado que moram em outras regiões da cidade; o que acabou acontecendo com uma das cuidadoras que morava próximo à área da eSF.

A Comunidade União surgiu na década de 1970 com a invasão de terrenos no Parque 10 de Novembro; a legalização da área em 02 de Agosto de 1979 ocorreu após muita mobilização da comunidade que começava a se formar, com inclusive, greve de fome. O Igarapé do Bindá, que atravessa a comunidade, teve seu curso original desviado nesta mesma época, dando lugar a rua onde, também com muita luta e participação dos moradores, construiu-se em 1988 o Posto de Saúde ou Unidade Básica de Saúde (UBS). A unidade da ESF foi construída em 2000 e, posteriormente (2013), mudou-se para dentro da UBS (dados coletados com ACS que fundaram o bairro – arquivo pessoal da autora).

Nas margens do Bindá fica a localidade Beco do Greenville, zona mais populosa e carente da comunidade, com a maioria das habitações de madeira. Periodicamente as águas do Bindá invadem as casas e causam grandes perdas financeiras às famílias (**Figura 2**). O esgoto é a céu aberto, a água é encanada e consumida, quase sempre, sem tratamento adicional. A disposição das casas lembra um caracol, não há ruas, anda-se sobre caroços de tucumã, com os moradores transitando pelas casas dos vizinhos para ter acesso ao asfalto. Muitos vivem de descascar este fruto típico da região, o tucumã, perfume que nos invade e impregna ao caminhar no Greenville durante o verão (**Figura 3**).

A comunidade sofre também com a violência pela disputa entre o tráfico de drogas e entre traficantes e a polícia tendo sido a região reclassificada como área roxa recentemente (até então, 2017, era considerada área de risco vermelha na escala da violência pela venda de

drogas, mas, com o aumento da criminalidade e as inúmeras trocas de tiros com a polícia em 2018, passou a ser chamada pela comunidade de área roxa).

Figura 2 - Igarapé do Bindá e suas casas



Legenda: Igarapé na cheia.
Fonte: A autora, 2017.

Figura 3 - Acesso às casas nas margens do Bindá



Fonte: A autora, 2017.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Nossos sujeitos da pesquisa foram os cuidadores populares selecionados a partir de sua identificação pelos comunitários e ACS como pessoas que a comunidade busca pelo exercício

das práticas tradicionais de cura e de cuidado no território da equipe de saúde da família. Os usuários foram escolhidos aleatoriamente a partir dos relatos sobre os cuidados tradicionais.

Utilizamos a técnica de entrevista semiestruturada através de um roteiro de perguntas. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas para a análise. O roteiro valoriza a narrativa dos cuidadores tradicionais, dando oportunidade para a escuta e entendendo narrativas como a melhor maneira para compreender a experiência subjetiva.³⁹ Entrevistamos comunitários que recorrem aos cuidadores populares e estes cuidadores indicados e que aceitaram participar da pesquisa.

3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

Foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema, buscando identificar outras experiências de pesquisa e colaboração dos saberes populares com a saúde, especialmente na atenção básica utilizando os Descritores de Ciências da Saúde (DeCs - Saúde da Família *and/or* Cuidados em saúde *and/or* Terapias complementares *and/or* Práticas populares) nas bases de dados Scielo e na Bireme, em inglês, português e espanhol. Poucos trabalhos foram encontrados (18 artigos) e optei por buscar também no Banco de Dissertações e Teses (duas teses).

A identificação dos cuidadores populares foi feita através de conversa com usuários e outros trabalhadores da saúde como o ACS (nossas *sementes*, como denominado na técnica de amostragem não probabilística em Bola de Neve ou *snowball sampling*).

A técnica de amostragem em Bola de Neve é utilizada em pesquisas qualitativas quando o número da amostra é incerto e quando abordamos assuntos delicados e privados, de conhecimento restrito ao grupo pesquisado. Alguns pontos precisam ser destacados: este tipo de técnica aplica-se melhor em grupos menores, pois, em grupos populacionais grandes, a chance de ser indicado para a pesquisa está diretamente ligada à popularidade de cada um.⁴⁰ Em nosso caso, a popularidade do cuidador é uma característica que não implica em viés de pesquisa pois os cuidadores são procurados e indicados baseado nesta popularidade, na propaganda boca-a-boca.

Outro viés que pode ocorrer é que as narrativas tenham pouca variabilidade já que as pessoas que serão as sementes podem indicar apenas outros de sua rede pessoal, o que pode restringir a variabilidade dos pesquisados. Esta também é a preocupação de Minayo que orienta a respeito: “[...] a amostra de uma pesquisa qualitativa deve estar vinculada à dimensão do objeto (ou da pergunta que, por sua vez, se articula com a escolha do grupo ou dos grupos a serem entrevistados e acompanhados por observação participante”⁴¹ e destaca a

importância de incorporar os atores sociais descobertos ao longo da pesquisa. Por isso, optamos por selecionar inicialmente como sementes usuários da ESF, mas também trabalhadores com destaque para os ACS, híbridos de usuários e trabalhadores da saúde. Partindo de nossas *sementes*, um cuidador popular nos levou a outro, no efeito Bola de Neve; dessa forma, o número de entrevistados cresceu.

Vale destacar que

a amostragem em bola de neve minimiza um dilema ético, ao pedir que um intermediador faça o contato entre você e o indivíduo que deseja entrevistar, já que estes fazem parte da mesma rede de contatos e, caso o segundo não queira participar da pesquisa, constrói-se uma possibilidade de declinar do convite de forma mais discreta do que se este negasse sua colaboração diretamente ao pesquisador.⁴⁰

Em metodologia qualitativa, o tamanho da amostra ou até quando entrevistar pode ser uma questão delicada. Vinuto⁴⁰ fala sobre saturação, momento em que os pesquisados não tenham mais nomes a indicar ou as entrevistas obtidas não acrescentem novas informações. Minayo⁴¹ prefere não trabalhar com este conceito e utiliza a noção de “refletir em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno estudado e buscar a qualidade das ações e das interações” uma vez que saturação pode implicar em perder “o sangue e a alma das expressões culturais”.⁴¹ Para esta autora, o término do campo vai depender da “experiência do pesquisador para puxar mais um fio e aprofundar a reflexão.”⁴¹ Ela sugere sempre correlacionar as experiências advindas do campo com o referencial teórico que se adota e procurar encontrar “a lógica interna de seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões”.⁴¹

No campo, procuro me in-mundizar e reconstruir-me enquanto cuidadora, sensível às vivências que os encontros com os cuidadores populares têm me trazido, “puxando os fios” e refletindo em “quantidade e qualidade” toda esta riqueza que pulsa na comunidade.

No trabalho de campo, com as entrevistas aos cuidadores e usuários, selecionamos quatro cuidadores para o acompanhamento das suas atividades e identificação das suas redes de cuidado – suas histórias de vida.

Segundo Queiroz,⁴² o relato oral é a maior fonte de conservação e difusão do saber humano; é a fonte primordial, anterior ao desenho e à escrita. Para que o relato oral ocorra são essenciais duas figuras: a do narrador e a do ouvinte/ouvintes. As ciências sociais utilizam tradicionalmente como forma para coletar estes dados, a entrevista. Trabalhamos com

entrevistas semiestruturadas na forma de narrativas utilizando a técnica de gravação dos depoimentos destes cuidadores sobre suas práticas.

Nas narrativas, trabalhamos com o relato de quatro cuidadores populares na forma de história de vida, ou seja, na forma de relato de sua experiência de vida narrando acontecimentos que considere importantes bem como suas relações familiares, pessoais e profissionais, seus aprendizados, respeitando seu tempo e cronologia de narração. Ao pesquisador cabe a tarefa de perceber o que vaza da experiência individual e se insere na vivência da coletividade à qual o cuidador pertence diferenciando, assim, história de vida de biografia. Esta técnica de coleta de dados demanda tempo e mínima interferência do pesquisador (na história de vida é o narrador que conduz o pesquisador por sua história), além de sensibilidade para perceber quando encerrar a narrativa para não cansar o narrador.⁴² Pode ser delicado o momento de colocar o ponto final neste encontro pois a vida do narrador tem sempre mais e mais histórias a contar, os “fios a puxar” como diz Minayo.⁴¹ Merhy fala em ‘perfil provisório’ para classificar seus textos pois “uma pesquisa interferência não acaba” sempre recebendo “sinais dos campos nos encontros que continuam a produzir”.²

Adotamos a Análise do Discurso (AD) para transcrição/análise das entrevistas. AD pode ser definida como a compreensão da palavra em movimento, compreendendo a língua como “trabalho simbólico [...] constitutivo do homem e de sua história”.⁴³ A AD nos fornece um enfoque discursivo no qual interessa a interferência do pesquisador na realidade observada pois o pesquisador é co-contrutor dos sentidos produzidos. Para um pesquisador em AD “toda a produção de linguagem [...] é um produto do encontro entre um eu e um outro, segundo formas de interação situadas historicamente”.³⁹ Não há como formular uma pergunta de pesquisa em AD sem a possibilidade de intervir ou não intervir em uma dada realidade e sem o entendimento que “a linguagem não se dissocia da interação social”.³⁹

Para Dominique Maingueneau,⁴⁴ a AD pode ser entendida como “uma zona de contato entre a lingüística e as ciências humanas e sociais”. Difere da análise de conteúdo por não buscar “extrair sentidos dos textos”, pois considera que a linguagem não é transparente.⁴³ A proposta na AD é “produzir um conhecimento a partir do próprio texto [...] sendo o texto visto como materialidade simbólica”.⁴³ Não se trata de apenas transmitir informação, todo um complexo processo de constituição de sujeitos e produção de sentidos está envolvido em um discurso feito entre interlocutores. A linguagem entendida como inscrita na história e partindo do pressuposto de que “não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia”.⁴³

A AD não procura a verdade oculta atrás do texto pois não há esta verdade. Ela procura “compreender como os objetos simbólicos produzem sentidos”.⁴³ Cabe ao

pesquisador formular a questão de análise e o arcabouço de sustentação metodológica desta análise à luz de seu domínio disciplinar específico (a própria Análise do Discurso, a Linguística, a Política, a Antropologia ou a Sociologia). Orlandi afirma ser esta a riqueza da AD “permitir explorar de muitas maneiras essa relação trabalhada com o simbólico, sem apagar as diferenças, significando-as teoricamente”.⁴³

Todo discurso preocupa-se com o efeito que produzirá em quem o ouve, portanto, falamos de acordo com a argumentação que teremos com aquele interlocutor. Além disso, há uma relação de forças, sempre falamos de uma determinada posição (como aluno ou como professor) e cada posição tem sua força em nossa sociedade hierarquizada. “Como em um jogo de xadrez, é melhor orador aquele que consegue antecipar o maior número de jogadas, ou seja, aquele que mobiliza melhor o jogo de imagens [...] com as palavras que eles “querem ouvir”.⁴³

O imaginário faz parte do funcionamento da linguagem, pois a palavra não tem sentido por si mesma; seu sentido é produzido pela ideologia posta no jogo sócio-histórico do discurso, jogo que surge na relação entre um eu e um outro, mudando se for outro o interlocutor. Orlandi⁴³ nos fala da relação entre o já-dito (o interdiscurso, o discurso sócio-histórico, a memória) e o que se está dizendo (ou intradiscurso, aquilo que quero dizer agora). Fazendo uma analogia com o conceito de espaço de Doreen Massey,³⁷ os discursos não se originam em nós; “quando nascemos, os discursos já estão em processos e nós é que entramos nesse processo”.⁴³

A noção de metáfora é primordial para a AD, significa “transferência”, o modo como as palavras significam, pois, como já dissemos, as palavras não têm um sentido em si. Na AD, palavras iguais podem ter significados diferentes. Para exemplificar a noção de metáfora, Orlandi⁴³ usa a palavra terra e seus diferentes significados a depender do interlocutor (indígena, agricultor sem terra, grande latifundiário).

Deriva, assim, o trabalho do analista que deve “remeter o dizer a uma formação discursiva (e não outra) para compreender o sentido do que está ali dito”;⁴³ nas *derivadas* que o sujeito desloca sentidos já estabelecidos”.⁴⁵ Como nos lembra o professor Sergio Freire, quando falamos, nos colocamos em uma *posição-sujeito*, que nada mais é que um “lugar simbólico, construído historicamente nas relações sociais”;⁴⁵ falo como médica e antropóloga em diálogo com pessoas que praticam cura popular, pessoas que denominamos cuidadores populares.

A presente pesquisa-intervenção gerou marcas na pesquisadora, implicada ativamente no cuidado, se permitindo vivenciar o cuidado popular e ser por ele, afetada. A AD, tendo

como *deriva* o referencial teórico etnográfico, foi utilizada para a análise das narrativas e, para a análise e discussão das afecções geradas no encontro pesquisadora-cuidador popular, peço emprestado o olhar da cartografia.

No presente estudo, não adotaremos a concepção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴⁶ de cartografia, termo introduzido em 1839 por Manoel Francisco de Barros e Souza de Mesquita de Macedo Leitão, o segundo Visconde de Santarém. Tão pouco, utilizaremos a definição da Associação Cartográfica Internacional de 1966 que conceitua cartografia como “conjunto de estudos e operações científicas, técnicas e artísticas [...] cuja base são as observações diretas ou análise documental para elaboração de mapas, cartas ou outras formas de representação de objetos, fenômenos ou ambientes físicos e socioeconômicos”.⁴⁶ Partindo desta definição clássica, optamos neste trabalho pela concepção de Rolnik,⁴⁷ de cartografia como desenho dos movimentos de transformação da paisagem, diferentemente de mapa, que é estático.

Segundo a autora, “paisagens psicossociais também são cartografáveis. A função do cartógrafo é dar língua para afetos que pedem passagem [...] é ser, antes de tudo, um antropófago.”⁴⁷ Em sua prática, o cartógrafo deve estar atento às formações do desejo no campo social (delinquência, violência, quadros clínicos individuais ou coletivos). Para isso utiliza-se das fontes mais variadas, um tratado, uma conversa, um filme. Procura-se o encontro do corpo do cartógrafo com outros corpos, mergulhar nos afetos tendo a “língua como ponte para fazer a travessia, [...] ‘tapete voador’, veículo para novos mundos, novas histórias”.⁴⁷

O que o cartógrafo procura “é participar, embarcar na constituição de territórios existenciais, constituição de realidade; [...] deixa seu corpo vibrar” para captar os desejos, não seguindo nenhuma normatização, mas inventando, com sensibilidade, o que cada contexto pede. Seu instrumento de trabalho é “o grau de abertura para a vida que cada um se permite a cada momento”, livre de moral e tendo como princípio “que é sempre em nome da vida, e de sua defesa, que se inventam estratégias” para proteção da própria vida. Lembrar que há um limiar entre o que se suporta ou não, um limite de proteção que permite ao corpo vibrátil reconhecer a potência, mas também o perigo, uma “regra de delicadeza para com a vida”.⁴⁷

“A análise do desejo, desta perspectiva, diz respeito, em última instância, à escolha de como viver, à escolha dos critérios com os quais o social se inventa, o real social”.⁴⁷ Diz Merhy que não somos sempre os mesmos mas muitos sujeitos sempre em produção, “cartografamos no viver [...] gerando infinitudes de mapas territoriais de identificação”.⁴⁸

Roberto Cardoso⁴⁹ descreve o trabalho do antropólogo como Olhar, Ouvir e Escrever, (adaptando o *Regarder, Écouter, Lire* de Lévi-Strauss), bases para a construção do conhecimento em ciências sociais. Apreendemos a realidade através do Olhar e do Ouvir no trabalho de campo, mas ao observar nosso objeto precisamos “domesticar teoricamente” nosso olhar e perceber os “idiomas culturais” nos quais fomos moldados, pois assim conseguiremos exercitar o “estranhar o familiar e familiarizar o estranho” de Gilberto Velho.¹⁰ Cardoso⁴⁹ explicita o confronto entre duas subculturas durante a entrevista antropológica: a do brasileiro e a do antropólogo; acredito que terei mais uma subcultura a dialogar na entrevista, a da biomedicina. Ao longo da graduação de medicina, somos treinados a interpretar e traduzir para o vocabulário/idioma biomédico os relatos das pessoas; precisarei me esforçar para estranhar este hábito aprendido.

Cardoso⁴⁹ destaca que, para que ocorra o encontro etnográfico durante a observação participante é necessário que pesquisador e pesquisado tenham habilidade para ouvir um ao outro, em um encontro de iguais, qualificando o ouvir. Merhy⁴⁸ fala em encontro de simétricos nos quais as diferenças não sejam transformadas em desigualdades de saber e de vida com predomínio de um sobre o outro. A relativização, outro conceito-chave em antropologia, compreende não adotar o etnocentrismo, os valores que me são próprios, como fala Langdon,¹ e, para tanto, faz-se necessário disciplinar o ouvir e o olhar pelo conhecimento antropológico.

A última etapa do trabalho antropológico descrito por Cardoso⁴⁹ é o Escrever – momento em que, no seu escritório e tendo como base o diário de campo, redige seus achados de campo construindo, com os conhecimentos prévios, novos conhecimentos. Momento delicado eticamente, no qual transformamos vidas em discursos interpretativos à luz das disciplinas que nos constituem.

Por fim, a roda de conversa com os cuidadores, trabalhadores da equipe da ESF e usuários para apresentar os resultados e combinar estratégias de colaboração no cuidado dos usuários.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 O PROCESSO DE ME-IMUNDIZAR E OS PERCALÇOS DA PESQUISA IN-MUNDO

Começar o campo de pesquisa em meu próprio campo de trabalho foi, posso dizer, algo estranho. Estou diariamente na comunidade, faço visitas domiciliares, consulto as pessoas em suas casas e converso com elas sobre outras formas de cuidado; tudo isso já estava presente em minha prática clínica, mas a pesquisa intensificou todo este processo, transformou minha escuta aumentando meu interesse e desejo de conhecer mais. Notadamente as gestantes, contavam de pessoas na comunidade que puxavam o bebê, arrumavam na barriga, adivinhavam o sexo; em especial, falavam do Sr. Roberto, pois até hora e tipo do parto, sabia.

A espera pelo início do campo, só fez aumentar este desejo até que, em meados de junho de 2018, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pude me lançar *in-mundo*. Nos meses de julho de 2018 a janeiro de 2019, indagava dos comunitários quando vinham em consulta médica comigo e/ou nas visitas domiciliares (pelos mais variados motivos), se conheciam ou tinham procurado outro tipo de ajuda que não a minha - ‘Você já procurou ajuda/fez algum outro tipo de tratamento para este problema?’ Com aqueles que sentia uma boa recepção continuava a conversar um pouco mais sobre o assunto: ‘Quem o senhor(a) procurou? Como foi o tratamento?’ Aos poucos, alguns cuidadores foram surgindo nas referências da comunidade.

A ansiedade em começar o campo foi agravada pela perda de dois cuidadores desta comunidade em que trabalho, Sr. Félix e D. Salomé que faleceram no início do ano de 2018 e não pude convidar para contarem mais um pouco de sua vivência. A eles, agradeço o despertar do desejo em conhecer mais das práticas populares de cuidado. Cumpriram suas missões neste mundo e partiram deixando muita saudade. Ainda são lembrados com carinho por muitos na comunidade e fazem uma falta!

As ACS da equipe foram outra fonte inestimável de relatos dos cuidados populares que ocorrem na comunidade e descobri, para minha surpresa, que uma delas também tinha esta capacidade de cuidar. Um cuidador bastante lembrado foi o Sr. Rogério, porém ele mudou no início do ano de 2018 para o interior e não tivemos como contactá-lo; me contou que não podia ficar na cidade pois não havia trazido as fotos das pessoas para as quais reza. Sentia que precisavam dele no interior; só lá poderia cuidar delas.

A cuidadora Leandra foi citada pelas ACS, mas não está mais morando em sua casa na beira do igarapé Bindá; vizinhos informaram que mudou. D. Valorosa não consegui contactar. Com D. Nana tive apenas uma conversa informal; ela se diz apenas parteira e já não pratica mais. Durante o período do trabalho de campo, não estava em sua casa (viaja muito). Para preservar o anonimato dos cuidadores, todos os nomes são fictícios, inclusive das ACS.

D. Dolores estava muito doente, em fase terminal e passava mais tempo internada do que em casa. Com muita persistência de uma das ACS, descobrimos onde estava morando já que a violência do bairro a obrigou a deixar sua casa. Fiz quatro visitas a sua casa e não a encontrei; na maioria das vezes, tinha ido urgente ao hospital por piora. Infelizmente nos deixou em fevereiro de 2019. Mas o carinho que a comunidade sente por ela, sua dedicação (mesmo doente e com muitas dores, ia de cadeira de rodas pelo bairro até onde sentia que precisavam dela) e seu exemplo vivo de cuidado ainda estão presentes conosco.

Os próprios cuidadores sugeriram suas referências de cuidadores. Entre eles, a Vozinha que D. Jarina conta que era grande rezadora, mas que, aos 92 anos, está cada dia mais esquecida. É com tristeza que constato que, no lugar da recepção sempre carinhosa que me aguardava e a sua ACS nas visitas domiciliares, agora é o total desconhecimento de quem somos e uma certa frieza ao nos receber, preferindo nem abrir a porta.

Abaixo, resumo o caminhar para encontrar os cuidadores populares e nossas ‘sementes’ que possibilitaram chegar até os eles (quadro 1):

Quadro 1 - ‘sementes’ e suas indicações de cuidadores populares

ACS Lua e Gestante F	⇒	Sr. Roberto
ACS Jóia e ACS Lua	⇒	D. Leandra e D. Jarina
ACS Dia e ACS Amor	⇒	ACS Jóia
Comunitário E e Sr. Roberto	⇒	D. Iara
Comunitário G e A	⇒	D. Dolores
Gestantes e ACS Lua	⇒	D. Nana
ACS Lua	⇒	D. Valorosa, Sr. Félix ⁺ , Sr. Rogério e D. Salomé ⁺
D. Jarina	⇒	Vozinha
Comunitária A	⇒	D. Lu

Trabalhar no mesmo território onde sou médica de família trouxe alguns desafios pois nem sempre era possível ser vista como pesquisadora e não como médica naquele momento. Arrumar o tempo necessário para as entrevistas fora do horário de trabalho, também gerou algum jogo de cintura da pesquisadora e pactuação com os cuidadores e com as ACS para não atrapalhar nas horas impróprias como almoço ou jantar. Uma solução que ajudou bastante foi solicitar férias e poder me dedicar apenas às entrevistas – claro que sempre havia necessidade de alguma intervenção como médica por inúmeras razões tanto na própria família do cuidador(a) como na vizinhança.

Uma nova angústia foi surgindo durante o processo de me in-mundizar e vieram em meu socorro meus orientadores e o professor Merhy mostrando que, na pesquisa *in-mundo*, não é possível esta objetividade e imparcialidade que eu buscava; precisaria me implicar no processo, sentir e vibrar junto com os cuidadores, e me deixar estar como sujeito também da pesquisa. Fui percebendo que era necessário também posicionamento político entendendo “que os saberes do tradicional são reconhecidos como verdades e possuem autoridade no mundo do cuidado”⁵⁰ o que, no entanto, não significava me distanciar do científico, pois o conhecimento estava sendo produzido “a partir de referenciais teóricos e conceituais que nos colocam em diálogo com outros sujeitos como rezadores e parteiras”.⁵⁰ O autor chama de banzeiro de diálogos as trocas com as parteiras e rezadores e explica que:

O cotidiano se constitui em saber, que tem práticas e pensamentos que organizam a lógica da vida e produzem vida, produzem cuidados. O encontro dos saberes se faz na possibilidade de troca e de convívio, considerando o outro como efetivamente sabedor das coisas e não simplesmente como um informante de coisas para um eu-que-sabe.⁵⁰

Fui permitindo me deixar guiar pelas águas deste banzeiro nas narrativas dos cuidadores; histórias transbordantes de vida e de desejo de ensinar, em uma verdadeira e amorosa troca de conhecimentos (muito mais recebendo conhecimento do que trocando).

Uma grande dívida de gratidão tenho para com as ACS que me acompanharam em todas as entrevistas, sendo elas as guias na comunidade até os cuidadores. Em uma ocasião, as ACS preferiram ficar no sol, fora da casa, enquanto eu conversava com a cuidadora; não a reconhecem como cuidadora e não se sentem bem em sua casa, apesar de irem visitá-la como parte de seu trabalho como ACS. A cuidadora em questão, recusou-se a participar da pesquisa por medo de ser julgada macumbeira ou sofrer represálias (D. Lu). Em outra ocasião, a ACS Dia pediu o número de telefone da cuidadora. Até então, esta ideia não havia me ocorrido com nenhum dos cuidadores, mas, por estar mais distante do bairro, em área que não

atendemos no saúde da família e como o contato com ela pode ser mais difícil, até porque D.Iara trabalha o dia todo, o celular ajudaria mesmo. Minha ACS co-adjuvante ativa da pesquisa, precisou buscar por D. Iara algumas vezes, indo até sua casa, para poder pedir que nos recebesse; só depois de algumas tentativas é que a encontrou e conseguiu agendar.

Apesar de ser médica desta comunidade há muitos anos e de conhecer bem o território e a comunidade, são as ACS que melhor transitam na área, principalmente no momento de maior tensão e violência que temos vivenciado. Portanto, sua presença nas visitas aos cuidadores e durante as entrevistas foi muito necessária e bem-vinda. Em alguns momentos, me conduziam até a casa do cuidador e aguardavam fora para que pudéssemos conversar a sós; nem sempre era possível pela presença da família no domicílio e sua circulação pela casa quando então, tentavam conversar em outro ambiente com a família.

Por esta razão, a neta do Sr. Roberto me disse que o melhor era conversar no consultório – para mim, o espaço da unidade de saúde pareceu muito fora do contexto de cuidado em que o avô atua, sentados nós dois um de frente para o outro, como numa consulta médica, conversando sobre cuidado e também sobre seus problemas de saúde e minha intervenção médica (conversa sobre como cuidar dele). O ponto positivo era que ficava mais audível a gravação da narrativa sem os ruídos da casa e da rua. O Sr. Roberto tem fala mansa, baixinha, calma, quase que refletindo consigo mesmo.

D. Jarina também começou a narrar sua experiência no consultório e, posteriormente, nas visitas domiciliares. Em duas destas visitas, residentes de clínica médica, da qual sou preceptora, acompanharam-me e, nova surpresa, foram muito receptivos à conversa trazendo suas experiências prévias de cuidados populares com avós e pessoas mais velhas. Tentava fazer as entrevistas-narrativas sozinha, mas percebia que estes residentes ansiavam estar junto.

D. Iara narrou sua história em sua modesta casa, nas margens do igarapé do Bindá, em uma manhã que não foi trabalhar só pra poder conversar comigo. Marcamos outro encontro, ela foi traçando o que iríamos conversar, no entanto, não conseguimos nos encontrar. Começava o inverno amazônico e as chuvas fortes do dia em que agendamos impossibilitaram-me de chegar a sua casa; D. Iara vive às margens de igarapé que transborda com as chuvas trazendo muito transtorno ao alagar as casas e perdas materiais. Outras tentativas também foram sem sucesso por não estar.

No momento, estamos vivendo uma nova onda de violência em nossa comunidade, com disputa pelo tráfico de drogas e entre os traficantes e a polícia o que torna estar na comunidade mais tenso; em alguns momentos, tivemos que fechar a unidade de saúde mais cedo ou não fazer visitas domiciliares, um dia não foi possível entrar no bairro. Os

comunitários têm pedido para a equipe de saúde evitar andar pelas ruas, pois não há mais hora para os confrontos. Talvez por isso a neta do Sr. Roberto tenha me sugerido que seria melhor conversar sobre estes assuntos na unidade de saúde e não em sua casa; da janela de seu quarto, onde costumo ser recebida, vejo carros da polícia indo e vindo. D. Jarina vive em uma parte mais distante da comunidade e, aparentemente, menos violenta e aceita, orgulhosa, dividir seu conhecimento de plantas e mostrar as que cultiva e as inúmeras que traz de sua terra, no Nordeste.

Gostaria de abrir um pequeno parêntese em relação à cuidadora D. Lu que voltou a procurar-me como médica, mas pediu que continuassem nossas conversas sobre cuidar. Talvez o medo de sofrer algum preconceito ou discriminação tenha falado mais alto, fazendo com que negasse sua participação na pesquisa, mas sinto que deseja contar sua vivência. Como diz Merhy,² o ponto final da pesquisa *in-mundo* pode não ser exatamente um final e sim um “perfil provisório” ou para usar o termo de Massey,³⁷ as “estórias até agora”.

Na construção das narrativas, quatro cuidadores foram entrevistados: Sr. Roberto, D. Jarina, D. Iara e a ACS Jóia.

4.2 COMO SURGIRAM NOSSOS CUIDADORES

D. Jarina conta que aprendeu a fazer garrafadas e a rezar com sua bisavó.

Ela fazia muito remédio e garrafada, aí ela... pras doenças venéreas que chamavam, né, ela fazia. Ela pegava a raiz da vassourinha – que diz que aquilo ali cura até cãnca. Aí, ela pegava 9 pé e lavava bem lavadinha (esfrega uma mão na outra para demonstrar), aí ela machucava, botava na vasilha e botava no sereno, da noite pro dia que era pra pessoa tomar e curar daquela doença.

O dom, diferentemente do observado por Laplantine,¹² foi passado de geração em geração pela linhagem feminina da família mas não de forma restrita, pois um tio-avô e um tio também sabiam curar (ver mais adiante o genograma de D. Jarina). E complementa, parecendo justificar-se: “*É, porque lá no interior, não tem medicina e a gente se cuida com coisas do mato.*” Além de aprender com a bisavó, ela tinha um “Velho” como ela chama, que a acompanhava.

Outra referência de cuidador popular em nossa comunidade é o Sr. Roberto cujo dom parece ter sido adquirido após um baque, como ele chama; o dom de cuidar surgindo após uma doença de iniciação como fala Helman,¹¹ neste baque, o espírito de uma pessoa surgiu e o guia até hoje:

É, foi da noite pro dia. Eu não sabia nada disso, sabia muito era de bebida, bebia muito... Eu disse, para eu começar isso, foi um baque que peguei nas costas à noite, passei 12 horas sem sentido a noite. Quando foi de manhã, porque já tinham falado pra mim, que a pessoa não deve trabalhar até tarde... que a pessoa nunca deve trabalhar até 6 horas da tarde, e eu trabalhei até 6 horas da tarde, eu e um cumpadre meu que tinha se acidentado. Eram 6 pessoas, aí começemo, aí o meu cumpadre queria parar umas 17:30h mas tem esses 4 paus pra derribar, vai ser uma vergonha de ficar, aí foi só aquilo mesmo, aí veio um pau, pra mode de eu correr, com um metro, aí veio um pedacinho de pau e me bateu, aí eu caí, me levantei conversando mas sem sentido, vim para casa, quando foi uma meia noite, aquilo dizendo para nunca trabalhar até tarde, só umas 17 horas porque tudo quanto era de mau tava passando por aí. Aí ele me dizia que isso era uma brincadeira que fizeram comigo. Mas era pra mim... Que não ia morrer... do baque; ia viver até 1980. É. E você vai curar muita gente mesmo, mas não cobre!

A ACS Jóia responde, quando pergunto se o dom é desde criança:

Não sei, não sei... às vezes, eu ia no campo com meu pai pegar gado, aí eu enxergava as árvores pegando fogo (ela começa a ri muito, de gargalhar), eu enxergava as árvores pegando fogo, aquele fogo azul subindo pelas árvores. Aí eu dizia pro papai e ele dizia – ‘eu não vou mais trazer você, você vê muita coisa, eu não vou mais trazer você.’ Aí, ele deixou de me levar porque 6 horas, se faltava, porque ele sabia se faltava boi alguma coisa assim, aí ele pegava o cavalo e eu ia com ele. Aí, quando chegava no campo assim, mais no esteio que era um campo grande, aí eu dizia – ‘papai, olha aquele fogo lá, parece que ta pegando fogo’, parecia que tava queimando mesmo, sabe? Aí passava um pau verde... Só eu via.

D. Iara explica que aprendeu sozinha: *“A senhora sabe que não tenho estudo, não, só sei mal assinar meu nome. Mas a senhora acredita em dom que Jesus dá? Então, eu sou uma delas. Na minha família têm três pessoas com este dom.”* As três pessoas com o dom são ela, sua filha e uma prima. Ela conta que “nunca ninguém me ensinou nada”. Seu dom, portanto, é o que Helman¹⁰ classifica de inato. E continua contando:

Olha, o dom de puxar, com 7 anos eu já pegava dismintidura. Já, eu já nasci preparada com tudo. O meu irmão mais velho, esse que já faleceu, com 12 anos, ele quebrou a perna daqui aqui (mostra toda a região da perna, entre o joelho e o tornozelo). Nós naquele mundo de meu Deus, e agora? Para onde é que nós vamos? E aquilo era uma coisa que passava assim pela minha mente, doutora, assim Vupt. Aí eu digo: ‘Mamãe, vamos fazer um emplasto.’ Mas de quê, minha filha? De repente veio aquilo na minha mente, peguei papa de farinha, ralei limão e botava todo e carvão. E eu sarei a perna do meu irmão só com essas coisas. Pegava aquelas padiolas assim, botava na perna dele, amarrava com tira de pano. Morreu com 69 anos e nunca teve um problema na perna. 69 anos quando ele morreu nunca teve um problema, e ele era cabra da peste como eu, era pedreiro da prefeitura.

4.3 UMA QUESTÃO DE DOM

Das narrativas feitas (quatro) e mais o relato de outra cuidadora que não desejou participar da pesquisa, todos reconhecem ser um dom a prática de cuidar. D. Jarina relata ter

aprendido com familiares mas percebe que alguns nascem com o dom, outros não. E sendo um dom, dado por Deus, não se pode cobrar. Me ensina D. Iara:

Porque, assim, os dons preciosos que Jesus te dá, a palavra de Deus diz assim ‘Dá, Eu te dei de graça, de graça tu vai receber’, entendeu a palavra? Então, eu não posso chegar lá e dizer ‘Dona, olha eu vou te fazer isso mas tu vai ter que me dar tanto. Se tu não me der, também eu não faço.’ Deus, Ele é amor. Então, eu tenho que fazer com carinho e receber com carinho. A pessoa dá: ‘Tá aqui, D. Iara, tá aqui pro seu guaraná.’ ‘Não tá lhe fazendo falta, meu filho? Se não tá, deixa aí. Muito obrigada, Deus te abençoe. Mas se tá, não preciso do seu dinheiro, eu como e bebo todo dia o que é saudável e de Deus.’ E a palavra de Deus ainda diz mais assim, pra mim, não sei se fala pra vocês, que tudo vai ser cobrado naquele grande dia.

O contato com os cuidadores e suas narrativas me conduziram para a percepção de seu dom como um presente, uma dádiva que é dada sem pedir e que não pode ser recusada. Mauss,¹⁵ narrando um antiquíssimo poema escandinavo, fala em “que receber um presente não comportasse a obrigação de retribuí-lo”; nesta forma de poema há poesia e literatura mas também regras de direito antigo que orientavam a sociedade da época. Com nossos cuidadores, a dádiva recebida de seus espíritos protetores (o ‘*Velho*’ de D. Jarina, o ‘*Espírito de um homem*’ do Sr. Roberto e Deus para D. Iara e ACS Jóia) é o dom da cuidar e com este dom, vem a obrigação de retribuir cuidando sem cobrar e sem recusar a cuidar de quem quer que seja. Conta D. Iara: “*Não, nunca fechei minha porta pra ninguém, nunca. Um dia desses, chegou uma três horas da madrugada aqui. (...) Olha, eu não tenho permissão de cobrar nada de ninguém.*” E prossegue falando de uma pessoa que quis lhe comprar:

‘Pois, se a senhora me botar boa, vou lhe dar tanto!’ ‘Agora que não lhe boto boa mesmo, é porque você tá me dando dinheiro, me comprando. Você não vai me comprar nunca!’ Não falei mas fiquei só escutando ela, só na minha consciência. Tá repreendido, em nome de Jesus, que benção, ninguém se compra, não. Palavra de Deus disse, o que te dei de graças, então de graça vós dá. Isso, ninguém vai fazer comigo, Deus me defenda. Sangue de Jesus tem poder.

Mas, haveria espaço na sociedade moderna para a dádiva além do espírito natalino de presentear? nos pergunta Godbout.⁵¹ E, para ser dádiva, não se pode esperar nada em troca, como nos falam os cuidadores? Em alguns idiomas, a palavra dádiva (em alemão *gift* e em grego *dosis*) tem duplo significado: de dádiva e também de veneno; em português, ao recebermos algo agradecemos com a palavra Obrigado, nos obrigamos a algo com quem nos presenteia.⁵¹ Os cuidadores falam que não podem cobrar, mas se quiserem dar algum presente, eles aceitam. Sr. Roberto sorri ao confessar que ganha muita roupa, blusa.

Godbout fala que “a dádiva não é uma coisa, mas uma relação social”⁵¹ por excelência. Ao receber uma dádiva, a pessoa fica devedora de quem deu a dádiva e deve retribuir, surgindo assim o sentimento de obrigação. O dar e retribuir dádivas cria um círculo de relações interpessoais, com as trocas alimentando as ligações estabelecidas. A primeira dádiva que recebemos é a vida! Tudo começa com a vida que nos é dada gratuitamente e o que mais trocamos entre nós, seres humanos, é a palavra, o discurso.

A primeira função da palavra é circular, ir e vir, ser dada e devolvida.

[...]

na dádiva, os bens circulam a serviço dos vínculos. Classificamos de dádiva qualquer prestação de bem ou serviço sem garantia de retorno, com vistas a criar, alimentar ou recriar os vínculos sociais entre as pessoas. Elemento essencial de toda a sociedade antiga ou moderna.⁵¹

Durante as rezas e orações, a palavra é dada como dádiva ao pedir pela cura, ao implorar melhora. Pela palavra, se obtêm a graça desejada. Jóia ao falar sobre a mãe em fase terminal, explica que:

era eu que prendia porque eu orava mesmo, eu chorava nos pés de Deus mesmo, eu chorava pedindo e clamando, sabe? Aí, eu sonhei com isso e foi quando eu mudei minha oração e disse assim: ‘Senhor, seja feita a Tua vontade’. Eu via que a minha mãezinha tava sofrendo muito, né? E foi quando Deus levou, foi rápido, né? Ele ainda me avisou, ‘Te prepara. Chegou a hora.’ Eu lembro que nesse dia, de noite, eu me acordei e chorei, chorei. Clareou tudo, clareou tudo na minha mente. Te prepara que chegou a hora.

Ter o dom significa resignar-se à vontade de Deus; a não fazer o que achamos melhor ou o que desejamos mas o que Ele determina. Mesmo nomeando como ‘Velho’ ou ‘Espírito’, todos crêem em Deus e o reconhecem como responsável pelo seu dom. Segundo D. Jarina: *“Os remédios que eu faço, é tudo da graça de Deus. Eu peço ajuda à Deus e a Nossa Senhora, as minhas protetoras e aí, faço aquele remédio.”*

D. Iara deixa claro sobre seu dom:

Não, não fiz faculdade nem coisa nenhuma. Mas existi as pessoas escolhidas que Deus dá o dom e tem uma faculdade escondida na cabeça deles; eu sou uma! É porque são os dons. Dentro da diversidade, tem muitas pessoas com os dons preciosos e a gente não descobre os dons deles. O dom da medicina é um e o dom que Jesus dá, é outro. Mas nada nessa terra se compara com o dom que Deus dá. Nada, nada, nada, nada, de jeito nenhum. O dom que Deus lhe dá é uma inteligência incomparável. ‘Meu Deus do céu, mas ele já não foi pro médico; por que que ele veio pra minha mão? Mas se eu nem sei de nada, meu Deus do céu!’ Mas foi porque Deus lhe deu aquele dom, pra fazer aquilo.

Voltando à Godbout,⁵¹ ele esclarece que o cuidado que uma mãe ou avó tem com seu filho ou neto é gratuito e não se espera que alguma retribuição seja dada; assim era o cuidado de Jóia para com a mãe nonagenária e acamada. Mas o que dizer da doação de órgãos? Doamos não sabemos a quem uma parte de nós. Semelhanças com os cuidadores, não?

4.4 A MAGIA (E O DESPRENDIMENTO) NO CUIDAR

A maneira que cada cuidador tem para cuidar, que remédio ou chá preparar é própria, estando a magia do ato, implícita nas falas. Marcel Mauss,¹⁵ ao falar das qualidades que tornam uma pessoa mágica, explica que “Não é mágico quem quer” e que pode ter nascido com estas qualidades (dom inato) ou adquiri-las. Esclarece ainda que “a alma do mágico é essencialmente móvel e desligada do corpo (...) sendo, “muitas vezes escoltado por um certo número de auxiliares, animais ou espíritos, que não são senão seus duplos ou almas exteriores.”¹⁵ Sr. Roberto explica, e prefere o gravador desligado, que:

Vejo uma pessoa, como um homem, sempre a mesma pessoa e ouço. Um ou outro. Ele vem me buscar, aparece carro para me levar e trazer onde eu tenho que ir curar. Quando no interior, eu largava tudo, roça, tudo e ficava como dormindo, saía falando diferente, as pessoas viam. Ia pra rede e fica como dormindo mas não dormia, não comia nem bebia, só viajando com eles e curando. Já fui inté pro Japão com eles – era um corredor comprido e no final, disseram que tava no Japão, um campo grande, bonito. O Rio, conheço todo deles me levarem para curar.

Pergunto, para deixar mais claro, se ele viaja só em espírito, o corpo fica aqui; ele confirma. “E não cansa?”, indago. “*Sim, por isso que briguei com eles e não vou mais.*” E pode não ir mais? Dá de ombros e sorri. “*Fico muito cansado, não descanso.*” Parece haver uma certa negociação com o espírito que o guia; Sr. Roberto tem 90 anos e o espírito que o curou na mata, há muitos anos, quando lhe deu o dom disse que “*você vai curar gente, vai curar criança e se você passar de 80, vai viver muito tempo*”. Para ele, o dom foi adquirido, surgiu já na idade adulta e quando já havia desenvolvido a arte de partejar “*Já era casado e tinha duas filhas quando veio o baque*”.

D. Jarina dá a entender que nasceu com o dom e que foi transmitido dos avós para a mãe e um tio e, depois, para ela e fala que “*Eu tinha um velho que vinha me acompanhando, ele me acompanhava muito.*” Pergunto se ela sente que vai acontecer alguma coisa, algo ruim, e ela confirma: “*Sim, exatamente, a senhora está me entendendo. A gente sente no coração da gente.*”

Jóia chama de luzinha o que vê:

“Era a luzinha da criança, já não aparecia mais. Porque, se você faz as orações, você enxerga aquela luz assim, no final, a gente ora sempre de olho fechado, né? A gente enxerga aquela luz assim quando tá bem próximo aquela luz que a pessoa está forte. Mas quando a pessoa já tá perto de ir, a luz fica longe...”

Conta ACS Amor: “*Jóia, ela, ela ajuda muita gente... Ela decifra sonho pra gente, decifra sim*” Jóia parece sem graça, ri, tenta negar. Amor pede que Jóia conte a visão que teve quando estava no interior, no dia em que o filho caçula de Amor sofreu um acidente de moto fatal na cidade, quilômetros de distancia do sítio onde sinal de telefone é praticamente inexistente:

Há, sim, quando o D teve o acidente, eu tava lá, lá no sítio sentada. Eu, Sr. J, Seu G e d. F comigo. Aí eu olhava para o céu assim e enxergava aquela nuvem feita um homem segurando, na palma da mão, outro homem (mostra com a mão espalmada para cima e a figura do outro homem com os dedos, como se estivesse em pé). E eu dizia, ‘Sr. J, olha ali, tá na palma da mão aquele outro homem lá’. Aí Sr. J dizia: ‘mas aonde?’ e eu dizia: ‘ali, olha’. Eu via nitidamente aquele homem segurando outro homem, em pé assim, na palma da mão. Aí depois apareceu uma árvore assim, e aquela pessoa sentadinha embaixo da árvore. Um rapazinho sentadinho embaixo da árvore, parecia que ele tava lendo alguma coisa. Aí, eu disse, ‘Olha, tá embaixo daquela árvore, outra coisa, olha ali, sentadinho embaixo da árvore.’ Aí, Sr. J não enxergava. Bem mesmo, só eu enxergava. Tem muita coisa assim que só eu que enxergo.

Para Mauss,¹⁵ há três formas de uma pessoa se tornar mágica “aos olhos da opinião e para si mesmo... por revelação, por consagração e por tradição”; Sr. Roberto passou por um acidente que chama de baque, momento em que teve sua revelação. Jóia é considerada mágica, detentora de uma poder especial diante de suas companheiras de trabalho. Quando sua mãe morreu, ela sentiu, dias antes, que ela iria partir, sonhou e ouviu : “*A minha mãe tava bem nesse dia mas eu senti, eu vi um clarão de noite no quarto, aquele clarão, assim, clariou tudo e disse assim – ‘Te prepara’. Era tipo um sonho.*”

Segundo Levi-Strauss,²⁰ a crença em monstros traz a doença para o interior do espírito enquanto que falar em micróbios é algo exterior; o mágico/xamã fornece uma linguagem ao doente que lhe permite exprimir estados não-formulados.

E é a passagem a esta expressão verbal (que permite, ao mesmo tempo, viver sob uma forma ordenada e inteligível uma experiência real, mas, sem isto, anárquica e inefável) que provoca o desbloqueio do processo fisiológico, isto é, a reorganização, num sentido favorável, da seqüência cujo desenvolvimento a doente sofreu.²⁰

Para o psicanalista Alberto Quintana,⁵² “a crença na magia nos permite manter a ilusão de que possuímos algum tipo de controle sobre os nossos destinos. Não seríamos seres tão indefesos cujas vidas são resultado de inúmeros acasos”. É neste contexto que circulam

nossos cuidadores. Quintana explica que os terapeutas populares cuidam das chamadas ‘feridas simbólicas’, ou seja, as rupturas nas realidades construídas que impossibilitam à outorga de sentimentos em nossas vidas.

D. Iara me explica, a semelhança da fala do xamã Bu-u, sua preparação para cuidar: *“Eu já fiquei muito tempo sem marido, a senhora sabe boa parte da minha vida. Eu renunciei a minha vida de homem, de moda, de muita coisa pra servir à Deus que era tudo isso que Deus queria que eu fizesse. Sem luxúria, vaidade. Eu não tenho nada de vaidade, nada.”* E, ao mesmo tempo, se vê rica em bençãos de Deus. Para ser uma cuidadora, abriu mão da vida mundana.

4.5 “NÃO SOU MACUMBEIRA NÃO!”

-Tia Nastácia! – exclamou o médico escandalizado. Com certeza é alguma curandeira vulgar! Macela! Alguma mezinha vulgar também! Oh, santa ignorância! Admira-me ver uma princesa tão ilustre desprezar assim a ciência de um verdadeiro discípulo de Hipócrates e entregar a Condessa aos cuidados de uma reles curandeira!...”⁵³

A preocupação presente nas narrativas é ser visto como alguém que faz o mal, que faz macumba ou feitiço; este medo foi o que impediu a participação de uma das cuidadoras referidas pela comunidade, D. Lu, que confessou que a medicina sempre discriminou o cuidado popular e não queria que outras pessoas além de mim e daqueles que cuida, soubessem de seu dom ou a julgassem. Disse que, se alguém comentasse sobre seu dom, diria que é mentira, calúnia. As histórias de Monteiro Lobato⁵³ que rechearam minha infância de sonhos, já demonstravam a forma depreciativa como era (e é) visto o cuidado popular, principalmente pela biomedicina (discípulo de Hipócrates). Madel Luz,⁷ ao nos contar a história da homeopatia no Brasil deixa claro a concepção da época (não só daquela época, século XIX) de que tudo o que não é a medicina oficial, é charlatanismo seja o cuidado popular seja a homeopatia.

D. Iara confessa que *“os médicos não acreditam nestas coisas, né, mas a gente que traz o dom de Deus, que aprende com o tempo, tudo isso tem um nome”* e, ao falar, aumenta a voz ao citar o dom de Deus, como destacado em negrito. Mais adiante, durante nossa conversa, explico que pretendemos fazer uma roda de conversas entre os cuidadores daqui e a convido a participar: *“Porque estes cursos que estão fazendo agora, eles tem mesmo que vir pra fora, são coisas que estão assim abafadas, que a medicina secou tudo. Então, eles vão ter*

que fazer cursos e conversar com as pessoas, que eu fico assim, meu Deus, tem gente que já fez tanta faculdade, não sabe cuidar de nada”.

O psicanalista Alberto Quintana⁵² em seu trabalho com as benzedoras de Santa Maria, Rio Grande do Sul, comenta que, quando falamos de terapias populares, é de maneira jocosa e sempre creditando a outro a procura por este tipo de cuidado sob o risco de sermos ridicularizados se formos nós mesmos os que procuram afinal, são práticas sem embasamento científico e desacreditadas pelo nosso mundo racional. Que dirá então, do interesse de uma médica, representante deste mundo racional, formada por este mundo racional, ao querer conhecer mais destas práticas. Gera, certamente, desconfiança e temor que apenas minha vivência anterior como cuidadora oficial destes cuidadores pode ter amenizado e me dado algum crédito para conversar com eles. Digo algum crédito, pois nem todos quiseram conversar deixando provas no gravador ou sem algum medo do que poderia lhes acontecer ao participar e contar suas formas de cuidar.

D. Jarina me diz que antes de aceitar me contar sua experiência, foi se aconselhar com uma vizinha: *“Eu até falei pra I, será que a doutora não quer me pegar em alguma falha? Que isso, tia, mas a senhora sabe mesmo fazer remédio!* D. Iara também mostra alguma precaução e inicia a narrativa dizendo: *“Dra., deixa eu começar a contar minha história, ela é muito longa que Não devo contar mas devo contar, né?”*

As próprias ACS não vêem com bons olhos algumas práticas populares e tem medo de macumba e umbanda, de trabalhos para o mal. *“Antes dela entrar pra igreja, antes ela rezava, ela pegava, ela fazia até parece trabalho de umbanda...”* me conta a ACS Amor sobre D. Valorosa. Entrar na igreja, parece também imprimir em algumas pessoas outra forma de cuidar, moldando ao que a religião dita como correto ou aceitável. Hoje, D. Valorosa “pega” apenas barriga de mulher grávida, ajeita o bebê, acalma as mães.

D. Jarina já sofreu com o preconceito e a discriminação do seu dom na própria família e confessa que seu irmão, mesmo sabendo que os avós, a mãe e ela curavam:

jogou umas coisas minhas fora, sei que matou minhas forças! Aquilo ali era a força que eu tinha que já vinha dos avós dela (avós da mãe)! Aí, ele chegou um dia lá e disse que eu tava fazendo macumba para ele porque eu acendi umas velas lá no pé do coqueiro. Neste dia, ele até me bateu! E foi entrando dentro de casa e jogando as coisas fora, foi quebrando tudo foi santo, jogou minhas cumbucas de coisa de rezar, ele matou minhas forças! Eu não sou macumbeira, não! Tinha minhas orações! Eu tenho minhas orações que eu me apego

Insisto com D. Jarina sobre o irmão saber do dom dos avós, da mãe e dela própria e ela confirma que sabia – “*ele via é a mamãe rezar e é muito.*” Mas, depois que ele “entrou na Crença...” ou seja, foi para a igreja (não disse qual) começou a acreditar que era tudo macumba e a quebrar e queimar seus santos e rezas. D. Jarina conta que é católica, tem terço, santos católicos, óleo ungido e muita coisa recebe da Terra Santa, pelo Correio, direto de Israel.

Eu tenho as minhas coisas, óleo ungido. Às vezes, a menina chega lá: ‘Ai, tia, eu to com tanta dor de cabeça!’. ‘Pois senta aqui.’ Aí eu pego, passo óleo ungido, passo em cruz, aí eu tiro o sol. Com a garrafinha de água, boto água benta dentro, com um paninho bem branquinho boto a garrafa e eu tiro o sol da cabeça da pessoa. Aí, borbulha chichichichi, até quando acaba aquelas burbunhas, aí passa a dor de cabeça. Tudo coisa lá do interior e o (fala o nome do irmão) diz que é magia, que é não sei o que, que tá fazendo macumba.

Não é só o irmão de D. Jarina que a acusa de macumbeira, sua própria filha também; segundo D. Jarina, ela costuma afugentar as pessoas que a procuram para curar dizendo, nas palavras de D. Jarina: “*Arre, mamãe luta é com coisa ruim, com macumba!*” As duas vivem no mesmo terreno desde que D. Jarina a acolheu em sua casa quando passou necessidade com os filhos e, no entanto, a própria filha, em seu quintal, a difama para os vizinhos. “*Muita gente já me procurou mas agora, já não procura mais porque, conforme eu já te falei, as pessoas são assim, uns acreditam, outros não acreditam, com mais uma força de uma pessoa botando a gente contra, aí.*”

Mauss¹⁵ explica que, ao receber uma dádiva, um presente, a pessoa recebedora fica na “obrigação de retribuir a dádiva sob pena de perder esse *mana*, essa dádiva”. Se uma pessoa lhe dá algo e você, posteriormente, dá este presente a um terceiro, a retribuição que vires a receber pelo presente que ganhou e deu, deve ser dado à pessoa que lhe presenteou primeiro pois não seria justo guardar um presente que, na verdade, não lhe pertencia. Guardar este presente de retribuição e não dar a pessoa que primeiro presenteou, pode acarretar algo muito ruim, até mesmo, a morte. Os presentes têm *taonga*, estando ligados à pessoa a que pertenciam para o direito e a religião maori, na Melanésia; *taonga* está ligado ao clã de origem e deseja voltar à terra e ao clã a que pertencia originalmente. Através destes presentes com *taonga*, transporta-se o *mana* da pessoa. Para os melanésios, as coisas inanimadas e os vegetais têm *hau* ou vento/alma para o latim; *mana*, apenas os homens e os espíritos possuem.

D. Jarina fala dos espíritos que recebeu de sua mãe através dos santos e cumbucas, suas coisas de rezar. Estes objetos tinham *hau*. Era graças a estes presentes que vinham de

geração em geração que era transmitido o *mana* de sua família. Ao quebrá-los, seu poder diminuiu muito; nem rezar consegue mais. Depois de quebrado, não há mais como recuperar seu dom, seu *mana*: *“Volta não, o que quebrou, quebrou, volta não. Acabou, queimou!”*

4.6 SANTO DE CASA FAZ MILAGRE?

“Cuida de tanta gente e esquece de si” me fala a neta de Sr. Roberto e ele completa: *“Porque que eu não fiz isso, doutora? Faço pra todo mundo e no meu braço, eu não fiz.”* Refere-se a queda que teve recente e ficou com o braço bem roxo sem conseguir mexer, sentia muita dor. A filha me perguntou o que mais poderia fazer além dos remédios prescritos na emergência e havia a suspeita de fratura; o roxo no braço e o inchaço não sumiam e já estava assim há dias. Sugeri uma pomada e ele sorriu e lembrou de vinagre que ajuda tanta gente que o procura mas ele havia de novo esquecido de como cuidar de si.

D. Jarina está com o fígado gorduroso, colesterol alto e a glicose também alta. Expliquei o que seria necessário para melhorar e começou a contar das medicações caseiras, naturais que conhece: *“Chá de boldo pra dor no fígado, chá de boldo pra baixar diabetes essas coisas, chá de folha de manga, banhos, tudo eu sei dessas coisas.”* Pergunto se usa para melhorar desses problemas e responde: *“Uso, to usando direto essas coisas e Cê vai ver, queira Deus não dar mais diabetes em mim, colesterol. Eu acho difícil.”*

Durante uma consulta, o neto do Sr. Roberto me falou de como abandonou o uso de drogas através da oração de D. Dolores. Não procurou o avô para isso mas sim uma vizinha do avô; talvez não quisesse confessar o que fazia para o avô, acreditando que este não desconfiava mas o cuidador, bem experiente e sensível, já havia me dito que o rapaz passa as noites com outros rapazes que usam drogas e me perguntou o que faria o neto ficar com eles se não usasse. O Sr. Roberto é calado porém extremamente observador e sua sensibilidade, maior ainda. Dolores orou e o rapaz me contou que vomitou muito; depois desse dia, não usou mais drogas.

Em outra ocasião, ao dar banho no cachorro, uma das filhas do Sr. Roberto torceu o pulso e me pediu ajuda pois não melhorava, mesmo com as rezas e plantas do pai. Demorou e juntos, com as rezas, plantas, o puxar e as medicações que prescrevi, acabou passando a dor.

4.7 Reza ou oração?

Durante o trabalho de campo, percebia que Sr. Roberto e D. Jarina falavam em rezar mas D. Iara dizia que orava. Uma das ACS, me esclareceu, chamando minha atenção, que ela como evangélica, ora: *“Mas a Dolores é evangélica e ela ora, ela realmente ora e no dia em*

que ela orou pro G. (neto do Sr. Roberto), o meu marido também orou junto com ela.” – ACS Lua. Evangélico não reza; já os católicos, rezam. D. Jarina e Sr. Roberto são católicos e a ACS Jóia e D. Iara são evangélicas.

D. Jarina, no entanto, deixa claro que não sabe rezar como sua mãe, D. M:

É, eu rezo mas é fraco. Mamãe é que era boa de reza. Mamãe reza dor de dente, dor de barriga, quebranti. Criança podia chegar ‘escambagrada’, bastava ela botar a mão em cima. É, pois é. Só sei que a mamãe rezava. A mamãe rezou no dente do C. que sei que nunca mais doeu. ... e o menino chorando de dor. Ela disse ‘Vem cá, menino. Bote sua cabeça aqui.’ Ele disse que ficou só o xerem mas não nasceu mais. ...arrancou tudinho, sai tudinho aos pedaços. A veia rezava mesmo!

Para D. Iara, de maneira parecida à descrita pela benzedeira de Elma de Sant’Ana,¹⁸ não é preciso falar nada ao orar, e ri gostoso, (eu junto):

Nada, nadinha, nada disso, não é preciso cantar nem rezar porque cada um tem seus dons. Eu sou uma pessoa que só oro. Antes de eu fazer aquilo, eu , hoje já orei, já fiz minhas preces aqui em casa, tava só lhe esperando... Aí, então, vou lhe dizer uma coisa, a sabedoria não vem por você mesma, a sabedoria vem por você ouvir. Como eu escuto, eu medito, eu peço de Deus, eu pego o microfone da igreja e parece assim que estou lendo uma bíblia. Eu prego, prego, prego mesmo que, se eu não der uma parada, não tem mais chance pro pastor.

Uma comunitária me conta em visita à sua casa que teve “cobreiro” (ou herpes zoster para a biomedicina) e pediu ao Sr. Roberto para rezar; ele rezou e colocou folha de capeba e folha de corama. “*A folha saía toda esmigalhada, Doutora. Tirava aquela vermelha, aquele calor.*”

Para Sr. Roberto, como dom não se pode recusar e não há hora para adoecer, ele reza quando precisarem:

Eles me procuram mais quando a criança tá ruim, tá assim atravessada, aí eu rezo e pego e ponho no lugar certo. Aí, não falta gente lá em casa, é de manhã, de noite, meio-dia, sábado. Porque tem gente que não reza sábado. Porque toda hora que chega, de noite, se chegar de noite, eu rezo.

E me diz que posso ir ver rezar; costuma rezar na varanda em frente de casa, só para ajeitar barriga que leva para seu quarto e deita na cama.

4.8 DOENÇA COMO MALDIÇÃO/CASTIGO

Moacyr Scliar,²³ traçando a trajetória da saúde pública, conta sobre a “concepção mágica do mundo, com o doente sendo vítima de demônios ou espíritos malignos mobilizados por um inimigo ou por ação imprudente”, assim também explica D. Iara sobre alguns casos que não pode curar e nem, tocar. Uma dessas pessoas, uma senhora com uma grande ferida no

pé, nos procurou no serviço de saúde e pouco pudemos ajudá-la. Morreu em questão de dias após chegar ao bairro. D. Iara me explica:

Aquilo ali foi imundice que fizeram. Isso, foi trabalho que fizeram, que virou uma úlcera varicosa que sangrava, sangrava. Aí, ela começou a me contar. ‘Ah, porque eu era costureira e tem uma mulher lá perto da minha casa... E lá onde ela morava, a mulher de lá, castigando ela pra matar ela. Magia negra Existi casos que pode mais do que a lei porque eu não sei o que que ela plantou na vida dela pra tá recebendo aquele castigo, né, Doutora.

D. Iara, relata que a pessoa tem que ter um credo e seguí-lo, mas esta senhora da ferida no pé, não era assim, não se arrependeu do mal que fez na vida, era gananciosa: *“A senhora aceita Jesus?”* – perguntou a ela D. Iara. E a senhora da ferida respondeu: *“Eu aceito Jesus! Mas eu tenho um pacto com Nossa Senhora!”* E D. Iara tenta explicar para a paciente: *“Senhora, a senhora não pode misturar uma coisa com a outra! Ou a senhora é evangélica, ou a senhora é católica, ou a senhora é umbandista, alguma coisa a senhora tem que ser!”*

Para Scliar,²³ “a religião proporciona um sentido para o sofrimento” podendo a doença ser encarada como desobediência à Deus, castigo ou punição ou como presente para os justos, descanso, paz eterna. A interpretação dada ao mesmo mal variando de acordo com a crença do doente – para os inimigos, doença como castigo; para os de mesmo credo, doença como libertação desta vida para a paz eterna. D. Iara repreende sua paciente por não ter um credo, misturar tudo e não ser fiel a nada. Tenta fazê-la se arrepender do mal que fez mas *“Não se arrependeu, pelo que eu vi ali, tinha aquela coisa no coração, aquele ódio porque ela tinha gado, porque ela tinha isso, ela tinha aquilo”* fala D. Iara.

4.9 “NEM SEMPRE TENHO PERMISSÃO DE POR A MÃO”

A ACS Amor conta que, às vezes, a avó não conseguia terminar de rezar uma criança: *“E esse negócio que o pessoal fala, de quebranto, criança, né. A minha avó, ela fazia isso, ela rezava e aí, por exemplo, ela tivesse rezando e ela esquecesse a reza, ela tentava três vezes, se ela não conseguisse... era porque não ia dar jeito, a criança ia morrer.”* Tento entender por que ela não terminava a reza, esquecia? E ela esclarece que: *“Não, ela vinha e chegava na metade, ela sabia que a criança ia morrer.”* Não havia como terminar a reza e nem salvar a criança. E à rezadeira, cabia apenas acatar os desígnios de Deus.

Quando tentaram matar D. Iara, ao levá-la para o interior, ela percebeu que não podia cuidar de algumas pessoas *“Porque as outras duas pertenciam à magia negra e Deus não deixou que eu botasse minha mão. A senhora entendeu?”* me pergunta. Sim, nem sempre é

permitido cuidar pois a pessoa adoeceu por outro tipo de magia que ela não mexe, a magia negra.

Conta-me outra história, de uma senhora que nós duas tentamos ajudar mas acabou falecendo pois era trabalho de magia negra:

Aí sei que quando chegou o terceiro dia, o quinto dia, eu cheguei lá, quando chegou bem aqui, me deu um acesso de choro tão grande, cheguei aqui, me ajoelhei e fui orar. Meu Deus dizia pra mim: ‘Não toque mais as mãos! Não toque porque você não está, não tem alguém pra lhe ajudar a orar. Pare, você tá só!’ Oh, meu Deus, fiquei com o coração partido.

Pergunto ao Sr. Roberto se tem doença que não tem como cuidar e responde que *“Sim, tem doença pesada que não pego, mando para uma mulher no Shangrilá. Agora, não mando mais porque morreu. Tem doença pesada que tira muito da gente, adocece.”* E relembra de uma criança que trouxeram para rezar:

Uma vez chegou uma senhora com uma criança, ela tinha parece que uns 2 anos, eu fiquei até com medo depois, ela chegou com uma menina no braço, eu tentei orar, mas não tinha mais jeito! Aí eu virei pra ela, fiquei assim, e disse ‘Olha, não vou mais rezar esta menina não! Infelizmente, que ela já tá nas mãos de Deus. E o senhor, talvez não chegue nem onde vocês estão morando.’ E eles tavam de carro. Depois fiquei pensando... Mas tem que falar mesmo, porque depois vão dizer que eu falei que ia ficar bom e morre, vão dizer que eu to enganando. Não passou nem 1 mês, chegaram lá, essa mesma pessoa, eu nem conhecia, eu nem conheço e disseram que trouxeram esta neném aqui pro senhor rezar. ‘Eu sou aquela que o senhor falou que não ia dar tempo nem chegar em casa, e morreu antes de chegar em casa mesmo...’

4.10 O DOM DE PARTEJAR

Três dos quatro cuidadores acompanhados têm também o dom de partejar; para duas cuidadoras, o dom de cuidar veio primeiro. Diferente do que muitos autores citam, entre eles Schweickardt,⁵⁰ em nossa comunidade há um homem parteiro, Sr. Roberto que já tinha duas filhas e já havia feito o parto da segunda filha quando veio o baque (termo que usa para designar sua doença de iniciação) e seu dom curar. A primeira filha, nasceu em casa, com parteiras:

Mas as parteiras maltrataram muito ela. E tinha um senhor lá, era até colombiano. Ela ficou lá, deitada. Ele disse: ‘rapaz, ela não vai ter hoje não. Ela vai dar dois acessos, este primeiro que parece que vai ter mas ainda não vai ter. Quando for lá pras 10 horas da noite, ela vai dormir e quando for lá pras 3 horas da manhã, ela vai ter, é que a criança vai nascer. Acertou tudinho! Anositeceu, deu umas 10 horas, ela ficou deitada, dormiu, deu umas 3 horas e a menina nasceu. Aí, aquilo me chamou a

atenção. Eu tinha uma conhecida que ela tinha um livro... desses que estuda pra ser parteira, aí eu peguei aquele e comecei a ler, aí, fui aprendendo.

Falar sobre partejar, é assunto que rende com Sr. Roberto que ajudou a nascer muito menino, tanto no interior do Amazonas, em Santa Isabel do Rio Negro, quanto em sua capital, Manaus. Sr. Roberto fez o parto de oito dos nove filhos que teve; só a primeira que não foi ele, foi a parteira. É com orgulho que seu filho Roberto Filho fala que o pai sabe o tipo de parto, o dia e até a hora que a mulher vai ganhar bebê! A neta A. completa com sua experiência pois o avô acertou nas suas duas gestações, que por sinal, eu fiz o pré-natal. Sr. Roberto me sorri e conta:

Tem uma outra que mora aí atrás. Tinha ido no médico, e o médico disse que vai (nascer) só daqui a não sei quando. ‘Oh, menina, pega um carro e volta que vai nascer e vai ser operada’. Ela e a mãe dela foram embora e chegaram lá, o menino tava pra passar da hora. Ela voltou, aí passou uns 3 dias, a mãe dela veio, ‘sr. Roberto, queria que o senhor fosse lá, não sei se tem outra criança’. Eu falei, ‘Não, quando é gêmeo, nasce na mesma hora.’ Ela tava barriguda. Então, tem alguma coisa errada aí. ‘Volta lá, hoje a noite se der pra ir’. E o médico não esqueceu da gase? Aí pronto, passou a febre.

Essa não foi a única a ser salva pelo Sr. Roberto:

Lá pro interior de Santa Isabel. Aí deram o nome dela, tá pra morrer, toda inchada, o neném tá metade dentro... Aí eu perguntei do marido dela ‘Posso entrar?’, Pode. Quando vi a senhora lá, me deu foi pena! Aí fui, rezei por detrás dela, rezei por de frente. Sai e disse pro marido dela ‘Rapaz, ela tem 5 minutos, se essa criança sair, ela vai escapar; se não sair, aí só Deus mesmo... É, e em 5 minutos, a criança desceu. É porque é assim, quando a pessoa tá bem machucada, a gente não pode nem mexer. Eu faço só passar a mão por cima, devagarzinho e eu rezo. Aí, com reza vai pro lugar, costela. Quando a pessoa agüenta, aí puxa, amasso, inté coloco no lugar.’”

D. Jarina aprendeu a fazer partos no interior do Piauí na época em que era dona de boate:

Aí teve um médico lá que chamou algumas pessoas mais competentes para aprender a fazer parto de emergência... Foi aí que eu aprendi a dar injeção, aplicar soro, fazer parto. Eu fiz, peguei de uns 12 a 15 meninos. Eu cortava umbigo, ajeitava barriga e aí que eu sugeria fazer este purgante pra dar pra descer tudo.

Apesar de só começar a fazer parto depois de aprender com este médico, D. Jarina já conhecia o que chama de purgante, para as mulheres beberem após o parto:

eu já conhecia e aí eu dava pra alimpar o útero da pessoa, né? Aí, se a pessoa ficava muito machucada, de muita dor e tudo, eu fazia de mastruz. Pega mastruz, batia, tira o sumo e dava com leite pra pessoa ir tomando e acabar com aquelas dores.

D. Iara conta sobre o primeiro parto que fez por necessidade, quando morava no interior. Ela tinha 14 anos e estava só com a cunhada quando as dores começaram:

e só tava eu e minha cunhada em casa e na hora que deu a dor e aquilo, Deus clarou a minha vida assim e foi meu primeiro parto que eu tive, com ela. Aí, Deus clareou, aí ela botou a placenta, era um menino muito bonito. Arrumei ela primeiro, depois que fui arrumar o bebê. Eu cortei o imbigio, esterelizei a tesoura, puxei o cordão do imbigio, porque a gente tem que puxar para sair aquele líquido para não dar ruptura no imbigio; aí você corta três dedos, vira e amarra. Dá o banho, pronto, acabou o bebê, o bebê tá saudável. E com 3 dias cai. E com 3 dias cai. O imbigio, ele só infecciona se você não puxa aquele líquido do cordão do imbigio para cortar, aquele líquido amarelo é que dá infecção no imbigio do bebê. Que ele fica surtando, quando ele vai secando, aquele líquido vai soltando e é aquele líquido amarelo que infecciona e apodrece o imbigio do bebê que o pessoal dizia antigamente que tinha aquele ditado: 'olha, o fulano pegou doença de criança, pegou pelo imbigio, infecção de imbigio'. Eu fiz uns 60 partos.

Como Sr. Roberto, D. Iara também sabe o sexo do bebê só de olhar a barriga e não erra, ela me ensina:

Olha, eu tenho um conhecimento tão grande com bebê que quando tá no terceiro mês, 'Maninha, teu filho é homem.' 'Quê isso? Ainda vou fazer o ultrassom..' Mas nem precisa, já é homem teu filho. Porque o homem e a mulher eles se criam aqui. O homem, este aqui é o esquerdo (mostra o lado da barriga). O homem se cria no esquerdo e a mulher no direito. A barriga da mulher, doutora, quando ela tá grávida de primeiros filhos, ela fica saudável, fica roliçona, fica preguiçosa, aquele abrimento de boca, e ela não mexe, só vai mexer com 4 meses. A menina! A mãe do corpo que nós temos, a alteração do imbigio, ela é quieta! Quando é o homi, com 1 mês, ele já te dá sinal, ssspi, aqui no imbigio (toca o parte inferior do ventre), pode de manhã cedo tocar, que ele corre aqui, o homi. Com um mês de nascido, ele dá sinal de vida, não é como a mulher. E o homi é criado todo tempo, todo tempo do lado esquerdo, todo tempo, todo tempo, não tem nada de direito, todo tempo, tá entendendo? Ele vai crescendo.. Você pode olhar pra uma mulher grávida de filho homi e grávida de filha mulher, bote as 2 juntas e pode tirar a foto pra senhora ver, é totalmente diferente, elas são totalmente diferentes a barriga, a dilatação, as dores, a contração, tá entendendo? Tudo, tudo, tudo diferente. Mas aí, é fazer como diz o ditado, a medicina de hoje em dia, se eu chegar com uma estudante...

Schweickardt et al.,⁵⁰ ao estudarem o trabalho das parteiras, comentam que:

Esse jeito de olhar para a vida que nasce, que se assiste, passa pelo simbólico, ou seja, o sagrado de ser parteira e o "dom de pegar menino"... O reconhecimento do partejamento, enquanto ato do cuidado, enquanto rede viva, passa pela afirmação de um saber que tem ligações com a tradição, com o sagrado, com as tecnologias do cuidado e com as formas de se organizarem nos territórios.⁵⁰

[...]

O partejar e a reza são marcados pelo simbolismo, algo que é próprio da vida social em suas diferentes dimensões... Enquanto que o rezador opera com a palavra e os

sinais que utiliza para a sua eficácia simbólica, a parteira além desses símbolos tem o elemento concreto que é a vida que se faz presente no nascimento, ou seja, traz consigo um saber biológico de assistir a vida e o cuidado como produção de saúde.⁵⁰

A Pessoa, como a denomina Sr. Roberto, o orienta em muitas questões sobre a gravidez, o sexo e o parto:

É, e se a pessoa vai ter a criança normal, aviso, se é para operar, aviso. É que tem mulher que não tem canal para ter neném, aí eu aviso também, procura um médico porque.. Aí, tem a hora para a criança nascer principalmente o homem. Homem inteira os 9 meses para nascer e inté passa um pouquinho, 30 minutos. Agora, mulher não inteira 9 meses.. A gente aparece aquilo, a gente vê. Tem vezes que eu to rezando assim e aparece bem como um foco de lanterna, assim que eu vejo, aí aparece tudo.

4.11 GESTÃO DO CUIDADO E TODO CARINHO ENVOLVIDO

Eu e D. Iara já fazíamos trocas no cotidiano de acompanhar a mesma comunidade, atendendo comunitários que vinham comigo e que eu lhe encaminhava para puxar e me “referenciava” outros. Um senhor estava com muita dor no ombro e, depois de medicar sem grande melhora, pedi para ir consultar com D. Iara que explicou o que havia de errado e fez algumas sessões de puxar, massagear. Este senhor voltou comigo após fazer exames e, admirado, contou que apareceu no exame exatamente o que D. Iara disse que era o problema. Logo em seguida, D. Iara veio ao Posto de saúde e conversamos sobre este senhor e como tratá-lo; lhe mostrei o laudo do exame que confirmava seu diagnóstico e ela apenas sorriu.

Quando começamos a entrevista, D. Iara me disse que havia orado e conversado com Deus: *‘Doutora vai vir aqui, ela hoje vai sair daqui bem-vinda, meu Deus. Toda resposta vai sair da minha boca e vai ser bem-vinda pra ela, tá? Ajuda ela nas provas dela que você tem que fazer.’* Pessoa tão querida, D. Iara, sempre me tratando com carinho e respeito, disposta a ajudar e ensinar! É a ela que Sr. Roberto procura quando precisa de cuidados e me disse, durante a pesquisa, que não sabia mais onde estava morando. Sr. Roberto estava com um problema no ombro e queria um cuidador popular. Deu um trabalhinho mas descobri com ajuda da ACS Dia e lhe transmiti o pedido de cuidado do Sr. Roberto. Vai com D. Iara que puxa o ombro doente e põe no lugar; está usando banha de cobra, mastruz e carvão.

Em uma das entrevistas, estava uma chuva torrencial e Sr. Roberto, 90 anos, vem mesmo assim e me responde que veio *“pois havíamos combinado”*. Combinado era compromisso, não podia faltar.

Sr. Roberto e eu acompanhamos o pré-natal de uma vizinha dele recentemente. Quando estive com ele a primeira vez, com pouco tempo de gravidez, Sr. Roberto lhe disse, *‘é homem seu bebê’* e depois, a ultrassonografia que pedi, confirmou. Mas foi demorado conseguir este exame e Sr. Roberto me dizia, *‘é homem, não preocupe’*. Quando caiu na rua ao ir para igreja e machucou muito o ombro, tentamos várias terapias e exames da biomedicina; Sr. Roberto sentia muita dor, o braço bem roxo e mal podia mexer. Em uma das consultas/entrevistas, comentei que, em minha cidade, quando há trauma (baque para Sr. Roberto) colocamos saião, uma folha e imobilizamos. Então, a neta que o acompanha com frequência, comenta *“o vô usa goiaba, a casca para fazer curativo”*. Sr. Roberto diz que é bom passar limão que não deixa um roxo de baque mas, tinha esquecido disso. Cuida de tanta gente mas não usa com ele mesmo!

D. Iara me pergunta por uma senhora trazida do interior e que nós duas fomos chamadas para cuidar: *“Veio uma senhora de Monte Alegre e tá aqui na rua das Palmeiras, não sei se esta mulher já passou pela mão de vocês.”* “Sim, respondo, mas morreu um dia desses, tava internada, e o marido, que não aparentava ter nada, morreu no outro. Eu e Dia chegamos a ir lá tentar ajudar. Que será que era aquilo? Ninguém explica aquele negócio.” O pé dessa senhora estava com uma lesão sangrante, de odor fétido, mal se podia tocar que doía e caía pedaços. Pensei em câncer pois os exames que vi mostravam destruição do osso calcâneo, no pé mas os médicos que consultou diziam-lhe que não era câncer, então, o que era? *“Não, não aquilo ali, deixa eu lhe explicar o que foi aquilo ali. Aquilo ali foi imundice que fizeram, foi trabalho que fizeram, que virou uma úlcera varicosa que sangrava, sangrava.”* Me respondeu D. Iara. Neste caso, ela também não teve permissão para cuidar e disse isso a senhora:

Ela disse *‘Já gastei, já vendi todos os meus gados para pagar macumbeiro e me tratar.’* *‘Macumbeiro, senhora?’* *‘É, ai, eu já tomei muito remédio, não era assim meu pé, fizeram coisa nele...’* *‘Senhora, vou lhe dizer uma coisa eu não sou Deus não, aliás, eu nem sei o que que eu sou nessa terra, comideira de jaraquí.’* Ela pegou a rir. *‘Poxa, mas falam tão bem da senhora...’* Digo, *‘eu sei que falam bem de mim mas eu só posso botar minha mão, onde eu tenho permissão.’* Sabe, eu orando nela, e Deus falando aquilo ali, aquela voz no meu ouvido: *‘Ela não tem jeito, não vai ter jeito.’* E lá onde ela morava, a mulher de lá, castigando ela pra matar ela. Magia negra.

D. Iara tem razão, a senhora não iria se curar. Nem a biomedicina que estudei e pratico, nem seu conhecimento e suas orações puderam ajudar a curá-la.

4.12 TEM QUE TER MUITA FÉ E DEDICAÇÃO

O dom de cuidar das pessoas exige muito de seus cuidadores, é o que nos ensinam. Não se pode negar o cuidado mesmo que lhe cause o próprio mal que se deseja sanar. *“E vou*

lhe dizer uma coisa, doutora, essas rezas, deixa a gente doente... É, a gente adoecer, quebradeira, dá febre na gente, essas coisas assim.. Tem que ter muito amor para fazer isso aí!” fala D. Jarina.

A ACS Jóia esclarece que não sente medo, pois Deus está com ela: *“Não, não tenho medo de jeito nenhum porque eu sei que quando estou orando, o Senhor está próximo. Aí, não tenho medo de jeito nenhum.”*

Sr. Roberto teme que o julguem pelo que faz, mas sua fé no Dom que Deus lhe deu o mantém firme nos cuidados:

Tudo isso a Pessoa me orienta. Às vezes, eu tenho até medo assim que a pessoa vem, eu faço isso, e de repente a pessoa vai dizer como é que eu faço, às vezes a pessoa morre ou pega e vai pra hospital, aí eu fico com medo de ajudar. Porque esse é um dom que Deus me deu mas graças a Deus, até hoje nunca mulher sofreu.

Para D. Iara, partejar exige muito e ela precisou parar: *“Não, não, parei. Depois que papai adoeceu e foi pra mim casa, aí a senhora sabe que tem que ter cabeça firme, ficar concentrada, sua mente se fixar só naquilo porque você tá lidando com vidas, né? Parto é uma coisa séria, não é brincadeira não.”* Ela cuidou do pai acamado por derrame por anos, vendo-se obrigada a parar de partejar.

D. Iara também sofreu devido ao seu dom com pessoas que lhe desejaram fazer mal:

E agora, deixa eu falar uma coisa pra senhora, eu pra chegar nesse nível que eu cheguei, eu já sofri muito, eu já fui muito humilhada, eu já fui espancada, já me levaram pra me matar em outras cidades. Tudo isso as pessoas já fizeram comigo. Mas nada disso aconteceu de mau comigo por que? Porque quando Deus lhe dá o dom, você não vai de falcatrua com ninguém, você só vai no rumo certo.

A fama de cuidar e curar é algo que corre longe, levada boca-a-boca de uma pessoa que tenha sido cuidada à outra mas pode ser também usava para o mal. Assim aconteceu com D. Iara que, após curar um rapaz, acabou tendo sua fama levada pela mãe dele, que não gostava de D. Iara para outra cidade, no interior do estado.

Levou minha fama. Só que ela, a maldade era tão grande no coração dela (a mãe de um rapaz que curou) que ela não falava bem de mim, falava mal de mim, maldade de mim, e arrumava as pessoas lá, sabe? Aí, vieram aqui me buscar. Tudo falsidade, tudo armado, mas Jesus já tinha falado dentro de mim que era uma armadilha. Quando eu cheguei lá, tinha várias pessoas enfermas mas só duas que Deus deu permissão pra eu curar. Era uma senhora de 80 anos que ela tava com o baço deste tamanho e outra criança que tava aleijada. Tirei a criança da cadeira de rodas, eu tirei, eu não, quem sou eu, o senhor Jesus tirou ele da cadeira de rodas.

4.13 D. IARA CUIDANDO DE OSSOS, DISMINTIDURA E PESSOAS DESENGANADAS

D. Iara tem muita experiência com fraturas e me explica:

Porque são os remédios da terra que sara, eles são melhor do que um gesso que a senhora coloca na perna. Se a senhora tiver uma fratura aqui, na sua mão e a senhora não quiser ingessar, a senhora pegue e bote uma farinha dessas, bote 2 colheres num papeiro, rale limão e carvão, pile e bote ali dentro. Bote água e a senhora vai fazer uma papa de farinha, como se fosse pra dar de comer... pra um papagaio, leva no fogo, tipo um mingau, assim grosso. Acabar, esfrie, bote numa atadura e a senhora pode emplastar assim, toda noite. Isso emenda o osso que precisa ver como é que fica e não deixa seqüela nenhuma, nem endurece como gesso. A N, minha filha, tai a monstrona que eu tenho aí. Quebrou isso aqui em 3 pedaços (mostra a clavícula). Em 3 pedaços ela quebrou a clavícula. E hoje, ela é minha carregadora de mudança, sente nada.

É ela também quem conta sobre costurar *dismintidura* e explica citando o exemplo de um bebê que trouxeram para ela cuidar de madrugada, os pais chorando, desesperados:

‘Já levei pro hospital, já dei tudo!’ (disse a mãe). Tava se queimando de febre! Tirei a roupa dele, botei ele atravessado assim, num travesseiro e digo: ‘Minha fia, também, com uma dismintidura nas cruz!’ Tava bem aqui (mostra a região entre as escápulas). Digo: ‘Esta criança tá toda dismintida e tá nascendo dente.’ ‘Nascendo dente?’ ‘Tá nascendo os dois dentes detrás.’ Aí, botei o menino dela aqui, o marido dela entrou meio arrisco... ‘Como é que a senhora sabe?’ Eu disse: ‘pode abrir a boca dele. Aí, meu Deus amado, eu comecei a puxar! Aí, vizinha, doutora, isso daqui dele chega estalava ! Quando eu terminei de botar ele todo no lugar, a febre foi embora sei lá pra onde.

D. Lu também havia dito que só após apalpar toda a criança até estalar e colocar a *dismintidura* no lugar é que a febre passa. Pediu pra segurar (pegar) meu pulso e me ensinar a sentir quando tem osso quebrado; se estalar, tudo normal; mas se ao colocar água morna no pulso quebrado, aparece o osso doente, tem que ir pro hospital. Mais uma vez D. Lu narrando sua experiência sem querer narrar.

Ela relata que ela e seu marido cuidavam das pessoas doentes; ele também tinha o dom. Viviam em uma casa grande, bonita que a patroa havia lhe dado, “na minha salona, só era mesmo pra cuidar de gente doente, a mesa ali só era pra botar menino quando viesse doente”; hoje, ela perdeu esta casa e mal tem onde morar. Mas segue cuidando e conta sobre a doença grave de L.:

É, vem de lá pra cá, pessoas desenganadas! A senhora já ouviu dizer que meningite tem cura? Não. Mas na minha mão ela tem! O filho do L, este que eu partejei, teve

meningite. Tiraram ele de dentro do Tropical (hospital de doenças infecciosas) naquela época desenganado do médico. Cortaram aqui, tiraram líquido não sei da onde, não sei da onde, ele tava isolado. Nessa época, meu marido ainda era vivo. Disse pra mãe dele: ‘Pois vá lá, leve os documentos, assine os papéis, vá com seu marido e diga pro médico que você quer trazer seu filho pra casa. Quando ele vim, já to aqui preparando as coisas.’ Aí meu marido disse pra mim: ‘I, vamo cuidar desse menino?’ ‘Bora’. Arrumemo tudinho lá, fizemos um unguento, Doutora, e o menino chegou umas cinco horas, o menino com olhos viradooo. Meu marido me disse: ‘Não, minha velha, esse menino não tá morto não.’ Ele tava com uma infecção, esse menino, daqui da nuca assim pras pontas dos pés, mas foi um remédio, sabe assim? que nós fizemos demos uma fricção assim com fé... Uma massagem mas com remédio, só remédio caseiro assim morno. Cabá, peguemu um pano de rede, enrolamo ele, só deixemo o nariz dele e a boca. Silêncio total porque é assim, o meu marido tratava também muito das pessoas e ele dizia assim: ‘Mulhê, o silêncio é a base de tudo.’

O rapaz L. está curado e nada mais sente. Outro caso de doença incurável foi o do menino D. também cuidado em casa de D. Iara através de massagens e puxar:

O filho da minha cunhada tinha uma doença aqui na garganta que chama tiróide, ne? Então, se juntou tiróide e uma infecção no topo da língua dele que ela era bem aqui. E ele fez tratamento no hospital do câncer e esse menino não ficava bom. Agora, que que ele tinha, Doutora: tiróide, sofria de amígdala e de esquenencia. A esquenencia do rapaz, daqui aqui. A senhora já ouviu falar de esquenencia? Pois é, a esquenencia do rapaz... Hoje em dia, eles dão nova doença. Não tem aquela doença que vai paralisando a pessoa e a pessoa só pisca o olho? Ela começa aqui, no braço, ela é uns caroços que ela vai aprofundando. Ela vai aprofundando, todo seu corpo. Presta atenção! Ela vai aprofundando todo teu corpo, ela vai caroçando tipo nódulos do câncer. Tá entendendo? E quando ela chega aqui na medula óssea, bem aqui que nós temos (mostra a coluna), ela vai paralisando os teus nervos tudinho. Os olhos esbugalhado porque os olhos bugalha, ela é tipo a tireóide, bugalha os olho. Eu peguei sebo de Holanda, óleo de máquina, uma Anador[®] e uma Cibalena[®]. Aí, pisei tudinho, fiz uma mafuá e fiz a massagem. Quando comecei a mexer aqui, deu um vomito nele, mas vomitava. Mais eu mexia, mais vomitava. Hoje, ele tem mais de 40 anos e ta bonzinho.

4.14 SR. ROBERTO E SEU GUIA

Sr. Roberto conta, sem nem me deixar pegar direito o gravador, que um senhor chamou para curar o braço da mulher dele. Ele foi e rezou pra “vermelha”, não sarou; rezou para sangue ruim; não sarou. Por que quando é trabalho feito, não sara. Mas de manhã ele começou a sentir o braço doendo, uma dor. Sabia que era por causa da reza para mulher. *“Quando a doença é feita por ser humano, mesmo, aí passa pra pessoa”*. Me explica que sente o problema, a doença bem como a hora de nascer o bebê *“Chega gente de dismintidura, chega gente de perna quebrada, às vezes eu sinto, às vezes eu pego, né. Quando tá quebrado, quando tá trincado, né... eu sei... sinto perto de mim...”* Ele diz sentir uma Pessoa:

Aí, quando é mulher que vem ver se está grávida, aí é a mesma coisa, eu rezo e a Pessoa vem e me ensina se tá, se não tá, se daqui a mais um mês. Aí quando é pra já ter o neném, a mesma coisa. É o mesmo que a pessoa vir assim... com a médica, fazer pré-natal, é a mesma coisa. Vem bem no comecinho, acompanho, mesma coisa.

Sr. Roberto trabalhava como vigia no posto de saúde do bairro e lembra que *“Quando eu trabalhava aqui, sempre fazia isso aqui mas eu tinha vergonha de fazer isso...”*, tinha medo do que os médicos e enfermeiros iriam dizer ou achar, ele um simples vigia. Nessa época, lembra das filas na porta de sua casa, que era ali, perto do posto de saúde, a procura de cuidados. Um dia, *“chegou um médico que disse que foi jogar bola e torceu o pé. Eu puxei, passei um remédio lá, e ele calçou o sapato e disse ‘Rapaz, você é o cara!’ Aí, pronto mandavam chamar quando chegava assim”*. Foi preciso o médico sentir a melhora com o tratamento do Sr. Roberto para acreditar e começar a empregar este tipo de cuidado na unidade de saúde.

Figura 4 – Visita à casa do Sr. Roberto (a pesquisadora e a ACS)



Legenda: Da esquerda para direita: a pesquisadora, a ACS e o Sr. Roberto
Fonte: A autora, 2019

4.15 D. JARINA E A BANHA DE CASCAVEL

D. Jarina tem 68 anos e muita dificuldade de andar pois a artrose nos joelhos, herança de uma vida dura de muita luta, dificulta a caminhar e seu acesso até à unidade de saúde é à pé, uns 15 minutos de caminhada que para ela se transformam em 45 minutos, no mínimo, e com muitas paradas. Os pés já estão bem deformados pela artrose, os joelhos, inchados. E ela vem, caminhando, para consultar comigo e conversar sobre seu dom.

Ao longo de nosso contato e com as inúmeras dificuldades vividas por D. Jarina, construímos com ela seu genograma, recurso da MFC para a acompanhamento longitudinal de sua vida e família e, com a pesquisa, a transmissão de seu dom acrescentou informações

importantes que, até então, como sua mfc, eu não conhecia. Na próxima página, vemos seu genograma.

D. Jarina, em uma de nossas conversas em sua casa, está alegre, senta e levanta rápido da rede, sem a dificuldade costumeira; sua ACS, Jóia, repara e pergunta como melhorou e ela conta sobre a banha de cobra que tem usado. Usado? Tem tomado com mel e me mostra. A banha é de sucuri “*mas boa mesmo é a de cascavel, doutora!*”; como ainda não conseguiu cascavel, usa essa mesmo. Aprendeu com um cuidador de sua cidade, um mendigo que vive bêbado mas usa a banha de cobra e fica sem uma dor nas juntas. (Figura 5). Me mostra, orgulhosa, um livro que ganhou sobre Medicina Natural e, ao perceber minha tristeza por ela não poder ler, sorri e mostra o CD que vem com o livro e que vê no seu aparelho de DVD; muito esperta e cheia de tecnologias esta nossa cuidadora! Me empresta o livro para ler e fica com o CD (Figura 6).

Figura 5 – Mel e banha de cobra sucuri



Fonte: A autora, 2019.

Figura 6 – Livro e garrafada



Fonte: A autora, 2019.

Pergunta se quero provar a banha de cobra, falta-me coragem. A ACS também declina do convite. Mas sinto o cheiro no pote: a banha é amarelada, mais parece um óleo ao mexer no pote e com cheiro rancento que me embrulha o estômago. Conta D. Jarina que o primo “*estava todo entrevado e, após tomar a banha de cobra (ele prepara umas pílulinhas com pão e engole) tá dançando que é uma maravilha.*” Ela prefere tomar com mel e já deixa os potes juntos para tomar todo dia de manhãzinha.

Oferece um café e novamente eu e Jóia agradecemos e recusamos; nós duas evitamos o café pois sentimos azia, queimação no peito. “*Refluxo*”, diz D. Jarina, “e um santo remédio é chá de pau de tenente e de casca de laranja da China”. Me dá um pouco da folha seca do

pau-de-tenente e explica que a dose que me deu é pra preparar 1 litro – lavar o pau (folha seca) e ferver 1 litro de água. Faz o chá e escalda a garrafa onde vai armazenar o chá (me recomenda muito o escaldar e ter higiene!); deixa na geladeira e toma se comer algo que faça mal, só dois dedinhos. Quando for acabando, completa com água e continua tomando. Ainda preciso fazer este chá, mas a lembrança do gosto amargo me desencoraja. Dessa vez, não conseguimos escapar: me faz provar o chá e à ACS também – como é amargo! Parece gosto de Paracetamol quando dissolve na boca ou Dipirona gotas! Horrível! Eu e minha explicação baseada em remédios... “*Mas é remédio amargo que cura!*” responde D. Jarina para me consolar e ri gostoso. Para amenizar o gosto, nos dá um pedacinho de goiabada. Jóia me pede um pouco da erva para fazer o chá para ela e a filha que sente as mesmas coisas. D. Jarina recomenda mais uma vez como precisa fazer, pois, se não souber fazer, não melhora. E completa: “*Eu sei fazer.*”

E a conversa segue, agora sobre sinusite, me presenteia com uma garrafada feita no álcool e com várias plantas: “*Aqui tem casca de laranja, coronha, imbiriba, canela e... semente de imburana*”. É bem cheiroso, comento, mais parece uma cachaça pelo cheiro adocicado. Ri novamente e me adverte que é só pra cheirar! Conta que não pega resfriado não pois sempre anda com uma garrafinha dessas na bolsa e quando vai ao posto de saúde e alguém tosse ou espirra perto dela, vai logo cheirando sua garrafinha e pronto, não adocece.

“*Tem que ter fé e usar! Porque tem gente que não usa!*” fala D. Jarina e explica como curou a sinusite do filho Mauro: “*Meu filho, eu vou fazer um remédio mas você tem que botar. Dei pra ele e nunca mais botou sangue pelo nariz.*” Esta mesma garrafada me presenteou, diz que devo cheirar, “*tipo um rapezinho, doutora*” e sinto que desentope bem meu nariz. A garrafinha está aqui em casa e minha filha caçula já pede para cheirar se fica meio congestionada com o nariz entupido e seus espirros matinais de alérgica, quase não ouço mais. Efeito das ervas que utiliza na mistura? Fé como ela diz que é necessário? Não saberia explicar.

O residente que me acompanha pergunta se pode tirar uma foto; D. Jarina começa a arrumar as ervas para a foto. Tenho o cuidado de tirar só das plantas. Vai mexendo nos potes e tirando mais sementes e cascas. A imbiriba faz um barulho de chocalho. “*Este aqui é a imbiriba. Ela junto com a coronha assim (mostra 3 imbiriba, sementes miúdas junto com 1 coronha, que lembra uma fava de feijão, amarronzada e graúda, seca) serve pra convulsão.*” Pergunto se é essa dose que é a correta, conforme ela está mostrando. Confirma. “*Aqui é quina, casca de quina. Quina serve pra baixar diabetes, colesterol, estas coisas porque é amargo.*” Traz todas estas ervas do Piauí e lamenta que já estão acabando; vai precisar ir

buscar novamente. Pouca coisa compra em Manaus. O conhecimento das ervas, transmitido de geração em geração e ela sem poder transmitir por não saber ler e escrever.

Aqui, é gergelim do preto. Ele serve para vários tipos de doenças. A gente passa no liquidificador, tira o leite e dá pra pessoa. Ou então, torra, tira o óleo ou o azeite, que eu sei tirar, e dá pra criança que nasce com aquele resto de parto, aquele ronquinho. Né que tem criança que nasce assim? O azeite e o leite de gergelim tira, passa aquilo tudo. Pois é, as minhas ervas tá se acabando, só tem isso aqui. Cravo da Índia: ele serve pra suspender a pressão, faz um chá e dá pra pessoa beber que suspende a pressão. Ele é ardoso, tá entendendo? Aquele é casca de canela e serve pra fazer chá pra pessoa que tá fraco, tá vomitando, não tá comendo. Você faz um chá da casca da canela que passa o vomito, pra nós, lá, passa.

Mostra outra garrafada que está na geladeira e onde tem casca de jucá. Está em uma garrafa de água mineral transparente e há um líquido dourado. Com a garrafada na mão, vai explicando: *“Este daqui é pra inflamação nos ossos, na bexiga, no útero, tudo serve. É só jucá aqui.”* Quanto conhecimento que não está nos livros e estudos da PNPIC nem à disposição da população para mitigar seus males. O que recebemos na unidade de saúde de medicação fitoterápica é apenas xarope de guaco.

4.16 FERRAMENTAS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

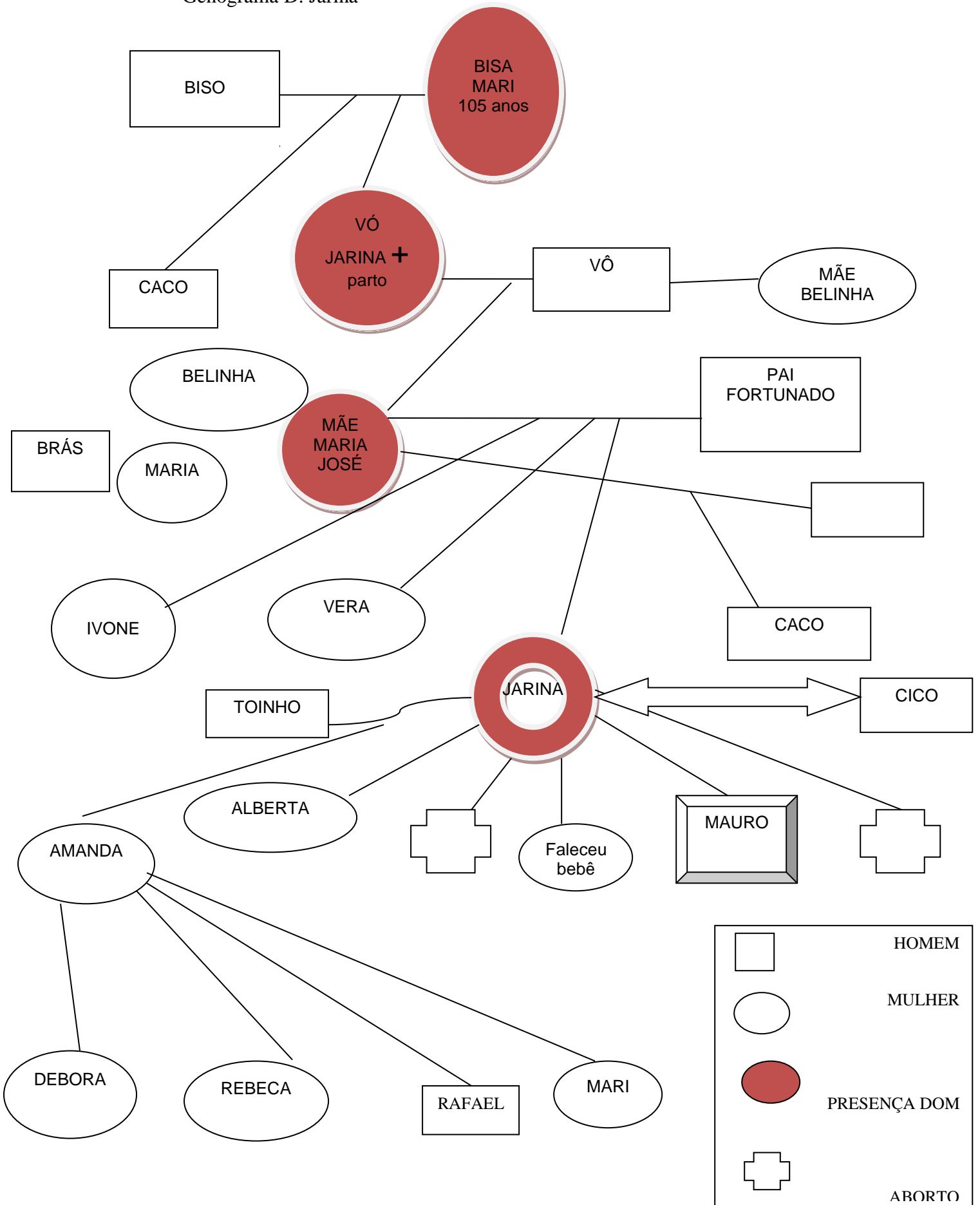
Algumas ferramentas auxiliam aos médicos de família e comunidade no acompanhamento das pessoas e suas famílias; um deles e que já havia construído durante os anos de acompanhamento de D. Jarina é o Heredograma ou Genograma. Foi idealizado por Murray Bowen em 1954, sendo posteriormente padronizado e divulgado por Monica McGoldrik e Randy Gerson em 1985. Ele permite uma visualização da composição familiar, suas relações, conflitos, apoios. Nos mostra uma fotografia da constelação familiar naquele momento, devendo ser atualizado periodicamente pois as famílias não são estáticas e mudam ao longo do tempo.⁵⁴

O genograma possui dados estruturais – nome, idade, profissão, mortes na família (datas e causa), doenças, cuidador principal, informante e dados funcionais – visão dinâmica: relações familiares, rede de apoio social, estressores, interpretações do problema, relações familiares e vitais mais significativas. A construção é em conjunto com um dos membros da família. É um sistema de registro simples para equipes multiprofissionais, que permite um olhar mais qualitativo para detecção de fatores de risco, tendo maior sensibilidade para problemas psicossociais, de ensino e famílias disfuncionais. Demonstra a composição do lar (quem vive junto), a constelação fraterna (quem são os irmãos), configurações familiares não-

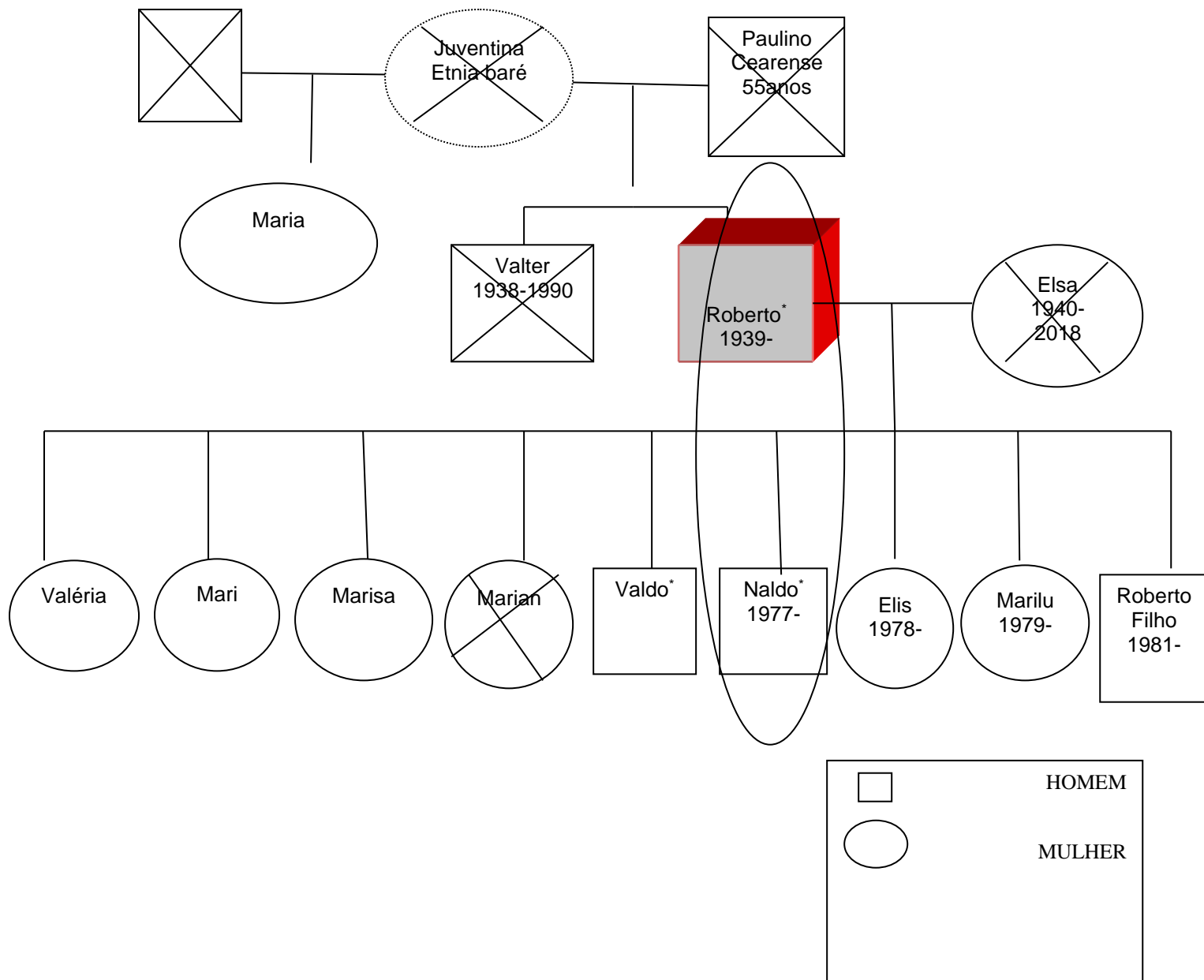
usuais, adaptação ao ciclo de vida, repetição de normas através das gerações. O genograma de D. Jarina nos auxiliou a visualizar melhor sua herança familiar de cuidado popular, além das dificuldades que enfrentou na vida.

Construir o genograma do Sr. Roberto gerou muito interesse dele, de relembrar o passado e os parentes já mortos; construimos nos dias que sucederam a perda de sua esposa, após longa doença degenerativa. Outra ferramenta da valise do mfc é justamente a compreensão do momento que a pessoa está vivenciando em seu ciclo de vida, antecipando crises que podem vir a se abater sobre a família como foi o caso da esposa de Sr. Roberto e que viemos preparando para seu descanso final após anos acamada por doença.

Genograma D. Jarina



Genograma Sr. Roberto



Nestes dois genogramas, representamos algumas informações importantes para a discussão que a pesquisa propõe; evitamos questões próprias da situação de saúde dos cuidadores ou de suas famílias. Estas informações estão presentes nos prontuários do Sr. Roberto e de D. Jarina auxiliando em seu acompanhamento longitudinal.

4.17 DESFAZER FEITIÇO

Com o gravador desligado, Sr. Roberto fala ainda mais e confessa que *“Aqui tem gente que diz que cura mas faz é enganar, trabalho ruim, fazem é mal! Tenho é que desfazer, consertar o que eles dizem que curam.”* Não sabia que havia pessoas assim.

E continua explicando, em outra ocasião, dessa vez me permitindo gravar, que

Quando a doença é feita por ser humano, mesmo, aí passa pra pessoa. Um dia desses, eu também rezo pra quando a criança se engasga, né? Tinha uma criança engasgada, aí eu me engasgei, eu me apavorei também e pensei, ‘se acalma, se acalma...’ peguei um pedaço de pano, benzi. Aí, meu filho trouxe um pedaço de banana, eu pensei, ‘calma’ e desceu. Ou ela desce ou ela sai. Era como se a espinha estivesse aqui (mostra o pescoço) e não era.

É necessário cuidado e saber se proteger para que o mal que se vai curar, não o atinja.

D. Jarina também precisou desfazer o mal que lhe sucedeu após o irmão queimar seus santos e seu guia, o Velho, desaparecer. Perdeu seu guia:

Perdi! Uma vez, uma pessoa lá resolveu me fazer o mal e pegou uma calça branca minha e uma calcinha e levou. Isso, todo mundo lá sabe que eu chamei e mostrei as pessoas pra ver. Enterrou dentro do cupim lá no aeroclube. Já tava com 9 meses e 15 dias, 9 meses e 7 dias e eu sempre pedindo forças à ele... ao Velho. E quando foi um dia, eu tava deitada assim, aí aquela luz veio assim FIIUUU ‘Levanta e vai pegar tua roupa. Me acompanhe.’ Aí, eu levantei e acompanhei aquela luzinha que quando eu cheguei, tava a roupa socada dentro do cupim (cupimzeiro). Aí eu peguei, trouxe a roupa cheia de cupim que era lycra e não dava pro cupim ter roído e botei dentro de um saco e chamei I, d.A, Sr.P, chamei a N, E, chamei muita gente pra ver. ‘Eu não disse que eu conseguir? Tá aqui a roupa que me roubaram pra me fazer o mal. Só que não conseguiram porque aqui, ninguém sabe fazer nada não, só sabe fazer o mal, não sabe tratar de ninguém!’ Aí, todo mundo ficou, até d.A ficou horrorizada. Eu digo: ‘Tá aí, d.A, a roupa tava dentro do cupim.’ Mas aí, o C (irmão) jogou minhas orações boas, queimou tudinho, aquilo mata que aquilo ali, vem de pai pra filho... Mas eu ainda tenho um negócio comigo que quando eu olho uma pessoa, eu noto o que ta sendo, o que não ta.

Mauss,¹⁵ falando das leis da magia, explica a lei da contigüidade:

Tudo que está em contato imediato com a pessoa, as roupas, as marcas dos passos, o corpo sobre a relva ou no leito, o leito, o assento, os objetos que usa habitualmente, brinquedos e outros, são assimilados as partes destacadas do corpo.

D. Jarina nos diz claramente que, através de suas roupas, tentaram lhe fazer o mal. Mas seu espírito protetor, ainda que perdido como fala, mostrou onde estavam enterradas suas roupas e ela pode desfazer o mal.

4.18 DOM NÃO SE RECUSA

D. Iara continua a contar sua história e chega num episódio delicado de sua vida e de seu dom:

Eu sou muito temerosa à Deus porque tanto assim, eu já me recusei. Quando o PROSAMIM escangalhou tudo aqui (refere-se a um programa do governo federal que lhe tirou a casa e deu uma indenisão, mas D.Iara ficou sem casa, sem paradeiro certo, vivendo de aluguel e sempre mudando), eu me escondi das pessoas, a senhora sabe, Doutora? Não vou mentir pra senhora não. 'Eu não vou fazer, não quero ninguém na minha porta!'

Aí, Deus começou a cobrar de mim. Eu me lembro que eu tive uma doença que eu não sei pra onde foi. Fui parar naquele hospital. Foi uma dor que eu arrumei, uma dor no estômago, uma dor no estômago, uma dor no estômago, 'Meu Deus, qui é isso' que eu fui para lá. E os médicos, e fiz exame e não dava nada. Quando eu tava lá no hospital, tava tomando uma medicação e aí, entrou uma enfermeira bonita, loira ela, mas de idade. Ela veio, sentou bem aqui assim (mostra pertinho dela). Lá tem umas cadeiras que a gente fica bem assim, né (mostra meio reclinada)? Ela disse bem assim pra mim: 'Que tu tá fazendo aqui?' Eu disse: 'vim tomar uma medicação, to doente, doutora' E ela ficou rindo e disse: 'Oh, mulher, termina de tomar este sedativo e vai te embora pra sua casa porque tem gente te esperando, na tua casa, pra ti curar. 'Tu não precisa de cura, mulher! O teu Médico te cura, todo santo dia das tuas mazelas que tu tem. Tu sabe o que é isso aí? Tu ta fechando as tuas portas pro Pai, né? Tu sabe, que a tua casa é um hospital, por que tu fecha a porta?'

Figura 7 – Vizinhança de D. Iara



Fonte: Autora, 2019

Entre os esquimós do Alaska, nos fala Mauss,¹⁵ “a troca de presentes, produz abundância de riquezas”; D. Iara nos demonstra isso pois seu dom de cuidar, generosamente presenteado aos que a procuram, lhe traz saúde

Eu sou uma pessoa que eu vivo assim, pelas mãos do Senhor. Já. De tudo, o Senhor me favorece, sabe? Eu vivo uma troca de Deus assim. Mas o senhor escancara as portas pra mim 'Isso aqui tudo é seu, minha filha. Pra tu fazer a minha obra e cuidar

da tua salvação. Que um dia, tu tem um espírito, e um dia tu vai prestar contas comigo. Nossa matéria morre mas nosso espírito fica vivo.’

Mas quando tentou se recusar a cuidar, adoeceu e precisou que fosse enviada uma pessoa para trazê-la de volta ao caminho traçado por Deus: *“Sabe o que é isso aí? Papai do Céu te corrigindo pra você largar de ser desobediente. Na sua casa hoje, vai uma multidão de gente enferma e se prepare que você vai ter que cuidar.”* Ihe disse a “doutora” no hospital enquanto tomava medicação para suas dores. Do momento em que aceitou novamente seu dom e voltou a curar as pessoas, foi curada das dores; a doença foi o sinal de que não deveria se recusar a cuidar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: O PERFIL PROVISÓRIO DAS “ESTÓRIAS ATÉ AGORA” DESTA PESQUISA-AÇÃO

A proposta de dialogar com os cuidadores, que percebia serem referencia na comunidade, foi o que impulsionou este trabalho; poder saber quem são e suas formas de cuidar; dar visibilidade no mundo biomédico as outras cenas de cuidado que ocorrem no cotidiano. Generosamente, me foi permitido mapear e descrever como são os cuidados de cada um, com exemplos muito vivos das curas/rezas-orações/garrafadas/puxões.

Uma orientação nas etapas preliminares do mestrado foi sobre direcionar mais as perguntas e guiar a conversa com os cuidadores para assuntos pré-determinados e percebi que não foi o que fiz. Utilizei um roteiro de perguntas abertas sugerido pelo antropólogo Helman,¹¹ mas que não segui à risca; me serviu como um disparador bem inicial uma vez que os cuidadores populares é que me guiaram, contando o que desejaram e, mais tarde, durante a análise, suas falas foram recortadas e reconstruídas, em uma espécie de *bricolagem* para a análise do discurso. Uns, sem ouvirem a narrativa dos outros, contaram aspectos muito semelhantes de doenças e curas. Não esperava relatos de partos, porém três dos quatro cuidadores também são parteiros. Dentre eles, o que me apresentaram como parteiro me surpreendeu por também rezar e puxar. A que a comunidade referia como quem conhece de plantas, também era parteira apesar de não praticar mais; a outra cuidadora continuava sendo referencia como parteira e puxadora apesar de também ter parado de partejar. Era o campo me invadindo, me imundizando e conduzindo em um mirabolante tapete voador nos vãos que desejava.

Os encontros durante o mestrado e as discussões sobre território me foram instigando a repensar a formação de mfc e a lógica de trabalho por território adscrito. No cuidado, diferentemente do que ocorre na assistência à saúde, a noção de território não faz sentido; as pessoas procuram os cuidadores que são bem indicados por outras pessoas, aqueles que tem confiança e fé não importando as distâncias. D. Iara explica isso ao falar de sua fama até no interior do estado. Cuidar é se interessar pelo outro, vencendo até mesmo distâncias longas. A pesquisa mostrou que no território adscrito à ESF em que estou, há territórios de vida distintos e com formas próprias de cuidar.

Repensar o território foi algo desafiador e que desestabilizou minha prática médica de até então. O território de vida que as pessoas transitam (e nossos cuidadores também) fazia

anteriormente parte do território sob responsabilidade da ESF, mas foi redimensionado, reduzido e adequado ao que o Ministério da Saúde preconiza (até 4500 pessoas). Aprendi e defendi esta adequação, seguindo os critérios de setor censitário do IBGE apesar de sofrer por não mais atender parte da população; mas entendia que era para dar uma melhor atenção e cuidado aos que permaneceram no território adscrito, região menos favorecida socialmente, deixando o cuidado dos demais para a unidade de saúde tradicional do bairro e que está dentro da mesma comunidade. Divisões confusas e que tive que defender por tantos anos; mesmo reconhecendo as perdas e injustiças presentes por sermos dois modelos de atenção básica diferentes e concorrentes. Fazíamos até então, assistência, e não cuidado.

Mapear as práticas de cuidado me conduziu aos cuidadores que estão nos territórios de vida e não no território adscrito. Não fazer parte do território adscrito foi um fator que dificultou o acesso aos cuidadores referenciados pela comunidade e pelas ACS, pois território não-adscrito não têm ACS e o elo de busca destes cuidadores em momento de tanta violência, é o ACS. Dos onze cuidadores referenciados, cinco vivem fora do território da ESF; destes, três não puderam ser contactados como já explicitado.

O desafio de repensar território e cuidado ainda permanece em minha prática, mas a inquietação gerada me tirou da zona de conforto e tem permitido construir estratégias mais cuidadoras, a exemplo da vivência que os cuidadores populares me propiciaram. Sinto que poderia ter vivenciado mais as práticas de cuidado, para melhor etnografá-las mas a violência na comunidade dificultou presenciar uma reza ou oração, o puxar, o pegar barriga. Os cuidadores me autorizaram a estar presente durante seus rituais de cuidado, mas não ocorreu nenhuma procura nos momentos em que estive com eles em suas casas. Minha presença poderia ter afastado a comunidade? Não saberei. Este já era meu receio inicial; que minha presença enquanto médica da equipe e da comunidade, sua cuidadora oficial pudesse atrapalhar ou dificultar a ação de pesquisadora, mas creio estar podendo me construir pesquisadora in-mundo e a vontade e generosidade dos cuidadores populares em compartilhar seus saberes e contar suas histórias é tamanha que esqueço do território em que estou, da violência que o têm sacudido e mergulho com eles no mágico tapete voador de suas narrativas vivas.

Ainda não me foi possível vivenciar o cuidado em outra pessoa, apenas o cuidado em mim. E uso a expressão 'estar podendo me construir' uma vez que continuo na comunidade, convivendo com os cuidadores e sem poder colocar um ponto final na pesquisa pois pesquisa-ação é vivência diária, convívio que se perpetua. Até mesmo com a partida desta vida de alguns cuidadores, (Sr. Félix, D. Salomé, D. Dolores) a pesquisa me leva muitas vezes a eles,

nos relatos da comunidade e dos próprios cuidadores. A eles, meu muito obrigado por toda a dedicação e amor a esta comunidade e a esta pesquisadora-cuidadora em formação.

A divulgação no meio acadêmico ao qual pertencço já está ocorrendo, gerou discussão entre os residentes e preceptores de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Amazonas, da qual sou supervisora, e com a presença de residente de Clínica Médica da mesma instituição. Divulgação ainda tímida, mas um primeiro passo.

Conhecer e ser aceita com tanto respeito e carinho pelos cuidadores; poder vivenciar a gestão do cuidado nesta comunidade; me abrir a outras formas de cuidar permitindo repensar minha prática, têm sido a grande intervenção que a pesquisa gera em mim e em minha equipe. Ainda falta fazer a roda de conversa na comunidade; a tensão da violência não se dissipou nem o clima amazônico ainda permitiu. Talvez o mais sensato seja aguardar o verão e rogar por um pouco de calma para podermos fazer; ter paciência e sensibilidade para perceber o momento mais adequado. Afinal, a gestão do cuidado entre nós, eSF 452 e os cuidadores populares permanecerá enquanto estivermos cuidando juntos desta comunidade.

REFERENCIAS

1. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. junho de 2010;18(3):459–66.
2. Moebus, RLN, Silva, KL, Ferreira, VL. Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado. In: *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde surpreendendo o instituído nas redes*. Livro 1. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. (Políticas e cuidados em saúde).
3. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: *Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, organizador. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. 91 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 [Internet]. *Diário Oficial da União*. Seç. 1 mar 28, 2017 p. 68–9. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html
6. Schweickardt JC. *Magia e religião na modernidade : os rezadores em Manaus*. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas; 2002.
7. Luz MT. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da Homeopatia no Brasil*. 2º ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
8. Montero P. *Magia e pensamento mágico*. 2º ed. São Paulo: Ática; 1990.
9. Lino A. *O Médico e a Rezadeira* [Internet]. São Paulo: Rede UNIDA / Do autor; 2016 [citado 10 de junho de 2019]. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-branco-vivo/o-medico-e-a-rezadeira-pdf/view>
10. Velho, G. Observando o familiar. In: *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar; 1981. p. 121–32.
11. Helman C, Bolner AR, Arsego F. *Cultura, saúde e doença*. 4º ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

12. Laplantine F. *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
13. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*. novembro de 2006;22(11):2449–63.
14. Buchillet D. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP; 1991.
15. Mauss M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify; 2003.
16. Teixeira IM de C, Oliveira MW de. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. dezembro de 2014;18(suppl 2):1341–53.
17. Nonato AAMP de L, Alves ÉN, Anselmo Filho S. Entre o rural e o urbano: modos de viver a velhice em Parintins | *Revista Eletrônica Mutações*. *Revista Eletrônica Mutações*. 2016;7(3):195–209.
18. Sant’Ana E. *Parteiras, Benzedeadas e Benzeduras: uma cultura tradicional*. Porto Alegre: Alcance; 2012.
19. Lévi-Strauss C. O feiticeiro e sua magia. In: *Antropologia estrutural*. São Paulo: Cosac Naify; 2008. p. 181–200.
20. Lévi-Strauss C. Eficácia simbólica. In: *Antropologia estrutural*. São Paulo: Cosac Naify; 2008. p. 201–20.
21. Festival Folclórico de Parintins. In: *Wikipédia, a enciclopédia livre* [Internet]. 2019 [citado 16 de junho de 2018]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Festival_Folcl%C3%B3rico_de_Parintins&oldid=55442537
22. Maués RH. *A ilha encantada: medicina e xamanismo numa comunidade de pescadores*. Belém: Editora da Universidade do Pará; 1990.
23. Seliar M. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Editora Senac; 2002.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília - DF: Ministério da Saúde : Secretaria de Atenção à Saúde : Departamento de Atenção Básica; 2010. 143 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).
26. Hübner LCM, Franco TB. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. abril de 2007;17(1):173–91.
27. Falk JW, Gusso G, Lopes JMC. Medicina de família e comunidade como especialidade médica e profissão. In: *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. 2º ed Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 11–8.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. junho de 2000;34(3):316–9.
29. Targa LV, Oliveira FA de, Lopes JMC. Cultura, saúde e o médico de família e comunidade. In: *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. 2º ed Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 74–80.
30. Oliveira FJA de. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 1998. p. 81–94. (Coleção Antropologia e saúde).
31. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. janeiro de 2018;42(116):11–24.
32. Houaiss A. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. 3º ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2008.
33. Ayres JR de CM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. fevereiro de 2000;4(6):117–20.
34. Heidegger M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Ed. Vozes; 1995.
35. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos M de FL, Cruz KT da, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg saúde debate*. outubro de 2014;(52):153–64.

36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica, região Norte, Amazonas – Manaus [Internet]. MS; 2018 [citado 8 de junho de 2019]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
37. Massey D. Pelo espaço: uma nova política da espacialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2008.
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: indicadores de bairros: região Norte [Internet]. IBGE; 2011 [citado 4 de fevereiro de 2018]. Disponível em: www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000488.xls
39. Rocha D, Deusdará B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Alea: Estudos Neolatinos*. dezembro de 2005;7(2):305–22.
40. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014;22(44):203–20.
41. Minayo MC de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017;5(7):1–12.
42. Queiroz MIP de. Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva. São Paulo: FFLCH/USP-CER; 1991. 202 p.
43. Orlandi EP. Análise de Discurso: princípios e procedimentos. 4º ed. Campinas, SP: Pontes; 2002.
44. Maingueneau D. Análise do discurso: uma entrevista com Dominique Maingueneau. *Revista Virtual de Estudos da Linguagem*. março de 2006;4(6):6.
45. Souza SAF de. Análise de Discurso: procedimentos metodológicos. Manaus: Instituto Censur; 2014.
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Noções básicas de cartografia [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 1999 [citado 15 de junho de 2019]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/ManuaisdeGeociencias/Nocoes%20basicas%20de%20cartografia.pdf>
47. Rolnik S. Cartografia Sentimental. Transformações Contemporâneas do Desejo. São Paulo: Estação Liberdade; 1989.

48. Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2007.
49. Oliveira RC de. O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever. Revista de Antropologia. 1996;39(1):13–37.
50. Schweickardt JC, Martins FM, Schweickardt KHSC. Epistemologia do cuidado pelas lentes do tradicional: saberes de parteiras e rezadores. In: Divulgação e jornalismo científico em saúde e meio ambiente na Amazônia. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 130–40.
51. Godbout JT, Caillé A. O espírito da dádiva. Rio de Janeiro: FGV; 1999.
52. Quintana AM. A ciência da benzedura. Bauru: Editora da Universidade Sagrado Coração; 1999.
53. Lobato M. Reinações de Narizinho. São Paulo: Editora Globo; 2009.
54. Dias LC. Abordagem familiar. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2^o ed Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 282–92.

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O trabalho foi avaliado pela Secretaria Municipal de Saúde – carta de anuência – e avaliado pelo CEP através da Plataforma Brasil e de acordo com as Resoluções 466/2012 e 510/2016 que regulamenta a pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. O parecer foi de aprovação com o CAEE 87206318.0.0000.5016.

A pesquisa tem risco mínimo, uma vez que o método de pesquisa não prevê nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais dos sujeitos do estudo. Aos sujeitos será assegurada total liberdade de não responder a qualquer pergunta do roteiro que por ventura seja considerada por ele constrangedora. Mais ainda, a análise dos dados será feita de forma a não identificar individualmente, apenas como representante de uma categoria de análise. A pesquisa resguarda o sigilo das informações prestadas pelos sujeitos. Os áudios das entrevistas ficarão sob a guarda do pesquisador principal, sendo garantida a preservação das identidades individuais, se comprometendo o pesquisador principal, a não utilizar as informações para qualquer outro fim que não seja para objetivos descritos nesta pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em roda de conversa com a comunidade e com a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **“Estratégia Saúde da Família e Práticas populares de saúde: diálogo entre redes vivas em um território de Manaus”**, sob responsabilidade da pesquisadora Naila Mirian Las-Casas Feichas mestrande do PROFSaúde/Fiocruz AM, telefone 3642-4088, e-mail naila@feichas.pro.br e com orientação do pesquisador Júlio Cesar Schweickardt do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - FIOCRUZ Amazônia, telefone (92) 3621-2440, e-mail julio.ilmd@gmail.com, e pesquisador colaborador Nicolás Esteban Castro Heufemann, da Universidade do Estado do Amazonas, telefone 98841-8842, e-mail niescah@ig.com.br. Nos propomos analisar a produção do cuidado com foco nas redes de cuidados populares.

A pesquisa tem como objetivo principal conhecer os rituais e as práticas de saúde popular (rezadores e puxadores) na produção do cuidado de uma comunidade manauara; mapear as práticas populares de saúde no território de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF); construir estratégias de diálogo entre a ESF e as práticas populares de saúde no território.

A participação nesta pesquisa é considerada de risco mínimo porque não propõe nenhum tipo de intervenção de tipo biológico e cultural. Havendo risco do tipo psicológico, constrangimento e perda de sigilo das informações os mesmos serão minimizados da seguinte forma: aos danos psicológicos ou constrangimentos, os pesquisadores assumem a responsabilidade de encaminhar os sujeitos entrevistados aos serviços especializados de saúde no município de Manaus; para evitar a perda de sigilo de informação os pesquisadores se comprometem em ser rigorosos no tratamento dos dados que serão arquivados na instituição responsável. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa, mas havendo, as mesmas serão ressarcidas com recursos financeiros próprios dos responsáveis da pesquisa. Está assegurado o direito a indenizações e cobertura material pra a reparação a dano causado pela pesquisa à sua pessoa.

A sua participação é voluntária e será através de entrevista, que incluirá respostas a perguntas sobre a sua experiência com cuidados em saúde. A sua fala será gravada e/ou filmada, desde que você autorize na parte final deste documento, ficando garantido o sigilo desses áudios e/ou filmagens, que somente serão usados para auxiliar o pesquisador na análise das informações. As entrevistas podem acontecer em mais de um encontro e terão duração média

de uma hora. Também poderão ser observados, se o senhor (a) e as pessoas que atenderes permitirem, seus atendimentos no domicílio ou território onde trabalha.

A sua participação será de grande valor para o conhecimento acerca do cuidado em saúde. Você tem liberdade para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão, bem como se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum. Os resultados deste estudo serão publicados e você poderá ter acesso aos seus dados tanto através da publicação quanto em apresentação de oficinas na comunidade.

Como responsável por este estudo, tenho o compromisso de manter em segredo todos os dados confidenciais e sua identidade, e ainda, indenizá-lo se sofrer algum prejuízo físico ou moral em decorrência do mesmo.

Se está claro para o senhor(a) a finalidade desta pesquisa e se concorda em participar, peço que assine este documento. Eu, Naila Mirian Las-Casas Feichas, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos relacionados ao projeto de pesquisa e caso haja dúvidas quanto aos aspectos éticos do projeto de pesquisa contactar no telefone (92) 3642-4088 e na rua Amazonino Mendes s/n ou pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UEA, na Rua Carvalho Leal, 1777, Cachoeirinha, Manaus-AM, telefone (92) 3878-4368, e-mail: cep.uea@gmail.com

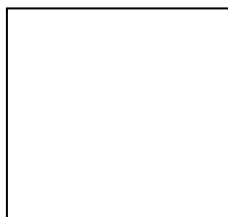
Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____,
fui informado sobre o que pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Local/Data: _____

Participante: _____

Impressão Datiloscópica



Pesquisador

Responsável: _____

Naila Mirian Las-Casas Feichas (pesquisadora responsável)

Júlio Cesar Schweickardt (Pesquisador orientador)

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS AGENTES QUE INDICARÃO OS CUIDADORES POPULARES

Baseado em Helman, 2003

- 1) Que alternativas de assistência à saúde podem ser identificadas na comunidade?
- 2) Você conhece alguém que sabe rezar/puxar?
- 3) Quem você conhece/indicaria?
- 4) Você já procurou algum cuidador que sabe puxar/rezar? Como foi? Conte um pouco
- 5) Qual foi o problema de saúde tratado? Qual tratamento foi utilizado?
- 6) Você teve melhora dos sintomas? Houve algum efeito adverso ou indesejado (reação colateral)?
- 7) O senhor recomendaria para outro paciente esse mesmo tratamento?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS CUIDADORES POPULARES

- 1) Na comunidade, me indicaram o senhor (a) para rezar/puxar. O senhor (a) já rezou/puxou alguém? Como foi? Poderia contar um pouco?
- 2) Poderia acompanhar um atendimento do senhor (a)?
- 3) O senhor já fez algum tratamento para casos de diarreia, de vomito, de espinhela caída, de mal olhado, ou daquilo que vc considerar mais pertinente ou prevalente na comunidade.
- 4) Em sua opinião, quais problemas de saúde são mais frequentes na sua comunidade? Quais deles, o senhor está acostumado a tratar?
- 5) Quais métodos, substâncias, plantas, etc o senhor geralmente utiliza para os tratamentos?
- 6) Teve alguma dificuldade para conduzir algum tratamento em particular?
- 7) O paciente lhe procurou espontaneamente ou foi trazido (encaminhado) por alguém?
- 8) Como é seu relacionamento com a equipe de saúde?
- 9) Em sua opinião, o que poderia auxiliar seu trabalho?