



UFRRJ

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS
SOCIAIS EM DESENVOLVIMENTO, AGRICULTURA
E SOCIEDADE**

DISSERTAÇÃO

**ENTRE A CIÊNCIA E A REZA:
Estudo de caso sobre a incorporação das rezadeiras
ao Programa de Saúde da Família no município de
Maranguape-Ce**

SIMONE GADÊLHA CAVALCANTE

2006



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM
DESENVOLVIMENTO, AGRICULTURA E SOCIEDADE**

**ENTRE A CIÊNCIA E A REZA:
Estudo de caso sobre a incorporação das rezadeiras ao Programa de Saúde
da Família no município de Maranguape-Ce**

SIMONE GADÊLHA CAVALCANTE

Sob a Orientação do Professor Dr.
John Cunha Comerford

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências Sociais**, no Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade.

Rio de Janeiro, RJ
setembro de 2006

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM
DESENVOLVIMENTO, AGRICULTURA E SOCIEDADE**

SIMONE GADÊLHA CAVALCANTE

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências Sociais**, no Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, Linha de Pesquisa Estudos da Cultura e Mundo Rural.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 29/09/2006 (Data da defesa)

John Cunha Comerford. Dr. CPDA/UFRRJ
(Orientador)

Maria José Carneiro. Dra. CPDA/UFRRJ

Rachel Aisengart Menezes. Dra. UFRJ

Octávio Andrés Ramon Bonet. Dr. UFJF

*Para Marta e Fernanda
de minha árvore raízes e flor.*

*Para Nelson,
sempre presente, porque mesmo quando distante
permanece brilhando discretamente como jóia
rara...*

Aula de vôo

*O conhecimento
caminha lento feito lagarta.
Primeiro não sabe que sabe
e voraz contenta-se com o cotidiano orvalho
deixado nas folhas vividas das manhãs.*

*Depois pensa que sabe
e se fecha em si mesmo;
faz muralhas,
cava trincheiras,
ergue barricadas.
Defende o que pensa saber
levanta certeza na forma de muro,
orgulhando-se de seu casulo.*

*Até que maduro explode em vôos,
rindo do tempo que imaginava saber
ou guardava preso o que sabia.
Voa alto sua ousadia
reconhecendo o suor dos séculos no orvalho de cada dia.*

*Mesmo o vôo mais belo descobre um dia não ser eterno.
É tempo de acasalar, voltar a terra com seus ovos
à espera de novas e prosaicas lagartas.*

*O conhecimento é assim,
ri de si mesmo e de suas certezas.
É meta de forma,
metamorfose,
movimento,
fluir do tempo
que tanto cria como arrasa
a nos mostrar que para o vôo
É preciso tanto o casulo
como a asa.*

Mauro Iasi

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que me ajudaram a sair do casulo, a derrubar muralhas e trincheiras e que comigo explodiram em vôos. Muito grata...

Ao prof. Dr. John Cunha Comerford, orientador, por ter me aceito como sua orientanda e muito mais, pelos conselhos, sempre lúcido e sensível e por tudo que aprendi como sua aluna.

À prof^a. Dra Rachel Aisengart Menezes, pelas sugestões de leituras argutas que me foram de imensa valia e pela acolhida afetuosa com que sempre me atendeu.

Ao prof. Dr. Octávio Bonet, pela leitura do projeto no início da pesquisa, pelas indicações e observações no momento da qualificação do mesmo.

A prof^a. Dra. Maria José Carneiro por me ensinar alguns “segredos”.

A prof^a Dra. Eli Napoleão de Lima pela amizade e apoio no início desta caminhada.

Aos profs. Dr. Ubiracy Braga (Bira) e MS. Sandra Mesquita pela minha “iniciação” nas Ciências Sociais e sob cuja influência sempre estarão meus escritos.

Às “minhas meninas” Beatris Duqueviz, (Bia), Biancca Castro, Sílvia Zimmermann, Priscila Sampaio e Gilmara da Silva (Gil), que souberam compreender meu tempo de ruídos e meu tempo de silêncios.

À Mônica Mello, por trilhar comigo tantos caminhos e compartilhar tantas aventuras.

À Andréa Rente, parceira guerreira e leal e ao amigo Omar, primeiro rosto que se fez amigo.

Ao Iلسon, por me fazer acreditar que “o Rio é logo ali” ao receber pelo correio um pacote com um bilhete com os seguintes dizeres: *“Estes são os textos do programa para a seleção ao mestrado. Até o ano que vem com você aqui no Rio”*.

Aos colegas do Curso de Mestrado, em especial aos amigos, Arthur Lessa, Eduardo Rosas, Francisco Clesson Monte e Sandro Leão pelo companheirismo e paciência.

Aos funcionários do CPDA, em especial à Teresa, Carolina e José Carlos.

Aos funcionários, profissionais de saúde e usuários do Posto de Saúde Novo Parque de Iracema, do Programa de Saúde da Família do município de Maranguape que participam do Programa Soro Raízes e Rezas, pela disponibilidade e atenção, em especial à Maria Alves de Souza-Afonsina.

Aos professores do Curso de Pós Graduação em Agricultura, Desenvolvimento e Sociedade, pelo apoio e pela minha formação.

E por fim, este trabalho é um tributo que rendo tanto às rezadeiras do sertão nordestino, essas mulheres que possuem um papel social importante em suas comunidades, quanto a todos àqueles que fizeram parte deste estudo, sendo *personagens invisíveis* pois se mantiveram nos bastidores desta pesquisa, tendo entretanto tanta importância, quanto os protagonistas dessa história.

RESUMO

CAVALCANTE, Simone Gadêlha. **ENTRE A CIÊNCIA E A REZA: Estudo de caso sobre a incorporação das rezadeiras ao Programa de Saúde da Família no município de Maranguape-Ce.** 2006. 88 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Instituto de Ciências Humanas e Sociais. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, RJ, 2006.

Esta dissertação teve como fundamento o estudo de caso sobre as práticas populares de cura das rezadeiras de Maranguape que foram vinculadas ao sistema público de saúde do município, com a implantação do Programa “Soro, Raízes e Rezas” para a diminuição da mortalidade infantil. Este Programa foi implementado neste município, localizado na zona metropolitana de Fortaleza-Ceará, no nordeste do Brasil desde 1998. Analisando-se a possibilidade de troca de experiências e de diálogo entre as rezadeiras com a medicina institucional, em especial com as equipes do Programa de Saúde da Família –PSF, que atuam neste município, estudou-se quais as representações em saúde que estão sendo delineadas a partir desse contato entre as rezadeiras e os profissionais de saúde envolvidos no Programa. Buscou-se verificar se e de que modo este “encontro” entre as medicinas tem produzido uma nova fronteira e novos valores, resultando numa reconfiguração das representações e práticas em saúde. Objetiva-se desse modo com este estudo, contribuir com uma reflexão sobre as novas relações que se estabelecem entre as rezadeiras e os profissionais médicos e os efeitos na comunidade assistida pelo Programa. Bem como também, propõe-se colocar em cena as implicações desse processo de inserção das rezadeiras ao sistema público divulgado como um modelo moderno de política pública em saúde.

Palavras-chave: *cura, poder, representações sociais em saúde, cultura.*

ABSTRACT

CAVALCANTE, Simone Gadêlha. **BETWEEN SCIENCE AND PRAYER: Case study about the incorporation of faith healers into the Family Health Program in the municipality of Maranguape, Ce, 2006.** 88 p. Dissertation (Master in Social Sciences). Institute of Human and Social Sciences (Instituto de Ciências Humanas e Sociais). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, RJ, 2006.

This dissertation was based on a case study about popular faith healing practices by “*rezadeiras*” in the municipality of Maranguape which were linked to the health public system in that municipality with the implementation of the Program “*Soro Raízes e Rezas*” for the reduction of infant mortality. Since 1998, this program has been implemented in this municipality located in the metropolitan region of Fortaleza, Ceará in the Northeast of Brazil. By analyzing the possibility of exchanging experiences and a dialogue between “*rezadeiras*” and institutional medicine, especially with the health professionals of the Family Health Program (PSF) who work in this municipality, a study was made about what health representations are being delineated from this contact between “*rezadeiras*” and health professionals involved in the program. We tried to investigate whether and how this “encounter” between the two medicine has produced a new frontier and new values that resulted in a re-configuration of the representations and health practices. In this manner, the object of this study is to contribute towards a reflection about the new relationships established between “*rezadeiras*” and physicians as well as the effects on the community assisted by the Program. This study also tries to raise the implications of this insertion process of “*rezadeiras*” for the public system which is disseminated as a modern model of public policy in health.

Key words: *cure, power, social representations in health, culture.*

SUMÁRIO

01	INTRODUÇÃO
07	I - NA ENCRUZILHADA UM ENCONTRO DE DUAS MEDICINAS: A Biomedicina e as Práticas de Cura das Rezadeiras
	1.1 Os caminhos da ciência médica
	1.2 Na trilha das rezadeiras
	1.3 Na encruzilhada um encontro: Do conhecimento científico ao conhecimento comum
29	II – A HISTÓRIA DO PROGRAMA: Soro Raízes e Rezas
	2.1 Como e porque surgiu a idéia para a implantação do Programa
	2.2 A viabilidade do Programa
38	III – O CENÁRIO E SEUS PERSONAGENS
	3.1 O Bairro Novo Parque de Iracema: Área do entorno ao Posto de Saúde
	3.2 O Posto de Saúde Novo Parque de Iracema e sua rotina
	3.3 O rezador no Posto: Orações e remédio caseiro
	3.4 As rezadeiras do PSF que atendem em casa
	3.5 Quem são as rezadeiras de Maranguape: Causos, estórias e falas
	3.6 As rezadeiras que não estão cadastradas no PSF
	3.7 Os médicos do Programa
	3.8 A comunidade
76	CONSIDERAÇÕES FINAIS
84	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUÇÃO

Ao apresentar este trabalho, ainda guardo na memória o sentimento que me moveu nessa trajetória. Crescemos nós, a maioria dos nordestinos, presenciando nossa mãe fazer e ensinar chás e ‘lambedôs’ para vários tipos de doenças, tendo sempre no quintal, um canteiro com erva-cidreira, capim-santo, alfavaca, corama, mastruço, malva-santa, quebra-pedra, colônia e outros, receitando com autoridade determinadas ervas para cada tipo de enfermidade, plantando, num lugar “estratégico”, um pé-de-pinhão roxo para espantar ‘mal-olhado’ e rezar em criança. Trago no coração, assim como outros nordestinos, uma estreita ligação com o universo dessas práticas, numa relação afetiva que está presente no *imaginário coletivo*, desde a infância até os dias atuais.

Porém, aos meus olhos “míopes de entendimento”, só foi possível ampliar a perspectiva de análise desse contexto social, do qual faço parte, de modo a fugir aos aprisionamentos de minhas idiossincrasias, com o auxílio dos nexos teóricos da antropologia. Ela ensina, de acordo com Gilberto Velho, Da Matta e outros, *a transformar o exótico em familiar*. Contudo, mais difícil foi fazer o caminho inverso, promover um estranhamento do que me era familiar, capaz de produzir uma modificação do olhar sobre este universo já tão naturalizado.

Desnaturalizar é descobrir que o real não se constitui de algo concreto, definitivo, universal. Ao contrário, este real é construído a partir do olho que olha o mundo e o que, nele, o emociona. Assim, o real é também imaginário, simbólico, resultante de nossas concepções culturais. Compreendê-lo exigiu-me um certo “grau de relatividade”, que de forma alguma se constituiu numa concessão, mas sim numa descoberta. Aos poucos, enxergando por essas “novas lentes”, fui me apropriando dos aportes teóricos da antropologia para modificar algumas de minhas posturas, reformular conceitos e paradigmas, reavaliar, enfim, uma visão de mundo. Mergulhei nos meandros dos significados, das dimensões silenciadas desse imaginário, que as reflexões apresentadas por uma antropologia social revelam. Então, passei a contemplar a mesma paisagem, agora de outros ângulos e perspectivas. Por ser também uma nativa, esta tem sido minha aventura: viajar “dentro de casa”, espiar o conterrâneo.

Neste trabalho de pesquisa, discuto a incorporação das rezadeiras¹ do município de Maranguape ao sistema público de saúde no estado do Ceará. Considerando a idéia de Mauss (1972), de que “*o jovem etnógrafo que parte para o campo de trabalhos deve saber o que já sabe, a fim de trazer à superfície o que ainda não sabe*”, ou ainda essencialmente, o que está

¹ Optei por utilizar no feminino porque defini a rezadeira como categoria nativa, levando em consideração o fato de que, embora tenham sido também cadastrados alguns rezadores, a grande maioria é constituída por mulheres. Este dado se torna significativo quando se investiga as razões deste fato.

posto em termos reflexivos em Bourdieu (1997), que “o sociólogo não pode ignorar o que é próprio de seu ponto de vista de ser um ponto de vista sobre um ponto de vista”, esse trabalho constitui-se numa pesquisa de natureza etnográfica sobre o Programa de Saúde da Família - PSF deste município, que está baseado numa política pública de saúde a qual inclui as práticas de cura das rezadeiras da região. Estas são cadastradas, e após orientações recebidas dos Agentes de Saúde, e nos “Encontros Anuais de Capacitação e Integração”, recebem os kits de soro para hidratação infantil para serem ministrados quando são procuradas por mães que trazem seus filhos para rezar. Esta política pública em saúde foi nomeada de *Programa Soro Raízes e Rezas*. Este, foi criado com a finalidade de superar a alta mortalidade infantil no município, que trazia como causa primária a desidratação.

O valor de um estudo de caso está na sua eficácia para apreensão da totalidade do social. Para tanto contei, como recurso metodológico, com o conceito de *fato social total* de Mauss, que conduz o pesquisador no campo a estudar a realidade sócio-cultural como um fenômeno de múltiplos níveis - social, cultural, econômico, religioso, etc. Dessa perspectiva, esta investigação é um estudo de caso sobre este Programa.

Como recorte espacial, a pesquisa está delimitada ao contexto urbano de Maranguape, zona metropolitana de Fortaleza - Ceará, situada a 26 km da capital do estado, com cerca de 90 mil habitantes.² Foram foco de análise, principalmente, as ações dos seguintes atores sociais: o grupo de profissionais de saúde que participam do programa “Soro Raízes e Rezas”; as rezadeiras que foram incorporadas a este Programa; e o grupo popular que utiliza os serviços do Posto de Saúde do bairro Novo Parque de Iracema.

No trabalho de campo foi empregada a observação direta e, durante o estudo de caso, observação participante. Também foram aplicadas entrevistas com questões abertas, utilizando a técnica do gravador, e fazendo anotações - diário de campo. Foram entrevistadas duas idealizadoras do Programa³, duas Secretárias de Saúde do município⁴, profissionais de saúde que participam do Programa de Saúde da Família, profissionais médicos, rezadeiras cadastradas no Programa e não-cadastradas, usuários, funcionários do Posto de Saúde que

² Dados do censo de 1999.

³ Este Programa foi idealizado por duas enfermeiras e uma assistente social. Foram entrevistadas uma das enfermeiras e a assistente social. Entrevista realizada em 19 de janeiro de 2005.

⁴ O Programa, desde a sua implantação em 1998 até o momento - fevereiro de 2006 - esteve sob a égide de três gestões públicas: 1998/2000 e 2001/2004 - com o mesmo Prefeito: Marcelo Silva, e 2005/2008 prefeito: Eduardo Gurgel.

foram alvo de observação direta, agentes de saúde que atuam nessa área, sendo, estes últimos, os que se revelaram os melhores informantes⁵.

Optei por uma pesquisa qualitativa, por considerar um caminho metodológico adequado para esta investigação, posto que possui, como característica, a tentativa de compreensão detalhada dos significados traduzidos em ações e da peculiaridade das situações apresentadas pelos entrevistados. Desse modo, em vez de dar lugar à produção de medidas quantitativas de características ou comportamento, ao contrário, tive por preocupação revelar as convicções subjetivas expressadas por palavras - pronunciadas ou silenciadas, e pelas ações dos atores sociais que estavam sendo pesquisados. Sendo assim, as entrevistas representam uma “amostra intencional” e, tal como na observação direta, oferece, através da análise dos dados obtidos, apenas um olhar, entre tantos outros possíveis. Este tipo de amostra envolve um pequeno número de pessoas que são escolhidas intencionalmente em função da relevância de seus depoimentos (THIOLLENT,1988:62). Nesse sentido, não tem relevância a representatividade da amostra deste estudo, mas o conteúdo dela emanado.

Como fontes secundárias foi também objeto de análise para este estudo o material escrito para o planejamento e implantação do Programa e o material didático utilizado para capacitação das rezadeiras. Este material faz parte dos arquivos da Secretaria de Saúde do Município de Maranguape.

Estabeleci o recorte temporal, delimitando o espaço de tempo entre a implantação do Programa, em 1998, e seus resultados alcançados até o mês de fevereiro de 2006, considerando a repercussão que teve na *mídia* e o reconhecimento pelos órgãos públicos e agências financiadoras de Projetos Sociais durante este período. Este recorte também possibilitou uma reflexão sobre o Programa durante duas gestões públicas. No momento da implantação do Programa - de 1998 a 2000, era prefeito da cidade o Sr. Marcelo Silva, que assumiu o cargo, pois o então prefeito havia renunciado. Ele se manteve no cargo, pois elegeu-se para gestão de 2001/2004. Nas eleições seguintes, elegeu seu sucessor, o Sr. Francisco Eduardo Mota Gurgel, para a gestão de 2005/2008. Na gestão anterior, a primeira-dama também acumulava o cargo de Secretária de Saúde. Na atual gestão, a Secretaria de Saúde já contou com dois Secretários: Dr. José Policarpo de A. Barbosa, que foi substituído pela senhora Verônica Camurça Matos - esposa do vice-prefeito atual. Apesar de pertencer ao mesmo partido do prefeito anterior, a atual gestão tem características próprias e este fato tem

⁵ As entrevistas feitas com médicos, enfermeiras, dentistas, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, funcionários do Posto de Saúde foram concedidas com o compromisso de manter sob sigilo suas identidades, pois são profissionais que prestam serviços à Prefeitura e suas declarações poderiam pôr em risco seus empregos. Entretanto, com sua devida autorização, alguns personagens desse estudo tiveram seus nomes aqui divulgados.

trazido mudanças marcantes, que foram registradas durante o trabalho de campo e que serão pormenorizadas posteriormente.

Centrando o foco para o estudo de caso em questão, surgiu a primeira indagação: como tem sido possível esse sincretismo⁶ na prática médica em Maranguape? A questão inicial que norteou a pesquisa foi: a partir do reconhecimento de que essas duas visões de mundo seguem concepções e trajetórias tão diferentes, o quê permitiu esse arranjo, essa possibilidade de diálogo, entre a prática médica e as práticas de cura populares no caso do município de Maranguape? Em síntese: Os dois sistemas se contrapõem e cabia investigar as condições para essa "aliança" e o tipo de relação estabelecida no âmbito do programa de incorporação das rezadeiras. Importava analisar como ocorre, ou não ocorre, a tradução entre os dois universos culturais em foco – o dos profissionais de saúde e o das rezadeiras.

Se o ponto de partida era o estranhamento sobre essa presença das rezadeiras no Programa de Saúde da Família também era importante investigar: quais os critérios utilizados para o cadastramento das rezadeiras? As rezadeiras cadastradas possuem um *status* diferenciado na comunidade. Ocorre concorrência entre as rezadeiras? Vez que é sabido, por informação obtida em entrevista concedida por uma das coordenadoras, que as pessoas que acessam a uma das Unidades Básicas de Saúde portando uma senha, entregue por um dos agentes curadores cadastrados no Programa, têm prioridade de atendimento. Sendo assim, o que significa estar no Programa de Saúde da Família, para as rezadeiras? Como se dão as relações entre os médicos e as rezadeiras e demais funcionários? O que está em jogo, quais são as tensões, quais são os mal-entendidos? Qual a relação que a população, que utiliza esses serviços do Programa, estabelece com as rezadeiras e médicos?

Por outro lado, os médicos que participam do Programa possuem condutas semelhantes ou há distinção entre os mesmos? Pois, segundo informações obtidas em entrevista com uma das idealizadoras do Programa, a Assistente Social Ruth Cavalcante, o profissional médico que participa do Programa possui um “determinado perfil”, diferenciado da maioria dos demais profissionais médicos. Para além das condições sociais que favoreceram a implantação do Programa, também cabia investigar quais as condições políticas para o surgimento e manutenção do mesmo. Quem tornou possível a sua viabilidade? Há investimentos? Se existem, quem investe? Como investe? Por que investe?

⁶ Utilizo o termo sincretismo no seu sentido *latu sensu* definido como síntese, coligação entre elementos díspares, originários de diferentes visões do mundo, definição diversa da aplicada pela Antropologia da Religião, referida a uma discussão sobre as religiões.

No trabalho de campo havia estas questões, como norteadoras. É, contudo, ao longo do campo, que uma problemática se estabelece, e esta se fixa apenas no momento em que também o campo o faz. Assim, ao mapear este universo, outras questões também foram sendo desveladas. Dentre elas, destaco algumas, como exemplo: A cura ligada à questão de gênero e como dimensão da caridade; as concepções do que sejam um “bom” e um “mal” atendimento médico; as disputas de poder entre as ocupações: enfermeiros e médicos.

Para compreender a complexidade deste universo, utilizei como aporte teórico o conceito de *representação social*, que desde os trabalhos de Durkheim e Mauss, dentre outros das ciências sociais, demonstra sua importância para a apreensão das significações, sentidos e ações da conduta social. As representações sociais podem ser definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento capazes de expressar a realidade, justificando-a ou questionando-a (MINAYO:1996). Na verdade, tornou-se necessário lançar mão deste conceito para analisar e relativizar tanto a prática médica quanto a das rezadeiras, percebendo-as como parte de sistemas de crenças e práticas sociais mais amplos. Ou seja, tanto as concepções médicas, como as de cura "espiritual-religiosa" abordadas como representações sociais são indissociáveis das ações e, ambas, traduzem o modo pelo qual esta sociedade estudada está constituída.

Mauss enfatizou o quanto a atividade do pensamento coletivo é mais simbólica do que a do pensamento individual e que as condutas individuais não são simbólicas em si mesmas, somente ganham sentido em relação a uma dada sociedade. Sua teoria admitia que as representações coletivas podem adotar formas concretas ou abstratas. No estudo sobre a magia, uma das primeiras expressões das representações coletivas chamava a atenção para a sua composição: os agentes, atos e representações. O mago é o indivíduo que conduz a magia, mesmo que não seja um profissional. As representações mágicas são as idéias e crenças que correspondem aos atos mágicos. Os ritos mágicos são atos que definem os demais elementos da magia, distintos das demais práticas sociais. As técnicas disponíveis, por sua vez, podem ou não ser acompanhadas de magia. (MAUSS,1971). Assim, tanto as rezadeiras quanto os médicos são agentes presos a certos atos e representações, de modo a criar e sustentar certas crenças, seja na reza, seja na medicina.

Em linhas gerais, a dissertação está assim dividida: no capítulo I discuto os caminhos percorridos de um lado - a ciência na visão dos epistemólogos -, detendo-me na contribuição dos historiadores da ciência médica, num esforço de construir descritivamente - ainda que de forma bastante elementar - o que poderia ser compreendido aqui como os caminhos do pensamento científico e, por outro lado, a magia nas análises dos antropólogos sobre as

práticas de cura populares. Nesse trajeto, buscando demarcar o permanente confronto entre formas diversas do conhecimento, busquei nos caminhos da ciência e da magia, que do ponto de vista teórico parecem trilhar paralelos, uma possibilidade de encontro que justificasse a incorporação das rezadeiras de Maranguape ao sistema público de saúde. Empreendi este esforço no sentido de discutir essa questão epistemológica, por entender que este caminho teórico cimentaria as bases para um recorte analítico das observações que seriam coletadas na pesquisa de campo.

No capítulo II, relato a história do programa “Soro Raízes e Rezas”: Seu surgimento, os idealizadores e suas motivações, os objetivos almejados e os efetivamente atingidos. As principais fontes para este levantamento foram as entrevistas e o material mediático - programas de TV, recortes de jornais, revistas e reportagens em *sites*. Também foi analisado o material impresso produzido pelo Programa e disponibilizado pela Secretaria de Saúde do município.

No capítulo III, descrevo o cenário onde foi implantado o Programa e os personagens que protagonizam essa história. São eles: os profissionais de saúde, as rezadeiras e os usuários do serviço de atendimento do Programa de Saúde da Família - PSF, residentes na zona urbana do município e pertencentes à área do Novo Parque de Iracema. Detive-me prioritariamente em um bairro de periferia e seu respectivo Posto de Saúde, pois estes trazem especificidades que justificam sua escolha e que serão pormenorizadas no capítulo.

Se, no primeiro capítulo, detive-me na trajetória da ciência, aqui o personagem principal é a rezadeira, porque o material coletado no campo constituía-se num mundo a ser descoberto que mostrava como o indivíduo é um fenômeno social, isto é, ao tentar apreender quem é a rezadeira de Maranguape, como age e o porquê estavam, sobremaneira, captados aspectos importantes de toda uma coletividade da qual ela faz parte, aspectos que se traduzem em comportamentos e técnicas, valores e ideologias do seu grupo social.

Desse modo, justifico a proposta de se estudar questões relativas à inserção das rezadeiras ao serviço público de saúde porque os estudos, nesta área, têm demonstrado que o atendimento à população nestes serviços não pode se desvincular do contexto de onde vem sua clientela, na sua maioria carente de recursos e com pouco acesso à Informação. Nesse sentido, uma reflexão sobre o Programa *Soro Raízes e Rezas* aporta elementos que podem auxiliar na busca de caminhos que potencializem ações de promoção e assistência à Saúde, a partir das soluções que os próprios usuários culturalmente utilizam e confiam podendo, assim, proporcionar a conquista de uma melhoria da qualidade de vida do usuário deste serviço, na grande maioria pertencente às camadas de baixa renda da população.

Capítulo I

Na encruzilhada um encontro de duas medicinas:

A biomedicina e as práticas de cura das rezadeiras

"Chegamos para os rezadores e perguntamos: De que as crianças adoecem por diarreia? Eles disseram: De ventre caído, susto, quebranto, mau olhado. A mesma pergunta foi feita para os médicos e enfermeiros. Eles disseram que era por falta de higiene, objetos mal lavados, presença de bactérias. Foi promovida a discussão entre os dois saberes. Assim, mostramos ao médico a importância da reza. E mostramos ao rezador a importância da higiene".⁷

O trecho acima - parte de uma entrevista, serve como epígrafe, neste capítulo, trazendo para o centro do debate o reconhecimento de que essas duas formas de atenção à saúde - biomedicina e práticas de cura das rezadeiras, seguem lógicas e idiomas culturais diferentes, visões de mundo contrastantes. O contato entre a medicina institucional - a biomedicina ⁸ - e as práticas de cura populares, passa pelo contato de duas histórias, na verdade, de dois desenvolvimentos históricos próprios, com dinâmicas específicas e particulares. Essa particularidade está, justamente, no contato entre um desenvolvimento da medicina como ciência – e sua institucionalização como “saber oficial” – e o desenvolvimento histórico das concepções tradicionais da saúde e da cura, vinculadas à cultura de cada povo.

Então, o que acontece quando se tem, em uma mesma instituição, médicos e rezadeiras? Buscando responder esta questão, de um lado trilhei os caminhos da ciência, mais precisamente a trajetória da ciência médica - descrita pelos epistemólogos e historiadores da ciência e, por outro lado, caminhei à trilha das práticas de cura das rezadeiras, guiada pelos estudos antropológicos que tratam sobre o assunto.

O objetivo deste capítulo é discutir o contato entre essas duas trajetórias e essas duas formas de concepção de saúde. Aqui trato dos conceitos pelos quais baseio minha reflexão sobre o caso de Maranguape.

1.1 Os caminhos da ciência médica

O desenvolvimento histórico das ciências – e conseqüentemente da medicina – explicita dois pontos de vista, em certo modo opostos, mas complementares, referentes aos conhecimentos científicos. Por um lado se situam aqueles que pensam que a ciência deve

⁷ Trecho de uma entrevista realizada em 19 de janeiro de 2005, concedida por uma das idealizadoras do Programa, justificando a incorporação das rezadeiras ao sistema público de saúde.

⁸ A medicina institucionalizada ou medicina ocidental na gramática da antropologia da saúde se convencionou chamar de biomedicina.

transcender o familiar e procuram explicações últimas, com validade absoluta. Platão, Descartes, Kant e Popper podem considerar-se, entre outros muitos, representantes genuínos desta tendência. De outro lado, estão aqueles para quem o estabelecimento e reconhecimento do óbvio, do familiar, adquire importância fundamental. Na filosofia da ciência, Lakatos e Kuhn podem nos servir de referências desta tendência. Nela se tenta recuperar o caráter histórico do conhecimento científico. Para Kuhn, a escolha entre paradigmas alternativos não se fundamenta em aspectos teóricos de cientificidade, mas em fatores históricos, sociológicos e psicológicos que acabam por ter um papel decisivo na imposição de determinadas teorias, em detrimento de outras. O discurso de Kuhn desvaloriza os aspectos lógico-positivistas, lógico-empiricistas, lógico-formais e racionais que estão presentes no discurso de Popper.

Mais ainda: a prática docente das ciências após a década de 1940 estava impregnada pelas seqüelas do que é chamado de “neopositivismo lógico” da escola de Viena e, mais concretamente, da epistemologia de K. Popper. Entretanto, nos anos de 1960, surgiram dissidentes dessa escola, e um deles é Thomas S. Kuhn, já citado.

Kuhn - físico e historiador da ciência, na década de 1960, empenhou-se em estudar de forma detalhada a estrutura das revoluções científicas em sua obra de igual título, introduzindo uma nova Filosofia da Ciência, que submete a reflexão não só a problemática lógica, mas também a problemática histórico-hermenêutica e, sobretudo, psico-sociológica do processo científico. Sua tese desmonta as pretensões de eternidade de qualquer teoria científica, pois afirma que as teorias decididamente novas não nascem por verificação nem por falsificação, mas sim por substituição – extremamente penosa e complexa em cada caso – do modelo explicativo (paradigma), antes vigente, por outro novo. A esse processo, a essa verdadeira mudança de paradigma – freqüentemente acompanhada de fortes polêmicas - deve-se o avanço científico.

Na verdade, a teoria desenvolvida por Kuhn não foi inédita, ela foi inspirada no trabalho de Ludwik Fleck, sob vários aspectos⁹: o conceito central da obra de Kuhn, o "paradigma" - um conjunto de crenças compartilhadas por diferentes cientistas, concordância originária de várias fontes sobre a maneira de se entender problemas - remete aos "coletivos de pensamento" de Fleck. Como Fleck, Kuhn também argumenta que a ciência não é uma soma de conhecimentos e, como Fleck, afirma que cientistas não são pensadores independentes e objetivos.

⁹ O livro de Kuhn, publicado em 1962, transformou em temas populares a filosofia e a sociologia da ciência, nos anos de 1960, ao contrário da obra de Fleck, publicada originalmente em 1935, mas que só foi reconhecida e amplamente debatida na década de 1990.

O que Fleck escreveu nos anos 1930, buscando questionar o discurso científico dominante, só ganhou importância na década de 1990. Sua obra nos vai servir de fio condutor para a busca de uma epistemologia histórica, que se pretende portadora de uma visão mais crítica – e a própria relatividade do discurso médico. Fleck, considerado tardiamente o pai da filosofia da ciência moderna, tornou-se conhecido por sua teoria sobre as descobertas médicas modernas, que não as encara como eventos isolados, mas como decorrências de contextos históricos e culturais. Declarou que cientistas não são "gênios" atuando isolados uns dos outros, mas fazem parte de "coletivos de pensamento". A ciência não lida somente com fatos, ela deve ser examinada à luz da crítica social, pois o fato científico só pode ser elaborado e compreendido à luz de sua gênese e desenvolvimento, retirando-lhe o espaço privilegiado de construto formal, para reinseri-lo no campo humano de uma construção levada a cabo por comunidades de pesquisadores. Sua crítica contraria a visão de fato como algo fixo, permanente e independente da opinião subjetiva do cientista. Fleck defendia que há uma ligação entre o estilo de pensamento de uma época e os conceitos que são considerados pertinentes para a mesma época. Haveria, portanto, um condicionamento histórico-cultural caracterizado por certa regularidade histórica no desenvolvimento do pensamento científico. (FLECK, 1986)

Fleck, em sua historiografia sobre os laboratórios biomédicos, concluiu que os estudos biomédicos são o resultado de uma demanda social, política e cultural. Esclarece, assim, que a medicina é uma prática carregada de aspectos subjetivos. Sendo, portanto, algo que foge da rigidez científica que pensamos existir. E como ele vai provar isso? Explicando o teste sobre a sífilis. Estes testes, feitos pelos imunologistas, buscavam os resultados “falsos positivos” e, sendo assim, quando o indivíduo examinado apresentava quase todas as características de ser portador do vírus, mas deixava de apresentar pelo menos uma, ele era considerado negativo. Isso ocorreria porque, devido à disponibilidade dos recursos, não se queria gastar dinheiro com quem a rigor, sob a ótica destes estudiosos, não era portador do vírus.

Entretanto outro grupo - os sorologistas - em seus estudos buscava resolver o caso dos resultados dos “falsos negativos”, uma vez que estava preocupado com os problemas da Saúde Pública. Sendo assim, se o indivíduo apresentasse pelo menos uma característica do vírus, ele seria considerado portador.

Essa concepção, aplicada à Medicina, supõe então uma mudança fundamental na pretensão de absoluto e atemporal das teorias sobre as ciências biológicas e da saúde, uma reflexão apurada dos dogmas e, conseqüentemente, um modo diferente, histórico e crítico de compreender o conhecimento médico-científico.

O que se pode concluir de tudo isto? Se for analisado o desenvolvimento da epistemologia, observa-se que o caminho da teoria da ciência percorreu, nos últimos cinquenta anos, uma trajetória da racionalidade “hiper-cartesiana”, de uma lógica positivista e uma análise da linguagem abstrata, para as dimensões da história, do sujeito, do grupo social, e com isso recuperar a história, a psicologia e a sociologia.

Entretanto, parece-nos que este desenvolvimento epistemológico precedente contrasta muito fortemente com a prática do ensino das ciências e em especial da medicina em todos os níveis de aprendizagem. Ou seja, apesar desses avanços, o ensino e o exercício da ciência médica parecem ter ficado prisioneiros do “neopositivismo lógico”, já citado inicialmente, não tendo ainda superado esta fase. Assim, a formação desses profissionais da saúde os impele a uma concepção médica fechada e dogmática, que acredita possuir a essência real e absoluta da Natureza. Ou, mesmo que se considere a validade passageira de suas conclusões, em nenhum momento se dá validade a outras opções de tratamento para os problemas da saúde, não sendo raro encontrar profissionais que norteiam suas práticas a partir de tais princípios.

Em setembro de 2005, entrevistando no Posto de Saúde um médico de 29 anos, recém formado e recém ingresso no Programa, quando perguntado como ele se sentia participando de um Programa que cadastrava rezadeiras como *parceiras* no atendimento à saúde, sua resposta foi: *“Nós, eu estou falando como médico agora - nós somos autoridade máxima na saúde, não é? O valor do médico é o valor científico, não é? Aquele valor que a gente 'pega' na faculdade. É isso que a gente tem pra oferecer pro povo, e é isso que o povo vem pegar. Mas, infelizmente, ou felizmente, a gente não está mais com poder suficiente pra mudar isso tudo que acontece aqui, entendeu?”* Ele se referia ao fato de que, apesar de não concordar, não tinha como impor, junto à coordenação, que o programa não mantivesse as rezadeiras. Pois para ele: *“de doença quem cuida é médico, que estudou para isso, detém o conhecimento científico, rezadeira faz outra coisa, reza! Eu acho que religião é uma coisa, ciência é outra”*. Um outro médico, que já está há dois anos e meio no Programa, também se coloca de maneira semelhante. Quando expondo sua opinião, comenta: *“Não, olha, o médico, que sabe sobre o indivíduo, a doença, a saúde. Eu sou médico, sou especialista nisso! Você entende?”*

Essas “falas” traduzem o que Foucault (1998:21) escreveu: *“saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um novo campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder (...)”*. Bem como reivindicam a autoridade da ciência, do conhecimento formal produzido pelas Instituições. Não se questiona o valor das ciências positivas e das tecnologias decorrentes, sua importância

na revolução do século XIX, no industrialismo e suas conseqüências na atualidade. Contudo, o discurso da ciência assume uma autoridade e um poder de um valor “incontestável”. Quando se diz: “é comprovado cientificamente”, tudo que vem depois é aceito. Em nossos corações e mentes, o que foi anunciado já se inscreve no registro da universalidade. Desse modo, faz-se autoridade em si mesmo. Com efeito, quando alguém quer dizer algo de “irrefutável”, fala sempre em nome da ciência. Com isto, acredita que anuncia algo em nome da neutralidade científica e pode proferir afirmações universais. Nesse deslocamento, que se confere aos anunciados científicos, se delineiam os horizontes do poder da ciência no campo social.

Nessa perspectiva, pensar nas racionalidades médicas e, mais precisamente, na biomedicina, é mergulhar diretamente no confronto crucial entre a “universalidade” da ciência da saúde e as particularidades do ato de curar. A racionalidade médica ocidental tenta tomar um cunho de extrema objetividade e cientificismo, afastando-se cada vez mais do sujeito doente. A medicina muda o seu foco de ação do indivíduo para a doença, substituindo a arte de cuidar pelo estatuto de ciência, na ilusão de poder trabalhar com certezas nas tomadas de decisões.

A relação entre a ciência e a medicina e os impasses delas decorrentes são discutidos através do que Kenneth Camargo chama de "teoria das doenças". O saber médico, segundo este autor, consiste em um saber sobre a doença, não sobre o homem, que só interessa ao médico como o terreno no qual a doença evolui. O diagnóstico assume um *status* maior seguido pela terapêutica que é considerada como indissociável da clínica. Situar a prática médica em um contexto histórico e sociocultural permite avaliações e reflexões sobre suas possibilidades e limites. A lógica cartesiana que passa a dominar a prática médica no mundo ocidental exclui o indivíduo e sua subjetividade e valoriza a doença e seus mecanismos. (CAMARGO: 2003).

O legado cartesiano foi a separação entre corpo e mente e a conseqüente necessidade de separar as aflições humanas entre corporais e mentais, desconsiderando tudo o que não for visível ou palpável (ALVES & MINAYO,1994). A teoria cartesiana contribui para esse desenvolvimento ao separar as doenças entre corpo e alma, nas quais os domínios estariam assegurados, respectivamente, para a ciência e a teologia. A racionalidade médica, como resultado do rompimento com o místico para se constituir como ciência, define os conceitos de saúde, doença, cura, vida e morte dentro desta cosmologia. Essa constatação está presente nos estudos antropológicos de diversos autores que se dedicam ao tema da antropologia da saúde. (ARAÚJO, 2002; ALVES & MINAYO,1994; LOYOLA, 1984).

Sigerist (*apud* Canguilhem, 1978) considera a medicina como uma das ciências mais intimamente ligadas ao conjunto da cultura, já que qualquer transformação nas concepções médicas é resultado das idéias de um momento histórico. Assim, se por um lado a biomedicina avança em aparatos tecnológicos no contexto atual, por outro lado surgem as contradições que, segundo o autor, “*se expressam na (des)subjetivação do indivíduo, na (des)humanização dos serviços de saúde e na inacessibilidade ao cuidado de uma grande maioria marginalizada e discriminada socialmente pelas desigualdades econômicas*”. A medicina se torna cara e inacessível para muitos, expressando o esgotamento de um modelo racional que passa a necessitar que se lance mão de outros conhecimentos e de outras ciências para entender as demandas desta medicina distanciada do indivíduo. (CANGUILHEM: 1978)

A noção da medicina como um sistema ligado à Cultura, e não como um fenômeno fragmentado, é uma contribuição importante de Rivers (1979:120)¹⁰ e um princípio que continua sendo fundamental na antropologia da saúde. Para este autor, a medicina nas sociedades é uma instituição social interligada com os outros aspectos da cultura. Para entendê-la, é preciso examinar como o sistema médico está integrado à cultura mais abrangente, à sua visão do mundo e ao seu mundo social.

Contudo, na prática o resultado do contato da medicina institucional com outras concepções de tratamento da enfermidade traz consigo uma determinada estrutura de conhecimento científico, uma determinada história que, assim, busca ser imposta a outras condições de vida e de concepções de mundo, cura, remédios, etc. A conseqüência é uma tentativa de imposição de um conhecimento médico ocidental que, sendo válido apenas temporariamente, no entanto apresenta-se como melhor solução para todas as culturas.

Nesse sentido a medicina, por se constituir num paradigma hegemônico, vai funcionar como uma “*máquina de captura*”, cooptando tudo o que está a sua volta, controlando e sistematizando outras práticas. Quando a Secretaria de Saúde de Maranguape percebeu que, mesmo ampliando o número de equipes de saúde, as mães não levavam seus filhos doentes ao médico, mas para a rezadeira, surgiu a idéia de cadastrá-las e de colocar placas em suas portas com os dizeres: “*Aqui mora um parceiro da saúde*”, distinguindo que, a partir de então, elas tinham o reconhecimento das instituições formais, mas também estavam sujeitas a um processo de normalização e de classificação.

¹⁰ O livro de Rivers, *Magic, Medicine and Religion*, é composto de uma série de palestras que ele apresentou para o Royal College of Physicians de Londres entre 1915 e 1916. As palestras foram publicadas em forma de livro após sua morte em 1922.

O poder de normalização não obriga nem proíbe, não define os termos da ordem ou desordem, mas incita à produção dos atos, dos gestos, dos discursos de acordo com um padrão de normalidade. É justamente para entender essa idéia de um modelo de normalidade que a divisão entre o normal e o anormal (pelo qual se estruturou o pensamento médico) é uma referência fundamental.

No *Nascimento da Clínica*, (1963) Foucault discute sobre a construção de um discurso como estratégia que é colocada em prática para que esta normalização se realize. Essas pesquisas em torno do poder de normalização encontram nova ressonância na idéia desenvolvida por Foucault de uma tecnologia de poder centrado na vida. E nessa passagem de uma análise da normalização disciplinar ao poder centrado na vida, a referência ao pensamento médico ocupa um lugar importante entre poder, saber e subjetividade.

A abordagem sobre o pensamento e as práticas médicas integra o esforço desse autor em fazer uma análise da formação de um saber e de um poder de normalização característicos na sociedade moderna. Uma vez que o saber e as práticas médicas estão fundadas numa divisão essencial entre *o normal e o anormal*, o estudo deste saber e destas práticas se tornou uma das principais referências a fim de que a análise do poder pudesse escapar ao modelo de explicação centrado nos termos de uma teoria da soberania. Em Foucault, não se trata de colocar questões sobre o poder, partindo de um modelo jurídico que divide o legítimo e o ilegítimo, mas de pensar nesse tema a partir das noções de estratégias, de mecanismos e de relações de forças.

Na relação entre saber e poder Foucault, em suas análises sobre os saberes e as práticas médicas, decifra as implicações entre as formações de saber, os exercícios de poder e as diferentes formas de produção da subjetividade no presente. No *Nascimento da clínica*, por exemplo, Foucault tenta escrever uma história da medicina diferente da história clássica, na qual o nascimento da ciência médica seria o resultado da clínica moderna. Para este autor, o olhar clínico, que está no fundamento da medicina moderna, não é o resultado do progresso ou da evolução do saber médico, mas tem o sentido de uma invenção histórica.

As reflexões de Foucault sobre as condições de aparição da medicina clínica no final do século XVIII mostram como essa medicina foi possível, dada a conjunção de vários elementos laterais (como as epidemias no final do século XVIII na Europa) e de situações político-institucionais precisas (como a ausência de um modelo de assistência que pudesse responder a essa nova realidade). É neste contexto que vemos organizar-se, então, um novo espaço, isto é, a clínica moderna, que vai reunir a observação, a prática e a aprendizagem médicas, dada a urgência em responder a essa situação específica. Eis uma abordagem ou uma

imagem da medicina em Foucault em que se encontra uma reflexão sobre seu estatuto epistemológico e uma crítica a sua história tradicional.

A obra *Nascimento da Clínica* realiza uma análise descontinuísta da medicina. Não há continuidade entre o conhecimento médico da Idade Clássica (sécs. XVII e XVIII) e a medicina clínica. Foucault realiza uma análise arqueológica da medicina clínica, destacando dois níveis diferentes: o olhar e a linguagem. A clínica moderna nasceu de rupturas, mas não daquelas que a medicina insiste em apresentar para justificar sua origem solene, sua superioridade científica, sua evolução conceitual e epistemológica.

O objeto da obra é a análise da doença e das condições de possibilidade da medicina moderna (a medicina clínica do séc. XIX). A medicina explica sua origem e condição atual dizendo que se tornou científica quando passou a ser empírica, afastando-se do campo teórico-especulativo. Ao rejeitar a atitude predominantemente teórica, sistemática, filosófica, típica da Idade Clássica, ganha uma objetividade que sustenta modernamente sua eficácia e originalidade.

A medicina, em sua trajetória desde Hipócrates, definida como medicina clássica, trazia um movimento contra o pensamento mágico-religioso sobre o corpo, propondo explicações para as doenças, baseadas numa doutrina de uniformidade da natureza e regularidade das causas. Ao definir seus métodos sobre a noção de sintoma, a medicina hipocrática passou a postular que apenas poderia ser tratado pelos médicos aquilo que fosse observável – base racional para o desenvolvimento da clínica médica.

Foucault contesta as concepções da história factual e da história epistemológica. Não foi na modernidade que a medicina descobriu seu objeto, a partir da superação das ilusões subjetivas e infundadas. A medicina não se tornou conceitual, quantitativa e rigorosa por ter ultrapassado o estágio de uma linguagem carregada de imagens, metáforas e analogias. A medicina moderna diz respeito a outro objeto. Deriva de um recorte em um novo domínio. Desloca-se de um espaço de representação, taxonômico, superficial, para um espaço objetivo, real, profundo; de um espaço de configuração da doença, considerada como espécie nosográfica, ou seja, parte da classificação analítica das doenças, para um espaço de localização da doença, o espaço corpóreo individual. Neste deslocamento, emerge uma nova linguagem. O que se transformou foi o modo da existência do discurso médico no sentido em que este não se refere mais às mesmas coisas, nem utiliza a mesma linguagem.

Essas discussões fazem referência à escola francesa e denotam sua influência na medicina praticada no Brasil. Sob esta égide, por exemplo, foram construídos os manicômios, cujo objetivo implícito era o de higienizar a sociedade. O surgimento do manicômio como

forma de organização extremamente disciplinadora e coercitiva pode ser explicitado primeiramente por Foucault (1997), em seu texto sobre a “*História da loucura*”. O hospício, essa instituição, antes de ser um local de cura, era um instrumento de que a sociedade se valia para a manutenção da ordem social.

Em “*Capítulos da História da Medicina no Brasil*”, Pedro Nava (2003) trazia uma contribuição importante: antes de haver a influência francesa - que conferiu um caráter racional à ciência médica, houve a influência portuguesa, incidindo sobre a prática biomédica brasileira.

“A medicina portuguesa oficial teria de influir no Brasil e também marcadamente, a partir do século XVIII, por intermédio dos médicos e dos cirurgiões formados que vinham para aqui, [...] o sistema de hospitalização que decorreu dos institutos da Misericórdia, [...] cujo fim era levantar contra os pecados sociais o antídoto da prática das sete obras meritórias do Evangelho: dar de comer aos que têm fome; de beber aos que têm sede; vestir aos nus; curar os enfermos e pobres; remir os cativos e visitar os presos; dar pousada aos peregrinos; e enterrar os mortos. [...] A criação de hospitais era um imperativo dessas irmandades, pois uma de suas obras é curar os enfermos” (NAVA, 1984:46-7).

Este fato desenhava outros contornos à medicina exercida no Brasil, posto que, sendo fruto de uma medicina portuguesa que também já possuía a contribuição de outros povos, dentre eles os árabes, seu traço mais marcante era o exercício de uma medicina como prática cristã, realizada dentro dos Institutos da Misericórdia e das Santas Casas, cuja fundação, gestão e boa parte dos serviços eram prestados por religiosos, que davam uma dimensão religiosa à doença, rompendo assim com a estrutura científica da própria institucionalização da medicina no Brasil.

Sendo assim, pode-se inferir que no universo brasileiro, no que concerne aos conceitos de saúde, doença e cura, estes sempre estiveram permeados de antagonismos. Desde a colonização, e devido à forte influência da Igreja, a ciência médica, ainda que voltada para o estatuto biológico, entendia a doença como ligada ao aspecto moral e à idéia de pecado e culpa. Havia uma necessidade de vinculação da imagem do cuidado ao outro à devoção, o ato de cuidar, naquele momento, remetia a determinados pré-requisitos: idoneidade moral, devoção e desprendimento. Ou seja, a prática médica assumia um caráter quase sacerdotal. Antes de indicar a assistência ou a terapêutica, ressaltava-se, tanto ao doente quanto àquele que o cuidava, que o fator de cura residia nos desígnios de Deus.

A premissa do pensamento cristão e do espírito de caridade trouxe conseqüências importantes para a organização social da prática médica. Foi fundado um número

considerável de instituições pelas ordens religiosas que exerciam a caridade cuidando dos doentes, feridos, chagados, peregrinos, desvalidos e miseráveis.

Nesse sentido, a biomedicina praticada no Brasil é um tipo singular de prática médica que emerge no *interstício* desse conjunto de influências podendo, assim, produzir pontos de interseção com as práticas de cura populares. A partir dessas explicações, é possível se refletir, então, que tais roteiros terapêuticos, aqui no Brasil, não têm trilhado caminhos tão paralelos, há uma possibilidade de convergência: ambas trazem em sua trajetória as marcas emblemáticas dos princípios da caridade. A relação entre tratamento de saúde e caridade pode ser um fio condutor que permita pensar sobre algumas das condições que tornaram possível essa aproximação entre os profissionais de saúde, e o posto de saúde, com as rezadeiras, pois há vários profissionais de saúde, como o caso citado a seguir, que vêem seu trabalho como um ato de caridade. Do mesmo modo, as rezadeiras também vêem seu trabalho como caridade.

Talvez essa seja a ‘brecha’ que tem permitido que experiências como o programa “Soro Raízes e Rezas” em Maranguape aconteça. Porque mesmo com a resistência de alguns profissionais médicos, como nos casos citados anteriormente, também encontramos profissionais que aderem às práticas de cura não ortodoxas, pois levam em consideração aspectos como espiritualidade, energia, relação holística com o universo, etc. Na pesquisa, foi identificado um profissional médico, cuja orientação religiosa é espírita, que ao fazer certos atendimentos, segundo o mesmo, eram casos especiais: *“Tem gente que a gente percebe claramente que está com problemas espirituais, que sua doença é de outra ordem. Então o que faço? Atendo e anoto o nome numa cadernetinha, aí quando vou para as minhas reuniões de desobsessão lá no Centro, eu coloco esses nomes para receberem o tratamento espiritual. A pessoa melhora e nem sonha... e nem a gente vai dizer, caridade se faz sem se fazer alarde! (...)”*.

Bonet (1996) infere que a prática biomédica estrutura-se em torno do que ele denomina de *tensão estruturante*, ou seja, entre os domínios do saber (associado ao racional e ao científico) e do sentir (associado ao emocional e ao psicológico). Este autor faz uma etnografia da prática médica com o objetivo de analisar como se manifesta essa *tensão estruturante* no processo da aprendizagem da biomedicina, ou seja, entre a prática médica "vívica" e a busca da excelência acadêmica pela aprendizagem, que vão configurar os dois pólos da *tensão estruturante* nos profissionais médicos recém-formados. (BONET, 1996). O cerne de sua discussão é o conflito que o profissional médico neófito enfrenta entre o que aprendeu na faculdade - que o impele a tomar decisões racionais, essencialmente técnicas, e o que ele sente ao exercer a profissão - suas emoções e sentimentos diante de determinadas

situações com pacientes, que significam tomadas de decisões sobre a vida de um outro ser humano.

Os dados dessa pesquisa sobre os médicos de Maranguape que participam do Programa permitem acrescentar que, para além da *tensão estruturante entre o saber e o sentir* discutida por este autor, alguns médicos vivem uma tensão entre sua prática como médico e sua relação com o paciente. Essa relação – como nesse exemplo do médico espírita, é pensada como caridade. Este profissional possui valores e crenças que estão próximos daqueles que fazem parte do imaginário social da população atendida pelo Programa. Assim como a rezadeira, ele também acredita que algumas doenças possuem causas espirituais, e nesses casos sua conduta é semelhante à da rezadeira, no que diz respeito à intenção de “fazer o bem ao próximo” sem esperar recompensa.

O certo é que nos últimos anos tem crescido o número não só de médicos, mas também de profissionais de diversas áreas que buscam compreender a validade de outros conhecimentos e relativizar a presunção universalista e superior da medicina institucional.

1.2 Na trilha das rezadeiras

Nas análises sobre a medicina tradicional, os argumentos se fundamentam nos conceitos de dádiva, dom e contra-dom (MAUSS, 1974) e no princípio da reciprocidade (STRAUSS, 1949), pois neste caso,

“(...) o corpo é percebido como espaço privilegiado da manifestação de desajustes nas relações dos homens entre si e deles com as divindades, tendo como pano de fundo os princípios do catolicismo popular. (...). O princípio da reciprocidade está também presente na concepção de que, quando uma pessoa recebe o dom, deve dedicar-se ao cuidado dos doentes. Essa pessoa recebeu um bem raro e deve distribuí-lo, pois a função do dom apenas será cumprida se ele for aplicado ao tratamento das doenças. A distribuição da dádiva pode realizar-se sob a forma de benzimento e orações. No entanto, é importante notar que os portadores do dom de curar consideram-se um canal através do qual a graça divina é transmitida a quem lhes pede ajuda.” (ARAÚJO,2002:27, 98)

Esse argumento é também utilizado pelas rezadeiras de Maranguape. Em suas falas, a obrigação de atendimento aos doentes é dada por motivações, desde a gratidão por ajuda recebida (Seu Ananias - rezador, foi atendido em promessa feita a santo, por uma cura de doença em si mesmo) até por "questões humanitárias". A maioria acredita ser uma obrigação retribuir o dom que lhe foi concedido realizando curas naquelas pessoas que as procuram. O atendimento aos doentes é obrigatório e possui regras implícitas. Entre as principais estão aquelas presentes em toda economia da dádiva: o atendimento, o favor e a ajuda são sempre concessões aparentemente generosas, desinteressadas. Assim, mesmo que a motivação para

atender responda a critérios diversos, não há dúvida de que a dinâmica da relação entre a comunidade e a rezadeira está inserida no circuito da dádiva e em sua lógica específica. A dádiva é o operador que vincula e obriga, estabelecendo alianças. Ela é constitutiva das relações entre a comunidade e a rezadeira. Nesse sentido, o princípio da reciprocidade é complementar à noção de obrigação.

No caso da medicina tradicional representada neste estudo pelas práticas de cura das rezadeiras, esta tem, claramente, uma relação com a história e a cultura própria das comunidades em que foram criadas. Tais práticas se constituem em um grande sistema de crenças e valores em torno do processo saúde-enfermidade-atenção. Sem cair na exaltação ao curandeirismo convém, porém, assinalar que as práticas medicinais de diversas culturas, embora divirjam essencialmente da medicina ocidental, ainda assim apresentam eficácia comprovada. A crença, pode-se imaginar, tem uma relação importante com esse fato: note-se, nesse ponto, a eficiência do uso de placebos como elementos efetivamente medicinais, e como a auto-sugestão desempenha um papel bastante importante dentro deste contexto. A definição de "eficácia médica", aqui tende a ser relativizada.

Evans-Prichard (*apud* Montero,1986) estudando os Azande, afirma:

“a mente dos povos africanos trabalha com os mesmos modelos lógicos que a nossa, apenas utilizando materiais culturais diferentes. A crença no sistema da bruxaria teria o mesmo tipo de fundamento que a crença na teoria da conspiração na história, no valor terapêutico da psicanálise ou, enfim, em qualquer proposição que se apresente de maneira não-verificável.”(MONTERO,1986:42)

Não se pode ignorar que as práticas da medicina tradicional, não estando de acordo com os preceitos da medicina institucional, nem por isso deixam de ter sua lógica, sua função e, por que não dizer, sua própria eficácia. As pessoas continuam acreditando no poder das orações proclamadas por esses rezadores, direcionadas a vários tipos de males. Como nos informa Lèvi-Strauss em *“O feiticeiro e sua magia”*, a eficácia da magia está na crença da magia. Pouco se deve perguntar sobre o uso de porções, cânticos e outras práticas do xamã. O feiticeiro cura quando virou objeto de consenso: a sociedade sabe (e quer) que ele cure, o doente crê na cura e, por fim, o próprio feiticeiro acredita na sua mágica. (STRAUSS: 1975).

Trata-se, então, de pensar na lógica do consenso e em como, nesse caso, a vontade de curar do curandeiro e o consenso que se cria em torno dos processos de cura, em uma determinada comunidade, legitimam as práticas de cura mágico-religiosas, baseadas nos princípios emblemáticos da caridade, como é o caso das rezadeiras de Maranguape.

Para Geertz, a “*cultura é uma teia de significados*”. Este autor, baseando-se nas idéias de estrutura de Levis-Strauss, mas avançando para uma análise microscópica, afirma: “*acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo estas teias e sua análise, portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado*” (GEERTZ, 1989:15). O autor reforça ainda que a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos os processos sociais, os comportamentos e as instituições. A cultura é, sim, um contexto onde os processos podem ser descritos com densidade. Este contexto, por sua vez, é continuamente retomado, revisto e retrabalhado.

O olhar humano, principalmente o olhar que se apreende através da lente da cultura, percebe significados na vida a sua volta, e estes significados sempre são distintos de uma para outra sociedade. Ela é pública “*porque o seu significado o é e sua ação é simbólica*”. Portanto, ela tem que ser interpretada: ela não é dada. Cultura é, desse modo, atribuição de sentidos, sendo transmitida de geração a geração.

Tomando o tema da observação da natureza e da atribuição de significados, pode-se pensar no poder que algumas religiões atribuem às plantas: há um conceito de plantas fortes, de plantas protetoras, de plantas que atraem entidades ou então repelem maus fluidos, como é o caso da arruda, do comigo-ninguém-pode, do alecrim, etc. Um português, por outro lado, pode utilizar o alecrim como tempero e nem pensá-lo como uma *planta de poder*.

A prova mais substancial de que uma série de características humanas naturalizadas são, na verdade, culturalmente dadas é, antes de tudo, o conhecimento de outras realidades onde há uma variação do padrão cultural. Compreende-se que nada é puramente natural no homem. Mesmo as funções humanas que correspondem a necessidades, como a fome, sono, desejo sexual, etc são significadas pela cultura. As sociedades não dão exatamente as mesmas respostas a estas necessidades. É a partir da percepção da diversidade, da presença do outro, que se pode relativizar, percebendo que existem outras formas, diferentes da nossa, de expressar a dor, outras práticas de cura, resultadas de diferentes e distintas crenças.

No saber popular, as doenças corporais são como resultado dos males da alma – a separação entre corpo e alma não existe. Estes saberes ancoram-se em princípios que levam em consideração a possibilidade de intervenção divina e/ou espiritual no processo de adoecimento, tratamento e cura, mediado pela capacidade concedida a algumas pessoas para diagnosticar e curar os males do corpo e da alma - o “*dom*” das curandeiras (ARAÚJO, 2002). A rezadeira de Maranguape pratica um determinado tipo de religiosidade baseada em origens culturais diversas que se encontraram perpassadas de elementos de magia e

religiosidade, que se assentam em uma *cosmovisão*¹¹ que dá à mulher um valor e um papel preponderante no universo estudado - o município de Maranguape, não apenas dentro da prática ritualística, mas na comunidade como um todo.

Evidentemente que no Programa encontramos também cadastrados rezadores, curandeiros, raizeiros, ‘médicos do sertão’ ou ‘cientistas populares’, mas eles, no caso de Maranguape, são uma minoria. Sobretudo, o que ocorre é que se opera uma inversão valorativa, em que os valores associados ao feminino são positivados e podem vir a ser dominantes, como o espaço da casa, por exemplo. (BOURDIEU, 2003). Nesse caso específico, é o espaço da reza. O que significa dizer que, se no nordeste brasileiro, e mais precisamente nesta comunidade em estudo, os traços marcantes de uma sociedade patriarcal ainda estão muito presentes, concedendo ao homem um lugar de destaque, em assunto de reza e de cura, quem ocupa este lugar é a mulher. No *imaginário coletivo* desta população está impressa essa marca cultural que “reza é coisa de mulher”. E o valor destes atributos não é negativo, e sim positivo. Na mesma lógica de inversão, ser bruxa não é uma acusação de malefício (EVANS-PRITCHARD, 1978), mas uma expressão de dons. É nesse sentido que a prática da rezadeira sempre lhe confere prestígio e reconhecimento social. Refiro-me ao fato de que a comunidade reconhece e legitima as rezadeiras e seus poderes conferindo-lhes autoridade e, desse modo, um *status* diferenciado dentro da comunidade.

Partindo dessa reflexão, em lugar de definir a rezadeira por meio de uma conceituação *a priori*, que supostamente serviria de ferramenta para o trabalho, este texto propõe pensar a noção de rezadeira como uma "categoria nativa", ou seja, a partir do sentido a ela atribuído por quem a vive, considerando-o como um ponto de vista. Embora nunca se esteja inteiramente seguro de que o que se atribuí ao outro corresponde ao que ele atribui a si mesmo, dificuldade inerente às relações intersubjetivas, pode-se, pelo menos, buscar uma abertura no sentido dessa aproximação ao outro, que caracteriza a prática etnográfica.

Vimos que esses estudos abordam o processo saúde-doença como uma experiência subjetiva e diretamente ligada à dimensão cultural. A cultura influencia diretamente todas as etapas, desde a sensação de saudável ou doente, a começar pela percepção das alterações, a classificação destas, a busca por ajuda, a adesão a um determinado tratamento, sua eficácia e a cura.

Retomar um pouco a trajetória realizada por tais práticas, no contexto do pensamento ocidental - presente nos estudos antropológicos -, e sobretudo, na sua relação com outras

¹¹ Maggie afirma ser cosmovisão “a visão de mundo através da qual cada cultura interpreta a totalidade do universo e atua nele. É determinada por sua história, seus costumes e linguagem.” (MAGGIE, 1996. p.225-34).

formas de concepção de mundo produzidas pelo homem, pareceu-me abrir uma possibilidade de entendimento mais adequada dos diversos conteúdos e significados com os quais podemos nos deparar ao se analisar o universo de Maranguape.

1.3 Na encruzilhada um encontro: Do conhecimento científico ao conhecimento comum

Muitos investigadores pretendem conseguir estabelecer um elo permanente entre as doutrinas científicas e a tradição. Neste ponto é precisamente onde estamos atualmente, a aliança entre práticas de cura, institucionalizadas ou não, atraídas entre si, construindo uma dimensão de integralidade.

Organizações importantes se apropriaram dessas concepções antropológicas. O modelo bio-social, pensado em Alma Ata¹², é um exemplo disso. Em favor dessa realidade surgiu a intenção aberta de aproveitar as experiências, os conhecimentos da população e da medicina tradicional nos sistemas de saúde no mundo, que se iniciou oficialmente com a declaração de Alma Ata em 1978, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) convidou os países membros para procurar e obter a participação ativa da população, aproveitando seus conhecimentos nesta medicina tradicional, considerando suas necessidades, recursos locais e características sociais e culturais¹³. A própria OMS estabeleceu uma definição de medicina tradicional, como sendo:

“um sistema abstrato de conhecimento mágico religioso, que está firmemente enraizado em um substrato ideológico, que manifesta uma notável capacidade de adaptação à mudança. Compreende o conjunto de idéias, conceitos, crenças, mitos e procedimentos, sejam explicáveis ou não, relativos às enfermidades físicas, mentais ou desequilíbrios sociais”(BRICEÑO-LEÓN, R.1993:91).

Após esse acordo, foram emitidos diversos outros acordos e propostas internacionais para valorizar o sistema tradicional de cura, como o artigo 25 do convênio 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT,1989) e, mais recentemente, a proposta da Organização Pan-americana da Saúde sobre Medicina Tradicional e Terapias Alternativas(2002). Portanto, nos últimos anos, tem se observado um esforço para abrir um espaço de diálogo entre essas medicinas. Ainda que se entenda que este espaço de diálogo seja, na verdade, um meio para se cooptar estes outros saberes, institucionalizando-os e normatizando-os. Contudo, é com um espírito de dialogar que abordo alguns conceitos,

¹² Declaração de Alma-Ata - URSS: A conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata em 12/setembro/1978, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

¹³ BRICEÑO-LEÓN, R.,. Población, salud y ambiente en el desarrollo latinoamericano. Revista Venezolana de Sociología y Antropología, 3:90 - 104, 1993.

circulando entre os antropólogos que trabalham na área da saúde. Repensando a relação saúde/cultura, há uma proposta de um modelo alternativo ao da biomedicina. Esta, sendo relativizada e vista como um modelo médico entre vários outros modelos, seja este o dos chineses, dos hindus, ou dos índios. O enfoque principal da biomedicina, em seu *sensu stricto*, é a biologia humana, a fisiologia ou a patofisiologia, onde a doença é vista como um processo biológico universal. As discussões mais recentes em antropologia questionam a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico e concebem saúde e doença como *processos psicobiológicos e sócio-culturais*. Nesta abordagem, a doença não é vista como um processo puramente biológico/corporal, mas como o resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva de aflição. Por tudo isso, vem se desenvolvendo em vários locais, a exemplo do Município de Maranguape, um esforço de articulação entre a medicina tradicional e os serviços de atenção primária à saúde, a dizer, institucionalizada. Outros casos semelhantes de se tentar conjugar as práticas médicas institucionalizadas a práticas de curas ligadas à cultura de uma determinada comunidade estão relatados em estudos antropológicos recentes, demonstrando que essa experiência em questão não é inédita no Brasil, nem mesmo no estado cearense.

Podemos citar, como primeiro exemplo, o Projeto “Quatro Varas” criado em 1988, na comunidade de mesmo nome, localizada na zona oeste de Fortaleza, com a finalidade de promover não somente à saúde, mas a assistência social na comunidade, que conta com o apoio logístico da Universidade Federal do Ceará, e disponibiliza profissionais da área da saúde para o atendimento comunitário, num trabalho voluntário em parceria com os agentes populares de cura pertencentes à comunidade. Neste Projeto estão presentes, no mesmo espaço e no exercício de suas atividades, tanto os profissionais da biomedicina, da psicologia, assistentes sociais, farmacêuticos e estudantes de diversas áreas da saúde e das ciências sociais - que fazem estágios e cursam disciplinas práticas-, quanto terapeutas alternativos, bem como rezadeiras, raizeiros, umbandistas, entre outros.

Evidentemente, em um trabalho tão *eclético*, há de se prever a existência de conflitos. Este projeto tem sido alvo constante de muitas críticas, mas também de elogios, e conta com o auxílio de organizações não-governamentais nacionais e estrangeiras.

O projeto “Quatro Varas”, em Fortaleza, serviu de referência e de inspiração para as idealizadoras do programa “Soro Raíces e Rezas”, em Maranguape. Seu material didático, e muito do discurso das idealizadoras, podem ser encontrados no material impresso elaborado pela coordenação do Projeto “Quatro Varas”, sendo inclusive alvo de disputas autorais.

Outro exemplo está presente nos estudos de Melvina Araújo sob o título: *Das plantas medicinais à fitoterapia*, pesquisa realizada com um grupo biomédico e outro popular, em Londrina/Pr, no período compreendido entre os anos de 1995 a 1998, que tratava dos dilemas inerentes à tentativa de diálogo entre esses dois universos culturais distintos. O ponto de partida da pesquisa era a discussão sobre a implantação da fitoterapia na Rede Municipal de Saúde de Londrina, colocando em pauta o relacionamento entre as lógicas biomédica e popular através do preceito de “recuperação do conhecimento terapêutico popular”. A fitoterapia foi objeto de uma longa discussão que resultou na elaboração do Projeto de *Implantação da Fitoterapia na Rede Municipal de Saúde de Londrina*. Esse projeto, apesar de ter contado com o apoio dos dirigentes da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina (gestão 93-96) e de ter sido objeto de reivindicação de setores do movimento popular em saúde, não chegou a ser concretizado porque, segundo a autora, “ (...) a intenção de se implantar a Fitoterapia encerrou um encontro entre duas lógicas tentado politicamente e um desencontro de dois mundos no plano da cognição”. (ARAUJO:2000).

Destaca-se, entretanto, que mesmo apresentando problemas e entraves que dificultam o diálogo entre os participantes, podendo comprometer o funcionamento desses Programas, tanto no Projeto *Quatro Varas* quanto no Programa *Soro Raízes e Rezas* é possível detectar efeitos positivos, a partir da “aliança” entre esses diferentes saberes, na comunidade em que atuam.

Essa relação entre a medicina institucional e a medicina tradicional tende a produzir novos conhecimentos no campo da saúde, por certo, mas promovem, especialmente, o contato de experiências e expectativas diferentes em relação à cura, à pessoa responsável pelo tratamento, à condição da doença. Desse modo, este contato não é apenas um contato de técnicas: é um contato de visões de mundo acerca da relação homem-natureza, ambiente, sociedade, saúde, práticas reconhecidas. É também um contato entre agentes sociais situados em instituições, comunidades, etc.

Na análise em questão, trato de dois grupos¹⁴ sociais, a saber: o grupo das rezadeiras, representando o espaço da cura popular; e o grupo dos médicos, da medicina institucionalizada. O campo de poder, associando a noção de “campo social” de Bourdieu, é entendido como:

“as relações de força entre as posições sociais que garantem aos seus ocupantes um quantum suficiente de força social – ou de capital – de modo a que estes tenham a possibilidade de entrar nas lutas pelo monopólio do poder, entre as quais possuem uma dimensão

¹⁴ Aqui trato como grupos apenas para efeito de sistematização e análise.

capital que têm por finalidade a definição da forma legítima do poder” (BOURDIEU, 2003:29),

A relação se dá entre o saber médico-legal e o saber popular. No grupo médico há uma tendência, ainda na maioria desses profissionais, a se acreditar que a explicação deve ser buscada na ciência, a partir dos pressupostos de investigação propostos por ela e não por afirmações feitas pelos pacientes, baseadas na sua própria experiência ou no conhecimento do senso comum. No grupo das rezadeiras as doenças se manifestam no corpo, mas o transcende, e suas causas são de ordem espiritual.

O jogo de poder existente na relação médico *versus* rezadeira pauta-se na institucionalização de um novo discurso, resultando numa nova configuração dessas duas práticas. Surge um arranjo que sugere uma noção de integralidade, resultado de elementos interligados que buscam operar como um todo, mesmo que na prática manifeste uma tensão.

Neste município, ambas as práticas - biomedicina e as práticas de cura das rezadeiras, se contaminam uma com a outra, um exemplo disso é o *soro benzido*. Este medicamento utilizado pela biomedicina recebe a benção, que se torna o agente catalisador que potencializa a cura. Por outro lado, a ação e a eficácia da benção incorpora um novo elemento - o soro, ainda que a lógica do ritual se mantenha.

Desse modo, as práticas de cura populares são entendidas, não como uma tradição que se mantém através de um conjunto de rituais que se repetem, mas como uma construção social contínua, por estar inserida numa sociedade sempre em movimento, já que a realidade é dinâmica e não se repete na totalidade dos fatos. Nenhuma realidade se reduz ao saber, a realidade é independente, ela é o devir. Com a prática biomédica não é diferente, ela também se transforma e sofre adaptações. Quando os profissionais médicos de Maranguape aceitam compartilhar o “espaço da cura” com as rezadeiras, aparentemente contrariam algumas discussões que estão postas na literatura, que coloca este *locus* como um lugar privilegiado da ciência médica.

Assim, se por um lado, as análises sobre a medicina tradicional e a medicina institucional refletem duas cosmologias diferentes, podendo produzir uma tensão que se estabelece ao aliá-las, por outro lado, as influências que incidiram sobre a biomedicina produziram uma ciência que flexibiliza seus paradigmas, relativiza sua prática, diversificando-se ao sabor de circunstâncias históricas, políticas e culturais. Quanto ao outro personagem desta história - as rezadeiras, como já foi dito anteriormente, esta é uma tradição que se atualiza. Em síntese, embora a lógica médica e a lógica de cura popular pareçam contrastantes, e que para fins heurísticos seja importante separá-las, aqui no Brasil e

marcadamente no Nordeste, elas estão se vinculando o tempo todo, argumento reforçado pela pesquisa de campo, para este estudo de caso em Maranguape, desde de que esta encruzilhada esteja numa perspectiva de integralidade destas duas medicinas. A pesquisa deixa claro que somente a rezadeira não foi capaz de resolver os problemas de saúde da comunidade, nem tampouco a chegada dos médicos com a implantação do Programa de Saúde da Família. Somente a “aliança” entre ambos fez cair a mortalidade infantil.

Ressalto, portanto, que se a cultura e as concepções sobre saúde e doença condicionam o modo de vida dos seres humanos, condicionam, mas não determinam, pois é também verdade, que as pessoas modificam esses padrões, reconstruindo valores e concepções. De modo correspondente à abordagem dialógica da saúde, a cultura é entendida como um processo de interprodução ou de co-produção. Identifica-se assim, uma relação desigual de forças nessa co-produção, porém é dessa desigualdade e das implicações dos movimentos de dominação que é gerada a base para a transgressão e para a produção de novos padrões.

Mesmo que fique claro quem, nesta configuração, domina o jogo, desde o título do Programa quando lemos: A incorporação das rezadeiras ao sistema público de saúde e não o contrário, a adesão dos médicos ao curandeirismo, por exemplo, mesmo assim é possível se perceber a transgressão, quando visitamos um Posto de Saúde e encontramos lado a lado com os consultórios dos dentistas e médico, uma sala decorada com santos, velas e folhas de pinhão-roxo, denominada “*Recanto da Fé*,” onde o rezador exerce sua função, benzendo e prescrevendo “menzinhas” e “lambedôs”. Desse modo, esses atores sociais constroem estratégias e atualizam tais práticas. Reafirmando que

“(…) nem a medicina oficial nem a popular são empregadas por causa da sua eficácia. Tanto as medicinas oficiais como as populares são eficazes no meio social que as empregam justamente quando são utilizadas em sintonia simbólica com a cultura desse meio social”.
(QUEIROZ E CANESQUI, 1986:146)

O que significa dizer que os distintos modos de curar são criados e recriados por esses agentes curadores-médicos e rezadeiras nesse universo, atendendo a uma determinada demanda dentro da estrutura social que estão inseridos.

Quando entrevistei Afonsina - enfermeira¹⁵ e coordenadora do Posto de Saúde que foi alvo desta pesquisa -, indaguei sobre a criação de uma sala, dentro dessa Unidade Básica de Saúde, para a rezadeira. Obtive, como resposta: *"Há cinco anos, quando cheguei em*

¹⁵ Declaração dada em entrevista datada do dia 12/04/2005, pela Enfermeira Maria Alves de Souza - Afonsina, formada pela Universidade Federal do Ceará, ministrou aulas nos cursos de Enfermagem e Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará - UECE, é atualmente funcionária do Hospital Geral de Fortaleza - HGF e Coordenadora responsável pelo Posto de Saúde, onde foi iniciada a pesquisa de campo.

Maranguape, já encontrei esse “Programa Soro, Raízes e Rezas”. Comecei a observar que as mães procuravam primeiro a rezadeira. Por que não unir a fé à parte material, à ciência? Para facilitar, abrimos um espaço aqui mesmo, no Posto de Saúde para a rezadeira”.

Percebe-se que o discurso desta coordenadora traduz seu entendimento sobre este universo social onde se situa o Posto, vez que ao perceber qual o roteiro terapêutico escolhido pela comunidade e quais as motivações para tal escolha, ela inventa um novo espaço que privilegia e sintoniza com a cultura local.

Entretanto, ela faz uma distinção entre as duas práticas de cura, considerando que a primeira é potencializada pela fé e a segunda, pela ciência. Ora, como afirmou Queiroz e Canesqui (1986), se as noções tradicionais de tratamento, de sintomatologia, de relação ambiente-doença são condicionadas pela estrutura cultural de cada povo, assim, quando a comunidade adota a medicina institucionalizada é porque tem arraigada em si a concepção da validade das concepções médicas e, a despeito de sua estrutura científica, do mesmo modo, acredita por fé, em seu funcionamento. Ou seja, se é a fé na magia que promove a cura, no caso da rezadeira, é a fé na ciência, no caso da medicina, que produz o mesmo efeito. As dimensões de busca de saúde em ambos os casos estão baseadas na fé.

A questão é discutir os termos “fé” e “saber”. Fé é mais do que “crença-atitude de quem se persuadiu de algo pelos caracteres de verdade que ali encontrou”, é confiança. E saber não significa conhecer a verdade, significa possuir informação merecedora de confiança. Os problemas da fé não são do tipo: “será verdade isto?”, mas do tipo: “posso confiar nisto?”. As pessoas que vão aos consultórios e que pouco sabem sobre a ciência médica, mas acreditam, acreditam porque confiam. A fé na ciência aceita que a experiência da fé seja uma das fontes do conhecimento.

Sylvie Fainzang (2001) quando pesquisava sobre as atitudes culturais face à receita e aos medicamentos em um grupo no sul da França conclui:

“O conjunto dos resultados obtidos revela a relação que estes pacientes, de diferentes grupos culturais, possuem com a autoridade médica, comparável com a atitude que os pacientes praticantes possuem em relação à autoridade religiosa. Além do nível sócio-cultural dos indivíduos, observamos, por exemplo, mais por parte dos pacientes de origem católica e muçulmana do que por parte dos pacientes de origem judia e protestante, uma submissão mais forte em relação ao médico. Esta pesquisa mostrou que os comportamentos que os indivíduos possuem em relação à saúde, à doença e à autoridade médica trazem consigo a marca de sua origem cultural religiosa e de sua história. De fato, esta marca cultural alinha suas formas não somente em relação aos sistemas de pensamento aos quais os grupos se relacionam ou às doutrinas sobre as quais eles se

apóiam, mas também na história coletiva destes grupos”.
(FAINZANG, 2001:21)

Desta maneira, não importando se é no modelo biomédico vigente, mecanicista e reducionista que pode levar algumas pessoas a delegar toda a responsabilidade por sua saúde ao médico e aos medicamentos, pois foram condicionadas a pensar que somente este profissional sabe o que as deixou doentes, ou se é na rezadeira, sendo esta considerada um dom de Deus, cuja prática traz conforto, resignação e esperança para enfrentar os problemas de saúde numa visão fatalista do mundo, pois defendem que seus males são desígnios de Deus, em ambos os casos a representação de saúde-doença está ancorada no pensamento religioso, no qual a fê é uma categoria fundante.

Este universo pesquisado - o município de Maranguape, a medicina institucional representada pelo médico e a medicina tradicional representada pela rezadeira produziram na comunidade estudada um contexto de integralidade: *o encontro na encruzilhada*.

No mês de agosto de 2005, no Posto de Saúde presenciei, em algumas ocasiões, a funcionária responsável pela distribuição de senhas para as consultas perguntar à pessoa que buscava atendimento se ela não desejava ser atendida pelo rezador, vez que, naquele dia, o médico havia faltado e a enfermeira estava de férias. Sua atitude colocava em “pé de igualdade” tanto o médico, quanto a enfermeira e o rezador. Esse *encontro na encruzilhada* é também reafirmado pelos pacientes com uma noção de integralidade, pois não são raros os que, depois de irem ao médico, ou à enfermeira, não dispensam uma “passadinha” no rezador para “reforçar” o tratamento: Há dias com dificuldades para dormir, a dona de casa Francisca de Souza do Nascimento procurou o Posto de Saúde. Depois da receita do médico, foi para a sala do rezador. *"Fico muito bem quando ele reza. Já tive problema nervoso e ele receitou remédio caseiro. Vim hoje porque estou com insônia, pesadelos, dores no ombro, no pescoço". Francisca diz que já se valeu das rezas em vários momentos da vida. "Melhor muito quando ele reza em mim. Fico boa, sem sentir nada".* Mas, ela não dispensa o saber da equipe de saúde. *"Vou para as consultas com o médico e a enfermeira. Tomo os remédios todos. E vou para a reza".*

Na fila, aguardando para ser atendida, Graci Gonçalves da Silva, 28 anos, casada, faxineira, comentou: *"Vim, porque eu vim falar com a doutora, mas também pro rezador, porque eu estou com problema nas minhas costas, a minha coluna está inflamada, e eu acho que é porque ela está caída, sabe? Como o povo diz, espinhela caída, né?"*. Quando lhe foi perguntado se ela não achava que o médico saberia tratar desse tipo de doença ela respondeu: *" Eu acho que cura, sabe? Mas assim: também um rezador, às vezes, cura mais rápido do*

que a medicina. Mas o que eu acho bom aqui nesse Posto é que têm os dois. Aí o tratamento fica completo.”

Márcia Maria Nogueira da Silva, 19 anos, com o bebê no colo, enquanto espera seu momento de ser atendida pela enfermeira, percebe que não há ninguém para ser atendido pelo rezador, então se apressa para “ganhar tempo” e vai até o “Cantinho da Fé”: “(...) *Eu tenho dois filhos. Meu filho tem 7 meses, ele está com virose, (...) nunca precisou internar quando ele tem essas doenças. Sabe por quê? Porque sempre eu venho pra cá, levo com a doutora e levo logo ele pro rezador, aí a doença perde a força.”*

Para a comunidade, o tratamento feito com o profissional de saúde e com a rezadeira, como disse Maria Antonia do Nascimento: “*Eu acho bom, não tenho o que dizer, nem de um, nem de outro, de jeito nenhum. Eu não tenho nem palavras! Eu tenho muito que agradecer, por ter esse Posto aqui que tem tudo. Acho legal porque tem coisa que nem os médicos mesmo explicam, não é? Às vezes nem eles mesmo entendem o que aquela pessoa tem, né? Cura, cura, cura, e nada da pessoa ficar boa, né? E às vezes a pessoa vai pra uma rezadeira e fica boa, nem ela também sabe, mas esse povo que reza é mesmo para curar essas coisas sem explicação. Assim a gente indo aos dois não tem jeito da doença ficar, de um jeito ou de outro, a doença se vai... (...).”*

Assim, se este *encontro na encruzilhada* não parece ainda presente nas ações de uma parcela dos profissionais médicos de Maranguape e, às vezes, nem mesmo nas ações de algumas rezadeiras nesse município, para a comunidade ele surge com a implementação do Programa *Soro Raízes e Rezas*.

Capítulo II

A história do Programa: Soro Raízes e Rezas

"A implantação do Programa veio para mudar uma realidade. Antes, a rezadeira rezava e dizia para a mãe que voltasse daqui a dois dias para rezar de novo. O ritual se repetia durante o período de três a nove dias. Enquanto isso, a criança ia piorando e somente ia ao médico quando não havia mais jeito. Hoje, com a implantação do Programa, a hidratação oral já é iniciada no primeiro dia da reza, ela reza na criança, ensina a mãe a preparar o soro, benze os saquinhos com os sais - "o soro benzido" e entrega para mãe. A criança é encaminhada pela rezadeira para a Unidade de Saúde, com uma senha que lhe confere prioridade no atendimento. As rezadeiras também incentivam o aleitamento materno. Além disso, foi mostrada a importância da água filtrada para a preparação de chás e infusões feitas pelas rezadeiras. Em um ano, reduzimos a mortalidade da criança por diarreia para quase zero."¹⁶

Neste capítulo, levanto a história da implantação do Programa considerando as motivações, as parcerias, as relações que se estabeleceram e os arranjos que promoveram seu surgimento. Investigo o que tornou possível sua manutenção, identificando, no cotidiano, os agentes envolvidos e como estes agentes se posicionam uns em relação aos outros.

2.1 Como e porque surgiu a idéia para a implantação do Programa

Em janeiro de 2005, a pesquisa para este estudo foi iniciada. Para saber sobre o Programa, como surgiu a idéia, sua implantação e como estava sendo implementado, solicitei uma entrevista com a assistente social da Secretária de Saúde, que tinha seu nome publicado na página da Internet, como uma das idealizadoras e responsável para prestar esclarecimentos sobre o mesmo. Em entrevista, Ruth Cavalcante relata que, em Maranguape, o Programa "Soro, Raízes e Rezas" propõe uma parceria entre a equipe do Programa de Saúde da Família - PSF e os rezadores¹⁷ do município. A idéia nasceu da preocupação de três funcionárias da Secretaria de Saúde, uma assistente social - Ruth Cavalcante -, e duas enfermeiras - Fátima Viana e Tânia Vasconcelos -, sobre o elevado índice de mortalidade infantil do município. "Em 1999, 2000, a mortalidade infantil era de 30 crianças por mil nascidos vivos. E 40% das mortes eram por diarreia", de acordo com as informações dessa assistente social.

Em 1998, Maranguape tinha 90 mil habitantes e somente dois médicos. O número depois foi ampliado para dezenove médicos pelo Programa Saúde da Família, mas o índice de

¹⁶ Parte de uma entrevista concedida em 19 de janeiro de 2005, por Ruth Cavalcante, assistente social, funcionária da Secretaria de Saúde e uma das idealizadoras do Programa.

¹⁷ Dados obtidos na Secretaria de Saúde no município de Maranguape, em entrevista concedida em 19 de janeiro de 2005, por Ruth Cavalcante, assistente social, funcionária da Secretaria de Saúde e uma das idealizadoras do Programa.

mortalidade infantil continuou alto¹⁸. *"É normal o sistema de saúde avaliar os óbitos em crianças menores de um ano"*, explica Ruth. A equipe da Secretaria decidiu investigar os óbitos por meio da **autópsia verbal**¹⁹, um processo que utiliza questionários detalhados para saber as condições sócio-econômicas das famílias e o atendimento no serviço de saúde, entre outras questões. Os agentes de saúde conversaram com as mães sobre como aconteceram os óbitos. Para reduzir a mortalidade infantil por diarreia, a equipe da Secretaria de Saúde percebeu que precisava considerar a importância das rezadeiras, entendendo a função dessas pessoas na comunidade. *"Observamos no relato das mães que elas não levavam os filhos diretamente para os médicos nem para os postos de saúde, mesmo próximos de casa. Antes, levavam para as rezadeiras, líderes na comunidade de grande importância"*.

Segundo Ruth Cavalcante, o município já havia traçado diversas estratégias para combater a mortalidade infantil e não havia adiantado. *"Então o que fazer? Aí entendemos que precisávamos considerar o saber da equipe de saúde, mas também, da rezadeira. Descobrimos que a força da crença é tão importante quanto a força da ciência. A população aqui valoriza muito o rezador"*. As rezadeiras então foram integradas às ações de saúde do Programa de Saúde da família²⁰. A pesquisa de campo revelou, ainda, que o critério utilizado para o cadastramento foi inicialmente a identificação e reconhecimento, pelos moradores da área, de uma determinada rezadeira e depois a aceitação pela rezadeira em participar do Programa. Nesse sentido alguns argumentos foram utilizados pelos agentes de saúde: *"Agora os médicos também acreditavam nelas"*; a Secretaria de Saúde vai mandar buscá-las para passear de carro na sede do município quando houver as reuniões; quem participar do Programa ganha um filtro para ter água filtrada em casa; recebe uma bolsa que deve ser usada para guardar os sais de hidratação, estes são alguns exemplos. Estes argumentos assumiram relevância, pois ganhar um filtro para quem só tem potes; andar de carro, para quem faz seus percursos, ainda que longos, a pé; ter o reconhecimento de *um doutor*, vêm a se caracterizar um privilégio dentro desta comunidade pobre.

Contudo, a despeito do que foi relatado, não foi detectada concorrência entre elas, pois há uma grande demanda e todas realizam muitos atendimentos. Há também o fato de que

¹⁸ Fonte: Séc. da Saúde do Município / Coordenação de Atenção Básica - SIAB. Dados do Sistema de Informações do Departamento de Epidemiologia do Município- SIM

¹⁹ Modelo de questionário desenvolvido pela Equipe de Saúde visando a investigar as causas da alta mortalidade infantil no município. A aplicação dos questionários foi feita pelos agentes de saúde da Equipe do Programa de Saúde da Família - PSF.

²⁰ O Programa de Saúde da Família no município de Maranguape estava composto por 19 equipes, em 1998, depois ampliada para 21 equipes em 2005. Cada equipe está baseada em um Posto de Saúde. Sendo que 9 equipes estão situadas na Zona Urbana e 11 na Zona Rural do município.

apesar do cadastramento, a Secretaria não as remunera, permanecendo seu trabalho voluntário *como recomenda a tradição*.

A Secretaria Municipal da Saúde, na primeira gestão, cadastrou 188 rezadores em Maranguape²¹. Cada grupo de rezadeiras de uma área está vinculado a uma Agente de Saúde. Estas são pessoas da mesma comunidade onde trabalham, conhecem todos os moradores de sua área, sabem quem são e onde moram as rezadeiras.

A figura do Agente de Saúde compondo a equipe do Programa de Saúde da Família surgiu com o duplo objetivo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca, ao mesmo tempo em que se contribuísse para a melhoria dos serviços de atenção básica em saúde. Pois, ela é uma pessoa que está preparada para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e da saúde comunitária. Ela age conjuntamente com uma Unidade de Saúde-Posto, e atende os moradores de cada residência da região em que é responsável. Nas visitas, ela deve atender questões relacionadas a: identificação de problemas, orientação, encaminhamento e acompanhamento de procedimentos necessários à proteção, promoção e recuperação da saúde nas pessoas da comunidade.

Portanto, sem a participação destas Agentes de Saúde seria difícil articular e orientar todas as rezadeiras envolvidas atualmente no Programa. Uma das razões é que, sendo da mesma área das rezadeiras, ambas possuem o mesmo *ethos*²², e esse fato favorece o intercâmbio de informações entre as rezadeiras e os objetivos perseguidos pela Secretaria de Saúde. Essas Agentes se tornaram uma ponte entre os saberes locais, dos espaços e cotidianos vividos, e as políticas públicas de saúde do Município. Foi colocado diversas vezes por profissionais da saúde: “*Elas, melhor do que ninguém, sabem quem são as rezadeiras de suas áreas e conseguem chegar até elas*”. Por essa razão coube a estas identificar e cadastrar as rezadeiras de sua área. Assim, se a rezadeira se tornou uma ponte entre a comunidade e os profissionais médicos, a Agente de Saúde foi a ponte entre a rezadeira e a Secretaria de Saúde.

²¹ O cadastramento dos rezadores foi feito pelos agentes de saúde. Os agentes são funcionários que prestam serviços à Secretaria de Saúde do Município e que foram selecionados na própria comunidade. Portanto, conhecem com profundidade e participam do cotidiano das famílias de sua área. Esses agentes têm como tarefa, para avaliarem a saúde da população de sua área, fazerem visitas periódicas às famílias.

²² Entendendo *Ethos* como costume, caráter, marca, “jeito de ser”, de uma determinada comunidade. Ou seja, *ethos* como o resultado do trabalho conjunto do grupo de indivíduos, como instituidor de significações diferentes para as ações e relações no interior de cada sociedade. Um conceito (*ethos*) que deve muito ao de “configuração” e de “modelo cultural” [*pattern*] elaborados por Ruth Benedict: *Patterns of Culture* (1934) e que Bateson já definirá e explorará na sua primeira monografia antropológica: **BATESON**, Gregory. (1965), *Naven: A Survey of the Problems Suggested by a Composite Picture of the Culture of a New Guinea Tribe Drawn from Three Points of View*. California: Stanford University Press.

Para identificar a Agente de Saúde de sua área, a rezadeira desenha um símbolo na ficha de encaminhamento, pois a maioria é analfabeta ou analfabeta funcional. Por exemplo: Quando a rezadeira que pertence à área da Mariene faz um encaminhamento para o Posto, ela desenha um sol. Assim, as agentes de saúde são identificadas pelo desenho de: estrela, nuvem, meia lua, lua cheia, coração e flor.

Para o primeiro Encontro foram organizados grupos de conversa para troca de experiências entre as 19 equipes do Programa Saúde da Família e as rezadeiras. Como a maioria das rezadeiras é de católicas, idosas e com limitações de escolaridade, para facilitar a compreensão, foram elaborados para esses encontros materiais ilustrados de informação.

A Assistente Social relata o momento deste primeiro Encontro entre os profissionais de saúde e os rezadores. Nele, foi constatado que médicos e rezadeiras atribuíam causas diferentes para uma mesma doença: Para as rezadeiras, crianças com diarreia eram vítimas de *mau olhado*, *quebranto*, enfim, causas espirituais, enquanto que para os médicos, estas crianças estavam expostas a presença de bactérias, resultado da falta de higiene. Importante realçar que para a entrevistada, o profissional médico deve ter “*um determinado perfil*”, caso contrário ele não se “*enquadra*” no Programa, ou seja, ele deve ser capaz de relativizar sua prática. A relativização desse profissional médico refere-se ao fato de que ele deve ser capaz de perceber o significado que esta comunidade concede à “*reza*” na efetivação da cura. Para aceitar que a equipe do Programa, antes constituída por profissionais de saúde, agora integre um novo elemento - a rezadeira. Esta que, não sendo um profissional de saúde nos moldes institucionais, tem sido a responsável pela ida dos moradores ao Posto, pois parte da clientela do médico é indicação da rezadeira.

A experiência no campo, no entanto, tem sinalizado outras variantes que me fazem questionar se o médico que se enquadra no Programa tem mesmo sido capaz de relativizar sua prática. As entrevistas têm revelado um profissional, cujas características não indicam realmente sua relativização, mas que ele é mais poroso e flexível, que tem tido uma maior capacidade de fazer a “*captura*” desse modelo de cura das rezadeiras, de uma forma - digamos assim - diplomática, seja por questões pessoais, para manter o emprego, seja por motivações políticas, quando ele almeja um cargo no serviço público²³.

Um outro dado que reforça meu argumento é o relato que se segue: A entrevistada comenta que foi detectado que não bastava prescrever o soro de hidratação para que a população o adotasse, fez-se necessário que as rezadeiras fossem “*treinadas*” para indicar a

²³ O primeiro Secretário de Saúde da segunda gestão é médico, que foi sucedido pela esposa do atual vice-prefeito. Informação obtida em entrevista com a atual Secretária de Saúde em 09/02/2006.

receita na hora da reza. Assim, para estimular as mães adotarem a indicação médica, as rezadeiras benzem o soro. A Secretaria doa os *kits* de hidratação oral e os agentes de saúde repassam os sais de hidratação para os rezadores. Nota-se que quem teve sua prática relativizada foram as rezadeiras que inicialmente passaram por um processo de capacitação e posteriormente tiveram que incluir em sua prática um novo elemento: o soro. Nessa perspectiva, a relativização ocorre na relação dessas identidades sociais, entre os indivíduos que fazem parte de ambas estando, ao mesmo tempo, separados e unidos por um laço tenso e desigual de interdependência.

Já foram realizados três Encontros de rezadeiras pela Secretaria Municipal da Saúde, em 1999, 2003 e 2005, para compartilhar conhecimentos e proporcionar uma capacitação. Nesta oportunidade foi feita uma nova distribuição, às rezadeiras, dos *kits* de reidratação (filtro de barro para armazenar água, jarra e colher de cabo longo para evitar que a mão entre em contato com o soro durante o seu preparo e uma bolsa para guardar os *saches* de sais de hidratação). São dados oficiais do último cadastramento feito em 2005: foram acrescentadas o número de equipes do PSF, de dezenove para vinte e uma. Cada equipe é formada por um médico, um dentista, uma enfermeira, pelo menos dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar de consulta dentária e de cinco a dez agentes de saúde. As rezadeiras cadastradas, que são consideradas parte integrante das equipes, passaram de 188 para 193.

Este dado foi veiculado na *mídia* e está impresso nos *folders* de divulgação do Programa para o 3º Encontro. Mas este dado é questionável. Primeiro, não foi possível obter o dado oficial da Secretaria, pois o cadastramento ainda não foi concluído, segundo informações da assistente social. Segundo, em uma das áreas em que foi concentrada esta pesquisa, os dados oficiais apresentavam dez rezadeiras, entretanto, na pesquisa de campo, três delas não foram localizadas. As agentes de saúde, nas primeiras entrevistas, todas declararam que tinham cadastrado rezadeiras em sua região. Num segundo momento, quando foi pedido nome-a-nome, de cada agente e as rezadeiras de cada região, para que fossem entrevistadas, uma agente de saúde declarou que não havia rezadeiras cadastradas na sua área, pois elas tinham se mudado do bairro ou morrido, uma outra agente de saúde estava licenciada e não tinha como identificar quais as rezadeiras de sua área.

O Programa *Soro, Raízes e Rezas* cobre vinte e uma áreas, sendo nove na zona urbana e doze na zona rural. Ora, se esta pesquisa foi concentrada em duas áreas da zona urbana; uma do centro e outra da periferia e neste universo apresentou estas distorções, questiona-se a presença delas em outras áreas, fato que poderia alterar este dado.

A taxa de mortalidade infantil por diarreia que no ano de 1999 apresentava trinta mortes em mil nascidos vivos, representando cerca de 40% do total de óbitos de crianças, no ano de 2003 apresentou treze casos fatais e no ano de 2005 baixou mais ainda, sendo registradas oito mortes, representando cerca de 5,33% do total de mortes infantis por diarreia²⁴. Ressalta-se, entretanto, que estes dados oficiais só registram mortes por desidratação causada por diarreia, outras doenças não entram neste quadro, e mais, somente mortes de crianças de até um ano de idade.

Ruth Cavalcante colocou que a população participa ativamente do Programa e como exemplo cita o envolvimento de alguns seguimentos importantes do município, como a doação feita pelos comerciantes da região, de placas que foram afixadas nas portas das casas das rezadeiras. A título de identificação, a placa consta dos seguintes dizeres: “*Aqui mora um parceiro da saúde*”, que informa que há uma rezadeira na residência, que ela está integrada ao Programa de Saúde da Família - PSF.

Cabe uma reflexão sobre o significado desta placa que pode funcionar como um “carimbo simbólico” que marca a institucionalização. Normatizada, detém-se um controle sobre a prática. Cita-se como exemplo o mapa de atendimentos que é o levantamento do número de atendimentos realizados por uma rezadeira. Ele é entregue e recolhido mensalmente pela agente de saúde de sua área. A ficha consiste numa folha com vários desenhos: de uma mãe com um bebê no colo, de uma mãe com um bebê que já fica sentado, de uma mãe com uma criança que já fica em pé sozinha, de um adulto sem criança por perto. Na frente de cada desenho, há vários quadradinhos, a serem marcados de acordo com o atendimento realizado. Esta é a ficha utilizada mensalmente para comparar o número de atendimentos realizados pela rezadeira, quais chegaram até a Unidade Básica de Saúde e como estes casos foram tratados. Por falta de recursos apropriados, esta ficha está elaborada de maneira muito rudimentar, nem sempre sendo de fácil compreensão para quem a manuseia, já que a maioria das rezadeiras possui pouca ou nenhuma escolaridade.

Ocorre também um deslocamento da legitimidade e a valorização da rezadeira que antes era conferida pela comunidade e que passa a ser conferida pelo poder público. No discurso da entrevistada essa placa significa que tal prática de cura é reconhecida e aceita pela Secretaria de Saúde do município, vez que este programa tornou-se uma política pública, com a vantagem adicional de não trazer ônus para a Prefeitura. Os saches com os sais para a

²⁴ Fonte: Núcleo de Vigilância à Saúde - Setor de Epidemiologia, Sistema de Informação de Mortalidade - SIM

hidratação são distribuídos pelo governo federal e os outros itens dos *kits*, além de serem de baixíssimo custo, são também obtidos através de doações feitas pelos comerciantes locais.

2.2 A viabilidade do Programa

É possível inferir sobre as motivações para o envolvimento dos comerciantes quando se descobre as relações que se estabeleceram e os arranjos que foram promovidos entre a Prefeitura e os comerciantes para o surgimento e manutenção deste Programa. O então vice-prefeito Raimundo Marcelo Carvalho Silva, pertencente ao Partido Verde, à época assumiu o mandato porque o prefeito renunciou. Na eleição seguinte foi reeleito e posteriormente elegeu seu sucessor, quando então assumiu o cargo de Secretário em uma das Secretarias Executivas Regionais em Fortaleza - SER III. Por outro lado, sua esposa, que na primeira gestão também assumiu o cargo de Secretária de Saúde - a senhora Virgínia Adélia Carvalho Bastos -²⁵ pertence à família que está à frente da Cooperativa Agrícola Mista de Maranguape. Esta Empresa possui uma representação significativa na economia do município. Foi criada em 28 de junho de 1959, com objetivo de aglutinar os produtores rurais do município de Maranguape numa estrutura econômica e social, contando para isso com a colaboração dos associados, na época em que a economia do município se voltava para a agropecuária. Surgiu de início uma usina de beneficiamento de algodão, Cooperativa Avícola e de Crédito, situada no bairro de Parque Iracema. Em julho de 1964, já no atual endereço, foi inaugurada a Usina de Pasteurização de Leite e fabricação de manteiga.

Com a implantação da Usina de Pausterização do Leite, pioneira no estado do Ceará e a 1ª do conjunto de estados que vai da Paraíba ao Amazonas, Maranguape foi, durante a década de 1970, o maior produtor de leite do estado. Hoje a cooperativa detém a 2ª posição no *ranking* de distribuidores de leite tipo "C"²⁶.

Vale ressaltar que Maranguape, por estar próximo ao Distrito Industrial de Maracanaú, é uma região com potencial para atrair investimentos, portanto, a parceria entre estes setores e as políticas públicas pode ter favorecido as eleições do grupo político, que se mantém no poder há pelo menos três mandatos. Neste ponto, talvez, resida a justificativa para a inclusão deste Programa nas políticas públicas em saúde e na Agenda 21 Local do Município, com o seguinte discurso: *“A elaboração da Agenda 21 Local nos municípios implica necessariamente no fortalecimento da democracia, com a participação de diferentes atores*

²⁵ Ela foi Secretária de Saúde nas duas gestões em que o marido foi prefeito - de 1998 a 2004. Na atual gestão assumiu o cargo de Secretária de Educação, afastando-se do cargo para assumir atualmente o cargo de deputada estadual.

²⁶ dados obtidos pelo site: <http://www.leitemaranguape.com.br/> em 13/09/2005.

*locais. O ponto central nesse processo tem sido o levantamento das prioridades do desenvolvimento de uma comunidade e a formulação de um plano de ação*²⁷.

Levando-se em consideração a repercussão que este Programa obteve tanto na *mídia* local e nacional, e o quanto despertou interesse em Organizações Não-Governamentais²⁸, bem como, em Instituições que fomentam ações sociais, que concederam prêmios em dinheiro, proporcionando investimentos no município, pode-se inferir que a partir desses atores sociais, que, tendo representatividade, formaram redes sociais, possibilitando condições favoráveis para a eleição e a permanência das lideranças políticas locais.

O poder econômico desse grupo, nesse caso, parece ter favorecido o poder político. Os dados empíricos da pesquisa reforçam que houve interesse de determinados setores em investir no Programa como estratégia para eleger seus representantes, que por sua vez se mantiveram em seus cargos, tendo no Programa um forte argumento, como prova de uma boa gestão em saúde pública. Por ser alvo de tantos interesses tem havido uma apropriação do mesmo, gerando disputas e avalizando discursos de diferentes atores sociais, que reivindicam sua autoria. Nesse sentido, esse Programa pensado em sua dimensão política, está mais para um *locus* de “um fazer política” do que para uma política pública em saúde.

Contudo, é importante ressaltar que estas constatações não o invalidam, vez que ele tem cumprido seu papel social e atingido seu objetivo, pois mesmo levando-se em consideração as distorções que foram detectadas é um dado incontestável que a mortalidade infantil caiu após sua implantação. Só não se pode prever até quando este Programa vai continuar atingindo seus objetivos. Tudo isso pode mudar, pois este Programa, sendo um modelo, é uma construção provisória que cobra uma interação permanente com as exigências contextuais. A gestão anterior, com os investimentos e visando a manter-se na arena política, agora no âmbito estadual, construiu o Hospital Maternidade, a Policlínica e ampliou o número de

²⁷ Em outubro de 2003, ocorreu a realização da conferência internacional promovida pela Fundação Konrad Adenauer e pela Prefeitura Municipal de Maranguape. O evento lançou, no Teatro Municipal Pedro Gomes Matos, em Maranguape (CE), o livro "Agenda 21 Local: Experiências da Alemanha, do Nordeste e Norte do Brasil". O livro reúne experiências do município alemão de Gelsenkirchen, no Estado da Renânia do Norte - Vestfália, de Maranguape e Itapajé, no Ceará, de Natal (RN), e de Belterra (PA), mostrando a diversidade das estratégias para implantação e adaptação da Agenda 21 em cada local. Dados obtidos no site: <http://www.ambiente.gov.br/ascom/ultimas/index.cfm?id=718> em 05/09/2005.

²⁸ Este Programa tem recebido vários prêmios. Com o título: "Soro Bendito" ficou entre os 20 finalistas da premiação Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getúlio Vargas e Fundação Ford, com apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), quando em novembro de 2003, cerca de mil projetos, de governos estaduais, municipais e organizações privadas concorreram ao prêmio. Devido a esse Programa, o Município recebeu o prêmio criatividade Patativa do Assaré em 2000, concedido pela Federação das Associações de Jovens Empresários do Ceará (FAJECE), bem como também recebeu o selo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o prêmio Fundação Banco do Brasil de Tecnologia Social. Fontes: Jornal Diário do Nordeste - 02/10/03 e no site: <http://www.pvceara.org.br/recado/conheca.htm> pesquisado em 11/11/2004.

equipes do programa de saúde da Família. A gestão atual, talvez por não ter gozado dos investimentos que foram feitos no município, motivados pelo sucesso do Programa, tem dado uma atenção diferenciada e como resultado tem havido mudanças significativas.

Uma delas, é o atraso na distribuição dos sais para hidratação às rezadeiras. A administração atual não tem conseguido manter o mesmo ritmo da anterior e estas são algumas conseqüências registradas: troca do Secretário de Saúde, atraso dos salários, corte de gratificações e demissões. Dentre elas, assinalamos com destaque, a dispensa de sete dentistas.

Outras medidas foram tomadas para redução de custos: I - A coordenadora de um Posto que também trabalha na Policlínica em dois dias da semana, ficando o Posto neste horário sem coordenação. II - O médico do mesmo Posto teve seu horário de atendimento reduzido porque agora também dá plantão na Policlínica. III - O dentista, que antes atendia quatro dias por semana numa mesma Unidade, agora atende dois dias numa Unidade e dois dias noutra. IV - Os instrumentos de atendimento dentário, pertencentes a uma mesma Unidade, foram divididos para duas Unidades. Logo, não só o número de dias, como também o número de atendimentos em um mesmo Posto foi reduzido à metade. V - A auxiliar de enfermagem que faz a triagem de consultas no Posto de Saúde, também fica de plantão na ambulância, quando há jogos no Estádio de Futebol.

As equipes de saúde estão acumulando trabalho, sem receberem hora extra. Os profissionais de saúde aparentam um cansaço crônico, discussões entre os funcionários são freqüentes, há um clima de insegurança - motivado pelas recentes demissões, e de desconfiança - resultado da formação de grupos que se colocam em posições antagônicas; àqueles que são aliados da atual gestão, daqueles que foram indicados pela gestão anterior.

Observando esse cenário e atentando para a fala dos atores sociais que protagonizam esse processo vivido nessa dada realidade, é possível inferir o nível de motivação desses profissionais e os efeitos que estas medidas têm trazido para a saúde da população e que começam a se tornar visíveis.

Capítulo III

O cenário e seus personagens

Neste capítulo trato da coleta e análise dos dados obtidos na pesquisa de campo com as entrevistas, bem como o que foi percebido com a observação direta. Para compor o cenário fiz visitas exploratórias em dois bairros situados na zona urbana e seus respectivos Postos de Saúde, um localizado na periferia e o outro na sede do município. Entretanto, considerarei como ponto principal para convergir as análises, o bairro e seu respectivo Posto na periferia. Deste estudo são personagens protagonistas os profissionais de saúde, as rezadeiras e a população do entorno do Posto.

Interessou a pesquisa mapear quem são os profissionais médicos e suas impressões sobre o Programa: as rezadeiras e como elas constroem o reconhecimento que legitima suas práticas de cura e as pessoas moradoras neste bairro, usuárias do serviço público de saúde. Reflito sobre o que há de específico, pontuando as resistências, os antagonismos, as relações e as representações em saúde que foram construídas.

3.1 O Bairro Novo Parque de Iracema: Área do entorno ao Posto de Saúde

O bairro Novo Parque de Iracema é uma área pobre, de periferia, com ruas de terra, sem calçamento, onde se caminha fazendo trilhas, subindo e descendo ladeiras, posto que, esta é uma região serrana. Há casas de tijolos, mas também de taipa, casas pequenas, que acomodam famílias de até quinze, vinte pessoas, em espaços que mal caberiam cinco. Não há saneamento. É difícil compreender como o carteiro entrega a correspondência, ou como é possível fazer a coleta do lixo, pois são ruelas sinuosas e íngremes, que criam dificuldades para a passagem de veículos. Não há placas que sinalizem o nome destas ruas e em algumas casas a numeração é confusa. Arriscar-se a transitar pelo bairro, sem uma das Agentes de Saúde, traz a possibilidade de se perder naquele labirinto. Elas se constituíam, portanto, em guias, além de *tradutoras* do “jeito de ser” da comunidade.

Essa idéia de reconhecimento pela linguagem está presente em Geertz (2003), para o qual é por meio da linguagem que se constroem as dinâmicas no cotidiano. Este autor traz o termo “tradução” para esse tipo de situação, a partir do qual um saber é transformado, traduzido em outro para que haja entendimento e diálogo. A idéia de que as Agentes de Saúde conseguem dialogar com a comunidade e a Secretaria de Saúde remete à noção de que, se não há linguagem comum, não se pode estabelecer relações de compreensão em que se possibilite o acesso a direitos e à informação. Desta forma, buscando garantir que a população tenha acesso aos serviços e a seus direitos, o poder público observa, na atuação

dos Agentes de Saúde, a capacidade de chegarem à população por meio da compreensão da linguagem – que muitas vezes não se apresenta na relação entre outros profissionais de saúde e a comunidade.

Esta compreensão e o uso de linguagem comum possibilitam que os Agentes de Saúde cheguem efetivamente à população, compreendam seu cotidiano e consigam se comunicar, dialogar e, inclusive, compreender as necessidades da mesma. Refiro-me ao fato de que em alguns momentos, quando entrevistava pessoas, eram as agentes de saúde que me explicavam, quando necessitava compreender, qual o sentido que as palavras e as ações, ou ausência das mesmas, registradas naquele momento, tinham para aquela comunidade. Certa vez, ouvindo o depoimento de uma rezadeira - D. Pretinha, ela falou: *“olhe minha filha, nunca mandei ninguém voltar, sempre atendo todo mundo, de dia, de noite, seja qualquer hora, só não pode ser na hora da “marvada”, por aqui, todo mundo já me conhece e sabe que só não pode vir nessa hora”*. Demorei a entender que ela se referia ao horário da novela e durante muito tempo não compreendi as razões que a levaram a chamar a novela de *malvada*. Até o dia que, comentando o fato com uma agente de saúde, ela me decifrou o enigma: Aquela senhora fazia referência a uma determinada personagem de uma trama passada há algum tempo. E mesmo quando a mencionada novela terminou, tornou-se habitual se referir às novelas, daquele horário, pelo referido adjetivo. Não foram raras as vezes em que, visitando as famílias junto com as Agentes de Saúde, recorria às mesmas, para que me traduzissem os relatos. Só para citar mais um exemplo, quando quis saber, na opinião de uma outra rezadeira - D.Alda, quais as doenças que os médicos curam, ela argumentou: *“Doutora, pra mim, médico só cura intimidade”*. Na opinião dessa rezadeira, o significado de “intimidade” refere-se ao que “está dentro”. Nesse sentido, as doenças que precisam da intervenção de um médico são apenas aquelas que estão relacionadas aos casos de cirurgia.

As visitas à comunidade evidenciam que a ocupação desordenada do espaço, com habitações inadequadas, maior ocorrência de empregos informais de baixa remuneração tem gerado problemas sociais e condições insatisfatórias de vida, produzindo um elevado número de adultos e jovens em situação de dependência de bebidas alcoólicas, e/ou drogas. Esperam que Deus e/ou as *autoridades* - o governo, resolvam seus problemas. *“Esperamos por Deus”* é uma frase emblemática, escutada inúmeras vezes.

Acompanhando o trabalho dessas Agentes é possível perceber as más condições de vida e, conseqüentemente, de saúde daquela população. Quando comentei sobre as crianças com o ventre dilatado, a agente de saúde que me acompanhava retrucou: *“É, e se fosse só de vermes, eles seriam saudáveis, o problema é que alguns estão com calazar”*.

Nota-se que, a despeito do Programa e o que tem sido divulgado, os cuidados e a atenção dedicados à saúde desta comunidade ainda são inconsistentes. Há sete agentes de saúde para visitar cerca de mil e quinhentas famílias. Sobre este dado, uma das Agentes de Saúde comentou: *“Claro que não dá para a gente visitar todo mundo e o que a gente faz é elegeer as prioridades. Quando tem um morrendo ali, chamam a gente e a gente vai correndo, visita, faz o que pode, e notifica no Posto. Depois quando melhoram um pouquinho, já abandonam o tratamento. O que é que a gente pode fazer? Tem também que a gente fala no Posto:-Doutor, tem uma visita pra o senhor fazer, o senhor tem que ver o fulano, que ele tá mal mesmo. Ele já tem um monte de coisa pra fazer, um monte de gente no Posto, trabalha em não sei quantos cantos, já tá cansado, o carro da Secretaria não chega pra levar, ele, se puder, deixa pra depois. Depois, já tem pobre demais, lugar de pobre é lugar de enxame, se morrer, quem liga? Bom pra quem morre, parou de sofrer, e depois ainda sobra um monte, pra gente cuidar!”*

As dimensões simbólicas e os mecanismos sociais que norteiam os comportamentos dos indivíduos incidem no modo como pensam e gerem sua doença no cotidiano e como suas representações incidem sobre suas condutas em termos de saúde. Esse universo social, dada a sua realidade, tem a saúde como tema central. O conjunto de respostas identificadas nas falas das pessoas visitadas revela seu *imaginário social* sobre a saúde e a doença demonstrando que a noção de saúde não vai além da idéia de ausência de doença.

As concepções sobre estes conceitos neste grupo estão presentes em suas verbalizações e expressam as representações sociais construídas no meio social em que vivem. Mesmo que a doença apresente uma dimensão psíquica, física e espiritual, importa destacar que a dimensão psíquica desse processo se evidencia quando algumas mulheres relatam que vários dos seus problemas de saúde são decorrentes do seu estado emocional, como ansiedade por problemas econômicos, por dificuldades de arranjar trabalho ou por desavenças familiares, relacionadas principalmente ao alcoolismo de seus parceiros e/ou filhos. Ou seja, esta dimensão está presente prioritariamente na fala feminina.²⁹

I- *“Olha, vivo doente, também com as confusões que têm lá am casa não tem cristão nesse mundo que não adoeça. O homem lá de casa vive bêbado e quando bebe faz briga por tudo e quando cisma, quebra tudo. Você acha que dá para a gente ficar normal?”*

²⁹ Estes depoimentos foram gravados no Posto de Saúde durante as consultas dentro do consultório médico, com a permissão do médico e/ou da enfermeira e com a aquiescência das pacientes, sob o compromisso de preservar suas identidades. Entrevistas registradas durante os meses de março a novembro de 2005.

II- *Eu sofro dos nervos, eu sinto uma coisa assim: uma agonia, uma aflição. Às vezes do nada fico me tremendo, aí começa tudo, só melhora quando tomo remédio. A gente existe porque Deus quer, pobre existe para sofrer. O pior é que além das bocas que já têm, agora minha filha está 'buchuda' com dezessete anos, que ainda nem fez direito. Cada coisa dessa que acontece meus nervos não agüenta.*

III- *Criatura, eu tenho muito problema, lá em casa está todo mundo desempregado. Só vivo com dor de cabeça e pioro ainda porque não vejo ninguém se aluindo para fazer nada. Pode ir agora lá, estão todos de pernas para o ar. Dos meus meninos, os que são os mais velhos que já podiam trabalhar, mas que nada, eles não querem. Agora encher a cara todo dia, isso eles sabem fazer. Tem um que até já foi detido porque andava com 'essas drogas'. Eu fico sufocada com aquela situação, não durmo de noite, tenho uma insônia 'monstra'. Pior que de dia fico todo o tempo morrendo de sono. Já tenho cara de 'abestada'.*

IV- *Vivo com uma tristeza danada, nunca mais tive alegria de viver. Depois que meus filhos cresceram, só me dão problemas e o marido nunca prestou. Dá para a gente ter gosto na vida? Com uma vida dessa qualquer pessoa fica com 'problemas na cabeça'.*

Sofro da cabeça, meu problema é na cabeça, minha cabeça não anda boa, sofro dos nervos, tenho problema nos nervos, tenho doença dos nervos, sou nervosa, são expressões pronunciadas freqüentemente pelas mulheres quando fazem referencia a doenças psicossomáticas ou depressivas. Nesse caso elas procuram o Posto e têm como solução para seus males a prescrição de antidepressivos. Importa ressaltar que estas doenças psíquicas, em alguns casos que acompanhei durante o período da pesquisa, acabaram por se constituir em estratégias acionadas ante situações difíceis, em especial quando as mesmas se sentem impotentes para resolvê-las, e com seu adoecimento ocorreu uma mobilização da rede de relações familiares. O depoimento a seguir ilustra bem este dado: "Não tem como eu ficar boa dos nervos, ele [o marido] anda de novo metido com droga. Ele se droga e daí passa a noite toda fora de casa. Só volta de manhã. E eu fico sozinha para fazer tudo. Até para botar moral nos filhos porque ele não quer nem saber... Ele dorme direto(...) O problema são as más-companhias que ele anda metido. Aqui tem de tudo(...) Quando ele pega dinheiro no serviço, vai e compra droga, gasta tudo com droga. Só quando ele vê que eu estou quase morrendo de doente é que se toca e muda. Aí promete que vai mudar, fica bem bonzinho (...) todo mundo fica certinho, os filhos obedecem...tudo fica nos cantos. Mas, precisa eu está quase morrendo para eles saberem que se não mudar as coisas lá em casa, eu vou acabar ficando "doida de pedra" ou morrendo de vez".

Há neste depoimento um *uso social da doença*, na medida em que ela, a partir do seu adoecimento, obtém o controle e assegura a ordem na sua família. A doença tem um papel determinante para manter o equilíbrio e a harmonia no seu lar.

A interpretação que os sujeitos têm da doença possui uma incidência sobre a escolha dos recursos terapêuticos, assim como sobre os seus comportamentos quotidianos. As condutas observadas se apresentam como uma resposta à significação relacionada à doença ou à causa que lhe é atribuída. Quando as mulheres portam os mesmos sintomas, mas não os associam a questões como as que foram relatadas acima, elas procuram a rezadeira porque, neste caso, acreditam que o mal que lhes acomete é de caráter espiritual. Em cada um destes casos, a escolha terapêutica esteve relacionada à lógica interpretativa conferida a doença. Ou seja, a escolha entre a rezadeira e o médico depende do sentido que dão à sua doença e a causa que lhe é atribuída.

Na fala masculina a dimensão psíquica não é percebida. Em uma das minhas idas e vindas no bairro acompanhando a agente de saúde, visitamos um senhor de 32 anos que apresentava os sintomas de quem estava acometido pela tuberculose: Febre nos finais de tarde, sinais de sangue no escarro, indisposição para alimentar-se e para o trabalho. A agente de saúde mesmo desconfiando do diagnóstico, por não ser médica, não está autorizada a revelar suas suspeitas. Ele foi orientado para comparecer ao Posto imediatamente para fazer exames que comprovassem o diagnóstico e, no caso positivo, iniciar um tratamento. Dois meses se passaram e ele não havia ido ao Posto, quando li uma solicitação de remédio antidepressivo, que o médico lhe havia receitado. Depois de nossa visita ele havia pedido à esposa que fosse ao Posto e que dissesse ao médico o que lhe ocorria. Ela descreveu o estado do marido da seguinte maneira: *“Doutor, eu vim aqui no lugar dele primeiro, porque ele não gosta de vir ao médico, não tem quem faça ele vir no Posto e depois, ele anda sem querer sair de casa. Faz uns tempos que ele anda não tendo vontade de nada, nem de trabalhar. Não dorme direito e anda com medo de tudo, diz que sente uma coisa, um desânimo, uma vontade de morrer(...)”*. Esta descrição pareceu ao médico sintomas de depressão pois, continha elementos típicos das queixas presente na fala feminina; habitual em seu cotidiano no consultório, tanto quanto não lhe causava estranhamento o pedido da esposa de consultá-la no lugar do marido. O caso chamou-nos à atenção e retornamos à sua casa: Por que o senhor não foi ao médico? *“Eu não! Esse negócio não é coisa de macho não! Só quando tem osso quebrado, quando dói mesmo, que a gente não agüenta mais! Que não tem jeito, aí a gente vai porque é o jeito! (...) Depois eu já “tô” é bom, até sai de casa ontem, tomei umas cachaças... (...)”*.

Talvez esse episódio explique porque a grande freqüência no Posto seja formada, na sua maioria, por mulheres, gestantes, crianças e idosos - ainda que haja a presença de ambos os sexos, a predominância é feminina. Boltanski (1979) argumenta que, principalmente entre os membros das chamadas classes populares, há a valorização da atividade e da força física; o corpo é interpretado como um instrumento de trabalho ou uma máquina. Para esta classe social, a doença é considerada como uma falta de força que os impede de fazer de seu corpo um uso profissional; ela é reconhecida quando este corpo já não pode mais desempenhar as atividades rotineiras necessárias para sua sobrevivência. Portanto, o indivíduo só é saudável se possui disposição e capacidade para o trabalho. No caso relatado o indivíduo está desafiando a doença, esta conduta se compreende plenamente sob o prisma de sua interpretação, na medida em que ir ao médico seria admitir “que não tinha força”, significaria para ele, sinal de fragilidade. O verdadeiro combate contra a doença consistia justamente em desafiá-la, provocando-a para medir forças. Nesta perspectiva, o objetivo é resistir, o maior tempo possível, isto é, com a manutenção de todas as capacidades e sem ajuda exterior. Estas diferentes maneiras de conceber e enfrentar a doença correspondem, na verdade, às oposições estruturais, ou seja, à definição de gênero. *“O desafio é o elemento fundamental na socialização masculina, é a partir deste que os homens vêem e estabelecem sua relação com o mundo social”*. (KNAUTH, 2001:194-5)

Assim, no contexto geral, nota-se a grande importância dada à representação da dimensão física da saúde. Ou seja, se corpo acorda, anda, come, bebe, transa, dança e o indivíduo não sente nenhuma dor, é porque o indivíduo está saudável. Problemas de saúde, como por exemplo, o alcoolismo ou doenças que não causam dor, como a hipertensão e a diabetes, não é considerado como doenças pelas pessoas visitadas nesta comunidade, pelo fato das mesmas não impedirem o indivíduo de se movimentar. Somente no momento que esses problemas impossibilitam os indivíduos de andarem, passam a ser percebidos como doenças. Neste caso, a doença é considerada como uma falta de força que os impede de fazer seu corpo se locomover; ela é reconhecida quando este corpo já não pode mais ir aonde o indivíduo deseja. Em outras palavras, nesta comunidade, do ponto vista dos homens: saúde é o corpo em movimento.

Entretanto se a dimensão psíquica da saúde é percebida na fala feminina e a dimensão física na fala masculina, há uma dimensão espiritual presente em ambos os discursos, representada pela presença de uma força maior determinando a saúde, sendo esta considerada um dom de Deus, mostrando a presença da fé e da religiosidade neste grupo. Assim, se a

saúde é uma benção de Deus, a doença é destino, castigo, desígnio de Deus ou traçada por forças invisíveis, o que explica seu caráter imprevisível.

3.2 O Posto de Saúde Novo Parque de Iracema e sua rotina

Iniciei o trabalho de campo neste Posto de atendimento que fica na periferia da zona urbana do Município. Esta Unidade Básica de Saúde - o Posto Novo Parque de Iracema foi escolhida para a pesquisa por esta ser uma referência dentro do Programa, funcionando como uma “vitruve” desse projeto. As razões que justificam este *status*, a esta unidade básica do PSF, foram se evidenciando na pesquisa e serão relatadas mais adiante. Porém, no primeiro momento, minha ida a este local foi uma indicação feita pela assistente social da Secretaria de Saúde do município - Ruth Cavalcante. Nela ocorreram a realização de alguns programas de TV e todo o material de divulgação do Programa *Soro Raízes e Rezas* tem sido produzido neste posto.³⁰

O Posto inicia seu funcionamento às 8:00 horas. O prédio é uma construção recente, bem cuidada, porém muito simples. Está sempre lotado de pessoas para serem atendidas. Em suas dependências há uma recepção que faz a triagem para o atendimento. Nela são distribuídas senhas para o médico, para a enfermeira e para os dois dentistas. Há, também, a farmácia que distribui medicamentos receitados no Posto, os consultórios do médico, dos dentistas - ambos com ar condicionado - o da enfermeira apenas com ventilador, mas com a vantagem de ter um banheiro exclusivo. As outras salas são para as seguintes atividades: uma sala para pesar, medir e vacinar os bebês; outra, para pequenos curativos; um espaço para esterilização de instrumentos; uma sala de convivência utilizada para realizar reuniões mensais com os agentes de saúde, comemorar os aniversários dos funcionários, fazer palestras, etc; uma cozinha e os sanitários: masculino e feminino.

A observação direta também revelou alguns problemas relativos ao atendimento e ao controle do registro de casos de doenças infecto-contagiosas. O que foi reafirmado por uma auxiliar de enfermagem, a Secretaria de Saúde não registra casos de tuberculose, doenças de pele, calazar, para citar alguns exemplos. A ausência de registros destes casos deve-se ao fato de que, em primeiro lugar, na maioria das vezes as pessoas desconhecendo a gravidade da enfermidade, não comparece ao Posto de Saúde para receber o encaminhamento adequado de tratamento. O segundo motivo é porque, sendo uma região carente, o Posto de Saúde não

³⁰ Produção de matérias impressas: *Folha de S.Paulo*, 17 de julho de 2000, p. C6, *Jornal Diário do Nordeste* - 02/10/03. Produção de matérias em *mídia*: programa *Globo Repórter*-abril/2004, programa: *Brasil que dá certo*-Canal Futura, programa: *Brava gente brasileira* - canal Futura e reprisado na Tv Globo, *programa Saúde*- TV Diário.

consegue atender a demanda. E mesmo aos que buscam e conseguem atendimento, neste Posto, não era mantido um prontuário, onde ficasse registrado o histórico dos pacientes.

Fato que só foi modificado a partir de fevereiro de 2006, momento em que foi adotada a utilização de um histórico dos pacientes. Mesmo assim, na opinião dessa funcionária do Posto, quando questionei a ausência dos prontuários: *“A senhora não se engane não. Aqui não se faz tratamento, aqui o que existe é distribuição indiscriminada de remédios”*, e afirma: *“Aqui, o quê o povo que manda quer, é que tudo “pareça bonitinho”, assim se “olhando de fora,” parece tudo certo. Mas vai ver por dentro?! (...) o que eles querem mesmo é nas eleições dizer que tão cuidando da saúde para conseguir votos”*.

A Secretaria de Saúde recomenda que os médicos prescrevam preferencialmente remédios que estejam disponíveis na Farmácia do Posto. Logo, após as consultas os pacientes recebem os medicamentos prescritos. Distribuição é uma prática freqüente. Como veremos mais adiante, também nesta Unidade se entregam retalhos para confecção de trabalhos artesanais e, às sextas-feiras, dia dedicado ao atendimento de idosos, hipertensos e diabéticos, há a distribuição de um sopão.

Distribuir remédio é o que “eles” fazem, traduz o significado desta prática para esta funcionária que acusava a Secretaria de Saúde de desenvolver ações puramente assistencialistas, em vez de implementar programas que garantissem a efetiva melhoria das condições de saúde da população. As ações da Secretaria, segundo ela, acentuariam, assim, o caráter paternalista do governo municipal, que realizava atividades beneficentes como *moeda de troca* para sua manutenção no poder.

Contudo, esta opinião não era compartilhada com as Agentes de Saúde, que pertencendo à mesma comunidade em que trabalham, conhecem suas necessidades, e se sentem realizadas quando podem levar algum conforto às famílias de sua área. Por outro lado, seu trabalho é bastante facilitado quando visitam as famílias e levam algo para ser distribuído, tais como: medicamentos para dor de cabeça, infecção urinária, pomadas, vermífugos, preservativos e anticoncepcionais. *“Ah não! É sempre bom bater na porta de uma casa e ter uma coisinha para levar. Quem é que não gosta de ganhar qualquer coisa? Depois, o povo fica mais contente e a gente pode fazer o nosso trabalho”*. A base do trabalho das Agentes está no acompanhamento das famílias de sua área de cobertura, acompanhando a saúde e realizando ações de educação e prevenção. Em cada uma das casas em que entram, fazem indicações sobre educação para saúde e higiene (prevenção de doenças, como limpar a casa, como manter a cozinha limpa, como cuidar das crianças, a forma de comer, de tomar banho e limpar banheiros, como tratar o lixo, etc.); educação alimentar (que tipo de alimentos devem ser

ingeridos, como devem ser preparados, quais alimentos fornecem os nutrientes necessários, etc.); educação e controle para dengue (verificam tanques, baldes e outros possíveis depositários, fazem coleta de larvas e educam sobre como tratar a água para não reproduzir o mosquito); e trabalhos de educação sexual (abordam temas de como prevenir gravidez, distribuem e ensinam a utilizar preservativos, fazem campanhas contra gravidez precoce, indicam para planejamento familiar e consultas de prevenção nas unidades de saúde, etc.).

Do ponto de vista das famílias, receber a visita da Agente gera uma certa expectativa, mesmo quando se percebe que há um tom de brincadeira e a Agente é recebida com cordialidade: *“E ai mulher, que tem para a gente hoje? Nada! Ah, não vai não! Não trouxe nem aqueles remédios para enxaqueca não?(...) Da próxima nem entra...(…) quer água? O sol está tão quente, né!”*

Assim, tanto para as Agentes quanto para as famílias, *levar alguma coisa* não se caracteriza em *clientelismo* nos moldes descrito pela funcionária do Posto mas, favorece estabelecer vínculos duradouros, construir laços de amizade entre as Agentes e a comunidade.

O trabalho realizado pelas Agentes é reconhecido pela população como algo que pertence a seus cotidianos, que faz parte de suas vidas, na medida em que os Agentes também pertencem à comunidade. A própria comunidade estabelece com os Agentes uma relação mais próxima que se sustenta pelo reconhecimento das relações e do pertencimento dos Agentes àquele espaço. Para as Agentes, estar na comunidade não é apenas um trabalho, pois, quando ela, por exemplo, ensina a evitar que haja o mosquito da dengue na comunidade onde trabalha, também está evitando que a doença aconteça na sua própria casa. Ela se reconhece e é reconhecida pela população como pertencente à comunidade, sendo uma igual: *“Nós aqui somos gente boa, sem besteira, qualquer coisa que a gente ganha, ou quando a gente recebe um presente, a gente fica satisfeita, tudo é bom porque tudo serve, e, também já é uma coisa que a gente deixa de comprar. (...) ando sempre com os sais de soro, material de primeiros socorros nunca esqueço, o aparelho de tirar a pressão, remédio para cólica, analgésicos, essas coisas sempre precisa e vai ajudando a diminuir a carência”*.(Agente de Saúde)

Observando a lista de novas famílias inscritas para receber o leite, uma Agente de Saúde afirma para outra: *“Gosto muito de ver minhas famílias com leite”*. Nesse sentido, a distribuição de remédios - pelas Agentes de Saúde, ajuda a construir uma rede de relações e de solidariedade recíprocas sempre renovadas. Alguns termos freqüentemente utilizados pelos Agentes tornam essa relação ainda mais próxima, como: *“Você é meu amigo, vocês são como da minha família, aqui são minhas crianças, quero te ajudar, eu me preocupo com*

você, entre outras”. Ou, ainda, na saída de uma visita a uma idosa bastante doente, a Agente confessa: *“É difícil, a gente tem carinho, pega um amor com esse povo...”*

Nessa opinião, se para a funcionária do Posto a distribuição de medicamentos é assistencialismo, para as Agentes de Saúde, assim como para as pessoas da comunidade, de um modo geral, não se está diante de uma política pública com uma finalidade objetiva, mas de um dever moral, de um jeito de se estabelecer relação, fortalecer laços e criar vínculos através dessa distribuição – de uma caridade.

Importa entretanto, observar que no Posto de Saúde, a distribuição dos medicamentos prescritos pelo médico é vista pelos pacientes, ou seja, pela mesma comunidade, como uma atribuição, um dever e uma obrigação da Unidade: *“Não é possível que o doutor tenha passado este remédio que não tem na farmácia. Ele não sabia não?(...) Pois, avisa para ele, que adianta vir no médico e não ter o remédio? Dei viagem perdida...”* (uma paciente)

Mas, para além destas questões, o que faz esta Unidade Básica de Saúde ser diferente das demais? É que ela é **a única** dentro do Programa de Saúde da Família, que possui uma sala denominada **“Recanto da Fé”**. Resultado de um projeto piloto que prevê, na Unidade de Saúde, uma sala para a rezadeira, que dedique uma parte do seu tempo para atender a demanda que vem ao Posto de Saúde. Esse atendimento, nesse caso particular, é realizado às segundas, terças e quintas.

Para Afonsina, a presença do rezador aproxima as pessoas à Unidade Básica de Saúde, mas sobretudo, o que fica explicitado em suas declarações é o papel do rezador no encaminhamento e o prestígio que lhe é conferido: *“Quando a mãe chega com a ficha de encaminhamento da rezadeira, ela tem prioridade no atendimento. As mães ouvem muito a opinião dela. E é esta a grande diferença do tratamento dado pela rezadeira que trata o doente com remédios, simpatias e rezas. Ela peleja junto com a pessoa”*. Ela afirma também acreditar no poder da Fé. *“Sou de Iguatu e já rezaram muito em mim, quando eu era criança. Minha mãe era parteira e também ensinava menzinhas”*. Este relato indica que ela possui um sentimento de pertencimento ao mesmo universo ao qual as rezadeiras pertencem, sabe o que está em jogo para elas, compartilha das mesmas coisas e lhes atribui os mesmos significados. Enfim, que tem conhecimento de suas formas de pensar e viver.

Por outro lado, sua conduta transforma o Posto de Saúde em um espaço simbólico que, embora consagrado ao conhecimento científico, não deixa de incluir uma prática de cura popular como uma dimensão da vida social, com toda a riqueza e poder de seus símbolos. Afonsina tem uma atitude peculiar, pois criando esse espaço assumiu o papel de mediadora fundamental para o reconhecimento da prática de cura da rezadeira nesse Programa. Sua

atuação é determinante porque cria no cotidiano uma relação de proximidade com os pacientes.

Sobre o atendimento médico neste Posto é importante ressaltar que algumas pessoas escolhem deliberadamente esta enfermeira, mesmo que o exercício de sua profissão traga restrições à sua atuação no tocante às receitas. Pois é sabido que a prescrição de determinadas drogas só pode ser prescritas por um médico. Mesmo assim, estes pacientes esperam ser ouvidos pela enfermeira e justificam que ela os compreende melhor. A empatia que esta enfermeira, neste Posto, tem com os pacientes também se faz notar em algumas ocasiões: a primeira, quando a equipe do Programa de Saúde da Família deste Posto, às quartas-feiras, atende fora de suas dependências, em uma localidade chamada Ypióca. Nas filas que se formam para o atendimento médico, notadamente, a fila para a enfermeira é maior, que para o médico. Durante todo o período de trabalho de campo, constatei este fato. A segunda, quando esta funcionária tirou férias testemunhei, em algumas ocasiões, as constantes reclamações sobre o atendimento do médico ser distante e impessoal. Este depoimento que anotei no meu caderno de campo, quando estava observando a distribuição das senhas, expressa a preferência da maioria: *“É, já que tô aqui vou ficar, mas eu prefiro mesmo é a doutora. Quando é que ela volta? Ela sim, ouve a gente, pergunta da família. Ela se interessa mesmo pelo problema da gente. Quer saber tudo que tá acontecendo na vida da gente. Conhece a gente pelo nome. Quando a gente chega, ela abraça, ela não tem besteira e também não tem pressa, demora o tempo que precisar”*.

Essa é uma questão central neste universo social, as relações pessoais são fundamentais. É necessário que as pessoas mostrem que sabem *quem está falando*, em termos de família, em termos de nome. Importa destacar que este modelo de percepção de relacionamento, que estas pessoas acionam, quando interagem com a enfermeira ou com qualquer outra pessoa que traduza uma noção de autoridade, é o mesmo modelo acionado nas relações entre a comunidade e os políticos locais. Na sociedade brasileira, mas precisamente na nordestina cearense, e reafirmadas no universo pesquisado, as hierarquias são englobadas com a intimidade gerando *cumplicidade em dependência* (ser amigo da autoridade).

Há um entendimento, por parte de alguns profissionais médicos, de que quando se vai ao médico é para se tratar de uma doença. No entanto, o que está em jogo aqui, não se traduz em algo tão especializado, pois a população demonstra que sua ida ao Posto traz implícito outros interesses e motivações. Este fato pode ser reafirmado tanto por esta entrevista a uma paciente: *” Não. Se a senhora souber o quanto eu gosto da doutora daqui. Eu quero tanto bem a ela como eu não quero a meus filhos. Que ela é boa demais! Eu nunca cheguei nos pés*

dela pra mim precisar de uma coisa pra ela dizer não. (...) Eu não tenho vergonha de dizer pra senhora: Um dia eu cheguei foi aqui chorando com fome. Pois ela num deixou eu voltar sem nada. Ela disse: - Vá lá na cozinha, o que tiver lá, pegue uma coisa de cada. Pode tirar!- Eu vou dizer que essa doutora é ruim? Não é verdade? Eu não vou!”

Quanto pelo depoimento de uma das agentes de saúde: “*A gente nunca fez nada assim em termos de mobilizar a comunidade pra ter de volta médico nenhum. Mas por ela, pela Dra. Afonsina, com toda certeza, eu me juntaria com toda minha equipe. (...) Porque, infelizmente, igual a essa equipe, nós nunca tivemos. E a comunidade gosta muito dela, mesmo! O atendimento dela, aqui, inclui o bem-estar do paciente, inclui ela chegar e dizer: - vai ali tomar um cafezinho na cantina porque você está palidinho; olha, pega aqui um arrozinho, porque você não tinha nada em casa, você está com fome. Não é? Então acho que inclui tudo isso, então está para além do que outros médicos fazem”...*

A concepção do que é “ser bem atendido”, não é uma concepção estritamente médica, nem àquela pensada por alguns gestores públicos em saúde. É provável que um ótimo profissional, que rapidamente faz um diagnóstico, mas que mantém com o paciente uma atitude formal, não seja considerado um bom médico. O Posto de Saúde que é concebido, pela Secretaria de Saúde e pelos profissionais, como um espaço estrito de assistência à saúde, para a população é um espaço para se estabelecer laços. Pois a comunidade não vai ao Posto somente para ter um remédio receitado, mas também para estabelecer uma relação com alguém que sabe seu nome, sabe quem é sua família, abraça, demora, enfim, tem tempo para lhe conceder atenção.

Outra discussão aponta para a dificuldade de comunicação entre o médico, aquele que detém o saber legitimado pela ciência, e o usuário dos serviços públicos de saúde, oriundo das classes populares. Em relação aos médicos, a questão que aparece não é específica desse programa, mas de toda uma cultura que precisa ser mudada. Nos serviços de saúde está colocado o confronto de diferentes discursos e saberes, o que aparece na dificuldade de comunicação do profissional com a população carente. Trata-se da visão, historicamente construída, do *técnico* em relação ao *leigo*. A visão do profissional de saúde em relação ao doente é a de que o usuário nunca tem informação suficiente sobre a doença ou que ele não é capaz de elaborar corretamente essa informação e, conseqüentemente, não pode reproduzi-la. Essa construção é corrente na nossa sociedade que em geral não valoriza o saber e a forma de se expressar populares - saber este baseado na vivência.

Existe quase um consenso de que as formas de atenção desses profissionais médicos são inadequadas por conta desse processo de fragmentação e do não investimento na possibilidade

da formação de vínculos interpessoais. Este é um caso para se pensar em relação à qualidade dos serviços de saúde do ponto de vista dos usuários, considerando suas expectativas sobre o que é um bom serviço de saúde. O modelo de um bom profissional médico é aquele que “fala a mesma língua” dos pacientes, que estabelece uma relação afetiva. A competência está relacionada com a capacidade de parecer próximo, alguém que pertence a um outro extrato social que, no entanto, é capaz de construir uma relação personalizada.

Resulta daí que, apesar da grande demanda, e ambos, tanto o médico quanto a enfermeira, terem um número expressivo de atendimentos, mesmo assim, constata-se que a preferência da população se aproxima de um atendimento mais afetivo, onde a distância, entre o profissional médico e o paciente seja minimizada.

Nesta Unidade, assim como na maioria dos Postos, a equipe do Programa de Saúde da Família é coordenada por uma enfermeira. Sob sua coordenação, a equipe é formada por um médico, dois dentistas, três auxiliares de enfermagem, sete agentes de saúde e doze rezadores cadastrados, sendo que um deles - Sr Ananias que atende no próprio Posto.

Importante realçar que nesta configuração o médico fica sob a coordenação da enfermeira. Segundo depoimento da Coordenadora neste Posto, este fato tem causado alguns aborrecimentos, vez que alguns médicos recém-ingressos no Programa não aceitam estarem subordinados a um profissional que é considerado pelos mesmos como hierarquicamente inferior. Entretanto, ela esclarece que esta norma é uma determinação da Secretaria de Saúde do município e que portanto, sua autoridade dentro do posto é reconhecida e legitimada pelo Secretário de Saúde e pelo Prefeito. Mas, sobretudo, respaldada pela comunidade: *“Assim, os profissionais médicos que não se enquadram, logo solicitam transferência para outras áreas”. “Estou aqui há 5 anos, sou funcionária com cargo de confiança, prestando serviço. Troca prefeito, secretário e eu continuo. É a própria comunidade que pede para eu ficar. Em tempo de eleição, tem paciente que pergunta: doutora, para quem é mesmo que a gente deve votar?.”*

Numa primeira leitura, o surgimento do Programa parece marcado por uma inversão no modelo hegemônico, já que o mesmo foi pensado por duas enfermeiras e uma assistente social e não por uma equipe de médicos. Esta suposta inversão na hierarquia também ocorre no que diz respeito à coordenação e gerência do Posto de Saúde, pois quem faz esta administração é uma enfermeira. Desse modo, o médico, que trabalha no Posto, parece estar sob a supervisão de uma enfermeira - alguém que é considerado por eles como tendo uma qualificação inferior, como ficou constatado a partir de alguns depoimentos e, evidenciou-se pela observação direta. Porém, esta inversão hierárquica é ilusória.

O que de fato ocorre é que as atividades ditas burocráticas são encaradas por estes profissionais como funções menores. Afinal, porque eles deveriam ter que se preocupar com providências ligadas à administração do Posto, se eles têm atividades mais importantes para executarem e que somente eles podem fazer, como cuidar dos doentes, por exemplo? Por que deveriam envolver-se com *fluxicos*? Para este último, a enfermeira mesmo sendo graduada em curso que lhe confere o mesmo nível de escolaridade, sendo portadora de um diploma de especialização e lecionando na faculdade, é apenas uma auxiliar que o acompanha no exercício de sua prática. De outro lado, as enfermeiras buscam o reconhecimento dentro desse universo. Reafirmar suas atribuições e assumir a coordenação no Posto é uma oportunidade para tal. Surge daí um *feixe de tensões* transformando a Unidade de Saúde numa arena de disputas de poder.

A figura de liderança carismática dentro da comunidade, da Enfermeira que coordena este Posto, é um dado que tem se revelado e se evidencia na pesquisa de campo. Seu *prestígio* (no sentido Weberiano do termo) é tão expressivo que ela se tornou uma figura política importante, assumindo um papel de mediadora. Independente dela se considerar como tal, já houve quem reconhecesse sua influência junto à comunidade. Em um outro dado momento, relatou-me que nas últimas eleições, compareceu ao Posto um candidato que foi em busca de apoio político. Contudo, ele pertencia a um partido de oposição ao grupo político do então Prefeito, que liderava as pesquisas e que foi efetivamente reeleito. *“Doutora, eu vim aqui em busca de apoio. Eu sei que a senhora é do lado do prefeito, que este cargo é político. Mas, se eu ganhar, a senhora continua. Também se a senhora não vai me ajudar, pelo menos não atrapalhe. Não fique fazendo campanha para o atual prefeito”*. O fato demonstra que o candidato percebe a importância do Programa e no seu entendimento o Posto de Saúde é um *locus* de “fazer política” que poderia, naquele momento, fortalecer suas bases, ampliando suas chances de ser eleito. Ela, entretanto, retrucou: *“Não senhor, estou aqui para fazer meu trabalho e não para fazer política e tem mais, quem me segura neste lugar é o povo, que pede para eu ficar, porque acredita no meu trabalho”*. Como se seguiu uma discussão e ambos estavam falando em tom alterado, as pessoas que aguardavam para serem consultadas bateram à porta e sem demora, adentraram o consultório, demonstrando preocupação com sua segurança e integridade. *“Doutora que tá acontecendo? O que o senhor tá fazendo com a nossa doutorinha? Olha, não mexa com ela não, senão o senhor vai se ver com a gente. Deixe ela em paz!”* Finalizou dizendo que teve que acalmar as pessoas, assegurando que tudo estava bem e pedindo que não molestassem o tal candidato, pois, segundo ela, os ânimos estavam bem alterados. Ainda assim, algumas pessoas se colocaram à disposição para fazerem um

abaixo-assinado, deixando claro que a comunidade queria a sua permanência no Posto, a despeito de qualquer determinação da Secretária de Saúde, caso mudasse o prefeito. E ao final da conversa concluiu: “(...) *Mas cá pra nós, o atual prefeito já veio até aqui e me agradeceu muito pelo trabalho que faço, (...) esse bairro aqui, foi onde ele teve mais votos*”.

Refletir sobre estes acontecimentos remete às noções weberianas de dominação. Weber elaborou o tipo ideal de "dominação carismática", uma forma especial de dominação que se legitima a partir de uma *"devoção afetiva à pessoa do senhor e a seus dotes sobrenaturais (carisma) e, particularmente: a faculdades mágicas, revelações ou heroísmo, poder intelectual ou de oratória"* (WEBER, 1999: 134-5). O que significa dizer que a dominação carismática se caracteriza por uma liderança pessoal extremamente forte em que o líder obtém lealdade e dedicação de seus liderados. Então, uma pergunta se faz presente: Como esta coordenadora construiu essa liderança carismática? Em Max Weber se observa que o poder carismático dilata a legitimação até onde alcance a missão do “chefe”, na medida de seus atributos carismáticos pessoais. A atuação dessa funcionária na comunidade vai além de um atendimento de enfermagem. Alguns fatos relatados a seguir podem fundamentar este argumento. Logo nos primeiros dias de pesquisa, ouvi de algumas pessoas um relato, que denunciava um caso de violência doméstica: Uma jovem de 16 anos, grávida, estava sendo espancada pelo marido, que a deixava trancada em casa, quando saía para o trabalho. Este grupo de pessoas solicitava sua intervenção. Acompanhei esta enfermeira, que fez uma visita domiciliar à garota. Ao constatar hematomas que revelavam a veracidade dos fatos retratados pelos vizinhos, acionou o Conselho Tutelar porque a garota era menor de idade. Em um outro momento, compareceu ao Posto um pai pedindo que ela intercedesse junto às autoridades responsáveis, pois seu filho de vinte anos estava fora de si, numa crise de sanidade, desfilando completamente nu pela rua. Ou seja, em sua rotina diária de atendimentos, não é raro ela ser tomada por psicóloga - quando os pacientes, indo para uma consulta, acabam por contar suas histórias de vida; por delegada - quando é solicitada para resolver casos que a rigor, são da competência policial. Enfim, ali ela é a *Doutora*. Título que também lhe confere poder de juíza, delegada, psicóloga, assistente social. Mesmo que do ponto de vista administrativo, acadêmico, ela não seja uma doutora porque não é uma médica e não tem doutorado, ao entendimento da comunidade ela é uma pessoa que está no mesmo nível que o médico, só que ela tem uma conduta diferenciada: sendo uma autoridade, trata os pacientes com atenção e proximidade. Esses acontecimentos revelam como a intervenção desta

coordenadora ajudou a construir uma rede social,³¹ onde as pessoas da comunidade lhe confere este poder. O poder no sentido foucaultiano que é entendido de modo analítico e não como uma teoria globalizante, como no sentido clássico. Sendo visto como um *'feixe aberto'* de relações que se disseminam no tecido social. Foucault afasta-se da concepção tradicional do Direito que considera o Estado como centro produtor das relações. Para este autor, o poder é algo exercido em rede nas práticas discursivas e nas micro-relações cotidianas. E é este o tipo de poder que esta coordenadora exerce e que lhe é conferido pela própria comunidade.

A questão que se impõe é como ela tem construído esse poder. Para respondê-la bastou acompanhar sua conduta no dia-a-dia: certo dia, estando no Posto, vi chegar grandes fardos contendo retalhos. Percebi que eram entregues sistematicamente toda semana, às sextas-feiras. Considerando curiosa aquela entrega a um Posto de Saúde, quis saber do que se tratava e a referida coordenadora relatou que aqueles retalhos estavam ajudando a diminuir o consumo de remédios antidepressivos: *“Primeiro foi assim: eu ia passando e vi uns retalhos numa calçada, jogados. Aí eu pensei, mas como é que pode se jogar uns retalhos desses, que podem ser aproveitados? Lembrei das mulheres que vinham ao Posto e sempre diziam: “Ah, se tivesse alguma coisa para fazer, como seria bom... Aí me veio a idéia: retalhos podem fazer tapetes, tapetes podem ser vendidos, vendendo elas vão ganhar dinheiro para alguma coisa; vão se ocupar também, porque o problema delas maior era a ociosidade. Essas mulheres andavam muito aqui no Posto, vinham e pediam diazepam, ou remédios para dor não sei aonde. Pra dor aqui, pra dor ali, tinha dia que eu perguntava aonde que tá doendo? Chegavam e diziam: -tô com uma dor aqui, noutro dia, tô com uma dor na cabeça, noutro dia, a dor tá no estomago. Não! agora a dor tá aqui. Eu perguntava: - Vem cá! tu tá fazendo o quê? Será que essa dor, que você sente tanto, essa insônia, não é falta de fazer alguma coisa?-Ah doutora, se eu tivesse, pelo menos eu me ocupava.*

Surgiu a idéia de trazer os retalhos para cá. É tanto que consegui o carro da Secretaria de Saúde para trazer os retalhos. Quando não tinha o carro eu trazia no meu carro mesmo. Resolvi entrar em contato com as fábricas para não jogarem mais fora os retalhos. Começaram cinco mulheres, como sempre tem uma que é mais viva, né? –Ah, dá para a gente fazer redes. Fizeram tapetes, redes, fuxicos, enfeites para os cabelos, bolsas. Foi embora tanta coisa. Daí surgiu uma variedade enorme, que hoje já nem sei mais o que elas estão fazendo.

³¹ Entre as diversas significações que "rede" vem adquirindo, serve ao propósito deste estudo a seguinte: A rede social representada por um conjunto de indivíduos que unem idéias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados. Privilegiando o ponto de vista do agente que produz sentido, e as relações sociais na formação do seu agir. As redes sociais como um instrumento face aos determinismos institucionais.

Só que comecei a notar que essas mulheres já não apareciam no Posto. Chamei uma Agente de Saúde e perguntei: O que é que tá acontecendo que não aparece mais ninguém aqui no Posto? - Ah, a senhora não sabe, estão todas fazendo tapetes, ocupadas, nem lembram mais de vir aqui.

Comecei a me preocupar em pesquisar como andava a saúde delas: Pois “chame” elas aqui, pra fazer uma reunião. Eu disse: O que foi que aconteceu que ninguém veio mais no Posto? E o diazepam? - Ora, se ninguém tem mais tempo. Várias me responderam: - Ah, doutora, a gente não tempo nem pra comer, que dirá pensar em tomar diazepam, “tamo” só fazendo tapetes.

-E tão vendendo, tá dando certo?

-Tá. Umas estão vendendo na Beira-Mar, outras vendendo aqui mesmo, no Centro de Artesanato de Maranguape, outras vendendo de porta em porta.

Passei a visitar cada uma delas para acompanhar a evolução. Cheguei a encontrar pai, mãe e filhos trabalhando, numa casa, em que o pai também estava desempregado. Os filhos separando os retalhos pelas cores e tamanhos, enquanto o pai e a mãe confeccionavam os tapetes. Quer dizer, uma coisa que tinha começado para ser só terapia para aquelas mulheres, para melhorar a auto-estima delas, acabava que em alguns casos, estava sendo até a renda familiar. Fiquei feliz, quer dizer, isso foi muito importante porque percebi que estava contribuindo para a melhoria do orçamento doméstico daquela gente e da sociedade mesmo. Umas, me disserem que compraram até televisão, que antes não tinha condição. Outra me falou que agora podia se enfeitar porque aquele dinheirinho ajudava”³².

Este projeto permite a superação de dificuldades materiais de toda a ordem, cedendo lugar à possibilidade de dar um sentido à vida. Nesse sentido o projeto ajuda na recuperação desses pacientes, que encontraram motivação para viver e um espaço de crescimento. A vontade de realizar e o desejo de fazer surgem juntos, possibilitando que as pessoas possam ter novos projetos de vida.

Quando perguntei: qual a motivação que os donos das fábricas de confecção têm para fazerem estas doações? “uns dizem que doam porque querem ajudar, tem muita gente carente, e depois, os retalhos iam mesmo para o lixo. Outros falam, então vamos fazer um negócio? Às vezes tenho um funcionário doente, que precisa de atendimento e não tem aonde, para eles não perderem muito tempo para serem atendidos, a senhora me facilita? Afinal, funcionário doente, que demore para ficar bom ou perdendo tempo no Posto, é

³² Declaração dada em entrevista datada do dia 03/10/2005, pela Enfermeira Maria Alves de Souza - Afonsina.

prejuízo pra mim. Claro, facilito, se vocês me ajudam, se me dão os retalhos, porque não atender uma pessoa sua. Também ouve essa troca...”

Troca e caridade são elementos que integram uma linguagem comum que atravessa os vários agentes envolvidos. Também há na resposta obtida “a obrigação de dar, receber e retribuir,” presente no *Ensaio sobre a dádiva* em Mauss. Segundo ele, a idéia de reciprocidade como troca envolve seres sociais: quando alguém recebe, contrai imediatamente uma dívida de relação social com o outro. “(...) *Um caráter voluntário, por assim dizer, aparentemente livre e gratuito e, no entanto, imposto e interessado dessas prestações*” (MAUSS, 1974: 41). O interesse está presente em ambos os envolvidos, pois fica claro quais as vantagens que os comerciantes almejam, ou seja, atendimento prioritário aos seus funcionários. Por outro lado, Afonsina, depois de ser advertida nesta gestão, que poderia ser afastada do cargo, utilizou-se de sua influência junto à comunidade para que esta reivindicasse sua permanência, no que foi prontamente atendida. Depois me confidenciou: “*Você viu? O povo gosta de mim porque faço tudo por eles e são eles que me seguram aqui. Pois agora é que vou fazer tudo que puder, até o impossível por essa gente. Quanto mais eu fizer, menos a Secretaria pode mexer comigo(...)*” Essa fala evidencia que ela construiu de fato uma posição de mediadora entre a comunidade e o poder público, que entretanto aparece, aos olhos da população, como generosidade pessoal – o que também é verdade.

O relato sobre o Projeto “*De Retalho em Retalho promovendo a saúde*”, segundo informações, surgiu de forma espontânea e sem grandes pretensões. Entretanto, o mesmo já se tornou objeto de disputas políticas. Esta iniciativa dos retalhos, assim como a iniciativa de incorporar os rezadores ao PSF, foi também institucionalizada. Para tanto, foi redigido um projeto, segundo as normas de um Programa de Ação Social, tendo sido registrado nos Anais da I Exposição da Escola de Saúde Pública do Ceará - I EXPOESP e II Mostra de Saúde da Família do Ceará - II PSF-Ce, que se realizou em setembro do corrente ano. Recebeu o nome “*De Retalho em Retalho promovendo a saúde*”. Esta apropriação, por parte do Serviço Social da Secretaria de Saúde, produziu discussões, ocasionando um mal-estar entre o Serviço Social e a Coordenação do Posto. O motivo central teria sido a inclusão de um nome, uma co-autoria sem merecimento no Projeto. No âmbito da Secretaria de Saúde do município, têm sido produzidos discursos que visam a estabelecer uma imagem favorável para esta atual gestão em saúde pública e não será surpresa se este outro Programa alcançar dimensões semelhantes como as que alcançaram o Programa *Soro Raízes e Rezas*.

O Programa “*De Retalho em Retalho promovendo a saúde*” teve início em meados de 2003. Conta hoje com cerca de cinquenta mulheres cadastradas, entre elas, adolescentes,

jovens senhoras e da terceira idade, que semanalmente vão a Unidade Básica do PSF para receber os retalhos³³. A Secretaria tem divulgado que está em processo de organização uma associação, para que seja possível uma articulação junto às empresas locais, visando a um apoio mais efetivo. O alcance maior deste projeto foi o de devolver a auto-estima dessas mulheres, apontada, como um resultado mais significativo, a redução da busca por medicamentos antidepressivos. Como consequência, o comércio informal de produtos artesanais feitos com retalhos trouxe também benefícios econômicos.

Foi nesta Unidade Básica de Saúde - Posto Novo Parque de Iracema, que a idéia de produzir produtos artesanais com retalhos começou, e até o momento, somente nela, apesar da institucionalização, este Programa tem sido executado. Bem como dentre as 19 equipes de PSF, somente nesta, como já foi citado anteriormente, para além das rezadeiras cadastradas que fazem atendimentos em suas residências, há uma sala denominada *Recanto da Fé*, reservada para o rezador fazer atendimentos no próprio Posto.

Também não é atribuição de um Posto de Saúde distribuir *sopão*, entretanto, todas as terças-feiras à tarde, forma-se uma fila para a distribuição de uma sopa para os idosos, que comparecem ao Posto, no mesmo dia em que é feito o atendimento aos diabéticos e aos hipertensos - indivíduos preferencialmente idosos. Os ingredientes são adquiridos através de doações e a sopa é elaborada na cozinha de uma escola municipal que se localiza em frente ao Posto. *“Quando eu via aqueles velhinhos tremendo, com as mãos frias, suando porque estavam morrendo de fome e esperavam horas para serem atendidos. Achei que tinha que fazer alguma coisa...”* justifica a coordenadora. *“Ah... e tem mais, antes eles tomavam a sopa aqui, agora quando eles vêm para a consulta já trazem uma vasilha, dizem que vão comer em casa que é melhor, mas a gente sabe que, na verdade, eles levam mesmo é para o pessoal que ficou em casa”*. Nota-se que em suas narrativas a caridade está sempre presente em suas ações. Em seu discurso coloca-se como benfeitora da comunidade, ouvinte sensível com os problemas do outro, especialmente os pobres e os desprotegidos. Aos olhos da comunidade ela mantém sempre disposição favorável em relação a alguém em situação de inferioridade (física, moral, social etc.).

Um outro Projeto pensado pela mesma coordenadora deste Posto que, entretanto, não se manteve foi: *“Colorindo nosso bairro, colorindo nossa vida”*. Segundo ela, a inspiração surgiu depois de uma consulta: *“Foi um rapaz, um adolescente de uns 17 anos, chegou um dia aqui, muito deprimido e pediu para falar comigo. Comecei a conversar, ele disse que*

³³ Dados registrados no Anais do I EXPOESP- livro de resumos, p. 45.

estava muito deprimido porque não tinha nada na vida, sem emprego. Já tinha experimentado drogas, tinha saído, mas estava com vontade de voltar a usar porque a vida não tinha saído. [...] tinha uma tristeza muito grande porque não podia fazer de sua casa um cantinho melhor para os pais morarem. O maior sonho da sua vida era ver sua casa pintada porque aí ele ia sentir que estava vivendo melhor: Fico muito triste, quando vejo aquela casa muito feia, sem cor, sem um cal, muito escura, fico triste quando vejo minha mãe morando naquela casa suja.

Para você começar a melhorar, qual era a primeira coisa que você queria fazer?

-A primeira coisa que eu queria fazer era pintar minha casa.

Foi quando surgiu a idéia do Projeto porque eu entendi que ele achava que se ajeitasse a casa, se pintasse a casa dos pais, ele ficava mais feliz. Pensei numa coisa tipo um projeto mutirão: convocava os adolescentes, arrumava as tintas e eles iam pintando a rua. Primeiro uma rua, depois outra, até o bairro ficar mais bonito. Mas, esse não consegui fazer, comecei a fazer, inclusive o moço chegou a pintar sua casa. Consegui o material para ele, e ele se colocou à disposição para ajudar a pintar a casa dos amigos da rua se o projeto fosse para a frente. Mas, não consegui quem doasse as tintas, o material para as pinturas. Não deu para continuar porque faltaram recursos, não do pessoal da comunidade, porque eles me ajudariam. Até começou pai, mãe, avó.. todos se mobilizando e esperando só o material. O problema foi que não consegui quem doasse as tintas...[...]”.

Faz jus mencionar portanto, que a liderança da coordenadora nesta comunidade é também o resultado de sua capacidade de resposta às demandas deste estrato social que compõe a clientela deste Posto de Saúde. Ela é alguém que ocupa não apenas uma posição de saber, mas é também detentora de *status*, prestígio e poder, num contexto em que os atores sociais estão em situação de vulnerabilidade.

Para delinear a trajetória de construção do seu poder dentro da comunidade, retomo Foucault, que em suas análises via o poder como resultado de estratégias de relação. Ou seja, o poder implica a demarcação de posições sociais ou oportunidades e é resultado de negociações complexas de autoridade, reputação e *status*. Assim, o surgimento do poder depende do envolvimento de redes de grupos ou atores que negociam e têm a possibilidade de fazer controle. Pois, ele sempre gera resistências, acomodações e estratégias de negociação.

Estes fatos aqui apresentados comprovam e reafirmam o carisma e a liderança dessa coordenadora, responsável em transformar esta Unidade de Saúde, em um local de referência, um centro aglutinador, servindo a propósitos distintos aos relativos a um Posto de Saúde, pois

aqui, parte da comunidade busca, para além da cura de seus males físicos, superar a precariedade das condições sócio-econômicas e soluções para os graves problemas sociais que enfrentam. A saúde excede seu conceito *stricto sensu* e a dimensão da cura ingressa na instância da caridade. Neste sentido, o Posto assume um significado que traz intrínseco um fator aglutinante, sendo ao mesmo tempo uma arena para disputas e relações de poder e desse modo ele se torna um espaço político. Esta compreensão coloca o Posto como um *fato social total* que se refere ao sistema proposto por Mauss, onde determinados eventos sociais condensam em si a totalidade da sociedade. Dito em outros termos, o Posto de Saúde não é só o lugar de se superar a enfermidade, ele integra outras dimensões da vida dessa comunidade, apresentando uma multiplicidade de relações de diversas naturezas (política, religiosa, econômica, lúdica, etc.)

Por outro lado, trata-se também de se retomar a questão de que somente o entendimento da complexa relação médico/paciente não é suficiente para compreender as redes de relações que se formam no contato do usuário com esta instituição de saúde. São múltiplas essas redes e os fatores que se encontram aí implicados. Dar tanta ênfase à relação com o médico pode obscurecer e limitar a compreensão da riqueza com que se depara quando se volta o olhar para este Posto de Saúde que tem sido alvo desse estudo de caso.

3.3 O rezador no Posto - orações e remédio caseiro

O rezador Ananias Roseno, de 77 anos, gesticula tendo nas mãos folhas de pinhão roxo que tocam a cabeça da criança, a pequena Larissa, de apenas seis meses. Enquanto ele reza baixo, numa versão própria, a “Salve Rainha”, a menina suspende o choro e não desvia o olhar dos seus movimentos. Ela foi levada pela mãe Antoniana Agostinho para receber a ajuda do rezador e curar uma diarreia. *"Trouxe ela no médico. Acho que é por causa do dente. Mas sempre trago para rezar também. Acredito muito no poder da oração. O meu outro filho já teve quebranto e eu levei para rezar. Foi como ele ficou bom"*, conta a dona de casa, que é católica.

Na mesa do rezador, as imagens de Nossa Senhora e as velas se misturam às fichas de encaminhamento de consultas. Com 30 anos de rezador, Sr. Ananias Roseno cumpre o ofício neste posto de saúde há 3 anos. Atende a todos que o esperam na fila, com paciência e atenção, possui uma expressão simples, mas assume um tom de autoridade quando prescreve suas receitas. *"Rezo e faço o remédio caseiro". "Para dor no estômago é chá do boldo. Para inflamações na mulher, aroeira"*. Das ervas e plantas, saem remédios para dores de estômago, inflamações no fígado, problemas de respiração, etc.

Ele benze a criança e o medicamento receitado pelo médico. Católico, acende duas velas, uma para Nossa Senhora de Fátima e outra para Nossa Senhora Aparecida, pedindo pelos doentes. *"É tudo reza de Deus. Rezo em cima de ventre caído, dor de dente, junta desmentida, dor de cabeça, dor no fígado. Dia de segunda, são umas 40 pessoas que atendo"*. Voluntário, não cobra nada pelo trabalho: *"É a graça que Deus me deu"*. Para cada pessoa, reza várias orações com folhas de pinhão roxo, em três dias alternados. Sua fala revela prestígio: *"Vem gente de fora, até de Sobral, me procurar. Rezo e a pessoa fica boa mesmo. A minha reza é forte"*.

Antes dele, havia outra rezadeira. Interrogado sobre o motivo dessa substituição, obtive como resposta que ela havia ficado doente. Mas, então porque ela não assumiu seu lugar quando ficou sarada? *"É que ela preferiu voltar a atender em casa porque tinha que cuidar dos netos"*. Entretanto, fiquei sabendo que se estabeleceu uma rivalidade entre eles. Seria porque Seu Ananias, por atender no Posto, recebe uma cesta básica, da Secretária de Saúde, pelos serviços prestados? Pois as outras rezadeiras, mesmo sendo cadastradas, por atenderem em casa, não havendo deslocamento para fazer os atendimentos, não recebem essa cesta.

A reza assume o caráter de uma *moeda de troca*, ainda que não seja sentida, percebida ou vivida como tal, tanto pelo rezador, quanto pela comunidade. Ele não cobra pela reza, contudo, aceita de bom grado o que lhe dão e se aparece alguém que lhe parece ter condições de fazer alguma doação mais consistente, ele se aproxima para "oferecer seus serviços" entabulando uma conversa que discorre invariavelmente sobre suas dificuldades financeiras. *"A senhora sabe, né? Aqui sou voluntário, o dom da reza é graça de Deus e a gente não pode cobrar nada. Mas a vida é muito difícil, eu venho para cá e deixo de tá fazendo outra coisa que dê dinheiro. Sou aposentado, mas não dá para nada e a gente precisa comer, pagar as contas. Esta semana recebi a aposentadoria e depois de fazer umas comprinhas, de pagar uma prestação de um guarda-roupa, que a mulher teimou em comprar, e de pagar mais uma besterinha, pronto! Lá se foi o dinheiro! E o resto do mês, né? como a gente faz? O jeito é contar com quem tem mais que a gente e tem caridade, para me ajudar. A senhora não acha que tá certo?"* Uma outra maneira de obter dinheiro é prescrevendo xaropes caseiros, pois, quando prescreve seus *lambedôs*, estes são pagos.

Este rezador, apesar de atender muitas pessoas diariamente, em alguns dias, cerca de quarenta a sessenta pessoas, não é unanimidade, vez que algumas pessoas tomaram conhecimento que ele sabe fazer "garrafadas abortivas" e este fato divide opiniões. Afinal, *"alguém que faz essas coisas não pode está rezando em nome de Deus"*, confidenciou-me uma entrevistada que aguardava o médico e que afirmou: *"Quando preciso de rezadeira, vou*

numa que mora perto da minha casa. Depois, este negócio de reza é bom fazer com rezadeira, homem não é bom nessas coisas. Há coisas de mulher fazer, e coisas que só homem faz, mas reza é coisa para mulher”. Nesta fala podemos perceber duas questões: a primeira diz respeito às concepções religiosas, especialmente às ligadas à Igreja Católica, que proíbe o aborto. Sabe-se que o modelo que a Igreja oferece à mulher é fundamentado no marianismo. Este modelo ‘cultural ideal’ é revestido pela idéia da mulher submissa, mãe e esposa. Na versão brasileira do marianismo, de acordo com Mary Del Priore (1993), a imagem da mulher surge como piedosa, dedicada, assexuada e submissa aos desígnios de Deus. Se ela engravida *é da vontade de Deus*, e se assim é, não faz sentido abortar. Afinal, somente Deus pode dar e tirar a vida. O que significa dizer que, se os princípios fundadores das práticas de cura populares estão pautados nos códigos da Igreja Católica e se esta proíbe o aborto, ele é também condenado pela maioria das rezadeiras - pelo menos publicamente, pois temos conhecimento que muito secretamente há quem prescreva “chás abortivos” a quem as procure.

A segunda, ligada à questão de gênero. As questões de saúde em geral são do domínio da mulher, a freqüência no posto é de mulheres, gestantes, crianças e idosos. As conversas de uma roda de mulheres transitam sobre questões de saúde. Do mesmo modo que os homens conversam sobre política, sobre futebol, mas praticamente falam muito pouco ou muito ocasionalmente sobre a saúde. No caso das mulheres é uma conversa fundamental na sociabilidade feminina, talvez resulte daí as mulheres serem especialistas de cura, mesmo que eventualmente haja figuras masculinas que são reconhecidas como rezadores. Porém, a maioria das pessoas que se tornam curadores na comunidade são mulheres, idosas e que possuem uma orientação religiosa voltada para as práticas do catolicismo popular. Há também rezadeiras cadastradas no Programa, que são umbandistas e mais raramente evangélicas.

Ressalta-se, sobretudo, que no imaginário coletivo, revelado através das entrevistas, de uma maneira geral, os campos da saúde e da religião ainda estão muito relacionados entre si e com as práticas mágicas, sendo considerados como atribuição eminentemente feminina. No cotidiano doméstico, a mulher, notadamente a esposa-mãe, é o principal agente de saúde. A mulher é quem detém os saberes tradicionais relativos a doenças e remédios, quem administra, cura e cultiva plantas medicinais. Com freqüência, são também mulheres as especialistas que atendem a comunidade como um todo: parteiras, raizeiras, rezadeiras, benzedadeiras, etc. Assim, se são mulheres que cuidam da igreja e fazem novenas e orações,

são elas, que também conhecem os segredos das práticas mágicas, que protegem as crianças e os homens face aos perigos.

Desta maneira, a representação de saúde-doença nessa comunidade também está ancorada no pensamento religioso, no qual a fé, não importando a religião praticada - católica, evangélica ou umbandista, traz conforto, resignação e esperança para enfrentar os problemas de saúde em si mesmo e/ou na família. Esta visão fatalista do mundo, presente em alguns discursos, permeia as concepções de saúde/doença, diminuindo a responsabilidade do próprio indivíduo sobre a sua saúde, uma vez que cada um já nasce predestinado e determina as suas estratégias de saúde. As representações sociais de saúde-doença revelam todo o imaginário, não só sobre esse tema mas, sobretudo, acerca da vida em geral, já que para os entrevistados tudo que acontece é *“porque Deus quer”*. Essa dimensão espiritual da doença permite elucidar alguns aspectos da influência das rezadeiras no cenário maranguapense.

Mauss, em seu texto *“esboço de uma teoria da magia”*, discute a magia como um fenômeno que envolve três elementos que podem ser separados para análise mas que, na realidade, são indissociáveis: agentes, atos e representações. Este autor associa a existência de representações sobre a magia na presença de agentes reconhecidos socialmente como mágicos, e de atos que fazem com que esse reconhecimento exista. A eficácia da magia depende de ela ser feita por mágicos reconhecidos, fazendo atos vistos com mágicos, em função das representações socialmente constituídas a respeito da magia. Tudo isso constitui a crença na magia e é isso que a faz eficaz.

O fenômeno mágico é uma tentativa de ultrapassagem da realidade à procura de soluções - sobrenaturais ou não, que lhe permitam romper a barreira existente entre o *real*, imposto pela vida material, e o *imaginário* esperado. Assim, pode-se afirmar que a necessidade coletiva está por trás do mago, que encarna as exigências da coletividade e por isso é aceito e acreditado como eficaz, é o *representante* e o *agente* da vontade coletiva. *“O mago é criação do ambiente, isto é, da sugestão coletiva”* (CASTIGLIONI, 1972: 68 e 114)

Estas representações reúnem todas as implicações decorrentes de um sistema de valores e crenças que legitima a prática de cura das rezadeiras, pois se acredita que determinadas pessoas são escolhidas por Deus, estando predestinadas a realizarem curas por intermédio de orações, gestos, remédios e rituais. Nasce daí o poder das rezadeiras e a eficácia de suas curas.

3.4 As rezadeiras cadastradas no PSF que atendem em casa

Este programa cadastrou as rezadeiras e estas continuaram suas atividades fazendo atendimentos em suas residências. A realidade dessa região que apresenta um contexto de extrema pobreza, contribuiu para que as rezadeiras conquistassem uma posição de respeito

dentro da comunidade, já que elas são a opção cultural e afetiva mais próxima daquela gente. Seus conhecimentos trazem os saberes, as experiências e improvisações própria da cultura nordestina. São portadoras de um saber transmitido pelos antepassados. A grande maioria aprendeu a arte da reza e de manipular as ervas com avó, mãe, sogra, tia, muitas vezes impulsionadas pela necessidade, como é possível se constatar nos depoimentos. Com a “arte de curar” elas também se apropriaram do conhecimento dos "remédios caseiros", das "plantas que curam", das rezas e orações.

De certa maneira, elas são as guardiãs da identidade cultural, pois, a partir de seus cultos religiosos e rituais, fornecem elementos, códigos, que representam referências identitárias da comunidade. Mediadoras entre o sofrimento e a cura, suas práticas reforçam e atualizam os valores culturais da região, representando a esperança, conferindo segurança e acolhida àqueles que as procuram.

Além desse conjunto de atividades exercidas pelas rezadeiras, além da arte de rezar, essas mulheres são também mães, esposas, avós e como tal realizam as tarefas no âmbito do trabalho doméstico: fazem comidas, limpam a casa, cuidam dos filhos ou dos netos, lavam roupa... *“Tem vez que chega alguém com alguma criança com ventre caído, quebranto, mal-olhado, chamam a gente, a gente tá tão ocupada que deixa lá tudo. (...) É um trabalho mesmo. Passa noite, pode ser qualquer hora, né.”* diz D. Icléia.

Para esta senhora a reza é um trabalho; um serviço que se tornou uma obrigação quando ela recebeu o dom. Rezar se tornou um dever e um encargo. Observa-se que entre as rezadeiras há modalidades simbólicas de retribuição pelos serviços, já que o pagamento em dinheiro quase sempre é recusado, mas esperam que “os de recursos” tragam pequenas quantidades de mantimentos como forma de agradecimento pelo bem praticado sem interesse, logo, aceitos sem protestos. Nota-se que as rezadeiras pesquisadas justificam, a todo momento, o medo quanto ao pagamento das rezas, muito embora perceba-se que elas recebem as ofertas como se fossem um espécie de contrato.

O depoimento de outra rezadeira resume toda a ambigüidade da dádiva, presente tanto no discurso do Seu Ananias, quanto no desta rezadeira que entrevistei: *“Eu acredito na gratidão. E nunca me dei mal. Nunca na minha vida deixei de atender ninguém.. Eu sou da seguinte moda: atender sempre que for possível. [...] a gente, quando presta uma caridade, não tem que estar pensando no retorno. Se o retorno vier, é ótimo, mas não que a gente peça ou cobre. Tem que vir da vontade da outra pessoa porque ela quis. A gente pode até perseguir o retorno. Às vezes gente agradecida traz alguma coisa. Mas cobrar, nunca! Afinal, este dom é de Deus, foi Ele que me deu. Futuramente, você pode procurar uma pessoa*

[...]: *'Fulano, se você puder, agora sou eu que estou precisando de uma ajuda [...]'. Nunca você deve fazer o favor na certeza de que aquilo é uma troca. Se encarar como troca, você está perdido*". D. Anselma.

Percebe-se pela descrição que há regras a serem cumpridas, caso contrário, corre-se o risco de se perder o dom, posto que este, é uma concessão divina, a partir de uma relação que se estabelece com Deus. Ela, assim como as outras rezadeiras, também não cobra nada pela reza que faz. *Ela presta uma caridade*. Não pede nada em troca, mas geralmente a pessoa que é atendida lhe retribui com algum tipo de agrado. O agrado representa uma doação e não uma venda, pois *"o que é sagrado não é vendido, é dado"*. (ARAÚJO, 1977, p. 154). A rezadeira sente que tem uma dívida com Deus porque lhe concedeu a graça de rezar e por isso ela tem que *pelejar*. Em seu cotidiano enfrenta a lida, dedicando-se a essa atividade religiosa, que do seu ponto de vista não é uma tarefa fácil, pois sua dedicação é para pagar esta dívida com Deus. Por essa razão o *dom* que a rezadeira possui não pode ser abandonado. É uma obrigação que deve ser paga até o último dia de sua vida. Para ela, *dom significa doação*. Aquele que recebe um dom deve dar-se, o que reflete na doação do trabalho diário ao atendimento de doentes.

Religiosidade e gratificação são elementos sempre presentes em seus discursos. A rezadeira tem um dom de ajudar as pessoas e estas, por sua vez, lhe retribuem. E quando a retribuição não parte das pessoas, como ela diz, parte de Deus. Esta "lógica" nos remete à lei do dom e contra dom, da reciprocidade obrigatória (MAUSS, 1974), o que gera uma cadeia cíclica de dádivas. Sobre o exposto acima, o que fica implícito no argumento central é de que a dádiva produz a aliança. Como ressaltou Bourdieu:

"o caráter primordial da experiência do dom é, sem dúvida, sua ambigüidade: de um lado, essa experiência é (ou pretende ser) vivida como uma rejeição do interesse, do cálculo egoísta, como exaltação da generosidade, do dom gratuito e sem retribuição; de outro, nunca exclui completamente a consciência lógica da troca". (BOURDIEU, 1996:07)

3.5 Quem são as rezadeiras de Maranguape: "Causos, estórias e falas"

"Eu tinha dez anos de idade quando percebi que podia rezar. Fiz por necessidade! Aí eu decidi que ia ser rezadeira. Eu aprendi com a mãe da minha mãe, com a minha avó: Maria Correia. Era a parteira da minha mãe. Parteira fina. Eu andava mais ela. Ela me ensinou tudinho. Eu acompanhava ela toda vez. Aprendi assim. Aprendi com ela.", D. Francisca

De modo geral, as entrevistadas usam o termo "acompanhar" quando se referem ao modo como aprenderam e com quem, as rezas curativas, trazendo implícito o sentido de estar

do mesmo lado; de ser solidária; de pertencer ao mesmo *time*, de pessoas empenhadas numa mesma atividade, possuindo os mesmos objetivos, buscando os mesmos fins. Acompanhar é desse modo, uma espécie de *credencial* para ascender a este grupo - o das rezadeiras. Para se tornar rezadeira, antes tem que acompanhar uma que já é reconhecida como tal.

"Eu, quando comecei a trabalhar com esse trabalho de fazer reza e mexer com as ervas eu tinha 20 anos de idade. E desse tempo pra cá, é nessa luta o tempo todo. É debaixo de chuva, é debaixo de sol, é caminhando, de todo o jeito eu enfrento. Eu aprendi com a minha madrinha Sebastiana, uma velha. Ela me chamou e me ensinou o que sabia. Eu acompanhava ela toda vez. Ela me ensinou até oração. Eu não posso ensinar porque senão tira as forças" D. Socorro.

A "iniciação" se realiza atendendo ao chamado de um alguém mais velho ou de Deus e é encarada como uma luta, uma *peleja*. Nesse sentido ao

"(...) falar que se está (ou se esteve) lutando, e lutando apesar da impossibilidade de 'vencer' ('lutando até morrer', 'a gente luta, luta e fica tudo do mesmo jeito'), é sempre uma afirmação de seu valor, de sua dignidade e respeitabilidade, um testemunho do seu sofrimento, uma forma de negar que nessa situação haja motivo de vergonha" (:29). Igualmente, ao se referirem à luta, os informantes destacam o pertencimento a determinadas organizações e/ou situações sociais, que, como coloca Comerford, "dão sentido à existência de uma comunidade".(LEITE apud COMERFORD)³⁴

"Minha filha eu não sei nem que era era quando eu comecei a rezar. Comecei a rezar quando eu sosseguei mais meu juízo. Eu já rezava em criança, em negócio de ventre caído, Ainda era moça ainda, quando eu sabia que a minha mãe sabia dessa reza e ela ensinava a nós. E tinha também uma sobrinha minha que era muito rezadeira, uma menina tão boa rezadeira que só, e ela também me ensinava muita reza. A Maria que era essa minha sobrinha já sabia, mas porque a mãe dela sabia. E essa reza de curar, d'eu curar as crianças, eu queria não, mas tive que fazer porque eu tinha um lar muito sofredor e quando nasceram os meninos, eu precisei fazer reza pra curar quando eles adoeciam porque médico é coisa difícil. E tem também os remédios que precisa comprar e com reza não, a gente reza e vem Deus e cura. Dona, meu marido era doente, adoeceu do juízo, essa menina tinha 7 anos quando ele adoeceu, eu só tinha 3 meninos, aí ele adoeceu do juízo. Eu sofria tanto que fazia medo. Eu levava ele para o hospital e lá o doutor num instante dava que ele não tinha nada no juízo. Eu não sei o que era aquilo?! E uma coisa que eu não gosto é de hospital. Aí

³⁴ Comentário e resenha disponível no site www.bibvirt.futuro.usp.br/textos/hemeroteca/man/principal.html pesquisa feita em 15/08/2006.

eu pedia a Deus que Deus curasse ele, pra eu não levar ele pra essas coisas de hospital. Aí quando ele sossegou mais o juízo eu levava pra uma pessoa rezar nele e comecei a rezar também nele até que ele sossegou do juízo. Aí eu continuei rezando... Foi assim. Mas, nas minhas rezas eu sinto que os pedidos que eu peço a Deus, graças a Deus eu sempre alcanço. Para aprender a rezar ficava vendo minha mãe. Ela sabia, aí ela rezava e eu via, aí eu perguntava como era o resto. Quando a gente vai rezar, o começo a gente reza em voz alta. Agora o fim reza baixinho. E no finzinho reza um Pai Nosso com 3 Ave Maria, Salve Rainha, oferece o santo que a gente tem a devoção". D. Pretinha: Jacinta Soares de Brito - 77 Anos.

O perfil da rezadeira foi resultado do registro dos depoimentos que permitiram identificar: nome, idade, quando começou a rezar, por que, como, o que cura sua reza, o que não cura, quando cura, como a cura foi alcançada, clientela, principais doenças que curam. O que é doença de médico e o que é doença de rezadeira. Qual a representação social de doença e se esta representação foi modificada depois da incorporação ao Programa.

São geralmente mulheres, com idade entre 50 e 80 anos, com pouca ou nenhuma escolaridade, em sua maioria católica, que normalmente aprenderam a rezar quando jovens, tendo sido ensinadas pelas mães ou avós. Mas o que se sabe é que a legitimidade que a rezadeira adquire na comunidade lhe é concedida depois de um certo tempo quando esta já alcançou a maturidade. Ou seja, o grau de confiabilidade alcançado está mais intimamente ligado a sua idade do que aos seus feitos. Quanto mais idosa mais possuidora de credibilidade. Assim ela vai construindo sua "fama" na comunidade em que está inserida

Em linhas gerais começam a rezar por necessidade; quando os filhos precisam de atenção e elas não dispõem de condições de levá-los à outra pessoa para assisti-los, ou quando alguém na família ou ela própria adoece e, diante de uma "graça alcançada" solicitam saúde para este parente ou para si mesma, conforme o caso, descobrindo dessa forma que possuem o *dom* para ser rezadeira. Há também relatos que essa descoberta foi por revelação divina, a partir de sonhos ou por intuição:

"Dona, comecei a rezar porque Deus me mostrou uma graça. Por isso precisei rezar, como que pagando uma promessa. Ora, se tinha sido atendida, precisava pagar, aí comecei a fazer uma das obras de Deus, que é ajudar a quem precisa". D. Maria dos Santos

"-A senhora não sabe, eu era tão doente, pedia tanto para Deus me curar, que quando alcancei a cura, tive que continuar a missão que ele me mostrou". D. Antonia.

A rezadeira, assim como o médico, dispõe de um conjunto articulado de representações, idéias e crenças com que interpreta a saúde, a enfermidade, a dor e a morte do organismo humano. O que determina sua forma de acautelar e/ou curar a doença, eliminar a dor, restituir

a saúde e prolongar a vida. A atenção à saúde que realiza é próxima e horizontal, por pertencer ao mesmo extrato social de seus pacientes. Contextualiza a enfermidade em relação ao conjunto de fatores que rodeiam seu paciente, por ser conhecedora das circunstâncias particulares da vida de cada um deles. Um dos principais méritos que a clientela atribui à cura da rezadeira reside no fato desta explicar ao doente a enfermidade da qual ele sofre, utilizando-se de representações sociais acessíveis ao conhecimento dos membros das chamadas camadas populares, de forma bastante explícita, evidenciando, sobretudo, uma relação de causa e efeito. O *modus operandi* de sua prática segue o mesmo ritual aprendido com os antepassados. Contudo, há espaço para atualizações, o *soro benzido* é um exemplo disso.

Elas estão presentes em todas as áreas da comunidade, quanto mais carente a região, maior a facilidade para encontrá-las. A reza cura todas as doenças que se manifestam no corpo, que entretanto, traga um componente espiritual. Como no *imaginário coletivo* quase todas as doenças são provocadas por forças espirituais, elas curam quase tudo. Exceto doenças que precisam de cirurgia. Esta concepção está ligada ao fato de que algumas pessoas da comunidade, assim como os médicos, fazem separação entre corpo e mente.

- E tem doença que a rezadeira não cura? *“Tem, eu acho que tem.”*

- Quais, por exemplo? *“Doença que precisa operar, doenças que são do corpo mesmo, de dentro dele, e não são psicológicas, da mente. Às vezes a pessoa fica doente só da cabeça e uma reza, uma coisa, você acredita e fica boa”.*

Não só o paciente deve ser alguém que acredite no poder curativo da oração, mas para a comunidade, a rezadeira deve também expressar um intenso sentimento religioso e empenho no atendimento às pessoas. *“A rezadeira é aquela pessoa muito fervorosa. Eu acho que é assim: Quando a gente tá muito doente, assim como teve até uma vez, que eu tive que levar a minha filha no médico pra levar injeção. Eu levei pra rezar, que era para ela ficar boa. E ela ficou.”* (Maria das Graças dos Santos)

As rezadeiras, assim como a comunidade, atribuem os efeitos da reza ao sagrado, que pode ser principalmente Deus, mas também os santos, Nossa Senhora (a Virgem Maria), os orixás (divindades do Candomblé), os caboclos (entidades da Umbanda) e também as almas: *“O meu santo da minha devoção é Jesus da Misericórdia. Mas peço ajuda também à alma de Dr. Ageu e à alma de Dr. Chico Campo eu me entregando pra essas almas, graças a Deus, eu sei que sou válida. Ave Maria, ele é muito bom. Ele era bom porque eu fui tão doente pra lá e ele me consultou assim de longe, parece que ele ficou foi com medo. Mas eu fiquei*

boazinha. Por isso que eu fiquei com aquela fé e quando ele morreu, eu pensei: oh meu Deus, morreu aquele abençoado! Daí pra cá sempre rezo pedindo que ele me ajude...” D Pretinha.

Fazendo uma análise do depoimento de D. Pretinha, percebe-se que em nenhum momento ela se referiu à sua prática curativa como algo dissociado da religião, pois em suas sessões de cura, relatou sempre invocar Jesus Cristo para que suas orações fiquem mais fortes e, por esse motivo é que falou: “*não tenho o poder de curar, mas que a reza cura e a fé ajuda*”. Neste caso, o que ela dá em troca da ajuda-cura é ela mesma. Para ter êxito e alcançar a cura pede ajuda a muitos agentes, desde que sejam bons; e são bons porque ajudam. Neste arranjo há elementos interligados que operam como um todo resultando em um sistema que reúne Deus, os santos, as almas, os maus espíritos, o doente e o rezador. Quando esta não ocorre é porque a pessoa tem pouca fé ou porque não teve *merecimento*, estava em débito com Deus e está recebendo o castigo divino. Nas respostas a fé está sempre presente como elemento que concretiza a cura. Assim, a obtenção de resultados obedece a duas condições: o merecimento e a determinação de Deus.

Fazem parte de sua clientela todos que pertencem a sua comunidade, porém a maior parte de seus atendimentos são para as crianças, por serem mais vulneráveis às doenças, tanto do ponto de vista do corpo, quanto do ponto de vista de serem mais frágeis para reagirem ao ataque das *forças maléficas*. Os animais também são merecedores de atenção pois, há a crença de que se um animal adoecer é porque ele absorveu uma energia negativa que estaria dirigida para as pessoas. O animal funciona como um *escudo* contra o mal. O ataque, a proteção e a cura obtidos pela reza, são relativos não a cada indivíduo, mas aos membros da casa e da família. Talvez esse fato explique a presença de tantos animais domésticos, tais como cães e gatos, mesmo quando as famílias não possuem as mínimas condições, nem de espaço nem econômicas para criá-los.

As doenças mais citadas como sendo da especialidade da rezadeira são: *quebranto, ventre caído, mal-olhado, espinhela caída, cobreiro, vermelha, assombrados*. Mas também aparecem listadas: vômitos, dor de cabeça, dor de dente, dor no corpo, diarreia, inchaços, erisipela. Na maioria das vezes a reza é acompanhada por prescrições referentes à não ingestão de alimentos *reimosos* e, em alguns casos, é necessário evitar o contato com o sol e abstenção de relações sexuais. Os alimentos *reimosos* são considerados muito fortes e, por isso, podem *prender mais* a doença no organismo, dificultando sua expulsão do corpo. A cura da rezadeira trabalha com a idéia de que o enfermo possui algo em seu organismo que precisa ser colocado para fora, algo que interdita o bom desempenho das funções vitais. A rede de significados que perpassa pelas concepções e práticas de cura da cultura popular é tecida por

múltiplos fatores que vão além da relação corpo, abrangendo a relação da pessoa com o espaço e com o tempo, juntamente com suas crenças e *cosmovisões*.

“A partir das noções de reimoso/não-reimoso, alimentos fortes/fracos, quentes/frios, estancamento/expulsão de matéria mórbida e de outras que se colocam através de binômios, além das características sobrenaturais, são construídas as bases formulativas da medicina popular, que se voltam aos mais variados tratamentos curativos”. (ROCHA:1987)

Há, nos registros de campo, algumas práticas exóticas que merecem destaque tais como: D. Santinha atende pessoas que apresentam fraturas, luxações ósseas e para tanto, sua técnica consiste em costurar um pequeno pedaço de tecido com agulha e linha, proferindo palavras de maneira confusa e quase inaudíveis de uma oração: *“Olhe, negócio da costura que é quando alguém quebra uma perna, um braço, da costela, pra remendar a gente reza costurando. Se aparecer alguém, pode confiar na velha aqui, que eu remendo do mesmo jeito que o pano fica costurado!”* Segundo ela, a oração não pode ser ensinada, senão perde o poder de curar.

D. Pretinha é reconhecida por sua especialidade em rezar para apagar pequenos incêndios que podem acontecer nas casas, por serem algumas delas construídas com madeira e argamassa (casas de taipa), comuns na região. Bem como não é raro, nas residências se utilizar lenha para cozinhar. Ela também reza em pessoas que sofreram queimaduras de qualquer natureza: *“Era uma reza que eu não sabia, a minha mãe tinha me ensinado, e eu aprendi também porque era uma reza muito importante que é para apagar fogo e que também tem pra curar de gente que se queima com fogo. Se bem que teve uma vez, um homem que veio aqui porque tinha se queimado com uma coisa, já nem lembro direito, só sei que não tinha sido com fogo não, acho que era essas coisas de química e eu rezei e ele ficou bom.”*

D. Alda uma senhora de 64 anos disse que começou a rezar depois dos 40 anos de idade. É solicitada para esterilizar animais através da reza. Segundo ela: *“Capo rezando no rastro do bicho, aí ele nunca mais dá cria”*. Ela, diferente da maioria das rezadeiras que possuem uma orientação religiosa católica, é umbandista. Acredita que o seu conhecimento advém de um *dom sobrenatural*. Ela se auto-intitula uma médium que *trabalha* com as *linhas brancas do espiritismo*. Sua obrigação como portadora de tal dom é paga no dia-a-dia, na lida com seus clientes no tratamento das mais variadas doenças e no seu empenho constante à frente de questões da comunidade. Seus vizinhos comentam que *“se pode contar com ela tanto para as coisas de cura desse negócio de espírito 'mau elemento', quanto de coisas dos homens mesmo”* porque ela faz parte do Centro Comunitário. Em sua casa tem um altar com imagens de santos da Igreja católica, bem como dos caboclos. Ao visitá-la fomos

recepcionados por um urubu que ela cria como animal doméstico. Sua atitude excêntrica lhe confere confiabilidade por aqueles que a procuram e, medo e distanciamento por outros. Porém assim como as outras rezadeiras, ela também conta com a fidelidade de sua clientela. Porque como argumentou D. Chiquinha: *“A reza pode ser vice-versa, mas Deus é um só.”* Importa entretanto destacar, que o conhecimento de uma rezadeira não é partilhado com outra.

Os depoimentos a seguir sintetizam os *tipos ideais*³⁵ de rezadeiras encontradas no programa: **I** - *“Olha moça, o doutor a doutora precisam da gente, pode ter o estudo que tiver, porque tem coisa que eles não dominam. Pra falar a verdade, nem a gente, mas a gente tem humildade para falar com Àquele e quando a gente ou a pessoa que vem pedir ajuda tem merecimento, a doença some...(...) O que significa para elas estarem nesse Programa? “Significa ser importante, agora eles reconhecem isso!(...)”* são declarações de D. Maria Augusta. Dona Raimunda afirma que tem respeito pelos médicos e que muitos deles, por sua vez, conhecem o seu trabalho e o respeitam. O que ela não gosta é quando alguém considera um médico *“quase como Deus, como se a sua palavra fosse a última verdade”*. Para ela, o saber do qual ela é detentora e o saber do médico são distintos, mas um não exclui o outro. As diferenças principais percebidas por ela entre as duas formas de saber médico são as seguintes: *“o médico lá do Posto teve que estudar enquanto eu aprendi tudo pela graça de Deus, a pessoa tem que ter o dom; depois tem outra coisa os remédios que eles passam podem até curar, mas afetam órgãos bons; ao passo que os remédios que eu faço vão direto na doença.”* Estas, reconhecem o valor de suas práticas curativas e o que representam para a comunidade, bem como reconhecem que tais práticas lhes confere um papel social importante. Importa realçar também que para esta rezadeira *o dom* é mais valorizado que estudo. **II** - *“Fui, porque me chamaram. A agente de saúde disse que ia ser bom pra gente.”* D. Maria de Paiva dos Santos (D. Socorro). As entrevistadas que se enquadram nessa categoria em seus depoimentos sinalizam uma atitude internalizada de submissão, própria de algumas pessoas moradoras em comunidade carentes, sem escolaridade, que desconhecem seus direitos e acatam tudo que é determinado por alguém que são reconhecidos como *autoridade*. Nesse sentido estar no programa não foi uma tomada de decisão, foi um ato de obediência.

A autoridade, no sentido Weberiano é considerada uma forma particular de poder, sustentada pelas normas do sistema social e, de modo geral, aceita como legítima pelos que dela participam. Ou seja, um indivíduo exerce autoridade apenas enquanto julga-se que ocupe

³⁵ A Classificação que apresento não deve ser entendida como sendo capaz de comportar a realidade, mas é uma espécie de objeto analítico de *tipo ideal* presente na teoria Weberiana.

um lugar ao qual ela está ligada, e a legitimidade social da autoridade depende de a mesma ser usada de acordo com as normas e/ou crenças que lhe definem a esfera de ação. Weber chamou de autoridade carismática quando se baseia na atribuição social de características ou capacidades extraordinária a uma pessoa. Nesse caso, responder ao chamado da autoridade pode ser entendido como fidelidade e respeito com relação a quem chamou – como a Afonsina, por exemplo, ou alguma Agente de Saúde que seja próxima, neste caso, será um modo de não ferir pessoas que elas conhecem e com relação às quais elas se sentem ligadas por terem recebido algum favor ou benefício.

Porém, ainda que apresentando distinção, levadas por motivações diferentes, entre esses dois *tipos ideais* de rezadeiras cadastradas, há algo em comum entre elas: Em ambos os casos há o reconhecimento por parte delas, de que com sua participação no Programa, elas ganharam *prestígio*, tanto junto à comunidade quanto junto à Secretaria de Saúde: “*Minha filha eu tô é famosa! No segundo Encontro teve até televisão e o povo todo me viu. Nunca pensei de sair na TV. E teve também aquele pessoal da Secretaria, povo importante mesmo, que até veio falar com a gente; as rezadeiras que estavam lá. Falaram da nossa importância, reconhecendo nosso trabalho. Povo bacana, bonito, gente rica, de estudo. Depois disso, não é que antes não viesse gente, sempre teve quem me procurasse para rezar, mas agora, aqui é todo dia cheio de gente, às vezes até a gente quer descansar, mas nem pode...(...)*”. D. Icléia

Nas regras de *etiqueta* que rege a prática da rezadeira a humildade é uma qualidade essencial para que sua relação com Deus se mantenha. Humildade é pressuposto para se relacionar com Deus, que é quem decide dar ou não o que se pede e merecimento é condição para cura. Desta relação depende a eficácia de sua reza. O prestígio é o reconhecimento desta eficácia pela comunidade. Entretanto, utilizando-se o modelo de Mauss (1923-24), pode-se dizer que o ato de curar é uma dádiva (divina) e o prestígio é a retribuição, mas essa retribuição é da comunidade, que vai exigir que ela se mantenha humilde (condição indispensável para que a reza continue forte), contribuindo para que o prestígio se mantenha. Assumir-se como algo além daquilo que a comunidade lhe confere é um erro fatal que pode culminar com a perda da dádiva. Logo, quanto maior o prestígio maior o risco de perdê-lo.

Aliada aos aspectos morais, quais sejam a humildade, o desprendimento, o trabalho duro, honesto e a fé, a rezadeira atua em unidade com o divino. Do mesmo modo que seguir essas regras assegura a manutenção apropriada da unidade, transgredi-las abre possibilidades de mal-estar físico, conflitos interpessoais e rompimento da reciprocidade entre esferas de mundo divina e humana – correspondentes, respectivamente, aos níveis cosmológicos sobrenatural e natural. A rezadeira é uma personagem importante, por suas qualidades

sobrenaturais que lhe confere posição de destaque na comunidade, assumindo assim, um papel decisivo nesta configuração, tornando-se um agente mediador na construção de relacionamentos entre os médicos e a comunidade.

3.6 As rezadeiras que não estão cadastradas no PSF

As justificativas mais freqüentes entre aquelas que não aceitaram o cadastramento são: que não querem assumir compromissos com a Prefeitura, não desejam ter que sair de casa em dias determinados para as reuniões; temem não fazer de forma correta a mistura dos sais para o soro, *“muita responsabilidade para pouco retorno”*. Há aquelas que não se cadastraram por não compreenderem muito claramente, a partir da explicação dos agentes, o que significava sua entrada para o Programa.

Além das razões já apontadas as entrevistadas em seus depoimentos demonstravam uma atitude temerosa de serem vinculadas às Instituições oficiais. Alguns de seus temores diziam respeito ao cerceamento de suas práticas, a presença freqüente das agentes de saúde em suas residências simboliza uma vigilância sobre seus atos. Estas, são senhoras que devido a idade, têm dificuldades de locomoção por limitações físicas, e/ou porque moram distante da sede do município. Há aquelas que cuidam dos afazeres domésticos e dos netos, enquanto as mães saem para trabalhar. Além das dificuldades relatadas, o que não estimula tais rezadeiras a participarem do Programa é que o cadastramento não implica em remuneração. Elas não querem ter que comparecer a reuniões e assumir compromissos que para elas não mudam em nada suas vidas, pois *“o quê a Secretaria quer que a gente faça, a gente já faz em casa sem que ninguém tenha que dizer. Depois, tem muito serviço aqui, tem os meninos para olhar. Fazer parte disso só para aumentar trabalho e fazer uns negócios lá que nem entendo. Tem também que a gente não ganha nada com isso, rezar, rezo em casa e pronto, faço do jeito que sei e fiz e sempre o povo que veio ficou curado, porque que ia mudar de rumo agora? Né não?”*. D. Mariinha.

Fica evidente que a Secretaria quando institucionaliza a prática da rezadeira ignora em parte a essência de sua dinâmica, pois cria regras para algo que possui uma prática ritualística baseada no segredo, que tem uma iniciação extremamente personalizada, uma espécie de sucessão espiritual, de uma pessoa para outra, quase sempre sua ascendente: mãe, avó. Quando a Secretaria promove um Encontro, convocando a todos para uma grande reunião para discutir sobre a prática da rezadeira, se evidencia a contradição vez que não se compartilha conhecimentos de reza, não se discute sobre a força da reza e seus segredos. Não se explicam rituais de iniciação e práticas mágicas. E nesse cenário ainda que a Secretaria

utilize de todos os meios para alcançar seus fins, termina por permanecer aquém da experiência real dos sujeitos.

3.7 Os médicos do Programa

O perfil dos profissionais médicos que participam do programa podem ser analisado sob três categorias: **I-Os que aceitam e acreditam.** São profissionais que normalmente possuem uma orientação religiosa, católica ou que se enquadram em qualquer uma outra religião que possui uma concepção de vida após a morte. Por exemplo: espíritas, budistas, umbandista.

A aceitação, portanto, deve-se ao fato desses médicos terem uma visão de mundo que se aproxima do *ethos* das rezadeiras. São profissionais que estabelecem uma relação de proximidade com seus pacientes. O médico **A** é um exemplo: *“Tudo é válido, sabe? Já passou aquela época em que o médico era em plenitude o dono e conhecedor da saúde. É válido nós termos um conhecimento bem amplo, não é? A prática médica não está mais sendo suficiente. Só isso não é suficiente, porque às vezes o paciente vem pegar uma palavra de conforto, entendeu? Às vezes ele quer só conversar, desabafar. (...) É que eu sou psiquiatra. O psicólogo, o psiquiatra precisam quebrar muitos preconceitos. Para ele poder tornar sua profissão não financeira (não apenas financeiramente rentável), mas para que ele tenha um êxito mesmo. Pois, como é que eu vou ouvir, ou dar um conselho, ou prescrever, cheio de conceitos e preconceitos? A gente tem de estar bem mais aberto ao povo. O povo é cheio de diferenças(...)”*

Médico **B**: *“Eu não estou distanciado, convivo muito com o povão, sabe? Eu sou um cara que não gosta de se distanciar. Eu tenho inclusive um trabalho filantrópico no dia de sábado. Então eu procuro ouvir, saber como são as curas, os remédios do mato, as rezas. E eu creio que tudo isto está naquela história: você tem um câncer porque você está em desarmonia. Então essas histórias de explicação muito elaborada, tudo bobagem, tudo está nessa história de desarmonia. Se você vive em harmonia consigo mesmo, eu acredito que isso seja o melhor remédio para prevenir doenças”.*

II- Os que aceitam, mas não acreditam. Estes costumam justificar a aceitação alegando que estas práticas possuem sua validade porque produzem efeitos placebos. Por exemplo: Quando perguntei para o médico **C** o que pensava sobre as rezadeiras, respondeu: *“Se você me perguntar: - Doutor, o senhor acredita no poder de cura da rezadeira? - Respondo que não! Mas, acredito que ela possa curar as pessoas que acreditam nela”.* A mesma pergunta feita ao profissional **D**: *“Tudo é válido pra trazer esse pessoal, integrar a comunidade, a saúde desse bairro, dessa comunidade. (...). Formas culturais e sociais são muito importante desse paciente, entendeu? Porque cada família aqui tem um valor cultural,*

um valor social, uma história, uma crença. Às vezes a comunidade levanta, a partir daquela crença que ela tem naquela figura, seja ela o rezador, o médico, o terapeuta, outras práticas, não interessa, o que importa é a confiança que o paciente tem naquela figura. Não entendo o mecanismo que faz funcionar, nem entendo de crença. Mas, eles acreditam que funciona e aí funciona. Tem visto muito isso acontecer por aqui!” Esses profissionais percebem a complexidade das representações em saúde da medicina popular porém, vêem as práticas de cura das rezadeiras como um saber simplista que só serve para tratar de doenças também simples, causadas pela pobreza e ignorância, considerando-as hierarquicamente inferior à medicina oficial.

III- Os que não aceitam e não acreditam. Justificam sua permanência no programa, alegando outras questões, que normalmente estão ligadas à manutenção do emprego Estes profissionais não são bem vistos pela população, vivem sob constantes transferências entre os Postos ou são afastados permanentemente. Em quatorze meses de pesquisa fui testemunha de duas transferências e sete demissões.

Sabe-se que as demissões possuem, de algum modo, uma motivação política, todavia, a insatisfação da comunidade com o desempenho destes profissionais reforçou os argumentos que justificaram tais ações. O que comprova esta afirmação é o fato de que a coordenadora do Posto também foi ameaçada de demissão que, no entanto, não foi concretizada, em função da mobilização na comunidade para sua permanência.

Em todos os casos os profissionais estavam dentro desta categoria: São pessoas que se definem não tendo religião, seus argumentos sobre o trinômio saúde/doença/cura, se apóiam em explicações aprendidas na academia. Assim respondeu o médico E: *“O papel do médico, do ponto de vista do profissional, é curar a doença ou combater a doença. Digamos o seguinte: um médico ateu, não significa nada se um médico tem ou não uma religião, no campo profissional o que vale é se ele é competente, se ele sabe detectar a doença de uma pessoa. Ele pode ser a pessoa mais religiosa do mundo, se não for bom médico, é apenas mais uma pessoa religiosa no mundo, não é médico. As rezadeiras são pessoas muito religiosas e quem acredita nelas também. Eles acham que tudo Deus resolve, pois, tenha uma infecção bacteriológica e fique só rezando para ver o que acontece...”* (vide também depoimentos cap I, p.10).

Também estão dentro desta categoria os adeptos das várias denominações evangélicas, por exemplo F: tem 36 anos de formado e declara ser Testemunha de Jeová. Sendo este um dos motivos que o levava a se sentir incomodado com a presença do rezador no Posto de

Saúde onde atendia. No primeiro momento de nossa entrevista, quando perguntei: Qual a sua posição em relação à presença do rezador no Posto? “*Sou neutro*”.

E, se a gente tivesse em algum outro lugar e nossa conversa fosse extra-oficial, o que o senhor responderia para a mesma pergunta? “*Não entendi*”.

Depois de algum tempo respondeu: “*Pessoalmente, acho que não se deveria misturar as coisas. Não se trata de combater a rezadeira, claro que não, cada um que quisesse procurá-las, que fosse no reduto delas. Aqui é para ser reduto de médicos. Se dependesse de mim, seria diferente. Eu tenho esse entendimento. E sei que alguns profissionais com quem tenho conversado também têm essa opinião, parecida com a minha: Atendimento médico é para qualquer credo. Agora se alguém deseja outra coisa que busque nos seus redutos*”.

Então o senhor acha que o caso das rezadeiras não traz nenhuma contribuição do ponto de vista da saúde para esta população? “*Talvez só por uma questão do que se propôs, 'de receber o soro', seria uma oportunidade da mãe receber o soro, mas seria um serviço mecânico, só. Mas não com essa conotação que tem sido dada, que restabelece a saúde. Imagem puramente folclórica, só. Ela dá um apoio mais moral, digamos, mais psicológico*”.

3.8 A comunidade

A integração entre a rezadeira e a Equipe de Saúde da Família trouxe a possibilidade de atrair a comunidade para o Posto de Saúde. Pois até então, a rezadeira não recomendava a ida ao médico. Até porque havia poucos médicos depois, quando a Secretaria de Saúde começou a investir na saúde, a população preferia seguir as indicações da rezadeira, que gozava de mais prestígio e estava mais próxima de seu cotidiano. Para ser atendida não havia filas, preenchimento de ficha, nem espera. O remédio era ministrado no exato momento do atendimento.

Na medida em que se criaram relações de proximidade entre a rezadeira e a equipe de Saúde da Família do mesmo bairro, as ações da assistência biomédica mostraram-se *integrativas*³⁶ às ações das rezadeiras. Porque a medicina passou a integrar o tratamento, se tornando uma das etapas do mesmo. Aos poucos, a comunidade passou a se sentir mais segura em procurar o médico, conforme a orientação da rezadeira. E, na medida em que o Posto de Saúde abriu um espaço para a rezadeira, com o *Recanto da Fé*, a população se sentiu respeitada e passou a confiar mais nos profissionais médicos. Como expressou Maria Nogueira quando lhe foi perguntado: - O que a senhora acha de ter aqui no Posto uma pessoa para rezar? “*Muita coisa. Significa muita coisa! Só em a gente vir pra cá, ter médico e ter*

³⁶ Nesse contexto a biomedicina se mostra *integrativa* posto que, para a comunidade, ela passa a integrar algo, ou seja, aquilo que entra na composição de um todo. Que é parte do todo.

quem reze, isso é bom demais, pros filhos da gente é ótimo! Se era da gente ir para um canto e depois para o outro, já tem tudo aqui.” Sua fala traduz uma noção de atendimento integral. Nesse sentido, *"a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação de diferentes saberes e da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema."* (PINHEIRO, 2002: 15)

Nesse cenário as pessoas da comunidade escolhem ir ao Posto de Saúde porque este, também tem um rezador. O profissional médico preferido é aquele que mantém uma relação de proximidade com seus pacientes. Assim, entre o médico e a enfermeira, esta última tem a preferência da população, já que para eles, ela também é uma *doutora*. No que diz respeito às rezadeiras, mesmo que não tenha sido observada concorrência entre elas, pois elas vêem sua prática como *um ofício, uma obrigação*, para a população há uma escolha por aquelas que são cadastradas no Programa, pois têm seu atendimento agilizado no Posto. Nesse sentido as rezadeiras que fazem parte do Programa possuem um *status* diferenciado conferido pela comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Meu interesse em estudar o Programa *Soro Raízes e Rezas* devia-se ao fato de que questionava a possibilidade de convivência entre médicos e rezadeiras, estas últimas tendo sido incorporadas ao sistema público de saúde no município de Maranguape no estado do Ceará. Interessava-me entender: como roteiros terapêuticos tão diversos, que traduzem lógicas, trajetórias e histórias aparentemente paralelas, podiam se encontrar?

Do ponto de vista epistemológico e cognitivo há uma descontinuidade, uma diferença importante entre a biomedicina - tal como sistematizada e praticada pela medicina científica, e a *cosmovisão* popular, que está incorporada, por exemplo, nas práticas de cura das rezadeiras, que também possui sua lógica interna, mesmo que não esteja sistematizada formalmente da mesma maneira que a biomedicina.

As práticas de cura das rezadeiras não são um saber especializado no mesmo sentido do saber médico: fazem parte de um “saber viver” que, como foi descrito nesta pesquisa, é social, religioso, econômico e moral ao mesmo tempo. As rezadeiras são pessoas de famílias locais, donas de casa, mães e avós, vizinhas, que para retribuir a graça de Deus, que lhes deu um dom, rezam e curam. As próprias rezadeiras reconhecem essa diferença ao dizer que “os médicos tem estudo”, mas não têm aquilo que elas têm, e que é considerado, pelas mesmas, como mais importante, pois é uma concessão divina.

Temos então dois saberes distintos, com valorações distintas: os médicos valorizam seu conhecimento como universal, e as rezadeiras acham que seu saber é mais importante, pois vem de Deus. Este último não é aprendido de modo especializado, mas acompanhando uma pessoa próxima com a qual tem um laço moral, e exercido diante de pessoas com as quais se mantém ou com as quais se cria esse laço moral através da própria reza.

Diante desta problemática, onde poderia haver um ponto convergente entre estes saberes? Nesta trajetória, vislumbrei um encontro na encruzilhada, a partir da influência da medicina portuguesa na medicina brasileira que ancorava aos princípios da caridade e solidariedade cristãs, frutos de suas origens, à ajuda e assistência aos doentes pobres, constituídos, predominantemente, por hospitais filantrópicos de grande porte, tendo como figura central as Santas Casas de Misericórdia.

Mesmo que profissionais médicos, em sua grande maioria, rejeitem tal aspecto da ciência médica praticada no Brasil, as marcas desta medicina podem surgir como sinais pontuais, a partir da atuação de alguns profissionais de saúde que sentem o exercício de sua profissão como *um sacerdócio* a serviço de seus semelhantes, como também as rezadeiras

vêm sua prática de cura como um dom divino que deve ser exercido gratuitamente em favor daqueles que necessitam de atendimento, tinha-se assim, encontrado uma possibilidade de diálogo, algo em comum que justificasse esta aliança entre médicos e rezadeiras, pois, ambas as práticas, sob um determinado aspecto, fundavam-se em um mesmo princípio: a caridade.

Importa ressaltar que a caridade assume aqui, um significado de obrigação moral, como uma *troca de dádivas*: a rezadeira recebe o dom da reza curativa como presente de Deus e por este motivo deve fazer a caridade de rezar nos doentes sem esperar recompensa, pelo fato de o presente recebido ser (livre é) obrigatoriamente retribuído. Assim também a comunidade espera que aqueles que tem mais (dons, estudo, medicamentos, riqueza, etc) *distribua* com a população. Há portanto, a (liberdade e) obrigação de dar e (liberdade e) obrigação de receber.

A prática da caridade é uma estratégia (ação aparentemente desinteressada) acionada dentro deste contexto social para cobrar daqueles em que se acredita que têm o dever moral de ser generosos. Essa cosmovisão (moral e religiosa) possibilitou que determinadas condições sociais favorecessem a aceitação do programa, ressalta-se como exemplos: primeiro, a presença da enfermeira que coordena a Unidade e que se estabeleceu como mediadora entre a comunidade e as agências oficiais, exercendo uma autoridade carismática, conferida pela comunidade como resposta ao seu atendimento às demandas da população. Segundo, as agentes de saúde, que atuam como “tradutoras” que identificaram e convenceram as rezadeiras a participarem do Programa e que são aceitas pela comunidade, desde que levem remédios e façam visitas de acordo com uma certa “etiqueta”. Terceiro, a presença de médicos que por diferentes motivos convivem, de bom ou de mal grado, com as rezadeiras.

Viabilizando esta convivência e consolidando tais relações surge o discurso e a prática da caridade, como algo que atravessa as ações, sendo legitimado e incorporado por vários atores sociais: rezadeiras, agentes de saúde, moradores, alguns médicos, enfermeiras, políticos e comerciantes. Neste arranjo o posto de saúde aparece como um *locus* de produção de laços de amizade, de reciprocidade e ações de caridade, onde tanto a biomedicina na sua dimensão “caritativa,” que até alguns médicos reconhecem e dão peso, (mesmo que a maioria rejeite), como a reza na modalidade de caridade que faz sentido, assim como a doação de sopa, de retalhos, os conselhos, etc.

Em síntese, no seu cotidiano esta Unidade não é apenas um lugar de atendimento especializado em saúde, ela foi transformada em um espaço de exercício da caridade, com a ajuda desta enfermeira, que também não é apenas uma funcionária com atribuições burocráticas, superando esta função, torna-se uma benfeitora generosa e esse fato ajuda a explicar sua legitimidade.

Resulta dessa configuração social uma relação de poder presente no cotidiano das rezadeiras e da população que tem como contrapartida a ocupação, pela população, do espaço do Posto, em busca, talvez não de cidadania, mas de caridade, que implica numa obrigação moral por parte dos responsáveis pelo posto, e do governo. De modo que a população parece agir no sentido de “impor” essa obrigação moral, quando por exemplo exige a permanência de quem reconhece essa obrigação, como é o caso da mobilização popular contra a demissão da enfermeira. Portanto, é também concretamente no vivido, a “caridade”, um ponto que converte na viabilização social desse Programa.

Por outro lado, também é certo que esse Programa comporta outras dimensões, possibilitando análises sob uma outra perspectiva, sem que esse fato se traduza numa contradição, pois se é verdade que a rezadeira e a população dessa região, de um modo geral, se impõe em determinados momentos, criando situações e estabelecendo espaços de ações de acordo com suas possibilidades e visão de mundo, também é certo que as Instituições Oficiais têm se apropriado do Programa e exercido um tipo singular de poder que “(...) *não deve ser conhecido como algo detido por uma classe (os dominantes) que o teria conquistado, alijando definitivamente a participação e a atuação dos dominados; ao contrário, as relações de poder que presumem um enfrentamento perpétuo. (...)*” (MAIA, 1995: 87).

Pareceu-me necessário distinguir que esses saberes, tendo sido articulados no Programa “Soro Raízes e Rezas” e na prática instrumentalizados pelo Posto de Saúde Novo Parque de Iracema, produziram um arranjo prático que também inclui condições políticas, que foram debatidas desde a Conferência de Alma Ata e que tinham ambiente propício na conjuntura política municipal, bem como havia a existência de um campo que incentiva propostas “alternativas”. Por essa razão quando iniciei os trabalhos de campo, de certa forma buscava reafirmar o que estava sendo divulgado na mídia: O reconhecimento pelo “saber médico” da importância do “saber popular”, para superar o alto índice de mortalidade infantil por desidratação nesta comunidade. Esta aliança poderia ser alcançada com diálogo e por processos de troca e respeito entre esses saberes, garantindo a diversidade e a equidade conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde e a exemplo de outras experiências já implantadas em outras regiões.

Ao tentar mapear este contexto social, num esforço etnográfico, identifiquei dentro das diversas instâncias: social, política, etc, as relações que se estabeleceram e que engendraram uma reflexão que comporta diferentes percepções, pois estas relações envolvem e são exercidas somente “(...) *sobre sujeitos livres e apenas enquanto são livres e (...) por sujeitos individuais ou coletivos que são encarados sob um leque de possibilidades no qual inúmeros*

modos de agir, inúmeras reações e comportamentos observados podem ser obtidos(...)”(FOUCAULT, 1982: 221).

Assim, as idealizadoras do Programa *Soro, Raízes e Rezas*, pelo menos no discurso ideológico, reconhecem que o acesso à saúde é mais do que haver profissionais biomédicos e equipamentos disponíveis para atender a população. É sabido que a garantia de acesso depende também do estabelecimento de uma relação de confiança recíproca entre o profissional de saúde e o que busca atendimento aos seus males. Constatou-se de fato, que o profissional que é reconhecido por esta comunidade como um “bom médico” é aquele que estabelece laços de amizade e de proximidade.

Ainda, segundo os depoimentos das entrevistadas, ao reconhecer o novo significado de acesso aos serviços de saúde, o Programa também reconhecia o conhecimento produzido pela população e por suas lideranças. Tratando-os “em pé de igualdade” com os profissionais de saúde, tornava-os reconhecidos e legitimados também pelo sistema público de saúde.

Entretanto, se a mídia e as idealizadoras anunciavam uma valorização da rezadeira, o que foi mesmo evidenciado foi uma maior freqüência ao Posto de Saúde, que antes a comunidade não freqüentava e que passou a ser visitado por indicação da rezadeira. Com estímulo adicional, porque os indicados pelas rezadeiras portam uma senha que lhes conferem prioridade no atendimento. Na prática, sobretudo, o que houve foi uma institucionalização da prática de cura das rezadeiras produzindo uma melhoria da capilaridade do sistema público de saúde. Ou seja, a rezadeira tornou-se uma mediadora entre a comunidade e o atendimento médico e assim por extensão também um elo entre a comunidade e a política pública em saúde. E este fato foi utilizado como “barganha” política pelos gestores públicos que se mantiveram na prefeitura municipal por duas gestões e ainda elegeram um sucessor filiado ao mesmo partido.

E mais, o Programa possui um *slogan*: Programa aliado à cultura popular. Neste sentido, cabe questionar se o mesmo não está sendo aliado da cultura hegemônica que reforça a prática biomédica, pois as rezadeiras são levadas a sugerir que após a reza, as mães levem seus filhos ao médico. Entretanto, não se tem conhecimento de médicos sugerirem que após a consulta, as mães devam mandar benzer seus filhos. Uma grande parte destes profissionais ainda mantém as concepções da ciência médica ensinadas na academia, de que a saúde está relacionada com o ato de curar doenças, que diz respeito a tratar do corpo.

Assim, os médicos, por sua vez, ao permitirem a inclusão do saber tradicional da população e das rezadeiras, ganharam força na medida em que são recomendados por elas, fazendo valer como dimensões explicativas, o encontro das interpretações sobre a medicina e

as práticas de cura populares. Entretanto nas práticas cotidianas, em raros momentos, mesmo entre os profissionais mais flexíveis, a relação que estes estabelecem com as rezadeiras e com a clientela é de distanciamento. Suas ações, fala, vestimentas, enfim, sua conduta denota diferença entre os demais, conferindo-lhes um lugar de destaque e portanto de distanciamento, nessa configuração social. Portanto, tal coexistência, como foi já relatado, não tem sido harmônica e tem implicado na predominância da biomedicina e na subordinação dos outros saberes terapêuticos.

Do ponto de vista das rezadeiras que são cadastradas, para algumas - bem poucas - há uma mudança de sua auto-estima, pois acreditam que passaram a ter reconhecimento de sua prática pelas Instituições Governamentais. Supõem que deixaram de ser vistas como elementos do folclore para serem vistas pelo poder público como cidadãs detentoras de um saber e de uma capacidade de diálogo com a comunidade que o sistema de saúde convencional não alcança. Para outras - um número bem expressivo, elas apenas cumprem o que lhes foi “ensinado” pelos agentes de saúde, quando estas foram cadastradas. Para essas últimas, o que se percebe é uma “atitude de subserviência ou obediência” em relação a alguém que elas consideram como *autoridade*. Excetuando alguns casos, em que algumas dessas rezadeiras aceitaram o cadastramento como um modo de não magoar pessoas que elas conhecem e com relação às quais elas se julgam devedoras - agentes de saúde de seu bairro ou a coordenadora do Posto. E claro, isso seria diferente de obediência cega à autoridade, pois implica um certo saber a respeito do modo correto de proceder em relações que envolvem dívidas morais.

Assim, a incorporação das rezadeiras pelo sistema público de saúde evidencia mais uma forma de controle do Estado, que a partir do cadastramento e dos encontros anuais, criam normas de conduta para uma prática que é ritualística, mágica, passada sigilosamente de mãe para filha, em síntese, que possuem procedimentos, atos e princípios muito particulares. Pode-se dizer que a incorporação das rezadeiras ao sistema público de saúde está vinculada aos mesmos princípios que norteiam a prática biomédica citados por Boltansky (1980), no qual a medicina funciona como um fator regulador das funções do Estado, que a partir de normas, intervenções e medicalização crescente acabaram por resultar, cada vez mais, no afastamento do indivíduo como objeto da medicina.

Do ponto de vista do poder público, é certo que o cadastramento das rezadeiras como agentes públicos de saúde permite ampliar a capilaridade do sistema, especialmente no que diz respeito à porta de entrada para o atendimento. Atualmente as pessoas vão ao Posto sempre que se sentem doentes. Foi uma mudança de hábito e este é um dado positivo. No

entanto, na Unidade de atendimento a população não encontra o médico todos os dias da semana, o número de atendimentos é inferior à demanda, os instrumentos dentários são para um número bem menor de atendimentos que a necessidade, faltam remédios, contraceptivos, preservativos, materiais básicos para primeiros socorros e pequenas urgências, enfim há muitas “faltas”.

Desde sua implantação, o Programa assumiu relevância no discurso político, institucional e social mas, sua manutenção depende da vontade política dos atuais gestores públicos do município, e o que se tem constatado é que o apoio conferido ao Programa nesta gestão tem sido menor que na gestão passada. Para citar uma, entre outras conseqüências, no período entre os meses de dezembro de 2005 e fevereiro de 2006 houve um atraso para a entrega dos *kits* de hidratação, momento que presenciei rezadeiras fazendo atendimento em crianças que apresentavam quadro de desidratação, e que elas só podiam dispor da reza como instrumento de cura. Para a população que passou a ver a ida ao Posto de Saúde como uma das etapas do tratamento para a cura de seus males e aflições, agora se sente prejudicada e as queixas e reclamações no Posto de Saúde são uma constante. Isso pode significar que apenas a legalização e o reconhecimento do ofício das rezadeiras pelos poderes públicos não é o bastante para contribuir com uma melhoria à saúde naquela região.

Contudo, a despeito do que está sendo relatado, para a comunidade, o Programa promoveu um arranjo que fez surgir uma nova representação sobre saúde. Antes, as pessoas só recorriam às rezadeiras. Após a implantação do Programa, a rezadeira passou a ser uma das etapas para o tratamento médico, vez que algumas pessoas escolhem aquelas que são cadastradas no Programa, pois elas, depois da reza, estão autorizadas a entregarem uma senha que agiliza o atendimento no Posto de Saúde. Esse procedimento levou a comunidade a construir uma noção de integralidade entre a prática médica e a prática da rezadeira. É muito freqüente as pessoas após a consulta formarem filas para serem atendidas também pelo rezador. Por outro lado, a comunidade também passou por um aprendizado, na medida em que consegue aceitar as práticas da medicina institucional adequando-as a seu contexto local. A própria aceitação da mudança no discurso e da prática das rezadeiras é um aprendizado para a comunidade que, a partir delas, se coloca como portadora de direito aos serviços públicos.

Nessa direção, ao se analisar esta mudança no comportamento das pessoas na comunidade, pode-se inferir que do ponto de vista da população, o Programa *Soro Raízes e Rezas* parece sugerir um sistema integrado de representações sobre os conceitos de saúde e doença humanas, que se origina e desenvolve para além das margens da razão cartesiana, aproximando-se da medicina tradicional das práticas de cura populares praticadas pelas

rezadeiras deste município. Pois, pensar sobre a rezadeira de Maranguape é principalmente perceber que suas ações cotidianas, a sua prática de cura, os medicamentos usados são, atualmente, o resultado particular e dialético da tradição cultural de sua própria atividade por um lado, e das mudanças exigidas por uma demanda contextual, por outro. O fato significativo foi a rezadeira passar também a benzer o soro, além da reza na própria criança, fortalecendo as recomendações dos profissionais biomédicos quanto ao seu uso para hidratar a criança, superar a diarreia e evitar o óbito infantil. Ou seja, foi a influência da rezadeira que motivou as mães das crianças com diarreia a administrarem o soro aos seus filhos.

Considerando esta sua origem, buscou-se desenvolver análises sob um prisma antropológico, importando a compreensão desse processo que, no discurso de seus idealizadores, aproxima esses dois saberes que, entretanto, na prática está ao sabor de motivações políticas e sociais. Este fato faz surgir uma dúvida sobre a permanência dos seus resultados, há um risco de descontinuidade, pois os dados revelam que as disputas entre os diferentes campos sociais envolvidos com o Programa e as ações que viabilizam a manutenção do mesmo estão subsumidas primeiro, na eficácia dos discursos que justificam o processo de incorporação das rezadeiras ao sistema público de saúde de Maranguape e segundo, pelo descaso da atual gestão pública.

Diante destes processos, o papel desse estudo tem sido, a partir de uma discussão sobre os aspectos socioculturais da saúde e da doença, do atendimento e atenção à saúde nessa comunidade, refletir sobre as implicações políticas e sociais que interferem neste processo e sobre as relações de poder que se estabelecem entre os vários atores envolvidos. Tendo também a intenção de revelar enfoques, interrogar conceitos e colocar em diálogo teorias e, sobretudo, experiências e vivências no campo destas distintas realidades.

Desse modo, pretende ser útil para as discussões sobre a legitimação da medicina institucional junto às chamadas comunidades carentes, permitindo uma reflexão que tente “dar conta” do modo de ser de uma comunidade que se transforma, absorvendo o que “vem de fora”. Mas que, sobretudo revela que a rezadeira em seu cotidiano, de suas crenças e de suas práticas, revela antes de tudo, uma *cosmovisão* da coletividade da qual faz parte, da cultura popular repleta de uma riqueza que lhe é peculiar, e que neste caso se modificou a partir do Programa, pois o mesmo produziu resultados tangíveis, criando assim um meio sustentável para um maior envolvimento das rezadeiras e da comunidade no processo de saúde, vez que a proposta do Programa tem sido o de substituir o modelo de assistência orientada para a cura de doenças nos consultórios e nos hospitais para uma atenção centrada na família e entendida a partir do ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão

ampliada do processo saúde/doença e das necessidades que vão além das práticas curativas. Este estudo trouxe relatos que reforçam o fato de que houve o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre alguns profissionais de saúde e a população, a partir da criação do Programa. Esta experiência permitiu que a comunidade passasse a se sentir objeto principal de atenção à saúde entendida a partir do ambiente onde vive. Porém, negociar as diferenças ainda é o árduo caminho para ultrapassar o desafio mencionado.

Ao analisar a inserção das rezadeiras ao sistema público de saúde se teve a intenção de colocar em evidência tanto a diversidade quanto a articulação entre os agentes envolvidos, trazendo para o campo da visibilidade um Programa que permitiu ao poder público melhorar resultados tanto para a comunidade quanto para suas próprias ações, sinalizando desse modo quais os caminhos que podem garantir que políticas públicas cheguem e efetivem as ações com uma comunidade a partir, principalmente, do respeito à diversidade de saberes.

Porém, como um último olhar, uma reflexão desse universo sugere que a implantação do Programa *Soro Raízes e Rezas*, assim como um dia ensolarado, trouxe em sua trajetória dois momentos: Um, de nascente luminoso, quando se tornou alvo de atenções, atraindo recursos que possibilitava discursos políticos contundentes sobre os cuidados e atenção à saúde no município. Atingiu seu esplendor máximo ao efetivamente melhorar a qualidade de vida da comunidade, reduzindo os índices da mortalidade infantil por desidratação e produzindo na comunidade uma nova representação sobre saúde no que diz respeito ao roteiro terapêutico, quando a ida à rezadeira se tornou parte do mesmo e não mais destino final. E outro, que assemelhado ao crepúsculo, o Programa tem seu declínio, aos poucos perdendo o brilho, sendo relegado, abandonado e quase esquecido pelas mesmas Instituições Oficiais que possibilitaram seu surgimento e implantação. O registro deste fato só reafirma que as condições que possibilitaram um resultado satisfatório do mesmo, num determinado período, dependeram da combinação de vários fatores (condições sociais, políticas, etc) e de vários agentes (médicos, rezadeiras, políticos comerciantes, moradores, etc) que somente aliados e alinhados podem fazer com que este tipo de experiência obtenha êxito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dissertações e Teses:

BARBOSA, Maria Alejandra Rosales Vera. *Curandeiros e Curandeirismo em Curitiba (1899-1912): Discurso e Representação no Diário da Tarde. Boa Vista - Pr.* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná. 01/10/2001.

BONET, Octavio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina.*

Dissertação de mestrado, PPGAS/Museu Nacional/UFRJ, 1996

_____. *Os médicos da pessoa. Um estudo sobre a construção de uma identidade profissional.* Tese de doutorado, PPGAS/Museu Nacional/UFRJ, 2003.

CARVALHO, Antonio Carlos Duarte. *Curandeirismo e Medicina: Práticas Populares e Políticas Estatais de Saúde em São Paulo nas Décadas de 30,40 e 50.* Dissertação de Mestrado, Universidade Est.Paulista Júlio De Mesquita Filho/Assis. 01/04/1995.

CAVALCANTE, Simone Gadêlha. *O (im) possível diálogo entre médicos e curandeiros: análise das relações entre médicos e agentes de cura na Comunidade Quatro Varas.*

Fortaleza: UECE, 2003. (Monografia de Conclusão do Curso de Ciências Sociais).

MARTÍN, Eliane Cordeiro Sánchez. *Religiosidade Popular: Santos, Magos e Feiticeiros. O Universo Religioso na Comunidade Rural do Ligeiro. Campina Grande - Pb.* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba/Campina Grande. 01/04/1998.

SAMPAIO, Abriela dos Reis. *Nas Trincheiras da Cura: As Diferentes Medicinas no Rio de Janeiro Imperial.* Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas. 01/03/1995.

SOUZA, Grayce Mayre Bonfim. *Ramos, Rezas e Raízes - A Benzedura em Vitória da Conquista. Vitória Da Conquista - Ba.* Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 01/09/1999.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As Artes de Curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense.* (1889-1928). Santa Maria. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas. 01/06/1997.

Livros:

ALVES, Paulo César B., MINAYO, Maria Cecília de Souza, (Org.) *Saúde e Doença*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ARAÚJO, Alceu Maynard. *Medicina rústica*. 2. ed. São Paulo: Ed. Nacional; Brasília: INL, 1977.

- ARAÚJO, Melvina Mendes de. *Das Ervas Medicinais à Fitoterapia*. SP: Ateliê Editorial, 2002.
- AUGÉ, Marc. *A Guerra dos sonhos: Exercícios de Etnoficção*. Campinas, SP: Papyrus, 1998.
- BARRETO, Adalberto. Os Espíritos que Governam o Brasil 500 Anos Depois. In: *Terapêuticas e Culturas*. Org. José Flávio P. de Barros. Rio de Janeiro: Intercon, 1998.
- BEZERRA, Marcos Otávio. *Em Nome das “Bases”: Política, Favor e Dependência Pessoal*. Ed. Relume Dumará, 1998.
- BOLTANSKY L. *As classes sociais e o corpo*. Editora Graal, Rio de Janeiro. 1979.
- BOURDIEU, P. Marginália : algumas notas adicionais sobre o dom. In: *Mana*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 7-17, out. 1996
- _____ *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- _____ Compreender. In: *A Miséria do Mundo*. Petrópolis(RJ): Vozes, 1997. pp.693 e ss.
- CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. *Biomedicina, Saber & Ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.
- CANGUILHEM G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1978.
- CASTIGLIONI, Arturo. *Encantamiento y magia*. Trad. de Guillermo Pérez Enciso. México, 1972. p.68 e 114.
- DEL PRIORE Mary. *Ao Sul do Corpo: Condição Feminina, Maternidade e Mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1993.
- EVANS PRITCHARD, E.E. *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1978.
- FAINZANG, Sylvie. Entre práticas simbólicas e recursos terapêuticos: As problemáticas de um itinerário de pesquisa. In: *Revista Antropológica – Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política da Universidade Federal Fluminense*, n. 15, 2º sem 2003, p. 19-38. (ISSN 1414-7378).
- FLECK, Ludwik. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madri: Alianza, 1986.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva. 5ª ed. 1997.
- _____ *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p.3-26.
- _____ *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: ed. Florense Universitária, 6ªed. 2004.
- _____ *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1998.

_____. Subject and Power. In: Dreyfuss, H. & Rabinow P. *Beyond structuralism and hermeneutics*. Brighton, The Harvester Press. (1982)

GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro, Zahar, 1989.

_____. *O Saber Local. Novos Ensaios em Antropologia Interpretativa*. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

HAHN, R. and A.M. KLEINMAN 1983. Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology* (Beals, et. alii. orgs.), 12:305-333. Palo Alto, Annual Reviews Inc.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. *Raízes do Brasil*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1994.

JOHNSON, Allan G. *Dicionário Prático de Sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1997, p. 241.

KNAUTH, Daniela Riva. Morte Masculina: homens portadores do vírus da Aids sob a perspectiva feminina. In: *Doença, Sofrimento, Perturbações: perspectivas etnográficas*. Luiz Fernando Dias Duarte e Ondina Fachel Leal (orgs.). Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2001, pp.183-198 .

KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2000.

LANNA, Marcos. *A Dívida divina*. Campinas.Ed.Unicamp,1995.

LEFÈVRE, Fernando. O medicamento do ponto de vista social In: *O Medicamento como Mercadoria Simbólica*. São Paulo : Cortez , 1991.

LAPLATINE, François. Antropologia Cultural In: *Aprender Antropologia*. São Paulo Editora Brasiliense. p.p.119-128, 1988.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro 1975.

LOYOLA, Maria Andréa. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL, 1984.

MAGGIE, Y., "Aqueles a quem foi negada a cor do dia: as categorias cor e raça na cultura brasileira". Maio, Marcos Chor e Santos, Ricardo V. (org.)In: *Raça, Ciência e Sociedade*. RJ: Editora Fiocruz e CCBB, 1996. pp.225-234.

MAIA, Antônio C. Sobre a analítica do poder de Foucault. In: *Tempo Social*; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 7(1-2): 83-103, outubro de 1995.

MAUSS, Marcel e HUBERT,H. Esboço de uma teoria geral da magia. In: *Sociologia e Antropologia*. V.I.São Paulo, Edusp.1903.

_____. [1923-24] Ensaio sobre a Dádiva - forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/Edusp,1974.

_____. *Manual de etnografia*. Lisboa: Editorial Pórtico,1972, p.10.

MONTERO Paula, *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

NAVA, Pedro. [1903-1984] *Capítulos da História da Medicina no Brasil*, SP: Ateliê Editorial, 2003.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília, 2002. p.15.

QUEIROZ E CANESQUI, *Contribuições da Antropologia à Medicina*, São Paulo, Rev. Saúde Pública, 1986.

RIVERS, W.H.R. *Medicine, Magic and Religion*. New York, AMS Press. (original 1924). 1979.

ROCHA, Jorge Moreira. *Como se faz medicina popular*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1987. (Coleção Fazer; 15).

ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*, São Paulo: Unesp, 1994.

SAID, Edward. *Cultura e Imperialismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SALES, Teresa. Raízes da Desigualdade Social na Cultura Política Brasileira In *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, no. 25, ano 9, Junho de 1994.

THOMAS, Keith. *Religião e o Declínio da Magia*. São Paulo. Companhia das Letras, 1991.

THIOLLENT, Jean- Marie Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1988.

WEBER, M. Os três tipos puros de dominação legítima. In : COHN, G. (org.). **Weber : Sociologia**. 7ª ed. São Paulo : Ática, 1999.

_____. *Economia e Sociedade*, vol II, cap. IX, “Sociologia da Dominação”, Brasília, Editora da UNB.

VELLOZO, Vitória, Comunidade Solidária: há algo de novo no reino das Políticas Sociais? *Physis: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8(2): 1998. p. 49-70.

ZALUAR, Alba. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: *Aventura Antropológica – teoria e pesquisa*, Org. Ruth Cardoso, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

Sites pesquisados:

<http://www.pvceara.org.br/recado/conheca.htm> pesquisado em 11/11/2004.

http://www.saudeemovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=199

pesquisa feita em 15 /08/ 2005.

<http://www.ambiente.gov.br/ascom/ultimas/index.cfm?id=718> pesquisa feita em 05/09/2005.

<http://www.leitemaranguape.com.br/> pesquisa feita em 13/09/2005

www.bibvirt.futuro.usp.br/textos/hemeroteca/man/principal.html pesquisa feita em

15/08/2006