

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Rafaella Miranda Machado

Autoatenção de raizeiros e raizeiras no sertão pernambucano:
uma observação participante do encontro de saberes da Caatinga

Recife
2022

Rafaella Miranda Machado

Autoatenção de raizeiros e raizeiras no sertão pernambucano:
uma observação participante do encontro de saberes da Caatinga

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de mestre em ciências.

Orientadora:

Dr^a Islândia Maria Carvalho de Sousa

Coorientador:

Dr^o René Duarte Martins

Recife

2022

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

M149 Machado, Rafaella Miranda.
a Autoatenção de raizeiros e raizeiras no sertão pernambucano: uma observação participante do encontro de saberes da Caatinga/ Rafaella Miranda Machado. — Recife: [s. n.], 2022.

135 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Islândia Maria Carvalho de Sousa; coorientadora: René Duarte Martins.

1. Medicina tradicional. 2. Antropologia; 3. Cultura popular. 4. Plantas medicinais. 5. Terapias complementares. I. Sousa, Islândia Maria Carvalho de. II. Martins, René Duarte. III. Título.

Rafaella Miranda Machado

Autoatensão de raizeiros e raizeiras no sertão pernambucano:
uma observação participante do encontro de saberes da Caatinga

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de mestre em ciências.

Aprovado em: 16 de março de 2022

Banca Examinadora

Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa (orientadora)
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Camila Pimentel Lopes de Melo (avaliadora interna)
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Saulo Ferreira Feitoza (avaliador externo)
Universidade Federal de Pernambuco

À Iraci

AGRADECIMENTO

A realização deste trabalho só foi possível com a contribuição e apoio de uma rede afetiva que esteve ao meu lado muito antes da entrada no mestrado acadêmico, por isto, agradeço a todos que de forma direta ou indiretamente passaram pela minha vida nesses diversos momentos.

Agradeço aos meus guias e mentores espirituais que alicerçam toda a minha jornada neste plano.

À minha tão amada mãe pelo apoio, carinho e colo quente de sempre.

À Gabi que me transmitiu tanta força e coragem nessa caminhada, e deixou tudo mais florido desde que chegou em minha vida.

À Islândia e Renê por acreditar nas minhas ideias e maluquices, exercendo grande paciência e parceria ao longo destes anos trabalhando juntos.

À Nil, grande amigo, por sempre me incentivar, alegrar meus dias e cuidar de mim como um bom irmão deve fazer.

À Alê pela companhia nos momentos bons e tensos tão comuns na vida das pós-graduandas.

À grande potência que é a existência do Encontro de Saberes da Caatinga que deu tanto sentido à minha escrita e pesquisa.

Aos mestres raizeiros e raizeiras por tanto aprendizado, momentos de muita risada, e a lembrança doce da minha infância.

Aos gatinhos Maju e Rafiki por ronronar e me dar carinho nos momentos em que mais preciso.

“Se as pessoas não tiverem vínculos profundos com sua memória ancestral, com as referências que dão sustentação a uma identidade, vão ficar loucas neste mundo maluco que compartilhamos.”

Ailton Krenak

RESUMO

MACHADO, Rafaella Miranda. **Autoatenção de raizeiros e raizeiras no sertão pernambucano**: uma observação participante do encontro de saberes da caatinga. 2022. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.

A autoatenção pode ser compreendida como as práticas de cuidado à saúde, bem como as representações que se produzem sobre a mesma, desenvolvidas no espaço domiciliar de forma relativamente autônoma. A maneira como os indivíduos atendem à sua própria saúde pode se dar a partir da ingestão de remédios caseiros feitos com plantas medicinais, baseando-se nos conhecimentos específicos que auxiliam esta utilização, como ocorre com raizeiros e raizeiras. Os saberes empregados por esses indivíduos nos momentos de atendimento à sua saúde e a de terceiros têm sido acessados prioritariamente para a viabilizar avanços tecnológicos a partir de uma validação científica da sabedoria popular, sem que haja uma investigação sobre o contexto de utilização de plantas medicinais, os modos de vida da população, entre outros aspectos concernentes à singularidade dessa população. Para isso, tem-se como objetivo analisar o sistema de autoatenção de raizeiros e raizeiras participantes do Encontro de Saberes da Caatinga, que reúne os detentores de conhecimentos populares da Chapada do Araripe anualmente, no município de Exu-PE. Dessa forma, trata-se de um estudo de caso que utilizou a observação participante e as transcrições de áudios do Encontro de Saberes. Para a análise da reunião de dados utilizou-se a hermenêutica e dialética, além dos escritos do antropólogo Eduardo Menéndez como fundamentação teórica dos achados. O estudo demonstrou que as práticas de cura desempenhadas por raizeiros e raizeiras guardam diversas informações sobre seu contexto de vida, sua cosmovisão, sua interação com a sua comunidade e com o sistema de saúde, sobretudo, os problemas vivenciados que geram necessidades sanitárias. O repertório intelectual atrelado às suas práticas apresenta condições de orientar a produção de políticas públicas voltadas a esta população, além de nortear a caracterização dos modelos de atenção que permeiam em seu território, subsidiando os atendimentos nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Medicina tradicional; Antropologia; cultura popular; plantas medicinais; terapias complementares.

ABSTRACT

MACHADO, Rafaella Miranda. **Self-attention of Raizeiros and Raizeiras in Sertão Pernambuco**: a participant observation of the Caatinga Knowledge Meeting. 2022. Dissertation (Master in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

Self-care can be understood as health care practices, as well as the representations that are produced about it, developed in the home space in a relatively autonomous way. The way in which individuals take care of their own health can be based on the ingestion of home remedies made with medicinal plants, based on the specific knowledge that helps this use, as with healers and healers. The knowledge used by these individuals when caring for their health and that of third parties has been accessed primarily to enable technological advances from a scientific validation of popular wisdom, without an investigation into the context of the use of medicinal plants, the ways of life of the population, among other aspects concerning the uniqueness of this population. For this, the objective is to analyze the self-care system of healers and healers participating in the Meeting of Knowledge of the Caatinga, which brings together the holders of popular knowledge of Chapada do Araripe annually, in the municipality of Exu-PE. Thus, it is a case study that used participant observation and audio transcripts of the Meeting of Knowledge. For the analysis of the data collection, hermeneutics and dialectics were used, in addition to the writings of the anthropologist Eduardo Menéndez as the theoretical foundation of the findings. The study showed that the healing practices performed by healers and healers keep a lot of information about their life context, their worldview, their interaction with their community and with the health system, above all, the problems experienced that generate health needs. The intellectual repertoire linked to their practices is able to guide the production of public policies aimed at this population, in addition to guiding the characterization of care models that permeate their territory, subsidizing care in health services.

Keywords: traditional, Medicine; Anthropology; popular culture; plants, medicinal; complementary therapies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa da distribuição territorial da área de proteção ambiental da Chapada do Araripe, 2021	41
Fotografia 1 -	Abertura do IV Encontro de Saberes da Caatinga, 2020	42
Figura 2 -	Segmentos de raizeiros e raizeiras identificados no Encontro de Saberes da Caatinga	54
Figura 3 -	Aspectos do perfil dos raizeiros do Encontro de Saberes da Caatinga	66
Fotografia 3 -	Roda de raizeiros e raizeiras no Encontro de Saberes da Caatinga, 2020	68
Figura 4 -	Motivações do itinerário terapêutico dos raizeiros e raizeiras participantes do estudo	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estruturação dos modelos de atenção formulados por Menéndez	27
Tabela 2 -	Coleta e processamento de dados primários e secundários no Encontro de Saberes da Caatinga nos anos de 2019 e 2020	45
Tabela 3 -	Conceitos de autoatenção de acordo com os aspectos característicos da população de interesse para a pesquisa	49
Tabela 4 -	Glossário local simplificado relacionado às produções dos raizeiros e raizeiras no atendimento à saúde	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVO GERAL	20
3.1 Objetivos Específicos	20
4 REVISÃO DA LITERATURA	21
4.1 A Experiência da Doença	21
4.2 Modelo de Atenção Baseado na Autoatenção	26
4.3 Autoatenção como categoria de análise	32
4.3.1 Itinerários terapêuticos e a pluralidade médica	34
4.3.2 Autoatenção e as plantas medicinais	36
5 PERCURSO METODOLÓGICO	40
5.1 Território e Locus de Desenvolvimento da Pesquisa	40
5.2 Trabalho de Campo	42
5.3 Processamento e Análise dos dados	46
5.4 Aspectos Éticos e Legais	50
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
6.1 Raizeiros da Chapada do Araripe	51
6.1.1 Encontro de Saberes da Caatinga	67
6.2 Atendimentos à saúde: autoatenção restrita dos raizeiros e raizeiras	70
6.3 Compreensão do adoecimento: a autoatenção ampla dos raizeiros e raizeiras	79
6.4 A busca pela cura e seus itinerários terapêuticos	86
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICE - ARTIGO: ‘RECONHECER E CURAR’ NA AUTOATENÇÃO DE RAIZEIROS E RAIZEIRAS DO SERTÃO PERNAMBUCANO	108
ANEXO A - CARTAS DE ANUÊNCIA	129
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES	131

1 INTRODUÇÃO

Este manuscrito discorre sobre uma maneira de cuidar da saúde que apresenta significados e valores particulares, traz a oralidade como principal forma de aprendizagem, e se expressa não apenas na ausência de enfermidades. É uma saúde que está presente no ambiente natural, dentro das casas nas comunidades, nas relações estabelecidas com terceiros, e em cada membro das famílias. Pode ser representada em um chá, um ritual, um benzimento, um afago, ou simplesmente ao decidir o que não fazer quando surge uma desestabilidade, assim, a maneira como se pretende manter e/ou recuperar a saúde orienta-se de acordo com os aspectos sociais e culturais dos indivíduos e grupos envolvidos (MORALES NAVARRO, *et al*, 2013).

As práticas de saúde desenvolvidas no seio familiar e comunitário - popular - manifestam-se em estratégias baseadas na concretude da realidade e atrelam-se fortemente ao cotidiano das pessoas. Com isto, buscam a resolução de um problema de saúde, um incômodo, a interrupção de um sofrimento vivido. Por esta razão, são substancialmente caracterizadas por movimentações práticas e bem direcionadas que podem ser exercidas por diferentes membros da família e/ou vizinhos, até mesmo o próprio indivíduo que se encontra em uma situação adversa. Também, a referência deste tipo de atenção são as práticas de cura exercidas por detentores de conhecimentos populares residentes nas comunidades, como benzedores, benzedoras, curandeiros, pajés, feiticeiros, raizeiros e raizeiras (OLIVEIRA, 1983).

Os agentes populares têm ocupado espaços de fala em ambientes acadêmicos, eventos, congressos, seminários, nas diferentes regiões do Brasil, colaborando com a popularização e principalmente a discussão de produções de saúde que emergem do povo, pensando a saúde de forma global, a partir de um cenário local definido, particularizado (VIANNA; DE CARVALHO, 2020). O Encontro de Saberes da Caatinga (ESC) - lócus desta pesquisa - pode ser incluído neste movimento de trocas de saberes a partir do aprendizado coletivo, neste caso, referente aos conhecimentos de parteiras, benzedores, benzedoras, raizeiros e raizeiras residentes em comunidades que fazem parte da Chapada do Araripe (CA).

Os raizeiros e raizeiras participantes do encontro são reconhecidos, de acordo com o contexto do ESC, como uma das faces das diferentes sabedorias que permeiam e, dessa forma, contribuem para a formação da identidade da própria Chapada do Araripe, em termos de cultura e de produção de saúde. Essas pessoas possuem uma instrumentalização concebida por

um acúmulo de conhecimentos relativos à flora das regiões onde residem, desenvolvendo uma maneira particular de utilização social dos recursos naturais (sociobiodiversidade), graças ao convívio proximal com a flora exótica e nativa que percorre os arredores das comunidades (LEONEL, 2000; D'ALMEIDA, 2018).

A sabedoria popular, a utilização de plantas medicinais, a manipulação de raízes e outras partes das plantas, e sobretudo a fabricação caseira de remédios certamente são aspectos associados facilmente ao ofício dos raizeiros e raizeiras (D'ALMEIDA, 2018). A identificação da relevância dos aspectos concernentes à sabedoria dos raizeiros e raizeiras tem sido verificada por meio da presença destes indivíduos em investigações etnobotânicas e etnofarmacológicas. Nestes estudos a medicina tradicional¹¹ praticada por raizeiros é utilizada a partir de sua participação como guias em áreas de reservas, matas nativas, quintais, dentre outros. As pesquisas têm priorizado o emprego de seu repertório intelectual para a catalogação de espécies, formas de preparo e uso direcionado de plantas medicinais para certos problemas de saúde, assim como a avaliação de segurança e qualidade dos produtos vendidos em feiras públicas (MACHADO, 2019).

À certa medida, os conhecimentos oriundos das experiências de raizeiros e raizeiras são distanciados e posicionados como distintos dos saberes que emergem da medicina científica, o que conduz estes saberes a uma validação orientada por meio de premissas, referenciais e procedimentos/técnicas da própria medicina científica. Este cenário inegavelmente contribui positivamente para o desenvolvimento de tratamentos, produtos e outras tecnologias no campo da saúde, contudo, evidencia algumas lacunas relacionadas à construção e exercício de saberes, atenção à saúde a partir de sua intelectualidade, quem são essas pessoas e suas necessidades, assim como caminhos possíveis para sua visibilização nas políticas de saúde (MACHADO, 2019).

Por isso, nesta pesquisa, a autoatenção assume a maneira como conduzimos o interesse sobre a investigação dos saberes característicos dos raizeiros e raizeiras, e como sua experiência com diferentes adoecimentos se estruturam e modificam a atenção à sua saúde. Trataremos dos saberes que representam seus modos de vida, a forma como se relacionam com seu território e com as demais pessoas da sua comunidade, e finalmente como lidam particularmente com sua saúde.

¹ Segundo a OMS a Medicina Tradicional “é a soma de conhecimentos, capacidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis pelos métodos científicos atuais ou não, utilizadas para manter a saúde e prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças físicas e mentais”.

Os estudos que utilizam a autoatenção têm sido realizados principalmente em contextos de intermedialidade, como no caso de diversas etnias indígenas (SCOPEL; DIAS-SCOPEL, 2019), no ambiente rural com populações do campo (VAN DER SAND *et al.* 2018), ou mesmo relacionando-se a atenção de indivíduos que vivem com uma condição clínica específica (ALVES; PELLEGRINI, 2019). São geralmente orientados por um trabalho de campo etnográfico, na perspectiva social da Antropologia, compreendendo a possibilidade de encontros de saberes oriundos de epistemologias aparentemente divergentes, imersas em trajetórias terapêuticas relativamente autônomas.

Em conformidade com os escritos de Menéndez (2009), a autoatenção equivale às “representações e práticas” responsáveis por fundamentar como os indivíduos compreendem os processos que ditam desde a identificação de uma perturbação na sua saúde, até o momento que resolvem aliviar e/ou curar os incômodos correspondentes. Enquanto processo, proporciona uma forma de articulação prática de diferentes noções, práxis e visões de mundo que refletem em como os indivíduos e seus coletivos irão lidar com a saúde, a doença e a cura. As concepções conflitantes que surgem no ofício de diferentes curadores são minimizadas na autoatenção, onde tais concepções costumam complementar-se. No lugar de relações de predominância entre os discursos específicos das diversas formas de atendimento, na autoatenção prevalecem as estratégias que em um dado momento seja mais favorável a continuação da reprodução biossocial do grupo em questão.

Nota-se que a preocupação com a sobrevivência irá prevalecer como interesse final do grupo, então boa parte das relações estabelecidas, além dos meios de informação, se constituem como fontes de compartilhamento de elementos que podem ser úteis em situações de risco para esses indivíduos (AGUIRRE, 2016). Independente da relevância científica, por exemplo, o emprego de determinadas práticas continuará fazendo sentido para determinados grupos e assim continuará sendo incluída nas formas como tais pessoas se atendem.

Nesse sentido, os saberes que ancoram a sociobiodiversidade local por parte dos raizeiros e raizeiras não se encontram compactados em uma rigidez que provoca uma intacta reprodução ao longo do tempo. A tradição e a relação temporal incluídas nesta prática não significam a inexistência de dinamismo e inovações com o passar do tempo. A forma como os indivíduos se relacionam entre si e com o mundo, além das transformações que ocorrem continuamente não são rígidas e imutáveis, influenciando também na forma como utilizam os recursos naturais em sua saúde e como propagam os saberes relacionados (CASTRO, 2000; SILVA, *et al.*, 2017).

Com base nas experiências que podem ser compreendidas a partir das práticas de cura relacionadas ao ofício dos raizeiros e raizeiras de imediato concebe-se a majoritária presença de plantas medicinais nas formas de atender, principalmente diante da própria identificação de suas atividades. Ainda que se trate de populações rurais, em situação de adoecimento, há o favorecimento de determinadas recomendações médicas articuladas com a manutenção de práticas tradicionais na estruturação da autoatenção dos indivíduos (LIMA *et al* , 2016; SAND *et al*, 2016; TOEBE *et al*, 2017). Por isso, como mencionado, não se deve excluir as possibilidades de inclusão de ações e noções atreladas às referências de saberes e a semântica comum às ciências biomédicas, inclusive práticas espirituais e religiosas, de tradições indígenas, e outros.

Em razão desse dito dinamismo na autoatenção, tem sido observado como as práticas e recomendações compartilhadas por profissionais de saúde se constituem em uma das principais fontes de informações nos momentos de autoatender-se (MENÉNDEZ, 2003). Por outro lado, embora os profissionais atuantes nos serviços de saúde provoquem esta influência na autoatenção das pessoas, AA parece ser acessada de maneira insuficiente para constituir a história/percurso de adoecimento dos usuários destes serviços. Badke *et al.* (2019), depararam-se com a dificuldade encontrada por usuários do sistema de saúde em relatar que obtiveram sucesso com a utilização de plantas medicinais em sua autoatenção, constringendo-se com a hostilidade gerada por esta temática com profissionais médicos anteriormente. Similarmente, Lima *et al.* (2016), observam que os profissionais apresentaram incompreensão no que chamam de “práticas místicas com plantas medicinais”.

Garnelo e Langdon (2005) mostram que a autoatenção representa uma temática pouco averiguada na construção das rotinas de atendimentos médicos tanto quanto nas políticas públicas, ainda que se apresentem como uma reprodução procedente de diversos aspectos sociais e culturais que permeiam a vida das comunidades. E em decorrência disso, o desconhecimento sobre este aspecto acarreta obstáculos na capacidade de instrumentalização dos profissionais no reconhecimento de seu território e comunidade de atuação profissional. Ainda, inclui-se como pode criar determinadas dificuldades nos momentos de realizar uma abordagem terapêutica mais participativa e correspondente às particularidades dos indivíduos.

Debruçar-se isoladamente sobre o conhecimento botânico dos raizeiros e raizeiras ou mesmo sobre as doenças que afligem suas vidas não garante a compreensão de como os saberes que acumulam se inserem em suas práticas de atenção à saúde. Isolar esse conhecimento ou o quadro clínico desta população é pouco resolutivo para os serviços de

saúde para apreender a capacidade de “descrever e analisar os modos de existência das pessoas que atendem”. Enquanto isso, compreender sua autoatenção pode contribuir para o protagonismo das decisões feitas por raizeiros e raizeiras nos momentos de adoecimento, e suas práticas que se fundamentam por meio de suas experiências (GARNELO; LANGDON, 2005).

Assim, assume-se o pressuposto que em situação de adoecimento são os raizeiros e raizeiras, segundo conhecimentos construídos e compartilhados socialmente, quem irão decidir em primeira instância as práticas a serem adotadas para resolução dos problemas de saúde, sendo estas pouco conhecidas e averiguadas por profissionais de saúde. Nesse processo, acredita-se que conseguem oportunizar a articulação de diferentes fontes de informação em sua autoatenção. Logo, entende-se a necessidade de que as intervenções de saúde possam ser mediadas por negociações baseadas na verificação da realidade social e cultural dos indivíduos. Por isso, decide-se compreender como se estruturam as práticas de autoatenção de raizeiros e raizeiras participantes do Encontro de Saberes da Caatinga.

2 JUSTIFICATIVA

Nos sistemas de saúde, os profissionais de saúde ocupam o lugar de mediadores, como refere Valla (1986), entre o que a rede de serviços pode e deve oferecer à população, e a identificação de necessidades e carências apresentadas pelos indivíduos que se encontram como usuários desses equipamentos de saúde. Com ressalvas, espera-se que estes profissionais/técnicos compreendem em sua totalidade aquilo que surge enquanto demandas sanitárias das comunidades, e ainda que estas mesmas pessoas - o público em atendimento - dependem inteiramente dos cuidados e do modo de atenção desenvolvidos nos espaços institucionalizados atrelados aos sistemas de saúde.

Contudo, existe uma problemática correspondente ao aspecto relacional entre profissionais e usuários, onde há uma dificuldade de compreender do que se tratam as falas da população. Esta que é uma discussão antiga, embora ainda continue recente, e se dá principalmente devido a necessidade de localizar o contexto de vida, entendendo que existem diferentes atores sociais dentro da população, como os raizeiros e raizeiras, e que os mesmos falam por si diante de suas necessidades sociais e sanitárias. Essa compreensão insuficiente revela também a contrariedade em aceitar os indivíduos como produtores de conhecimentos capazes de expressar opiniões, noções de saúde e doença e sua visão de mundo na convivência dentro dos serviços de saúde (VALLA, 2000).

Ao se tratar de raizeiros e raizeiras, assim como outros detentores de conhecimentos, a discussão sobre o sistema de saúde permeia, sobretudo, as relações que podem ser estabelecidas no encontro entre saberes de diferentes bases epistemológicas (PIRES; NEVES; FIALHO, 2016). O que por sua vez ultrapassa o pensamento sobre a falta de acesso aos saberes, tecnologias e procedimentos oriundos da biomedicina, como um critério para a manutenção da tradição de utilizar plantas medicinais para cessar determinado tipo de sofrimento físico por parte desses detentores (OLIVEIRA, 1985).

A manutenção e resistência das práticas de cura, ou mesmo a maneira de produzir saúde, de raizeiros e raizeiras apresentam pelo menos duas premissas como possibilidade. Primeiramente, suas estruturas e processo fazem sentido para a sociedade brasileira à medida que correspondem às necessidades de uma parcela da população que continua procurando atendimento, apesar dos avanços tecnológicos obtidos pela biomedicina. Por último, reforça a existência de uma diversidade de modelos de atenção à saúde e as relações de poder que se estabelecem entre os mesmos (OLIVEIRA, 1985).

Sabendo-se de outras possibilidades de modos de resolver problemas de saúde, quanto de sua aderência e seus referenciais de cuidado, como os raizeiros e raizeiras, a AA torna-se uma potencialidade teórica para investigar e compreender seus saberes, excluindo o estabelecimento de relações desiguais entre quem pesquisa e população de interesse para o estudo. Reforça sua autonomia, respeita as maneiras como compreendem o adoecimento e como realizam a atenção a si mesmos. Na mesma medida em que considera seu repertório intelectual e experiências de vida e essencialmente com o adoecimento, como uma alternativa de tecnologia de cuidado em um contexto brasileiro de sucateamento e desmonte progressivo do sistema de saúde público.

A Saúde Coletiva, por sua vez, tem se comportado como um campo de estudo que possui um pluralismo interno, decorrente de seu próprio histórico de desenvolvimento, permitindo haver condições de viabilizar discussões sobre diferentes formas de lutas pela saúde. Assim como reconhece a predominância da biomedicina como hegemônica sobre a noção de saúde, saberes e práticas relacionadas, buscando reconhecer seus limites internos e diálogos com a diversidade de experiências e conhecimentos dispostos nos territórios (NUNES; LOUVISON, 2020).

3 OBJETIVO GERAL

Analisar as representações e práticas de autoatenção de raizeiros e raizeiras participantes do Encontro de Saberes da Caatinga

3.1 Objetivos Específicos

- Descrever quem são os raizeiros e raizeiras participantes do Encontro de Saberes da Caatinga;
- Examinar as práticas restritas e amplas de autoatenção realizadas por raizeiros e raizeiras no atendimento às enfermidades;
- Identificar a trajetória terapêutica da atenção prestada por raizeiros(as) em situação de adoecimento.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Devido à natureza dos objetivos traçados para o desenvolvimento deste trabalho faz-se necessário discutir nesta seção algumas concepções (como doença, cultura e autoatenção) a partir de postulados desenvolvidos por teóricos oriundos do campo das Ciências Humanas (CH), principalmente a Antropologia (Médica e Cultural). Por meio deste campo de conhecimento, e somando-se aos pressupostos comuns às Ciências da Saúde (CS), será possível compreender as escolhas, atitudes e práticas sociais frente à situação de adoecimento. Leva-se em conta que a experiência de adoecer inclui, além de fatores biológicos, questões culturais, econômicas e sociais. Assim, o processo de saúde-doença-atenção (MENENDEZ, 2003) mostra-se como um evento intersubjetivo correspondente com a realidade social de cada pessoa envolvida, mas também revela suas consequências em outros âmbitos da vida (COUTO, *et al* 2009).

Tendo estabelecido a orientação conceitual deste trabalho seguiremos as discussões sobre cultura, contexto sociocultural da doença, os sistemas de cuidados na saúde e finalmente o objeto de estudo que é a autoatenção. Para tanto nos embasamos nas contribuições acadêmicas de Menéndez (1981; 1984; 1985; 1992; 2003; 2005; 2009) com fins de compreensão sobre a articulação de saberes, escolhas e práticas que confluem na autoatenção em situações de adoecimento.

4.1 A Experiência da Doença

A Antropologia Médica em meados dos anos 1980 quando lançam mão das diferenças semânticas entre os termos *ilness* e *disease* demarcam uma noção diferente do que por hora se veicula nas Ciências da Saúde (CS) – uma visão individual, padronizada e de caráter biologicista sobre as doenças. O termo *ilness* se debruça sobre o sofrimento propriamente dito dos indivíduos, que inclusive pode ser capaz de extrapolar seu corpo físico. Ainda, representa a forma subjetiva como as pessoas dentro de seus recortes sociais e as características culturais de sua comunidade experienciam a doença e lhe atribuem significado. O segundo termo (*disease*), diz respeito a como tal experiência será compreendida pelos profissionais de saúde, sendo assim uma situação de anormalidade e/ou patologia identificada por estes. Logo, colabora com a construção de uma tradução clínica e diagnóstica da experiência subjetiva por meio de sinais e sintomas (KLEINMAN, 1989; HELMAN, 2009).

Ademais à discussão semântica norte americana, a Antropologia constrói o objeto de estudo “doença” com um enfoque diferente do que tem sido veiculado, de forma hegemônica,

na prática clínica. Na Antropologia a doença parece existir inicialmente por meio da percepção localizada socioculturalmente de quem adoece, e embora também se constitua em um evento biológico não se resume a um estado de estagnação neste. Assim, apresenta-se com um “enfoque relacional”, formado por negociações em relação a gama de significados e compreensões atribuídos em seu meio sociocultural, e de suas ações em busca da resolução do que aflige seus corpos físico e/ou espiritual (LANGDON, 2014).

A Saúde Coletiva, por sua vez, aproxima-se das formulações de estudos antropológicos como os citados acima, fugindo à conhecida normativa biológica do processo saúde-doença em que as percepções dos indivíduos sobre o que seria a saúde são consideradas. Contudo, nos explica Silva *et al.* (2019), este conceito ainda não está estabelecido na Saúde Coletiva, já que sua compreensão se aproxima mais de um “lema” ou uma “noção”. Um problema frequente é o fato de tais percepções não serem consideradas segundo a realidade social e cultural do indivíduo, baseando-se em um respaldo teórico e conceitual. Ou, seu embasamento referencial utilizado para explicar o conceito encontra dificuldade para articular-se com o próprio objeto estudado (seja a saúde ou a doença).

Como exposto brevemente, a complexidade da saúde humana é tema de pesquisas de diferentes campos de estudo. Mas se pode dizer que a principal semelhança entre essas pesquisas é o fato de a cultura permeá-las. O pesquisador (seus pressupostos e interesses) e as sociedades estudadas para a compreensão deste conceito estão imersos em determinadas culturas e o resultado final será a influência dessas culturas nos postulados. Sendo assim, seguiremos a perspectiva antropológica que acredita que a doença passa por dois eventos interpretativos. Um de caráter fisiológico e o outro que é expressado por meio da linguagem de quem adoece. Assim, a situação de adoecimento é produtora de significados próprios segundo características particulares da cultura de onde se localizam os indivíduos. Por isso, a doença é vista como experiência, e as percepções sobre ela são fundamentais para alcançar a cura (GOOD; GOOD, 1981).

Iniciaremos discutindo sobre cultura a partir de *A Interpretação das Culturas* de Geertz (1978). Mas antes, vale ressaltar uma representação ultrapassada sobre cultura na prática clínica propriamente dita. A cultura foi facilmente atribuída a grupos com marcadores sociais mais bem definidos do que as sociedades consideradas industrializadas, como as mais diversas etnias de povos originários e quilombolas, por exemplo. E por ter a cultura um entendimento de emaranhado de crenças estabelecidas e compartilhadas socialmente pelo mesmo grupo populacional, acabou sendo interpretada como empecilho na modificação

comportamental para melhoria da saúde em contexto de aconselhamento e prescrição profissional (GOOD, 1994).

Claro, a perspectiva supracitada sobre a cultura foi superada, assim como a forma de conferir o significado de crenças análogas à ignorância ou desconhecimento. O padrão fixo e pré-estabelecido, resistente a mudanças também foi ultrapassado. Agora, discute-se seu dinamismo, validando-se outras características como a presença de uma Teoria Cultural não generalista. Isso porque a ação simbólica ou o conjunto delas é analisada por meio de um discurso social, não havendo condições de julgá-los segundo “previsões teóricas”, replica-se a forma de uso no momento de análise. Logo, pode encontrar-se pública, pode ser compartilhada, mas sua interpretação e análise não antecipa os fatos e acontecimentos da vida das pessoas (GEERTZ, 1978; ORTNER, 1984).

Da mesma maneira, Geertz (1978) concebe a cultura como principal objeto dos estudos antropológicos, sendo a primeira descrição dos povos sobre si mesmos. Entende que os estudos interpretam a cultura principalmente por meio da etnografia. Utilizam o próprio conjunto de símbolos e significados locais para acessar os acontecimentos diários de uma comunidade. O autor a define curiosamente como “um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu” (GEERTZ, 1978, p.4). Assim nos informa o aspecto dialético nesta definição, já que a cultura é vista tanto como obra do homem, como também é utilizada para compreender o seu mundo. Langdon (2005) reitera, citando Geertz, que a cultura é “definida como um sistema de símbolos que fornece um “modelo de”, e “um modelo para” a realidade”.

As definições supracitadas sobre cultura reforçam a importância da subjetividade dos indivíduos à medida que esse utiliza-se da cultura para a ação social, mas também para interpretar como este próprio faz uma leitura densa de si e do mundo em que vive. Desse modo a interpretação das culturas também abarca uma interpretação de como a cultura dos povos se articula com outros domínios da vida social das comunidades e indivíduos. E falo indivíduos pois a heterogeneidade dentro da cultura é outro aspecto lido como característica nesta temática. Não há uma padronização de pensamentos e modos de fazer dentro de uma mesma cultura. Os indivíduos possuem consciência e individualidade. A própria subjetividade citada contribui para a produção de heterogeneidade dentro de uma mesma cultura. (GEERTZ, 1978; LANGDON, 2005).

A cultura “denota um padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas, por meio

das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida” (GEERTZ, 1978, p.66). Essa afirmação pode ser reiterada quando Langdon (2005) posiciona a cultura também como resultado de negociações entre os indivíduos frente a determinados eventos-problema, em que precisem estabelecer acordos para solucionar os problemas e garantir sua sobrevivência. Isso nos mostra a produção cultural de forma dinâmica, dependente da criatividade humana e de um repertório de saberes dos sujeitos envolvidos.

Assim, podemos compreender o processo saúde-doença na produção cultural, como as noções de saúde e de doença são universais na sociedade, no sentido de fazer parte da adaptação do homem à sua realidade, estas estão presentes na visão de mundo dos indivíduos. Em uma situação de transformação de sua realidade irão se adaptar segundo sua cultura (ou visão de mundo) em prol de sua sobrevivência. Análogo a um adoecimento que exige dos indivíduos compreensão do evento para interpretá-lo, utilização de saberes para negociar a ação social e assim buscar um desfecho positivo para a experiência vivenciada (LANGDON; WIIK, 2010; LANGDON, 2014).

Eventos socioculturais constituem a doença como experiência do ser humano. E pode ser dividida em dois momentos - quando há a interpretação de uma cadeia de acontecimentos como sendo parte da manifestação de uma doença (ou seja, sua identificação), e um segundo momento com as negociações para a escolha do tratamento ou alívio do sofrimento gerado. Para a identificação do ocorrido entram em vigor os conhecimentos e compreensões prévias dos indivíduos envolvidos, seja da mesma família ou vizinhança da comunidade. Além do contato desses com elementos e indivíduos pertencentes a outras culturas (LANGDON, 2005).

Há a identificação do tipo de desequilíbrio, seja físico, com o ambiente ao qual pertencem ou mesmo as consequências de relações com o mundo espiritual. A partir do resultado dessas questões e da gravidade da doença podem ser negociados a utilização de recursos naturais, auxílio de um especialista de curas espirituais como um xamã ou uma benzedeira, assim como a ida a um serviço de saúde. É necessário compreender que todos os fatores citados não escapam à posição social dentro da comunidade, à sua idade, gênero, localização geográfica e poder aquisitivo (LANGDON, 2005).

Kleinman (1978), seguindo os postulados de Geertz sobre o conceito de cultura, entendeu que a experiência da doença iria variar entre os indivíduos e, naturalmente, entre sociedades de culturas diferentes. Para fins analíticos elaborou o “modelo de sistema de

cuidados de saúde”, a partir da doença como um sistema cultural. Logo, a cultura irá influenciar diretamente no “conteúdo, efeitos e mudanças” do sistema, como explica o autor:

They are not simply systems of meaning and behavioral norms, but those meanings and norms are attached to particular social relationships and institutional settings. To divorce the cultural system from the social system aspects of health care in society is clearly untenable (KLEINMAN, p. 85, 1978).

Assim, em um mesmo sistema a doença irá se manifestar em três realidades sociais: a familiar; a popular, que inclui os especialistas de cura não profissionalizados; e em uma realidade profissional e científica, como a biomedicina por exemplo - compondo subsistemas específicos. Como são realidades sociais construídas culturalmente, irão variar entre eles dentro do mesmo sistema, assim como entre sistemas diferentes.

A grosso modo o modelo pode nos mostrar uma “tradução” complexa da identificação e do comportamento de determinadas doenças em contextos variados. Contudo, para sua finalidade cabe mais do que isso, como nos explica seu idealizador no texto de título *Medicine's symbolic reality* (1973):

The medical system is an ordered, coherent body of ideas, values, and practices embedded in a given cultural context from which it derives its signification. It is an important part of the cultural world and as such it is constructed, like any other segment of social reality, by the regnant body of symbolic meanings. The medical system forms an indissoluble and hierarchical whole in which healing acts are closely linked with ideas about disease causation and models for classifying disease. The whole is oriented toward the problem of effectively dealing with illness (KLEINMAN, 1973, p.208)

Vemos que o modelo de sistema de cuidados (KLEINMAN, 1978) contribui para aproximação de dois contextos diferentes de pesquisa se tratando do mesmo objeto de estudo - as ciências da saúde juntamente com as ciências humanas se debruçando sobre a saúde. Mas especificamente fornece um modelo de emprego da cultura nos estudos sobre a saúde e a doença, em variados contextos sociais. Para a formulação de uma política pública eficiente, na saúde coletiva, o modelo pode ser concebido como uma alternativa para aproximar o poder público da realidade popular e familiar de como a doença se comporta, para além de boletins epidemiológicos. Sendo este um “sistema de cuidados de saúde” vinculado a nossa cultura.

A discussão sobre o “sistema de cuidados de saúde” do Céu da Mantiqueira (2019) reforça as informações sobre o reconhecimento da cultura na ação social local. Neste estudo Rose (2019) identificou dois processos distintos os quais resolveu identificar como “espiritualização das práticas terapêuticas” e “terapeutização das práticas espirituais”. As concepções daimistas sobre doença, saúde e cura são reconhecidas e influenciam a prática terapêutica de profissionais da saúde. Assim como a comunidade daimista, segundo seu

paradigma espiritual, reconhece e incentiva práticas terapêuticas ligadas à biomedicina e a utilização de práticas alternativas (como o Sistema de Florais da Amazônia).

Por fim, entendemos que quando a doença é veiculada a uma uma experiência sociocultural, independente de estar inserida em um modelo explicativo e analítico, nos permite acessar compreensões não hegemônicas sobre o campo em discussão. Ainda, transforma o lugar da cultura nas CS. Anteriormente indicado em um sentido de ignorância e resistência, passa a colaborar no entendimento das experiências individuais no adoecimento. Coloca-se em vigor o *relativismo cultural* da tradição dos estudos antropológicos, onde olhamos para outro conjunto de significados e valores apenas como diferentes do nosso, sem hierarquizar ou reduzi-los (GEERTZ, 1978; KLEINMAN, 1978; LANGDON; WIJK, 2010).

4.2 Modelo de Atenção Baseado na Autoatenção

A noção de modelo de atenção discutida no Brasil encontra-se comumente relacionada, por alguns pesquisadores do campo científico da saúde coletiva, ao processo de trabalho. O conceito se estrutura, dessa maneira, a uma representação esquematizada de como se comporta a prestação da atenção em um sistema de saúde. Assim, não se concentra em um padrão pronto para ser reproduzido, mas simboliza um esforço de sistematizar as racionalidades que orientam essa prestação de serviços. O modelo de atenção funciona como um guia que dispõe quais os saberes que irão reger as ações e os instrumentos técnicos-científicos que organizam os processos de trabalho dentro do sistema de saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2005; PAIM; 2012).

Outras maneiras de pensar a organização dos serviços de saúde também contribuíram historicamente para a discussão sobre a noção de modelos de atenção. Inclusive sob a égide da antropologia. Menéndez (1992), por sua vez, nos informa uma concepção de modelo de atenção em um espectro mais amplo, que ultrapassa os muros dos sistemas de saúde. Segundo esse autor, os modelos referem-se às características estruturais de uma nação, como os seus aspectos ideológicos, socioeconômicos, de produção técnica e teórica, além das dimensões de interesses dos grupos sociais que estão interligados ao seu funcionamento.

Assim, quando Menéndez se refere a modelos de atenção ainda se incluem todas as atividades que se organizam intencionalmente para a atenção à saúde. Atividades que se empenham na prevenção, alívio, tratamento, controle de determinada doença em termos físicos ou imaginários. Logo, essas atividades proporcionam diferentes indicadores de diagnósticos, tratamentos e cura, nas quais não se exige a preocupação de serem avaliadas

segundo critérios de eficácia/eficiência na atenção às doenças, mas sim de reconhecimento quanto a pluralidade de existência dentro de setores populares na sociedade (MENÉNDEZ, 1992; MENÉNDEZ, 2003).

Menéndez (1992) constitui três modelos de atenção à saúde - modelo médico hegemônico (MMH); o modelo médico alternativo subordinado; e o modelo de atenção baseado na autoatenção. A tabela abaixo esquematiza uma síntese da forma como o autor organizou cada modelo consoante às definições, a presença de submodelos e as características estruturais correspondentes.

Tabela 1. Modelos de atenção formulados por Menéndez.

Modelo	Submodelos	Definição	Estrutura
Modelo Médico Hegemônico	Modelo individual privado; modelo corporativo privado; modelo corporativo público	Refere-se a medicina alopática em termos assistenciais e de investigação	Biologicista; legitimidade jurídica e acadêmica; identifica-se ideologicamente com a racionalidade científica como critério de exclusão de outros modelos; tendência ao controle social e ideológico; domínio da quantificação sobre a qualidade
Modelo Alternativo Subordinado	Não se aplica	Incluem práticas organizadas no campo profissional e acadêmico, anteriormente às práticas ocidentais. São conhecidas como tradicionais, e derivam do MMH (como a ayurveda e a acupuntura)	Globaliza as concepções sobre os problemas de saúde; possui assimetria na relação médico-paciente; identifica-se com uma racionalidade técnica e simbólica; tendência à mercantilização
Modelo Baseado na Autoatenção	Não se aplica	Primeiro nível real de atenção. É um modelo estrutural de toda e qualquer sociedade. Baseia-se na cura e nas condições sociais e econômicas do grupo envolvido	Apresenta legitimidade grupal e comunitária; entende a eficácia como um bem de uso comum; participação simétrica; tendência a assumir a subordinação induzida por outros modelos; concepção baseada na experiência

Fonte: elaborado pela autora, baseado em MENÉNDEZ, 1992.

Ao analisar os modelos propostos por Menéndez nota-se uma certa semelhança com o que pode ser encontrado no contexto sanitário do Brasil. Assim como o MMH, o modelo de atenção biologicista reforça a visão mercadológica da saúde, focalizando a quantidade de procedimentos realizados, ao invés de reforçar a qualidade do atendimento e o cumprimento de resposta às necessidades da população. Além disso, incentiva a privatização do setor saúde principalmente na direção do tensionamento na relação público-privado no sistema oficial de saúde, esgotando o financiamento da parcela pública enquanto prioriza convênios e renúncias fiscais ao setor privado. O modelo biologicista contribui, ainda, sobretudo via setor privado,

ao estigma classista de direcionar um assistencialismo estatal para pessoas pobres (sistema de saúde público e precarizado), planos de saúde para pessoas que podem e estão dispostas a acessar uma saúde dita de maior qualidade, e planos populares de saúde para a classe trabalhadora conseguir acessar parcela razoável do que o setor privado diz que pode proporcionar no âmbito de cuidados em saúde (CELUPPI *et al.* 2019).

Na mesma proporção, o MMH surge em um contexto histórico em que a recuperação da saúde dos cidadãos (sobretudo os trabalhadores) era parte fundamental para o desenvolvimento econômico do aparato do Estado. Então, apresenta-se como uma atenção à saúde executada de forma rápida, urgente para a manutenção dos trabalhadores em seus postos de trabalho. A história deste modelo perpassa também a história da luta de classes, a fim de fornecer condições de operacionalizar um ritmo satisfatório na produção industrial e assim esteve em concordância com os interesses das classes dominantes (MENENDEZ, 1985; COMELLES, 1993).

Contudo, também aparece como demanda da classe trabalhadora, em um período de ganhos sociais que foram frutos dessa luta de classes (e das necessidades de produção das classes dominantes). Assim, obteve-se um modelo de atenção voltado para “o trabalhador doente”. A prática médica preteriu um conjunto de outros fatores que perpassam as necessidades de saúde do trabalhador, da sua família e do espaço em que viviam (MENENDEZ, 1985; COMELLES, 1993).

Anteriormente à criação do próprio SUS, comumente a classe trabalhadora organizada foi direcionada à reivindicar, enquanto direito trabalhista, a garantia de cobertura da prestação de atenção à saúde junto ao setor privado por meio dos planos de saúde. Semelhante à origem do MMH, o próprio Estado contribuiu para a expansão do setor privado de saúde, seja por meio dos beneficiamentos econômicos e políticos, ou pelo encorajamento de seus servidores públicos à utilização deste tipo de serviço ao invés de dar prioridade à conquista do SUS como política de Estado verdadeiramente (CELUPPI *et al.* 2019).

No caso do MMH, este também se aproxima da estrutura social (hierárquica, classista e assimétrica) e ultrapassa as concepções teóricas. Logo, não escapa ao modelo experimentar uma hegemonia de rápida e desenfreada expansão que acaba culminando em uma crise. Crise esta que possibilitou soluções conflitivas, agregando outros modelos alternativos na mesma medida em que os subordina ao MMH - o modelo alternativo é aceito como complementar ao MMH, mas não funciona segundo suas próprias características estruturais. Dessa forma a crise gerada com a expansão do MMH é vista como um reflexo de uma crise política e

econômica do Estado, afetando os tipos de estratégias adotadas pelo setor saúde assim como também afetou as condições de vida da população de classes sociais mais abastadas (MENÉNDEZ, 1981; MENENDEZ, 1985; COMELLES, 1993).

Dito isso, percebe-se que as fases de constituição, expansão e crise do MMH - seu ciclo completo - está atrelado a um processo transacional de hegemonia/subalternidade. O modelo, mais uma vez, reflete as relações de classe, mais precisamente entre as classes dominante e a subalterna. Esse movimento supõe, segundo Menéndez, a existência de práticas alternativas ao MMH que são apropriadas ao longo de sua expansão e assim também fazem parte deste, como a autoatenção que aparece como uma alternativa que de certa forma se constitui como produto das falhas e limitações do modelo hegemônico. Embora não consista em um projeto político e ideológico, o modelo de autoatenção se desenvolve segundo as necessidades de sobrevivência dos setores populares (MENENDEZ, 1984).

O MMH apropria-se de práticas comuns à autoatenção e isto pode ser identificado por meio do emprego da fitoterapia nos serviços de saúde, por exemplo. A prática quando apropriada, em grande parte nas áreas urbanas, apresenta uma releitura de sua expressão usual. O interesse para a utilização de práticas não hegemônicas, como a fitoterapia, por parte dos setores sociais de maior relevância financeira geralmente se configura como o principal fator que impulsiona este movimento de apropriação ao MMH. Por consequência, impulsiona ainda o investimento produtivo na indústria químico-farmacêutica. Nesse caso, apesar de ocasionar um maior beneficiamento à diversidade nas formas de atendimento, as práticas obtêm dinâmicas que diferem segundo seu contexto de aplicação, como mostra Antônio, Tesser e Moretti-Pires (2013), em seu estudo sobre a utilização da fitoterapia nos ambientes da Atenção Primária à Saúde.

O modelo baseado na autoatenção agora em seu contexto natural (o seio popular), apresenta-se como um processo estrutural em constante modificação. Seu caráter estrutural pode ser entendido por meio do aparecimento com certa frequência de episódios de enfermidade ao longo da vida dos microgrupos, especialmente o doméstico. Dessa forma seus membros aplicam estratégias que favoreçam a manutenção da reprodução social, evitando o padecimento prematuro, por meio do processo transacional que envolve a produção de autoatenção. A consulta a diferentes curadores profissionais, claro, pode ocorrer durante o processo, ressalta-se que este modelo se desenvolve entre trocas realizadas entre os indivíduos – enquanto microgrupos – e outras formas de atenção que são utilizadas como referência, em termos de autonomia relativa (MENÉNDEZ, 2003).

Em suma, sua constituição como um processo estrutural se refere majoritariamente a uma ação coletiva, de organização baseada em características próprias que emergem da cultura em que os indivíduos estão inseridos. Como finalidade tem-se uma estratégia de sobrevivência (MENÉNDEZ, 2003).

Ao longo da experiência com uma determinada perturbação física, mental ou espiritual, os sujeitos articulam diferentes formas de atenção, sempre em função desta experiência. Cada grupo e cada padecimento podem contribuir para o caráter dinâmico do modelo. A necessidade de aplicar tecnologias modernas a depender da gravidade da situação, a disponibilidade de tempo, o custo/benefício das práticas, até a recorrência de aparecimento do mesmo tipo de problema podem afetar o desenvolvimento da autoatenção de determinado grupo. Embora o objetivo final do modelo baseado na autoatenção seja o mesmo - a resolução do problema vivenciado pelo grupo. Dessa forma, essa realidade social se constitui como processo e não como ação (MENÉNDEZ, 2003).

Muito se fala sobre a aplicabilidade desse modelo no atendimento aos problemas de saúde que recorrentemente surgem ao longo da vida das pessoas, contudo a autoatenção também se debruça sobre outros âmbitos. A indústria farmacêutica, assim como as mídias sociais têm influenciado na busca por um certo nível de saúde, juventude e equilíbrio físico/psicológico, incentivando outras maneiras de se autoatenderem. A decisão por um melhor desempenho “esportivo, sexual ou laboral”, como Menéndez (2003) discute, e por conseguinte o consumo de determinadas substâncias, tratamentos e técnicas similarmente concebem mais um núcleo de autoatenção. Tal variedade pode ser acompanhada na disposição que o autor realiza como agrupamentos metodológicos que facilitam sua análise – a autoatenção ampla e a autoatenção restrita (MENÉNDEZ, 2009).

A autoatenção ampla tem por definição as representações, noções, normas específicas da cultura que os indivíduos fazem parte. Esse núcleo, de maneira generalizada, compõem as práticas de autoatenção que asseguram a reprodução biossocial comentada ao longo deste texto. Refere-se além da atenção ao padecimento, as maneiras que os grupos desenvolvem para os cuidados com o preparo e/ou distribuição de alimentos, com a utilização da água, a maneira como encaram a morte (incluindo o sistema de crenças correspondentes a preparação dos corpos no momento de morrer), a atenção e a significação que compartilham pelo ambiente em que se encontram, dentre outros. A autoatenção ampla nos informa sobretudo como as práticas dos grupos tomam um formato fenomenológico (MENÉNDEZ, 2009).

A parcela restrita atrela-se diretamente e intencionalmente sobre o processo saúde/enfermidade/atendimento. A esta os indivíduos recorrem no momento de autoatender-se. Nesse núcleo encontra-se o maior interesse de análise, contudo ressalta-se que essa divisão se comporta como uma organização da realidade social dos microgrupos. Então, mesmo quando se opta por analisar apenas o componente restrito, ainda haverá a presença de certos aspectos entrelaçados à autoatenção ampla (MENÉNDEZ, 2009). A pesquisa realizada por Lima *et al* (2016), no Rio Grande do Sul, pode ser mencionada para a verificação da situação comentada. Os pesquisadores encontraram que a atividade e/ou ritual de benzimento com plantas medicinais é utilizado por seus informantes em razão da atenção às enfermidades, fato este que pode ser identificado como um processo de autoatenção restrita. Mas também, nos mostra o espaço destinado à fé no cuidado à saúde, e assim constituindo-se como uma expressão cultural do grupo em alinhar as plantas medicinais e a fé no cuidado à saúde.

Em síntese o modelo de atenção baseado na autoatenção cumpre-se, em termos gerais, segundo dois aspectos – a ressignificação de formas diferentes de atenção e a integração de práticas que pressupõe diferentes saberes. Desse modo, por toda obra do antropólogo Eduardo Menéndez, relacionada a essa temática, se percebe que as dificuldades encontradas na estrutura social, assim como a procura de soluções para as mais diversas fontes de angústia e sofrimento, encaminham os indivíduos juntamente com as pessoas que os apoiam a reconstruir constantemente suas formas de autoatender-se. Por sua vez, também não escapa aos grupos a adequação de práticas que se encontram em seu rol de referências, apreendidas outrora com curadores profissionais, ou por meio da grande mídia, ou demais fontes de informações. Segundo suas experiências e saberes, os grupos criam e reinventam uma organização de atividades voltadas para atender a saúde de seus pares.

A proximidade entre a AA e o autocuidado permeiam justamente a capacidade que os indivíduos possuem de cuidar de sua própria saúde, reafirmando sua autonomia, responsabilização por sua saúde e conscientização do seu papel diante de uma situação de doença. Embora os aspectos que os diferenciam estejam associados, sobretudo, a maneira pela qual cada um desses estabelece relações com a prática clínica. O autocuidado pode ser entendido como a repercussão dos cuidados em saúde, por parte dos profissionais da enfermagem, medicina, fisioterapia, nutrição e outros, nas futuras atitudes dos indivíduos consigo mesmo fora dos ambientes dos serviços de saúde. Este tipo de cuidado é celebrado quando o indivíduo reproduz práticas orientadas por saberes que regem o exercício

profissional nos serviços de saúde, de forma autônoma, para fins de recuperação da sua saúde, promoção da saúde e também recuperação da mesma (BUB *et al.* 2006).

O autocuidado como extensão da prática clínica nas casas dos indivíduos, agora sob a responsabilidade dos próprios usuários dos serviços de saúde, tem o consentimento e o incentivo por profissionais da saúde no acesso e reprodução de suas noções e intervenções. Ao passo que a AA mesmo que se oriente por diversas vertentes do conhecimento para proporcionar a atenção à saúde, apresenta marcante influência do que é produzido localmente a partir da cultura imersa nas comunidades, as experiências proporcionadas por momentos de doença e saúde, e do conhecimento particular que é produzido no seio popular (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Reitera-se que as orientações médicas podem fazer parte da AA dos indivíduos mas, neste espaço relativamente autônomo, são enfraquecidas as estruturas de hierarquia entre saberes que não possuem a mesma origem. Dessa forma, atua de forma livre sem o exercício de um determinado controle social e ideológico de um saber sobre o outro. A AA não prioriza a manutenção da hegemonia existente entre a biomedicina e os saberes populares, por exemplo. Ao invés disto se compromete com a busca por cessar um sofrimento, alcançar a cura, e resolver os problemas de saúde que atravessam a sua existência, de maneira individual e coletiva (MENENDEZ, 2003).

4.3 Autoatenção como categoria de análise

A utilização da autoatenção como categoria de análise nas investigações sobre saberes, práticas e representações em saúde apresenta algumas potencialidades principalmente para as ciências da saúde. Em primeira ordem, estes tipos de estudos corroboram com a existência de outras formas de atenção (modelos médicos) que extrapolam os domínios da biomedicina, tensionando à compreender que também estão disponíveis outros modelos interpretativos do fenômeno saúde/enfermidade/atenção. E, que assim como a AA a biomedicina, enquanto modelo hegemônico, não se encontra desprendido da cultura e da estrutura social em que ocorreu seu desenvolvimento. Por isso, a AA consegue abranger processos de adoecimento com características culturais, não somente clínicas, como os problemas que não podem ser identificados e ter o cuidado em saúde manejado dentro da estrutura da biomedicina (PONTES, 2017).

Por considerar a doença como um fenômeno sociocultural a autoatenção forja uma noção mais ampla de saúde, doença e cura. Se antes houve um esforço para negar a restrição

de que saúde era apenas a ausência de doença, atualmente caminha-se para o entendimento de que o adoecimento é um fenômeno que não pode deixar de ser particularizado e contextualizado, estando portanto imerso em uma situação de vida específica, em uma experiência. Nesse sentido o papel do usuário dos serviços de saúde, assim como os sujeitos que participam das investigações, é reposicionado para o lugar de indivíduo portador de agência social, em capacidades de produzir e articular representações e práticas para lidar com essas experiências de adoecimento (LANGDON, 2005).

Pensando nisso, no contexto atual, um indivíduo que apresenta tosse, coriza e febre deve ser atendido nos serviços de saúde primeiramente considerando os fatores de sua vida que reduziram suas chances de proteger-se deste adoecimento, assim como sua percepção e as decisões de intervenção realizadas até o momento que podem por ventura otimizar as próprias orientações médicas. Ao contrário de posicioná-lo como mais um número entre os milhares de casos suspeitos de contaminação pelo sars-cov-2, devido às altas taxas de transmissibilidade do vírus e questões de negligência e ignorância sobre as medidas de prevenção por parte de quem adoece.

Outra potencialidade da AA, ainda referindo-se à centralidade dos indivíduos, pode ser observada na maneira como os mesmos conseguem articular mais de um modelo de atenção para atender a um único problema de saúde. Embora utilize modelos que sejam considerados contraditórios em sua episteme, e de difícil utilização simultânea no mesmo contexto, a necessidade e a luta pela sobrevivência, assim como a interrupção da dor, mostram como as pessoas e grupos conseguem articular sem excluir uma diversidade de saberes e práticas. Sobre a sua perspectiva de experienciar um adoecimento, profissionais de saúde, assim como demais pesquisadores, podem investigar a relação que essas pessoas têm entre sua forma de auto atender-se com a biomedicina, e como esta pode ser adaptada e inserida em um recorte específico e particularizado de orientações médicas e abordagem terapêutica (LANGDON, 2014; MENENDEZ, 2009).

Como se tem visto na literatura científica os estudos sobre a autoatenção dos indivíduos e grupos têm se atrelado ao acesso de outras categorias analíticas nas investigações sobre o processo saúde/enfermidade/atenção, como os itinerários terapêuticos (ou a carreira do doente), o pluralismo médico, e a utilização de plantas medicinais na autoatenção.

4.3.1 Itinerários terapêuticos e a pluralidade médica

Os itinerários terapêuticos podem ser definidos por Kleinman e Psordas (1996), como a roteirização das atividades, escolhas, decisões, diagnósticos e tratamentos utilizados por indivíduos ao longo de uma experiência de adoecimento, refletindo as condições sociais, econômicas, de tempo, acessibilidade e da realização de acordos coletivos. Para Menéndez (2003), embora não se perca o sentido estabelecido, chama-se “carrera del enfermo” ou “carrera del paciente”, a trajetória que possibilita a visualização de quais modelos médicos foram utilizados para resolução de certas enfermidades, dentro de certos contextos de vida. Para este autor é apenas na perspectiva de quem adoece que se torna possível esta articulação de modelos e assim identificação dos usos e práticas dos grupos durante a experiência de adoecer.

Orientados a priori por experiências progressas com certos problemas de saúde, juntamente às noções que o indivíduo e o seu grupo tenham sobre a situação, tem-se um provável diagnóstico da ocorrência que influencia na escolha dos cuidados dentro do próprio lar ou no ambiente externo. A continuidade da demanda por atenção à saúde, e assim construção de um itinerário terapêutico, reflete a mudança de diagnóstico, a apreensão de novas informações sobre a doença, modificação de crenças, escolha por intervenções que não produzem os resultados esperados, dentre outros. Esses fatores conduzem as pessoas à procura de familiares, vizinhos, sistema de saúde, curandeiros, xamãs, benzedoiras e benzedores que consigam oferecer os caminhos possíveis para interromper os sofrimentos causados pelas doenças. Por isso, os itinerários também tratam-se da disposição e do status de vínculo de uma rede de diferentes relações.

A análise do itinerário das pessoas contribui para verificação dos sucessos e fracassos envolvidos nas abordagens terapêuticas e tratamentos durante os usos reais dos sistemas de saúde, ou seja, apresenta uma análise direcionada à avaliação dos sistemas de saúde. Gonzalez (2013), investigou a trajetória de três de seus pacientes - a mesma também é médica - para analisar de modo geral os resultados das intervenções aplicadas sobre a doença, relacionando seu acompanhamento clínico às repercussões obtidas na evolução da doença, e os desdobramentos da busca pela cura nas relações familiares.

Nas trajetórias também podem ser percebidas as diferentes formas de atenção e suas noções de saúde que foram recorridas para prestar cuidado em um adoecimento, assim, estas trajetórias surgem nas investigações fornecendo elementos sobre as compreensões sociais e

culturais que os povos constroem sobre os problemas de saúde dentro de cada localidade. A procura por determinados tipos de curadores, bem como as escolhas por práticas particulares de atenção, revelam os saberes e compreensões que estes indivíduos estão levando em conta ao longo da busca pela resolução de seus problemas. Como ocorre com Oliveira (2020) quando se trata do entendimento sociocultural de uma doença, percebe-se que os indivíduos não se limitaram somente à abordagem clínica do que seria a febre e sua relação com a malária nos ambientes amazônicos.

Os estudos que tratam sobre as trajetórias de atenção realizadas com usuários dos serviços de saúde que vivem com doenças específicas revelam principalmente até onde, dentro deste universo, a autoatenção dá conta da atenção à saúde sem a intervenção direta de um curador ou profissional de saúde. Incluem-se os estágios das doenças, as dificuldades e entraves que surgem ao longo das tentativas de resolução que fazem com que essas pessoas recorram aos serviços de saúde, ainda que estes não estivessem contidos no planejamento realizado anteriormente por parte da gestão de saúde, dentro das linhas de cuidados especializadas. Fato que indica como as representações socioculturais sobre as doenças direcionam os usuários no interior da rede de atenção à saúde, independente da hierarquização e regionalização da atenção nos sistemas de saúde (PEREIRA *et al.* 2013; PRADO; DIEHL, 2016).

De forma geral, a análise da autoatenção, assim como o acompanhamento dos itinerários terapêuticos expõem como as sociedades constroem tipos de doenças, compreensões sobre a saúde, diferentes formas de solucionar os problemas de saúde. Cada um destes deve responder a certos aspectos ideológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos que correspondem a grupos específicos - biomedicina, terapeutas holísticos, curadores tradicionais, detentores de saberes populares, por exemplo. Assim, cada um destes possui suas próprias noções, procedimentos, técnicas, rituais, eficácia simbólica, construindo diferentes graus de relações uns com os outros. Demonstram a existência de um pluralismo de modelos médicos que ocorrem simultaneamente na sociedade, ainda que haja processos de hierarquizações e hegemonias (MENENDEZ, 2009).

A coexistência da disposição de modelos médicos ainda pode ser referenciada como um desdobramento de importantes transformações na sociedade que acabam interferindo diretamente na maneira como as pessoas lidam com os aspectos relacionados à sua saúde (DIEHL, 2001). Sendo assim, diante de mudanças no modelo produtivo e econômico, mercantilização da saúde, desmatamento em grande escala, desmonte de leis trabalhistas,

pandemias e outros eventos desta magnitude podem causar usos, desusos e alterações na maneira como os indivíduos gerenciam os cuidados a si mesmos.

O pluralismo médico permite que os indivíduos e grupos que estão enfrentando situações de adoecimento façam escolhas sobre qual sistema; modelo; terapeuta; curador; profissional de saúde; e seus elementos, desejam lançar mão enquanto estratégia de sobrevivência (COSMINSKY, 1983). Embora, este pluralismo não seja reconhecido e utilizado no aparato social e tecnológico atrelado a biomedicina, para fins de otimização da programação em saúde, qualificação dos atendimentos, compreensão de contextos específicos e produção de políticas públicas (PONTES; REGO; GARNELO, 2015).

Parcela do que se refere a não utilização da concepção da diversidade nas formas de atender têm sido retratados por meio da análise de sistemas de autoatenção e itinerários terapêuticos em contextos de convivência entre a biomedicina e os saberes tradicionais indígenas. Estas investigações apresentam como resultado a riqueza e potencialidade das informações sobre as representações e práticas das etnias indígenas (sobre corpo, ambiente, saúde, cura e doença) que se pode compreender a partir do estudo da autoatenção destes povos. Mas, por outro lado, vê-se o histórico de tensionamentos diversos desses saberes com a biomedicina, imbricada no modelo de atenção diferenciada no subsistema de saúde indígena (DIAS-SCOPEL, 2018; SCOPEL; DIAS-SCOPEL; LANGDON, 2017; LANGDON, 2016; LANGDON; GARNELO, 2017).

4.3.2 Autoatenção e as plantas medicinais

A utilização de recursos da flora, seja nativa ou exótica, encontra-se atrelada ao desenvolvimento da sociedade brasileira. Há gerações os indivíduos aprimoram os conhecimentos relacionados às plantas medicinais de maneira autônoma e intencional, por meio do próprio uso, entre erros, acertos e tentativas para aplicação conforme as suas necessidades de mitigar enfermidades, exercer sua espiritualidade, alimentar-se e mais. O longo período que remonta às suas experimentações e aprendizados com entes familiares contribuiu decisivamente para o desenvolvimento dos saberes populares relacionados ao uso destes recursos naturais. Então, até hoje a população que realiza este tipo de recurso o faz baseado no reconhecimento dos atributos existentes em cada espécie manuseada para determinada finalidade (SANTANA *et al.* 2018).

É sabido que a participação das plantas medicinais na autoatenção dos grupos e famílias configura-se como uma das práticas de automedicação mais comuns nos lares

brasileiros, antecedendo muitas vezes as intervenções biomédicas. Embora também possa haver esta ocorrência ao longo dos tratamentos nos serviços de saúde, e também posteriormente a isto (TESSER, 2017). Assim, o contexto de sua utilização representa valores como a solidariedade envolvida nas trocas e cuidado entre os indivíduos, a integralidade com que cada indivíduo é considerado dentro de seu grupo, respeito à sua autonomia e ao seu contexto de vida e universo de representações e crenças (BADKE *et al.* 2019).

Aqui abre-se um parêntese para explicitar que compreende-se, a partir dos escritos de Menendez (2009), a automedicação, neste estudo, como parte indissociável do sistema de autoatenção. Para WHO (1998), a compreensão deste processo leva em conta o ato de selecionar e utilizar medicamentos sem prescrição médica, em decorrência ao aparecimento de sintomas ou mesmo a identificação autônoma de um problema de saúde. Aqui, considera-se que a automedicação seja a atitude intencional de tentar curar, aliviar, prevenir processos que incidem diretamente sobre a saúde humana, não se limitando unicamente à ingestão de medicamentos oriundos da indústria química farmacêutica (MENDENDEZ, 2009). Por isso, automedicar-se também é tomar uma infusão de partes de plantas, receber uma massagem, aplicar argila e ingerir preventivamente um cálice de vinho diariamente.

A investigação da automedicação por meio de plantas medicinais, no contexto da autoatenção dos grupos, dá acesso ao repertório de saberes populares sobre estes recursos que foram acumulados ao longo do tempo, mas que também estão passíveis a serem fruto de trocas futuras com outras pessoas de sua rede afetiva. Além disso, responde às formas de interações possíveis entre as comunidades, o ambiente simbólico e físico, e os saberes populares proporcionados por estas relações, ciente que podem sofrer diversas transformações e estas conduzem a novos conhecimentos, novas práticas e comportamentos (COSTA, 2015).

No estudo de Lopes (2020), vê que o exercício da autoatenção, em outros termos, o cuidado domiciliar também comporta-se como uma ferramenta de produção de novos saberes populares durante as tentativas de resolução dos problemas de saúde, principalmente no que se refere ao uso de plantas medicinais. Nesta investigação observa-se que os saberes, noções e representações são regidos pela solidariedade, então comumente se encontram indivíduos que mesmo sendo reconhecidos como referência de cuidado com plantas medicinais na comunidade compartilham ensinamentos com os indivíduos que demandam sua ajuda. Da mesma maneira que identificou-se uma constante troca entre as pessoas inclusive dos elementos físicos empregados em sua autoatenção, reforçando a importância conhecida do estabelecimento e manutenção dos vínculos e da oralidade neste modelo de atenção.

O conhecimento sobre a participação das plantas medicinais na AA da população ainda nos mostra quais os demais usos destes recursos, para além dos preparados (chás, remédios caseiros, garrafadas, lambedores, por exemplo) comuns à cura e alívio dos sofrimentos gerados a partir do adoecimento. Em pesquisa, Lima *et al.* (2015), observou a utilização das plantas nos atos de benzeduras, imersos na autoatenção das pessoas também como um recurso terapêutico para cura de males e problemas de saúde. Nestas práticas existe um compromisso ético com o divino e o entendimento do papel da fé no cuidado, ultrapassando o sentido restrito sobre a capacidade das propriedades medicinais que as plantas possuem.

As finalidades mágico-religiosas empregadas nas plantas medicinais nos núcleos amplo e restrito da autoatenção fazem parte de representações e práticas dificilmente acessadas por profissionais de saúde. Apesar desse fato, muito disto graças aos avanços proporcionados a partir da institucionalização da fitoterapia, as plantas medicinais podem ser o ponto de encontro possível entre a realidade social dos contextos locais - incluindo sua produção de saberes - com a estrutura que compreende a biomedicina (FIGUEIREDO; GURGEL; GURGEL JÚNIOR, 2014).

Isto se deve, particularmente, por tratar-se de um modo de atenção em que parcela considerável da população se encontra apoderada dos saberes relacionados, e assim conseguem manejá-los de maneira consciente e autônoma. Assim, em sua população de estudo, em um contexto rural, Lima *et al.* (2019b) identificaram como expectativas dos usuários do sistema de saúde a criação de espaços compartilhados com profissionais de saúde em que pudessem de forma livre e segura compartilhar suas experiências e que as mesmas fossem consideradas em seu atendimento, assim como contribuíssem para a compreensão das necessidades de saúde da região. Dessa forma, reivindicavam esta expectativa a partir da interação mais íntima dos profissionais com o uso de plantas medicinais, por meio de uma aprendizagem que lhes garantisse conhecer as plantas, reconhecê-las e apoiar o diálogo relacionado.

Portanto, viu-se que o emprego de plantas medicinais nos cuidados de saúde nos ambientes domésticos seja potencialmente um facilitador das trocas e diálogos horizontais com profissionais da saúde sobre a autoatenção dos indivíduos. Além disso, uma maneira da biomedicina abdicar de parcela de sua hegemonia a ponto de conseguir criar relações com outros saberes fora da estrutura hierárquica que criou para si. Contudo, ainda deve ser preciso superar algumas falhas e limitações, principalmente as que estejam relacionadas a apropriação

da sabedoria popular em termos e procedimentos biomédicos que acabam afastando a prática de um cenário real e condizente com sua origem, em que perder-se o sentido para as pessoas que as utilizam.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa é oriunda de um projeto base intitulado de “Saberes e Cuidados na Chapada do Araripe e sua inter-relação com o Modelo de Saúde”, vinculado ao grupo de pesquisa Saberes e Práticas de Saúde da Fiocruz/PE. Esta investigação trata-se de um estudo de caso, no município de Exu - PE, a fim de analisar o sistema de autoatenção de raizeiros e raizeiras participantes do Encontro de Saberes da Caatinga.

A utilização da abordagem de estudo de caso se justifica porque a investigação sobre a autoatenção, enquanto fenômeno, foi realizada na Chapada do Araripe que representa o próprio contexto de vida real de raizeiros e raizeiras. A pesquisa apresenta características comuns a um estudo de caso único, conforme Yin (2015), principalmente pela busca de compreensões de fenômenos singulares, onde os pesquisadores possuem pouco ou nenhuma possibilidade de intervir ou obter controle sobre os acontecimentos mais relevantes no campo. Assim como este, os estudos de caso necessitam de uma pesquisa empírica que se debruce sobre a investigação de forma ampla, profunda e detalhada referente a um fenômeno/caso (único ou múltiplo) contemporâneo (YIN, 2015).

Para atingir uma postura interpretativa sob uma perspectiva detalhada sobre o fenômeno, decide-se utilizar a abordagem qualitativa para compreensão da autoatenção, visto que esta já apresenta de antemão uma profundidade subjetiva. Além disso, a natureza dos objetivos de pesquisa correspondem aos campos das significações, saberes, valores, símbolos atribuídos ao fenômeno investigado. E, dessa forma, entende-se que a interação entre os raizeiros e raizeiras a partir do seu contexto social faz parte de uma realidade que não pode ser quantificada (MINAYO, 2010).

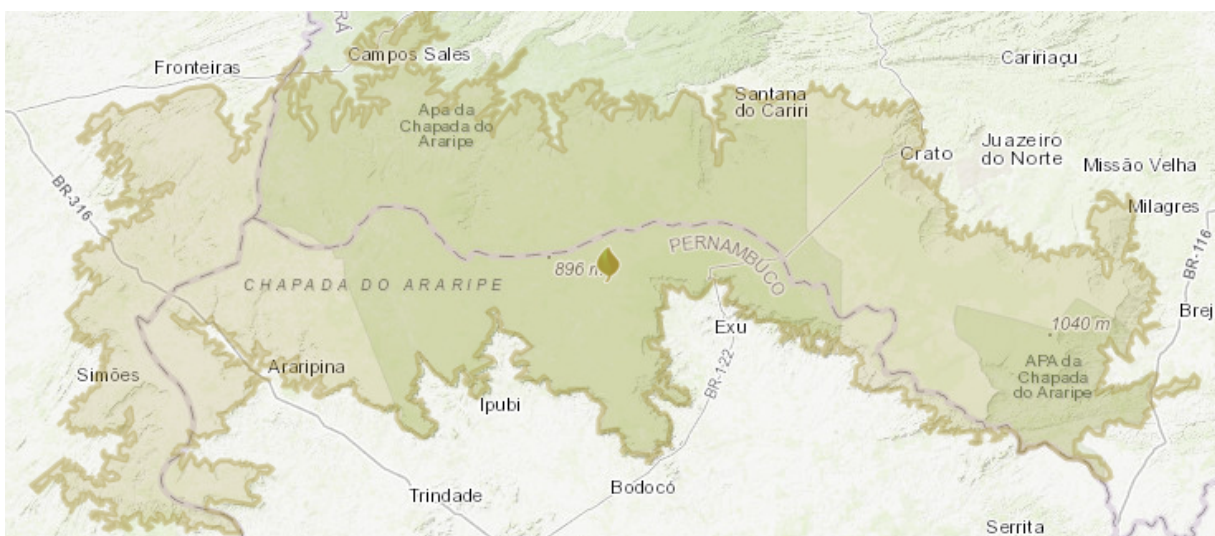
5.1 Território e Lócus de Desenvolvimento da Pesquisa

A Chapada do Araripe (CA) localiza-se no Nordeste Brasileiro e representa uma área com cerca de 972.605,18 hectares, em que fazem parte 103 municípios dos estados de Pernambuco, Ceará e Piauí (GURGEL, 2017). Concentra em seu território a vegetação da caatinga, apesar de apresentar variações ambientais deste tipo em outras regiões do Brasil. Como outras áreas de caatinga, a CA é ameaçada constantemente pelos avanços das áreas agrícolas, caça e outras ações antrópicas. Assim, encontra-se inserida em dispositivos legais de proteção ambiental (NOVAES, *et al*, 2013; BRASIL, 1997). A ampla diversidade de espécies de plantas existente também converge para o desenvolvimento local de saberes e

práticas de cura ancestrais, a partir da relação dos habitantes com a flora encontrada nesta região.

A Área de Proteção Ambiental (APA) da Chapada do Araripe apresenta dimensões de vegetação dos tipos Caatinga, Cerradão e Carrasco, predominantemente. Ainda conta com a presença das bacias hidrográficas dos rios Jaguaribe, Parnaíba e São Francisco. Graças a apresentação bem demarcada de características de vegetação e solo, principalmente, a CA pode ser zoneada em quatro porções (ALVES *et al*, 2010): o topo apresenta o cerradão como vegetação predominante; o sertão presta um certo tipo de contorno à chapada e possui a caatinga como vegetação, além da presença de escassez de chuva como aspecto constante; a encosta possui a floresta como vegetação e conta com fontes de água; finalmente, encontra-se o brejo que apresenta estrutura sedimentar facilitadora da penetração e acúmulo de água da chuva, colaborando com a produção de alimentos na região.

Figura 1. Mapa de distribuição territorial da área de proteção ambiental da Chapada do Araripe, 2021.



Fonte: Unidades de Conservação no Brasil (site)¹.

O local de estudo, mais precisamente no município de Exu, sedia anualmente o Encontro de Saberes da Caatinga, reunindo detentores de saberes populares e tradicionais envolvidos com a cura (raizeiros e raizeiras, parteiras, benzedeiras e benzedores). O evento é apoiado por organizações não governamentais locais, movimentos sociais, instituições públicas de ensino, entre outros, com vistas ao reconhecimento, divulgação dos saberes populares produzidos na região, promoção de trocas entre os curadores e com a sociedade civil, além do estímulo à continuidade de suas práticas.

Fotografia 1. Abertura do IV Encontro de Saberes da Caatinga, 2020



Fonte: acervo do Encontro de Saberes da Caatinga.

O Encontro (Fotografia 1), acontece que desde o ano de 2017, também propicia a troca de experiências sociais e sanitárias em situação de adoecimento; discute o comportamento coletivo segundo saberes construídos culturalmente; de forma indireta nos mostra como se dá o relacionamento com os serviços de saúde; além de ser possível verificar sociobiodiversidade, em termos de interação da população e seus saberes junto à flora característica da região em que residem.

5.2 Trabalho de Campo

A participação da pesquisadora no Encontro de Saberes da Caatinga deu-se nas edições de 2019 e 2020, juntamente com um grupo de pesquisadores oriundos da Fiocruz-PE e da Universidade Federal de Pernambuco (Campus Acadêmico de Vitória de Santo Antão), e de estudantes do programa de residência em saúde coletiva da Fiocruz-PE. Estes contatos com o evento tinham a finalidade de apoiar a sua organização, assim como realizar a gravação de

áudio das conversas realizadas por raizeiros e raizeiras nos três dias de trocas de saberes, com a finalidade de formação de banco de dados e posterior construção de cartilha com as informações coletadas para retornar à comunidade.

O contato com as rodas de conversa, com os raizeiros e raizeiras, assim como o material coletado, impulsionaram a decisão para produção da pesquisa e a escolha da população de interesse. A investigação utiliza o banco de dados construído e alimentado a cada edição do encontro, assim, a participação nas edições de 2019 e 2020 também se configura como um trabalho de campo, além da efetiva participação na colaboração com o funcionamento do ESC.

O trabalho de campo no ano de 2019 deu-se entre os dias 17 e 24 de janeiro. Nos dias que antecederam a realização do encontro (22 a 16), a pesquisadora junto ao grupo de outros discentes, hospedou-se próximo ao local do evento e esteve envolvida com atividades como a realização de inscrições para o evento e para as atividades oferecidas no período de preparação para o evento. Ainda neste período houve um reconhecimento do território e familiarização com os demais participantes/ouvintes. E, acompanhamento de pesquisadores que fazem parte da organização do evento em visitas e entrevistas nas residências de alguns raizeiros. Estes momentos foram cruciais para a compreensão inicial, mesmo que superficial, de quem eram essas pessoas, quais as condições de vida e como se dava a sua relação com plantas medicinais e suas práticas de cura.

Outra fase do trabalho esteve envolvida com o acompanhamento dos turnos de rodas de conversa, e com os raizeiros e raizeiras mais especificamente. Uma vez que a dinâmica do encontro propiciava esse contato em diversas oportunidades ao longo dos três dias. Com uma equipe de dois discentes e um pesquisador, incluindo a autora deste trabalho, foi feito o acompanhamento desta roda de conversa por meio de anotações pessoais das impressões geradas pelos diálogos e comportamentos. Além da gravação de áudio durante toda a interação entre os raizeiros e raizeiras, que aconteceu sob mediação, mas com mínimas interferências.

As discussões foram estimuladas a partir das experiências dos raizeiros e raizeiras com as dificuldades na atenção ao câncer, epilepsia, osteoporose, depressão, pedra na vesícula, alergia, alcoolismo, dores na coluna, enxaqueca, fibromialgia, calazar, sintomas da menopausa e hemorróidas. Assim, foi trabalho dos demais mencionar o que usam, entre remédios caseiros com plantas medicinais, chás, banhos de assentos, lambedores, garrafadas, e outros meios que ajudassem seus companheiros a resolver os problemas citados. Ao final, os

dados gerados por meio das gravações receberam tratamento e foram transcritos e armazenados em banco de dados.

Em 2020 - de 20 a 26 de janeiro - a pesquisadora esteve acampada com outros participantes na área de camping localizada na mesma propriedade onde acontece o encontro, e assumiu integralmente a postura de observadora participante, fato este que garantiu uma maior imersão quando comparada à participação no ano anterior. Também, houve a presença nos turnos destinados às rodas de diálogos entre os raizeiros. Reitera-se a importância da experiência anterior por permitir reconhecê-los e conseguir identificar sua unicidade durante a contação de suas histórias e compartilhamento de seus repertórios de receitas de remédios caseiros.

Durante as rodas de conversa do ano de 2020 foram discutidos: problema de coluna, bico de papagaio, anemia, piado nos ouvidos, deixar de beber, ressecamento nos pés, câncer, refluxo, derrame no olho, tireóide, catarata, soluço, esporão de galo, enxaqueca, problema de não dormir, gases. Observa-se que neste ano foram discutidos um número maior de dificuldades encontradas pelos raizeiros no atendimento a problemas de saúde. Reitero que a existência do tema de discussão - “reconhecer e curar” - serve aos próprios raizeiros, e não a esta pesquisa. O mediador organiza a dinâmica para posicionar o foco das falas ao que consiga responder diretamente aos problemas identificados, e quanto maior a frequência de exposição de receitas mais enriquecedora será a troca para os raizeiros. Sendo assim, são incentivados à objetividade.

Entende-se que a objetividade limita de certa forma o acesso a determinadas informações e certamente à profundidade da história de vida de cada indivíduo presente naquele espaço. Contudo, acreditamos que esta pesquisa demonstra a capacidade da organização popular na defesa da cultura e dos próprios moradores desse território. Além disso, nos mostra como a mesma contribui para o conhecimento e difusão de diversas práticas de saúde, modos de atenção existentes e epistemologias por vezes negligenciadas pelas estruturas hegemônicas de atenção à saúde.

Como esta investigação se trata de um estudo de caso e comumente se busca uma maior familiaridade com o fenômeno estudado, considerando as mais variadas informações disponíveis, decide utilizar mais de uma fonte para a coleta de dados, simultaneamente, para conseguir responder às especificidades deste tipo de estudo (YIN, 2015).

Inicialmente, a pesquisa contou com as informações produzidas pela observação participante nas duas edições do evento, nos anos de 2019 e 2020. A origem dos dados foi

provocada por situações e reflexões em cenários como as rodas de conversa, diálogos informais com alguns raizeiros e membros da organização do evento, oficina em agrofloresta mentorada por uma raizeira e caminhadas pelo território.

Tabela 2. Coleta e processamento de dados primários e secundários no Encontro de Saberes da Caatinga, Exu-PE, nos anos de 2019 e 2020.

	Produção Resultante	Informações de Interesse por Produção
Técnica de Coleta de Dados		
Observação Participante	Diários de Campo	Aspectos relacionados a ponto de vista sobre o território e a comunidade de interesse; interações e relação entre os raizeiros e como essas relações surgem durante a dinâmica de trocas; a representação do evento para essas pessoas, e mais.
Fontes de Dados Secundários		
Banco de Dados	Gravações de áudios	Registro de todo conteúdo discutido pelos raizeiros e raizeiras durante o evento.
	Gravações de vídeos	Identificação dos participantes, posicionamento nas rodas, visualização de público, identificação de seus produtos, entre outros.
	Fotos	Identificação dos participantes, posicionamento nas rodas, visualização de público, identificação de seus produtos, entre outros.
	Relatórios de Campo	Registro de acontecimentos, ocorrências relevantes, e impressões da roda de conversa de raizeiros e raizeiras durante as duas edições.

Fonte: elaborado pela autora.

A observação participante ocorreu nos espaços de recepção dos raizeiros e raizeiras ao evento, momentos de inscrição, entrega de materiais, acompanhamento às refeições, buscando uma aproximação do grupo, me apresentando enquanto indivíduo disponível a atenuação das distâncias impostas entre a pesquisadora e os sujeitos de pesquisa, enquanto dois grupos

sociais de contextos diferentes. Mais do que como uma pesquisadora que deseja utilizá-los em sua pesquisa, e sim realizar uma pesquisa com sua colaboração.

Foram observados os seus comportamentos, diálogos e interditos segundo o constructo teórico que orienta a pesquisa. O que representa a compreensão desta realidade com o direcionamento proposto pela teoria, mas sem privar o estudo da natureza desses indivíduos. Por fim, a organização e sistematização dos dados coletados em diário de campo.

A pesquisa também fez uso de dados secundários armazenados em banco de dados, coletados também com o apoio da pesquisadora durante os anos de 2019 e 2020, como as gravações dos diálogos nas rodas, vídeos, fotos, relatórios de campo, como mostra a Tabela 2.

5.3 Processamento e Análise dos dados

Com a intenção de nos aproximarmos da totalidade da vida social que os sujeitos de pesquisa estão inseridos, opta-se para o processo analítico dos dados o emprego da hermenêutica-dialética (MINAYO, 1992). O método desenvolvido por Minayo propõe o caminho do pensamento por meio da contextualização social e histórica do material coletado para auxiliar na compreensão dos sentidos produzidos. Então, parte-se do *interior da fala* para a *especificidade histórica e totalizante*. A linguagem é o caminho (hermenêutica) para ultrapassar a subjetividade e alcançar um debate crítico sobre a relação da própria linguagem com a cultura, auxiliando a síntese da totalidade e das contradições (dialética) (MINAYO, 1992).

A articulação das abordagens hermenêutica e a dialética no contexto de compreensão das práticas de autoatenção de raizeiros e raizeiras nos permite uma maior aproximação com a totalidade da realidade social evidenciada por meio das trocas interacionais contidas no material de análise. Em um cenário das micro relações, a hermenêutica auxilia na compreensão dos(as) raizeiros(as) enquanto sujeitos históricos, vivendo sob determinadas condições, produzindo e praticando espectro particular de saberes, compartilhando símbolos, necessidades e vivências entre os seus pares, que por ventura diferem em relação a quem investiga o fenômeno. A justaposição dos diferentes contextos (investigador-sujeito de pesquisa), colabora na posição interpretativa gerando um estranhamento necessário a um certo esforço interpretativo/compreensivo, onde compreender esta outra realidade se torna sobretudo a compreensão do outro na busca pelo consenso.

Como se sabe, a hermenêutica apresenta como seu cerne a interação comunicacional entre os indivíduos, a linguagem propriamente dita, sendo esta portadora da vida cotidiana e do senso comum, localizada social e historicamente a um agregado específico de pessoas, em certo tempo e espaço. A compreensão da linguagem proposta por meio da hermenêutica não se limita à bruta produção de uma interpretação de uma obra em análise. Mas, busca inaugurar um entendimento outro partindo do próprio texto em análise, revelando o interdito e/ou inconsciente ainda oculto para o autor da obra primária, objeto de análise. Então, utiliza para a análise o autor (da obra, texto, documento) enquanto indivíduo imerso em determinado contexto, que por sua vez influencia na interpretação; supõe racionalidade ao que é produzido pelo autor; em seguida assume postura de observador em um ciclo de interação e compreensão pesquisador e autor para produção final de relatório de análise (GADAMER, 1999).

Enquanto a abordagem dialética, nesta pesquisa, contribui para o entendimento da complexidade da práxis envolvida no momento de atender à sua própria saúde, permitindo agregar à análise as intempéries forjadas por relações de desigualdade incidindo nas formas e escolhas de autoatenção. O uso da dialética nos diz as possíveis motivações antagônicas expressas por meio da linguagem de um sujeito que interage em uma situação de reunião com seus pares, em um evento que exalta determinadas práticas e saberes, por exemplo. Sintetiza ser quem se é, onde se encontra, a intersecção de relações de gênero, classe e raça, condicionando “o que” e “como” se comunica com os demais. Assim, instrumentaliza a crítica à obra do sujeito pesquisado entendendo seu papel histórico, ao mesmo tempo em que traz a contribuição das contradições com a construção de um conhecimento.

Diferentemente do que ocorre na hermenêutica, a dialética busca identificar e discutir os núcleos de discordâncias, contradições e antagonismos imersos na linguagem e na cultura. Todos frutos das relações de poder, exploração e das mais variadas desigualdades que permeiam a realidade social, e que se encontram submersas nos diálogos. Para a dialética a comunicação entre diferentes indivíduos facilita e dificulta a comunicação, já que supõe que a linguagem contém significados, expostos ou não, que condizem com a expressão das desigualdades existentes e impostas por relações (sociais, históricas, de poder e exploração) desproporcionais. A dialética fornece a instrumentalização para que o pesquisador apreenda as contradições postas por meio da linguagem, até mesmo entre ele e o autor, compreendendo que a linguagem deve estar condicionada não só a intenções particulares, como também aos processos mais amplos da sociedade.

Para tanto, a técnica consiste em algumas etapas processuais que neste momento foram organizadas em fases:

Fase 1: Categorização do constructo de dados coletados a partir das seguintes orientações:

- a) Ordenação dos dados (transcrições, relatos, observações);
- b) Classificação dos dados: orientada a partir da fundamentação teórica optada identifica-se as estruturas mais relevantes na intenção de agrupá-las.

A fase 1 permite uma leitura flutuante por todo material coletado com a intenção de buscar as ideias centrais e posicionamentos de maior relevância no interior das falas dos sujeitos de pesquisa. O processo permite o surgimento de uma categorização inicial identificando as unidades de sentido empíricas que serão destacadas em cada fala e agrupadas por tema/estrutura de relevância, observando suas semelhanças, contradições e interconexões.

Nesta pesquisa foram encontrados os seguintes temas: raizeiros da Chapada do Araripe; como compreender o adoecimento; como atender à saúde. Reitera-se que se optou pela criação de temas empíricos, baseados na própria condução que os raizeiros e raizeiras decidiram durante a conversação, embora sejam analisados à luz dos temas teóricos explícitos nos objetivos da pesquisa.

Fase 2: Triangulação dos dados coletados - tem a intenção de assegurar uma crítica às suposições construídas pelo pesquisador sobre o estudo e uma crítica quanto aos dados obtidos, posterior ao momento de coleta:

- a) Busca por outros trabalhos empíricos que empreenderam análise de dados semelhantes;
- b) Análise de contextos nos quais o texto foi produzido;
- c) Análise de pressupostos em relação ao material empírico produzido.

Fase 3: Primeiro nível de interpretação dos dados – consiste na análise da conjuntura social, política, econômica e cultural em que o grupo estudado faz parte;

Fase 4: Segundo nível de interpretação dos dados – é o momento de reencontrar fatos e acontecimentos que surgiram durante a investigação, como observações sobre determinadas condutas, costumes, rituais, etc.

Diante da escolha realizada por tal método de análise e processamento de dados, assumem-se determinadas limitações incutidas na técnica compreensiva, como os erros e as implicações de mal juízo ao material de análise. Também, exige do investigador o rompimento de relações díspares com os sujeitos de pesquisa, buscando a construção de uma

relação não hierarquizada. Dessa forma, é preciso ainda que o investigador compreenda que ele próprio, assim como os entrevistados, têm em sua linguagem a repercussão das relações de poder que reverberam em seu meio. Sobre a pesquisa ainda reitera-se que utiliza dados secundários, oportunizando a investigação dos objetivos de estudo, frutos de questões orientadoras que não foram realizadas pela pesquisadora, o que também se constitui de certa forma como fator limitante.

A pesquisa se orienta a partir dos escritos do antropólogo mexicano Eduardo L. Menéndez (MENÉNDEZ, 2009). Com isso, faz-se uso dos conceitos acerca da autoatenção, especialmente sobre autoatenção restrita e ampla, mesmo que haja uma certa dificuldade no estabelecimento de um limite nítido entre os dois níveis de autoatenção. Mas, decide-se fazê-lo por corroborar a definição do autor e particularmente na intenção de contextualizar teoricamente o que pode ser encontrado com o grupo de interesse deste estudo, formando uma matriz norteadora, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 3. Contextualização dos conceitos de autoatenção de acordo com os aspectos característicos da população de interesse para a pesquisa.

Autoatenção	Conceito Norteador por Menéndez	Conceito Norteador no Contexto de Pesquisa
Restrita	Práticas realizadas de maneira intencional no processo de adoecimento.	A compreensão da doença direciona o uso de plantas medicinais; desconhecimento dos ingredientes por parte do doente; uso de simpatias; respeito aos ciclos naturais; cuidados específicos nos preparos, etc.
Ampla	Formas de autoatender-se orientadas pelas normas estabelecidas pela cultura do grupo, principalmente o doméstico. Essas ações corroboram com sua reprodução biossocial.	A experiência progressiva com a doença; a intervenção divina no restabelecimento da saúde, organização familiar no adoecer; a importância da manutenção de hábitos alimentares dos antepassados; trajetória terapêutica, entre outros.

Fonte: elaborado pela autora, baseado em Menéndez (2009).

5.4 Aspectos Éticos e Legais

O presente estudo segue as delimitações e os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, visto que se trata de uma pesquisa envolvendo a participação de seres humanos. O projeto utilizou o banco de dados dos “Saberes e Práticas da Caatinga” que possui autorização do grupo de raizeiros e raizeiras para concessão de imagem e som para

fins científicos sem causar qualquer gênero de prejuízo aos indivíduos relacionados, conforme Anexo A.

Este banco de dados foi cedido ao projeto de pesquisa intitulado “Saberes e Cuidados na Chapada do Araripe e sua inter-relação com o Modelo de Saúde”, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa segundo o parecer CAAE: 88317218.7.0000.5190 (ANEXO B), que viabilizou sua realização e encontra-se atrelado a esta dissertação. Dessa maneira, assegura-se os valores de confidencialidade, autonomia e dignidade das pessoas que participaram desta pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir são apresentados e discutidos os resultados obtidos por meio da análise dos diálogos coletados no Encontro de Saberes da Caatinga, de acordo com os objetivos de pesquisa e assim como encontra correspondência com a matriz teórica priorizada neste estudo. À vista disso, a análise realizada repercutiu na produção de quatro seções principais - os raizeiros da Chapada do Araripe e o Encontro de Saberes da Caatinga, autoatenção restrita: como atendem à saúde, autoatenção ampla: como compreendem o adoecimento, e os itinerários terapêuticos percorridos.

A primeira seção trata especificamente sobre os raizeiros participantes do ESC, sujeitos de interesse do estudo, são retratados os principais aspectos relacionados à sua práxis, como o papel da religiosidade no desempenho de suas atividades e a participação de familiares e outros vínculos sociais nos seus processos de cura. Em sua subseção há um detalhamento da trajetória de construção do Encontro de Saberes da Caatinga, como se dá a organização do evento juntamente com as parcerias que foram formadas ao longo do tempo, e as mudanças que o encontro emprega espontaneamente no espaço físico que ocupa no sertão pernambucano.

As seções seguintes são referentes à autoatenção restrita e ampla. Observa-se que o desenvolvimento de ambas foram atravessados, e dessa forma são influenciados diretamente, pela construção da experiência proporcionada a partir de situações de adoecimento. Significa dizer que os episódios de doença, nesta população, além de gerar consequências em sua saúde, também colaboram com a produção de seus saberes. Embora se reconheça unicidade em cada situação vivida, as suas experiências pregressas e de seus antecessores ou semelhantes conduzem a sua tomada de decisão: quais plantas serão selecionadas, seu modo de preparo, decisão de resgatar uma recomendação médica, entre outros aspectos.

Posteriormente são expostos e discutidos os itinerários terapêuticos formados a partir das tentativas de resolução dos problemas que afligem os indivíduos e seus familiares. São discutidos as interações entre diferentes modelos de atenção, principalmente referente aos encontros e desencontros da autoatenção e a biomedicina na atenção à saúde de raizeiros e raizeiras na Chapada do Araripe.

6.1 Raizeiros da Chapada do Araripe

Os raizeiros e raizeiras participantes deste estudo são moradores de municípios dos estados de Pernambuco e Ceará que se localizam na Chapada do Araripe. Encontram-se

residentes, principalmente, dos municípios de Exu, Crato, Ouricuri, Granito e Moreilândia. Estima-se, de acordo com os registros do Encontro de Saberes, que vivem cerca de 50 indivíduos que se consideram e são referência de cuidado com plantas medicinais por sua comunidade enquanto raizeiros, raizeiras, ou mezinheiros e mezinheiras² (de acordo como os próprios se denominam).

No encontro, os raizeiros e raizeiras são reconhecidos principalmente devido à produção caseira de chás, garrafadas e remédios caseiros, baseadas pela relação proximal com a diversidade vegetal da região. Este fato se mostra ser determinante para o acúmulo intelectual necessário à transmissão horizontal e vertical de saberes relacionados às propriedades curativas das plantas. Sua prática vivencial com plantas medicinais também nos informa a existência de uma contínua reprodução de uma cultura, forma de organização e interação social entre membros de um determinado grupo.

Nota-se que a forma como se apropriam de suas habilidades com as plantas medicinais, ou seja, na forma como são empregadas por eles, permite que essas pessoas também apresentem condições de serem consideradas benzedoras, rezadeiras e/ou curandeiras. A cura por meio da utilização de plantas medicinais pode ser realizada de forma complementar à ritualística de rezas e súplicas que fazem parte da benzedura, e nos demonstra a pluralidade da identidade destes indivíduos.

Então, não há um limite bem definido nesse tipo de classificação por parte dos raizeiros e benzedores, assim como pela comunidade que conta com sua destreza com espécies vegetais na atenção à sua saúde, seja a partir da benzedura ou da aquisição de um remédio caseiro produzido com plantas medicinais. Isso pôde ser observado com as oscilações de pessoas prestando suas contribuições entre as duas rodas de discussão (raizeiros e benzedores) durante o evento. Reitera-se que a divisão em rodas de conversa específicas ocorre mediante uma pré-seleção, realizada por parte da organização do Encontro, de indivíduos por cada um destes espaços. A interpretação dúbia se apresenta principalmente por uma necessidade acadêmica de classificação e estabelecimento de limites, o que não parece se estender enquanto preocupação de delimitação e caracterização por estes indivíduos.

Descrever a população de estudo é um passo fundamental para o entendimento da estrutura de sua autoatenção, mais do que isso, é preciso que haja a compreensão sobre quem se fala. Para tanto, seria complexo descrevê-los um a um, e necessitaria de um espaço que se prolongasse em uma amplitude que o formato de dissertação não comportaria. Pensando

nisso, resolve-se elencar as personalidades que foram identificadas em repetição no grupo, dessa forma, chega-se ao número de quatro perfis em destaque.

Reitera-se que a intenção não é de objetificar os indivíduos e estabelecer uma estrutura rígida ao seu redor, negando sua individualidade, mas sim de buscar caminhos que auxiliem na compreensão de quem são os raizeiros e raizeiras da Chapada do Araripe. Os segmentos encontrados foram: as donas de casa; grupos organizados; vendedores; e agricultores (Figura 2). Observa-se que os dois primeiros são compostos majoritariamente por mulheres, enquanto os dois últimos têm-se a maior presença de homens.

Na literatura científica, observam-se identificações diferentes com base principalmente na própria nomenclatura, em relação a este ofício. Conforme os diferentes estudos reunidos por Machado (2019) em revisão integrativa, nota-se algumas semelhanças com os perfis percebidos neste estudo. Como o raizeiro extrativista e o mateiro (agricultores); erveiros e ervanários (vendedores); especialista locais em PM, detentores de notório saber em PM e os curandeiros (donas de casa e agricultores). Apesar disso, essas nomenclaturas não foram acompanhadas de definições claras a respeito de suas singularidades, do mesmo modo que encontra-se descrito nesta investigação.

Orientados por estes perfis encontrados nos grupos de raizeiros e raizeiras, os trechos de suas falas durante o encontro estarão identificadas da seguinte forma: donas de casa; raizeiras organizadas, vendedores e agricultores. Assim são mencionadas algumas identificações de representações e práticas específicas de um grupo em particular ao longo da discussão.

As raizeiras identificadas no primeiro segmento (as donas de casa) são responsáveis pelos cuidados necessários às suas casas e dos membros de sua família, inclusive os cuidados referentes à manutenção de um equilíbrio na saúde destas pessoas. O acesso às plantas medicinais necessárias para produção das “meizinhas”²² dá-se principalmente dentro de sua propriedade, já que a maioria delas também exerce atividades principalmente a agricultura, junto ao companheiro, e também possuem acesso às regiões de matas aproximadas de suas casas.

² A “meizinha” foi referida ao longo do evento como o termo utilizado para se referirem à produção de remédio caseiro de plantas medicinais. Considera-se meizinheira(o) quem a produz. Sabe-se que o termo foi atribuído aos remédios administrados pelos jesuítas da Companhia de Jesus na rotina de cuidados às pessoas sofrendo com doenças em suas missões, colégios e hospitais (SOUZA, 2018)

Figura 2. Segmentos de raizeiros e raizeiras identificados no Encontro de Saberes da Caatinga



Fonte: elaborado pela autora.

Vê-se que desempenham atividades que são consideradas como trabalho reprodutivo (Teoria da Reprodução Social), garantindo a reprodução social da família, inclusive do próprio trabalho desempenhado pelo homem (pai, marido, etc.). São atividades muitas vezes não remuneradas que ocorrem dentro do ambiente doméstico e tampouco são consideradas como exercício de trabalho (BANDEIRA; PRETURLAN, 2016). No ambiente rural a divisão entre trabalho reprodutivo (voltado para as mulheres), e o produtivo (destinado aos homens), torna-se mais explícita. Como visto com este grupo de raizeiras, é preciso desempenhar os cuidados com a casa, com a família, com a saúde dos entes familiares e realizar as atividades relacionadas à agricultura. Ainda, sem que a totalidade de seu trabalho seja identificado de acordo com sua relevância e atribuição de valor coerente quando comparado ao trabalho produtivo destinado aos homens (CORDEIRO, 2007).

Contudo, esse mesmo ambiente rural juntamente com as práticas comuns a este tipo de território facilita o acesso às plantas medicinais por parte dessas raizeiras. A habilidade e a sabedoria adquiridas neste campo fluem de uma rotina de hábitos e ensinamentos dos próprios familiares ao longo de sua vida, como pai, mãe e avós. Essas pessoas cresceram ouvindo sobre as plantas que crescem no território, assim como acompanharam a produção caseira de certos remédios caseiros para o restabelecimento da saúde de outros familiares e da vizinhança necessitada deste tipo de cuidado. Cria-se um ciclo de tradição, onde a habilidade

possuída e reconhecida por seus antepassados gera referência deste trabalho para a comunidade e essa mesma referência passa a ser vinculada também a essas raizeiras ao longo de suas vidas, juntamente com o repertório e capacidades familiares.

Araneda e Retamal (2021), notam que os cuidados exercidos por donas de casa são base fundamental para a formação de repertório que impulsionam a atenção à saúde realizada nos espaços domésticos. As mães e avós são identificadas como as pessoas responsáveis por administrar os cuidados necessários aos membros das famílias na presença de alguma doença. Estes episódios que se repetem inúmeras vezes no decorrer da vida dos indivíduos são experiências que alimentam, de certa forma, os saberes que essas pessoas acumulam, ainda que não sejam declaradamente nomeadas ou se considerem raizeiras, como ocorre com a população de estudo dos autores mencionados.

Outro grupo de raizeiras organizam-se a partir da identidade de meizinheiras dentro da Associação Cristã de Base (ACB), com o intuito de fortalecimento de trocas relacionadas à produção de remédios caseiros e utilização de plantas medicinais, com a finalidade também de retorno econômico. A associação é uma organização não governamental criada no Cariri-CE no início dos anos 1980. ACB já fez parte da igreja católica, mas posteriormente tornou-se um movimento social com abordagem política de apoio à população campesina na questão da ocupação e posse de terras, e no seu uso propriamente dito por meio da tecnologia dos sistemas de agrofloresta. A associação contribui com a formação política de base dos campesinos, colaborando com sua autonomia e uso sustentável de suas terras por meio do assessoramento técnico (LUCENA, 2012).

Lopes (2016), identifica que espaços semelhantes aos que a ACB oferece - como grupos religiosos, pastorais, associações comunitárias, encontros de organizações sociais - são bastante propícios para as trocas de experiências e conhecimentos relacionados aos cuidados da própria saúde, tratamento de problemas específicos de saúde e mudanças positivas de hábitos de vida. E, ainda que a discussão sobre a utilização das plantas medicinais quais e como manusear, certamente perpassa as discussões proporcionadas por esses espaços de convivência comunitária.

Essas raizeiras espontaneamente mencionaram, anteriormente às suas falas, que eram pertencentes a ACB, como forma de identificação, citando nome, município de residência e este vínculo. São donas de casa e/ou agricultoras, principalmente, que possuem encontros frequentes entre si e é este vínculo responsável pela aprendizagem recente e o

compartilhamento de saberes relacionados à utilização de plantas medicinais, mais precisamente sobre a produção de remédios caseiros.

Algumas das associadas referem ter aprendido técnicas, ritualística, formas de preparo e colheita com familiares, e certamente potencializam tais trocas no interior do grupo. Este segmento identificado no encontro tem como diferencial exatamente a transmissão horizontal de saberes e sua difusão, já que essa práxis encontra seu exercício no dia a dia nas suas comunidades como uma referência de cuidado. O grupo particularmente se refere a si mesmo como “mezinheiras”, da mesma maneira que utilizam a palavra “meizinha” ao mencionar os preparados caseiros com as plantas.

As pessoas identificadas como vendedores no encontro estão relacionadas aos indivíduos que realizam vendas informais ou de maneira associada a determinada organização voltada à venda de frutos, argilas, garrafadas, lambedores, chás, entre outros. Como cita um destes raizeiros, *“eu não tenho prática de fazer remédio. Prática eu tenho de vender”* (Vendedor). A participação destas pessoas no evento é justificada principalmente pelo interesse à transmissão horizontal de conhecimentos, ou seja, para aprendizado a partir dos saberes acumulados diante das experiências dos demais grupos de raizeiros e raizeiras desta roda de conversa.

Os raizeiros que são vendedores de plantas medicinais têm sido reconhecidos nos estudos justamente por seu trabalho em bancas de plantas localizadas nas feiras públicas e livres dos municípios. Nestes trabalham encontram-se principalmente análise da qualidade das amostras comercializadas, levantamentos etnobotânicos, e de forma complementar o perfil destes raizeiros (LIMA; NASCIMENTO; SILVA, 2016; LOCH, 2020). Observa-se que apresentam características semelhantes aos do grupo de agricultores descritos mais adiante, ainda que nesta investigação a atividade na agricultura tenha sido destacada, a venda dos produtos vegetais cultivados em suas propriedades está atrelada diretamente ao plantio - muitos dos raizeiros que são agricultores também são vendedores.

Este segmento apresenta-se, entre os demais do encontro, com a maior propensão à aquisição de conhecimentos sobre as propriedades de materiais vegetais em livros, artigos científicos e em páginas com conteúdos sem respaldo científico encontrados na internet. As informações compartilhadas por eles foram mencionadas sob a égide de tratamentos referenciados por pesquisadores, durante os diálogos na discussão de uma dificuldade de saúde: *“eu peguei uma pesquisa desenvolvida por um australiano que é para você utilizar como alimentação para a pessoa que está com câncer”*(Vendedor).

Os mesmos, no evento, ainda referiram procurar os serviços e aconselhamento de raizeiros mais experientes, apresentando um saldo maior na soma de anos de ofício, em uma determinada descrição de uma situação de adoecimento que se encontravam, e que aqui encontram-se no segmento das raizeiras que são donas de casa, como se pode observar nos trechos a seguir.

Um dia, a Raiz reuniu a gente lá para o Chico Gomes. Ai lá, essa menina ali ó, aí ela, uma e a outra ali. Ela tem uma pomada que elas vendem e elas fazem. E elas sabem disso que eu não tô mentindo. Eu vim, comprei à ela uma pomada e elas fazem. Eu usava todo dia de noite. Eu lavava, ariava meus pés e passava essa pomada que ela fez. Eu fiquei boa, eu não fiquei mais não. Aqui ó, tem só a marca. E eu fiquei boa (Vendedor).

Eu já tive esse problema também. Dona Raiz. Fui na casa dela, ela me ensinou o remédio, ajudou demais (Vendedor).

Essas pessoas aparentam possuir sua aprendizagem condicionada às propriedades medicinais de cada material vegetal, de acordo com a maneira como isto aparece em suas falas, embora haja a possibilidade de terem apreendido o ofício com outro raizeiro por meio do acompanhamento rotineiro de suas práticas cotidianas. Os saberes são direcionados e se apresentam no sentido de promover um produto. Corroboram entre si a ideia de que o aumento do número de doses assim como realizar diferentes tratamentos em sequência aproxima mais rapidamente os indivíduos de uma cura. Com isso, entendem que esse processo é necessário para encontrar quais os elementos melhor funcionam para cada indivíduo, para cada corpo e situação correspondente, como mostram as falas abaixo.

São coisas que têm que ser agregadas. Será que serve para todo mundo? Não podemos ter certeza disso, porque todos os organismos não são iguais. Uns podem ser acessíveis, pode ser bom, outros não. Tem organismo que isso talvez não vai dar efeito nenhum, tem outros que podem. Você não sabe se o seu pode ou não. Então, o certo é tentar, é fazer a tentativa (...) acrescentando itens porque a gente tem que somatizar. Não é bom ficar só em uma coisa. Tem que dar o que é bom, o que tem defesa. Antioxidante, anti inflamatórios e tudo o mais (Vendedor).

Um quilo de babosa e um quilo de mel. A medida igual é que fica melhor. A cura é mais rápida e se aumentar a dose a cura é mais rápida ainda. Segundo é a palavra da ciência né (Vendedor).

O grupo de agricultores é majoritariamente composto de homens idosos que em toda sua vida se dedicaram ao cuidado com a terra e à produção de alimentos. A agricultura apresenta-se como fonte de renda e de sabedoria, assim como meio de adquirir as plantas necessárias para as suas práticas rotineiras. Isto ocorre em boa parte dos participantes, como comenta um raizeiro “se vocês forem do Araripe ou comunidade feito a minha que dá pra ver

a serra da janela da cozinha, e tem até pequi” (Agricultor). Vê-se que o cultivo, as experiências geradas pelo tipo de ofício, assim como o acesso de certa forma privilegiado favorece suas capacidades e seu reconhecimento por parte da comunidade, de acordo com o seguinte trecho:

Para a coluna, eu não sinto quase, mas as pessoas que sentem bastante, às vezes eu ensino, e eu mesmo faço e passo pra eles a farinha da banana pão, ela verde. Agora eu sinto, mas é muito pouco e quando eu sinto muito pouco eu como mesmo é a saladinha da moringa, a vaginha, que eu tenho muito para lá (Agricultor).

Este grupo, assim como os demais, emprega grande proximidade entre seu ofício enquanto raizeiro com a religiosidade, como é descrito ao longo do trabalho. Comentam que a habilidade que conduz o manuseio com as plantas medicinais além de ser identificada como uma herança de seus antepassados, também surge como uma “revelação” por meio de sonho ou aparição de uma personalidade católica, que passam a ser devotos. Em outro caso foi mencionado que as receitas e a matéria prima que deveria ser selecionada lhe era comunicada por uma entidade relacionada às matas.

Identificam o agravamento do quadro de saúde próprio ou de familiares e pessoas próximas como momento-chave que os conduziu a se tornarem raizeiro(a)s, quando conseguiram a capacidade de intuir (ou por inspiração divina) sobre o tipo de planta e a forma de preparo para consumo, e assim alcançando o êxito esperado. Percebe-se que o “tornar-se raizeiro e raizeira” assemelha-se ao que Lopes (2016) descreve sobre a benzedura. Para benzer, assim como para realizar atenção à saúde com plantas medicinais - como assim realizam os raizeiros e raizeiras - é necessário a presença de crenças religiosas (fê) e/ou espirituais, um compromisso ético com sua divindade maior, e a destreza com as plantas.

No que diz respeito ao emprego de uma diversidade de plantas medicinais na atenção à saúde, este efetivamente se encontra associado à práxis dos raizeiros, seja na produção de garrafadas, chás, emplastros, macerados, banhos ou pomadas. O que talvez não seja do conhecimento da maioria das pessoas que não possuem acesso a este tipo de sabedoria é a ampla possibilidade de utilização de materiais orgânicos e inorgânicos que podem fazer parte de um preparado de elementos para atender ao surgimento de sintomas de determinadas doenças, como foram mencionados nas falas a seguir.

Pra epilepsia... eu tinha uma tia e ela ficou boa. Ela ficou boa com a escova de peru torrada, faz o café. Agora só que nunca ela (a pessoa com epilepsia) pode saber. Você tem que dizer que deu café de outra coisa, não da escova de peru. Não pode saber. Pega a escova, torra, faz o café e dá pra tomar.

Mas não pode saber. Minha tia não sentiu (os sintomas da epilepsia) mais não (Dona de Casa).

Eu mandei alguém fazer para ele, mas era muito difícil e não fiz porque me ensinaram. Disse que a rapa do sino. Tira um pouco de rapa do sino, bota na cachaça e dá a ele para beber. Dizem que ele só bebe dessa vez e nunca mais ele bebe. (Rapa) do sino da igreja, disse que aquele pó. Pode subir e pega uma rapinha e bota na cana, bota na cana para beber que ele só bebe essa vez nunca mais ele bebe mais. Eu desde pequena que eu vejo falar nisso (Raizeira Organizada).

Bom, eu fiz um remédio pra uma pessoa só que diz que esse remédio a pessoa nunca pode saber porque se essa pessoa souber ele pode voltar a beber de novo. É ir três vezes em uma sexta-feira na porta do cemitério pegar uma colherzinha de chá da terra do cemitério fazer o chá e deixar lá. Não na cova, é só entrar lá. Fazer o chá, colocar para gelar, não tem gosto de nada. Coar, tirar a terrinha, só ficar purificado e pronto, e dá para aquela pessoa. E esse remédio serviu. Fiz três sexta-feira. Eu botava um menino para ir buscar e foi 3 sexta-feira e graças a Deus. A senhora sabe com quantos anos foi a derradeira bebedeira dessa pessoa foi em 2012 e até agora está tranquilo porque rapaz não fiz mais não pra esse cliente (Dona de Casa).

Diferente da racionalidade de manejar um recurso único a cada doença, aos modos da relação veneno/antídoto, outra característica dos raizeiros é explorar a versatilidade de um mesmo produto, como foi citado existe “um óleo chamado poraquê, que ele é pra tratar qualquer tipo de câncer. Tanto faz ser por fora, como por dentro” (Agricultor). Esta compreensão parece permear por todos os diferentes perfis de raizeiros e raizeiras descritos até aqui, e também pode ser identificada com o fruto da moringa e outras partes de plantas que possuem compostos que acreditam atuar positivamente no sistema imunológico, auxiliando de maneira secundária no tratamento e prevenção de diferentes enfermidades:

Se cada pessoa pudesse ter um pé de moringa no quintal era importante justamente pra associar a moringa em qualquer tratamento, justamente pelo fato dos antioxidantes que ela tem e vai contribuir muito com o desenvolvimento da imunidade, do sistema imunológico, né, do organismo para poder potencializar o corpo para agir melhor em outros tratamentos com outras ervas que podem ser associadas (Vendedor).

A religiosidade se apresenta como elemento de grande relevância na autoatenção dos raizeiros e raizeiras. Isto acaba sendo implicado da mesma forma para outros indivíduos que sejam atendidos por eles e entes familiares que naturalmente se envolvem no processo de tratamento. A fé aparece como meio necessário para atingir a receita ideal (no sentido de conseguir promover a cura), para atender a certo problema de saúde, principalmente. Bem como menciona a Dona de Casa: “ruim é a doença! E o chá da folha eu tomo e tá dando um bom resultado. E a cura é como já foi dito “vem do senhor jesus”. Se for da vontade de Deus,

ele vai me curar. Se não for, amém”. Ainda, a mesma fé também se faz fundamental durante o tratamento por parte de quem adoece, e de quem se encontra como cuidador durante a administração do chá, garrafada, entre outros, reforçado por fala de uma Raizeira Organizada em: *“quando eu vou fazer eu peço a Deus coragem, força... e confiar em Deus que aquele remédio seja para curar. Deus é quem cura a gente. Só a fé de Deus”*.

Como indica Silva (2018), a religiosidade e o exercício da fé contribuem na estruturação do sistema de cura utilizado por raizeiros. As experiências com curas de doenças ajudam a formar ao longo do tempo suas crenças e também práticas que não deixam de serem consideradas mágicas e religiosas, essenciais para alcançar os resultados esperados a partir do seu tratamento mas também da fé compartilhada pelo enfermo, como se repete neste trabalho. Enquanto isso, D’Almeida (2021) estudou a autorregulação do ofício de raizeiros, percebe que houve uma tentativa de aproximar-se dos conhecimentos da natureza à medida que se negaram o efeito mágico-simbólico de suas práticas. Contudo, ainda seguiam acessando a fé como meio de comprovar a eficácia das suas intervenções na saúde.

A fé é crucial no atendimento à saúde, e o catolicismo tem reforçado isto quando se identifica a indicação de determinadas orações e cânticos empregados para auxiliar a transição passa de um estado de desequilíbrio para a cura. De certa maneira, o trabalho do raizeiro depende de uma intervenção divina, com sua permissão e uma consequente demonstração de sua gratidão. A relação e o comportamento dos raizeiros diante do que consideram divino reforçam como a cura de uma doença se mostra como um acontecimento sagrado. Relaciona-se diretamente à intervenção do que é visto como santo sobre sua própria vida e a de terceiros, uma aproximação do que é mundano e passível de erros, ao que é considerado imaculado. Esta premissa pode ser observada nos comentários a seguir:

Boa tarde, eu queria te dizer que sem fé é impossível agradar a Deus. Ai se não tem fé é difícil pra o cara fazer qualquer cura que sabe que Deus é quem cura, mas tem as plantas que o medicamento tá na planta. O que é necessário a gente fazer é crer em Deus primeiramente e confiar também na planta que você vai usar (Dona de Casa).

A novena da depressão. E então a pessoa rezou 9 noites, 9 novenas. Eu acompanhei só três porque estava meio longe e eu não fui acompanhar. E ai nas 9 noites, nas 9 novenas, ela foi agradecer na capela e agradecer levando 9 rosas vermelhas. Quando ela termina aquelas nove Ave Maria as pétalas das rosas têm que cair toda nos pés dela, pra ficar só aqueles botõzinhos na mão. E aí é uma prova que ela foi curada da depressão. Precisa ter fé e esperança porque se não tiver... (Raizeira Organizada).

Ai você diz “Senhor, eu tô fazendo esse remédio aqui não é para ganhar dinheiro, eu não quero enricar, eu quero curar. Me ajuda porque teu sangue

é cura, e sangue de Cristo tem poder. Eu quero nessa hora que tu esteja comigo. Se eu tiver errada me bota no caminho certo, se ainda estiver faltando alguma coisa eu quero um sonho (Dona de Casa).

Em suas falas não foi possível detectar microgrupos de raizeiros pertencentes a outras religiões que não pertencentes à origem cristã, apesar de conseguir identificar algumas mulheres com adereços que possuem importância e significação nas religiões de matrizes africanas. Essas mesmas pessoas estavam compartilhando silêncio nos momentos de abertura ou fechamento das atividades onde geralmente eram entoados cânticos e orações cristãs.

Outro elemento importante são os vínculos afetivos, exercendo função dupla na vida dos raizeiros, primeiramente em relação ao seu reconhecimento enquanto raizeiro ou raizeira, posteriormente agem potencializando o tratamento. Os vínculos são estabelecidos com outros indivíduos que compartilham do mesmo modo de vida, sobretudo em relação às plantas medicinais, e com um outro raizeiro ou indivíduo que faça parte da mesma comunidade. Esses vínculos são necessários e incentivam o reconhecimento de uma pessoa enquanto indivíduo com habilidade na produção de remédios caseiros com plantas medicinais, aumentando sua demanda de atendimentos à saúde, requisitando sua ajuda enquanto referência no território na ocorrência de desequilíbrios físicos ou mentais.

Similarmente, essa sociabilidade também tem feito parte das modificações sugeridas por raizeiros no contexto de hábitos cotidianos das pessoas que estão em tratamento de certo tipo de perturbação. Foram mencionados envolvimento em grupos onde os participantes compartilham de um mesmo interesse, sendo ele religioso, afetivo ou devido a um ofício em comum, de acordo com as falas abaixo:

Eu era muito medrosa, eu era muito nervosa. Depois comecei a participar dos movimentos, pastoral da criança, comecei a participar de reunião. Ai a partir daí foi afastando, se acabando, se acabando. E hoje eu to contando a história. Eu não tomei remédio não. É a partir da gente participar do movimento como esse. Fiquei boa, me curei. E a depressão eu quero que nunca mais ela encoste em mim porque na hora que to sentindo porque eu conheço quando ta vindo (Raizeira Organizada).

Depressão tem que ser uma união na família pra poder aquela pessoa se tratar. Sim! Tem que dar o remédio, sim. Tem que fazer o remédio, mas primeiro tem que ter muito amor naquela família junto com aquela pessoa. Não deixar ela só nenhuma vez. E também botar ela pra dançar um forró pé de serra. A dança é que é bom. Ai gente, nós somos de idade, nós somos mezinheiras, mas nós dançamos o coco. Nós temos uma dança de coco, tem gente lá de 79 anos, tem gente de 89 anos, tem gente de 94 anos no nosso grupo, viu?! E não tem depressão não, sabe por quê? Porque nós não deixamos. Não é porque nós não temos problemas não, porque nós temos. É porque nós não deixamos. Nós dançamos, nós brincamos, nós somos alegres. Nós nunca viemos aqui com cara feia. Nós nunca viemos aqui

tristes. Sabe por quê? Porque a tristeza a gente tem que jogar fora. Beber remédio sim, mas tem que ter amor com aquela pessoa, ter paciência, muita, muita, muita, mesmo, que aquela pessoa supera. Ela se cura. Mas pra se curar, meu filho, tem que mostrar o amor. Né amor só de marido não, é amor de filho, amor de amigos, amor de tudo com aquela pessoa (Raizeira Organizada).

Os raizeiros e raizeiras, ao longo de suas falas no evento, repercutiram para os semelhantes e para o público ouvinte a importância de retomar à uma alimentação mais saudável, com menor consumo de produtos que passam por inúmeras transformações na indústria de alimentos. Os alimentos produzidos sem adição de agrotóxicos, inclusive produzidos localmente, têm sido recomendados por esses indivíduos no sentido de manutenção da saúde, bem como no tratamento de doenças, independentemente de a alimentação ser um fator direto de causa para aparecimento e desenvolvimento de sintomas.

Dessa forma, a alimentação pôde ser observada como ponto de encontro principal entre a promoção e a recuperação da saúde no atendimento à saúde. Os mesmos disseminam que uma rotina alimentar pobre em nutrientes incentiva a manutenção e piora de distúrbios fisiológicos. E que em contrapartida uma alimentação mais próxima dos hábitos mais comuns de nossos antepassados, nos fornece os elementos indispensáveis para uma vida com menor ocorrência de doenças, de acordo com as seguintes falas:

Eu tratei a osteoporose mudando a minha alimentação. Leite, verdura escura e muitas coisas assim enlatada, embutida eu não como. Minha alimentação mudei totalmente. Tirei tudo da minha alimentação. Fiz meus exames agora, deu tudo ok. Não tenho mais osteoporose, não tenho mais artrite, nem artrose, caboussei tudo só com alimentação. Não como. Nem a sardinha eu como. Nada de enlatado, nem de embutido. E verdura escura. Leite, queijo de prato (Dona de Casa).

Então em primeiro lugar a pessoa evitou tudo que contém glicose porque a glicose alimenta o câncer, tá certo? E outra coisa... Glicose é tudo que tem açúcar. É porque ele alimenta, a carne também alimenta, alimenta as células (Dona de Casa).

Então para se comprovar o que disse o pai da Medicina, isso muito antes de Jesus, segundo a história, vir para Terra, ele disse que o teu remédio seja o teu alimento e que teu alimento seja o teu remédio. Então naquela época acredito eu e vocês se viviam muito porque comiam alimentos. Na época eles comiam alimentos, hoje a maioria das pessoas que se diz sábias e inteligentes, pessoas brancas, índios, estão comendo produtos alimentícios.... Então na verdade entra para nosso estômago depois sabiamente o estômago faz o seu processo de digestão ou digestório e evidentemente vai essas substâncias pro sangue. E aí começa os problemas, depois começa a ir para os órgãos, para os rins, para fígado, pâncreas, pro baço e pro coração e chega uma hora que o corpo cansa (Vendedor).

As donas de casa e os vendedores foram os grupos que mais dirigiram falas que reforçam aspectos relacionados ao autocuidado por meio de uma alimentação segura devido a ausência de agrotóxicos, adequada nutricionalmente e de qualidade remontando hábitos alimentares do passado. Para os vendedores se viu que estes aconselhamentos fazem parte da semântica particular que utilizam para o trabalho de venda propriamente dito, o meio de convencer sobre a comercialização de um produto em questão. Enquanto as donas de casa parecem estar associadas às preocupações das mudanças alimentares decorrentes dos avanços da indústria e as consequências em número de doenças crônicas na população atualmente.

Incentivados pelo mediador da roda de conversa, a maioria dos raizeiros e raizeiras justificavam sua indicação de planta, raizada ou simpatia de acordo com uma experiência semelhante ao problema levantado em questão. A memória e o aprendizado por meio da observação da realização de práticas de cura desempenhadas por um familiar se mostraram como formas de aquisição de informações úteis para o início da criação de seus repertórios pessoais de conhecimentos sobre “remédios naturais”.

Em destaque, relataram sobre a lembrança de um parente próximo cuidando de si mesmo utilizando determinadas plantas em um momento de adoecimento, atendendo às necessidades de saúde dentro daquele núcleo familiar, ou mesmo de alguém que solicitou ajuda, de acordo com os próximos relatos:

A gente nunca sabe de tudo mas eu me considero como uma raizeira. Eu sou raizeira. Que vem dos meus antepassados. Enquanto eu era criança foi só um começo, porque eu tinha comido carne de porco quente. Eu tinha terminado de comer carne de porco quente e imediatamente criança é criança, né? Chupei um cajú e disso ai começou. Minha mãe passou a noite todinha comigo e na época eu não tinha médico assim, era nas raízes mesmo. E a primeira coisa que ela fez foi la no fundo do quintal tirou um pedacinho de madeira de canafresta dessa aqui da serra, da braba e trouxe até onde eu tava. Mediu um palmo ai ela cortou e raspou e colocou de molho, fez um maceradozinho e deu pra mim tomar. Ai foi o primeiro passo, como foi da comida eu já tava começando né (Dona de Casa).

Eu sofri de reumatismo. Eu tinha sete anos, novo, o reumatismo quase me aleija. Minha mãe era uma mãe inteligente. Por que que hoje eu conheço todas as raízes do mato?. Porque ela era muito doente e eu só vivia no mato arrancando pedaço de pau, casca de pau pra ela beber. E com isso aprendi (Agricultor).

As situações de desequilíbrios na saúde que ocorrem em qualquer período da vida, e corroboram para um ciclo constante que se inicia com o adoecimento que exige a tomada de decisão para solucionar o problema, decorre em aprendizagem, e replicação desta mesma prática apreendida que resultou em sucesso, em situações semelhantes. No caso, no

enfrentamento da mesma enfermidade. A mesma prática justificada pela experiência, e carregada de racionalidade, circula entre os membros do mesmo núcleo familiar e na atenção a terceiros (vizinhança, amigos, entre outros) que demonstrem interesse e necessidade dentro da mesma comunidade, como a seguir:

O meu irmão teve e segundo os médicos fez o exame e viu que era epilepsia. Ele teve com 17 anos e a gente deu pra ele o café da mostarda. A sementinha de mostarda com girassol e dava a ele três vezes ao dia. E graças a deus ele ficou bom, hoje ele tem 48 anos e não sentiu mais. E meu sobrinho pequeno tinha um ano de idade e deu (epilepsia) e a gente continuou dando a mostarda com girassol e graças a deus também ficou bom (Raizeira Organizada).

Ela (a avó) deu esse remédio a meu irmão. Ele ficou sentado se coçando não foi meia hora para essas coceiras, e daí a pouco ele começou a desaparecer o vermelhão né. Isso eu já tenho ensinado de algumas pessoas e as pessoas tem feito uso desse remédio, desse complemento alimentar e tem se dado bem né. E aí o que é que a gente ver enquanto a gente não atina para as coisas certas que a natureza nos ensina e que a gente não dá uma volta no passado da gente. Muitas vezes a gente já viu aquela semente ser utilizada né. Quando a minha vó fez para o meu irmão, ela tinha o gergelim da roça dela (Raizeira Organizada).

O compartilhamento direto ou indireto de conhecimentos por meio da oralidade se apresenta como mais uma ferramenta que colabora com a sabedoria acumulada por raizeiros e raizeiras. Principalmente quando há o convívio próximo com um ente familiar que possua a mesma habilidade de atender à saúde com matéria prima extraída das matas e/ou quintais de suas casas. A consulta às matriarcas e patriarcas torna-se recorrente quando ainda não há experiências solidificadas sobre determinada forma de agir diante de um problema novo ou incomum. Assim como esses conhecimentos podem ser ouvidos e retidos na memória para uso posterior e compartilhamento entre seus semelhantes como uma indicação segura e comprovada por pessoas com acesso insuficiente ou inexistente a um atendimento médico, como indicam as raízes abaixo:

[...]e minha tia avó aqui do Pernambuco quando eu fui visitar, conhecer minha família daqui. Minha tia avó, minhas tataravós que eram raizeiros também. Ela me falou de alguns remédios de epilepsia de criança. Remédio não, era uma simpatia que ela fazia (Dona de Casa).

[...]já eu lembrei também, de novo vem a lembrança da minha avó. Eu tinha escutado ela discriminar às pessoas que antigamente, eu não sei se ainda hoje tem isso, as crianças tinham uma tal de espremedeira que era pra fazer cocô também: espremia, espremia. E eu via as pessoas chegar e perguntar à minha avó. E aí eu via muito essas experiências, a minha vó dizer que a Mutamba era boa e as pessoas fazerem esse remédio e servia né?" (Agricultor).

A experiência de cura de uma situação grave de enfermidade por meio de uma combinação de partes de espécies vegetais e a atenção prestada por outros raizeiros, aparece como principal incentivo para um dos raizeiros presentes no evento despertar interesse e começar a aprender sobre remédios naturais e auxiliar outras pessoas, como conta um Agricultor:

Eu tomei aquele chá por mais de ano. Eu tomei um ano e seis meses, foi que eles mandaram eu parar, mas o meu problema era muito pesado, eu cheguei alargar o couro todo. A dieta foi grande. O meu problema é que eu tava intoxicado por completo. Mas deu certo, graças a Deus, com um ano e seis meses eles me liberaram de uma parte de coisa. Virei raizeiro. Hoje tem 15 anos que não tomo comprimido. Na minha casa quem chega lá vê ao redor da casa uma geladeira velha cheia de tudo quanto é coisa. Ai vou pegando nessas apostilas, pegando essas histórias de vocês e vou repassando pros outros com fé em Deus, mas eu tinha muita fé em Deus. Não deu certo sozinho não, solto não vai e obrigada vocês.

A práxis dos raizeiros assegura um determinado traquejo com o ambiente natural. Isto pode ser acompanhado principalmente se o mesmo desempenha também atividades voltadas à agricultura, visto que há uma dependência direta de respeito aos elementos naturais e aos ciclos aos quais fazem parte. Uma boa colheita depende presumivelmente de respeito e cuidado ao solo, à rega, à estação do ano e tipo de planta, assim como a serenidade de acompanhar os estados de desenvolvimento das espécies cultivadas. Esses elementos surgem nas falas dos raizeiros incorporadas à forma como ensinam a parte processual de suas indicações correspondentes ao recolhimento de matéria prima natural para compor a atenção à saúde:

Chá de hortelã com alho roxo na lua bem novinha quando vem a lua para cá... bem novinha... tomar... ver a lua nova para cá pode tomar o chá de... em três dias pode tomar o chá de hortelã da folha miúda com alho roxo (Agricultor).

Você mede um palmo de sua mão naquela planta virada para o nascente, raspa um palmo dele hoje e bota de molho. Quando for manhã você arruma melão-de-são-caetano onde tiver. Depois de três dias você vai no mato pega folha de juá, cozinha ela porque ela é para todo tipo de alergia. Cozinha e deixei lá no meio do tempo, o dia todinho levando sol, sereno, chuva... quando for à tardezinha, secou e leva para o banheiro, se banha e veste a roupa. (Dona de Casa).

Quando for tirar a favela, a casca, cuidado pra não matar o pé de favela. É o entre casca. Não deixa chegar na madeira não, viu? Toda planta a gente precisa ter esse cuidado porque se não a gente acaba as plantas que a gente tem para se curar, tá bom? Entendeu? Casca nenhuma a gente deve tirar até chegar na madeira. (Agricultor).

Os agricultores, assim como as donas de casa que também trabalham em seus roçados, são os grupos de pessoas que aparentam estar mais alinhados com as influências dos ciclos e transformações periódicas na natureza. Principalmente no que diz respeito aos desdobramentos destes ciclos sobre as plantas. Os raizeiros conseguem incorporar adequadamente às transformações ritmadas que a natureza demonstra, como comentaram alguns dos presentes na roda de conversa. Dessa maneira, o plantio e a colheita costumam seguir o calendário lunar, bem como as estações do ano, respeitando ainda as partes das plantas que estão em boas condições de colheita sem que isto prejudique a continuidade de seu crescimento.

Alguns raizeiros consideram a influência das estações e determinados meses do ano para realizar o plantio das espécies que manipulam, além do cronograma lunar (LOPES, 2016). Outros autores fazem uma consideração importante ao mencionar a importância de todo o sistema agrícola, sobretudo, a terra de plantio como um organismo vivo. E, dessa forma interage e afeta-se por outros organismos vivos como os astros, o clima, a matéria orgânica, entre outros (JOVCHELEVICH, CÂMARA, 2008).

Figura 3. Aspectos formativos do perfil dos raizeiros do Encontro de Saberes da Caatinga



Fonte: elaborado pela autora.

Por fim, a figura acima esquematiza um tipo de espinha dorsal de composição da caracterização dos raizeiros que se apresentam como a população de estudo. Corresponde aos fatores discutidos nesta seção que são representativos do perfil dessas pessoas, se dispendo também de acordo com o território que fazem parte e de sua própria história. Esses aspectos indicam uma colaboração contínua e mútua entre os raizeiros e a própria natureza, produzindo saberes e experiências que colaboram com seu aprendizado e são transmitidas a partir da oralidade e de sua capacidade de se integrar com a sua comunidade de origem.

A religiosidade empregada por raizeiros parece mediar a sua relação com o ambiente natural da mesma forma que contribui para a concretude da sua práxis. Tais aspectos se mostram mais representativos e condizentes com a sua totalidade, quando comparado a uma definição superficial e imediata, como a conhecida referência de que são as pessoas que produzem remédios caseiros a partir de matéria vegetal.

6.1.1 Encontro de Saberes da Caatinga

O Encontro de Saberes da Caatinga surge a partir da realização de um encontro de permacultura com agricultores residentes da Chapada do Araripe, promovido por um grupo de caminhantes³. Acredita-se que as trocas e experiências proporcionadas tenham contribuído para a percepção sobretudo dos modos de vida específicos, as crenças e conhecimentos que perpetuam e se modificam de geração em geração na região. E assim, conseqüentemente, é facilitado que estas pessoas percebam os padrões de comportamento que circulam em sua comunidade de referência. Também, os significados atribuídos às práticas diárias, conhecimentos e saberes relacionados à vida e sua manutenção, como também as pessoas mais velhas e seu legado, que experienciam seu espaço físico e territorial.

Dessa forma, acredito que o ESC surge indiretamente da Caminhada, e a Caminhada se fortalece e se revigora a cada edição do Encontro, contribuindo em primeira instância com os vínculos deste grupo de amigos diretamente com seu próprio território, e em consequência acabam intermediando, a partir deste, novos vínculos.

São esses mesmos vínculos que apoiam a estrutura do Encontro, a sua organização e seu funcionamento. Somam-se o apoio do Instituto Chico Mendes de Conservação da

³ Há cerca de uma década, um grupo de amigos e familiares do município pernambucano de Exu, interior do estado, se reúne anualmente em um lugar pré-definido do Brasil. O grupo tem como objetivos a caminhada em si, as trocas proporcionadas pela convivência entre os membros durante o período, e o intercâmbio social com as comunidades que os acolhem ao longo do trajeto.

Biodiversidade (ICMBio), Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ-PE), Organização não governamental Caatingas e a Rede de Agricultores e Experimentadores da Caatinga. Além destes, há o apoio de moradores da região que possuem antigas relações com parte da organização do evento. Inclusive ocorre uma significativa representação destes mesmos moradores nos três espaços de discussão sobre os saberes e práticas mais difundidas e reconhecidas na Chapada do Araripe.

Como mencionado anteriormente existem três focos (rodas de conversa) principais no evento, guiados por determinados saberes representados por detentores de conhecimentos locais. Cada um desses sujeitos de interesse, ou protagonistas do ESC, representa um retrato dos tipos de conhecimento que circulam no território. Raizeiros e raizeiras (Fotografias 2 e 3), parteiras, benzedores e benzedoras, reúnem um acúmulo de experiências com os recursos disponibilizados pelo ambiente que lhes é habitual; realizam vivências com o nascimento enquanto um momento ritualístico e processual; além da benção enquanto manifestação da espiritualidade de um povo, respectivamente.

A Chapada do Araripe responde a um certo tipo de ancoradouro destes conhecimentos vinculados à história de vida e à história familiar destas pessoas. E, a aproximação aos saberes que esses indivíduos constroem e acumulam permite que consigamos um entendimento sobre os significados, noções e práticas que permeiam na região. Além de entender como se vive neste ambiente, como interagem entre eles e com o ambiente, e de como existe uma singela organização social que se forma e se mantém em torno deles.

Fotografia 3. Roda de raizeiros e raizeiras no Encontro de Saberes da Caatinga, Exu-PE, 2020



Fonte: acervo do Encontro de Saberes da Caatinga.

Assim, no evento, cada roda de conversa se concentra na troca de saberes específica de seu detentor de conhecimento, com o apoio de um mediador ou mediadora, junto aos demais participantes do ESC que acompanham como espectadores o seguimento dos diálogos. Assim, durante os três dias de evento coexistem três grandes rodas de conversa onde o público, chamado de aprendizes, se divide para a sua escuta. Anteriormente a esses dias, no período de uma semana, ocorre o chamado “pré-evento” onde são oferecidas diversas oficinas ministradas por convidados para os participantes do evento.

A alimentação viva, alimentação saudável, constelação familiar, bioenergética, biodecodificação, saponificação e massagem tântrica, foram algumas das oficinas realizadas na edição de 2019, ofertadas de forma voluntária por facilitadores que apoiam o evento. O período também corresponde a um momento de ambientação ao local de realização do encontro, entrosamento entre os pares e com os comerciantes locais, confraternizações promovidas pela própria organização do ESC, e ainda exposição e venda de manufaturas produzidas pelos participantes.

No ano de 2019, assim como em 2020, o espaço de diálogo contou com aproximadamente 30 raizeiros(as). A mediação os conduziu de forma que exploram situações em que não conseguiram tratar determinado problema de saúde, seu ou de terceiros, com as preparações de acervo próprio, fazendo com que os colegas indicassem possíveis soluções, novas receitas de lambedores e garrafadas, uso de plantas que não se pensou utilizar para determinado fim, entre outros.

Houve o intuito de que cada participante pudesse fazer seu relato, contando com a colaboração dos demais, rodada a rodada durante os três dias de evento, divididos em 5 turnos. Com isso, mais do que repassar uma a uma as suas melhores formas de atenção, a dinâmica permitiu a apreensão de diversas espécies nativas e exóticas da região, as diferentes nomenclaturas que uma espécie de planta pode apresentar em uma mesma localidade, a importância de ritualizar e o exercício de sua espiritualidade a cada preparado de plantas medicinais, e sobretudo a história de vida de cada raizeiro presente.

Sobre o público, imagina-se que as pessoas que se interessam em participar de eventos como o ESC são os habitantes de bairros próximos, cidades vizinhas, e sobretudo as pessoas que pesquisam as expertises específicas discutidas no evento. Aos olhos mais atentos percebe-se que no ESC coexistem a este público habitual diversas pessoas que desejam aprender as práticas associadas ao núcleo de saberes dos sujeitos de interesse, e utilizar em

seu núcleo mais íntimo ou ainda como trabalho. Dentre os que utilizam como ofício, os saberes dos raizeiros(as) parecem ser os de maior vinculação do público.

Viu-se a apreensão das técnicas correspondentes ao preparo de pomadas; chás; garrafadas; sinergias; banhos produzidos com plantas medicinais; para fins de comercialização, sobretudo nas redes sociais como efeito direto após a ocorrência do encontro. Ademais, estas pessoas além de reproduzir a preparação destes produtos, iniciam por conta própria a oferta de minicursos; cursos; workshops; outros materiais de aprendizagem, com as temáticas que foram anteriormente compartilhadas pelos detentores de conhecimentos no encontro.

Há registros de participantes oriundos de muitos estados brasileiros, de outros países, e inclui-se ainda os que registram não possuir endereço. O Encontro também consegue atrair fotógrafos e cineastas com interesse em suas respectivas produções, incentivados pelos próprios acontecimentos das rodas de conversa.

O número expressivo de pessoas que chegam na cidade motivadas pelo evento não se torna despercebido na região - Serra do município de Exu - e emprega algumas transformações sutis ao ambiente, principalmente na criação de um comércio dependente do período do evento. A quantidade discreta de estabelecimentos de hospedagem e alimentação (restaurantes, lanchonetes, supermercados), juntamente com o número expressivo de não-moradores no período do evento é, sem levar em conta a questão financeira das famílias, a principal motivação pelo surgimento de estabelecimentos improvisados nas casas dos moradores para atender às necessidades básicas dos visitantes.

O evento passa a ser um momento de oportunidade financeira no local, acontecendo anualmente em período específico, e por isso exige uma organização/adaptação ágil por parte dos moradores que estejam dispostos a tal. E, também uma oportunidade de grande aprendizado para os que buscam mudanças de hábitos, para as pessoas que procuram outras maneiras de cuidar de sua saúde, que desejam aproximação com a cultura da região, para quem tem as temáticas que permeiam o encontro como temas de interesse para pesquisas e outros estudos, e quem se dedica a transformar os aprendizados em fontes de renda.

6.2 Atendimentos à saúde: autoatenção restrita dos raizeiros e raizeiras

A autoatenção de raizeiros e raizeiras se vincula fortemente com a atenção que os mesmos realizam às outras pessoas. A menção de uma destas certamente irá remeter a outra ao longo do estudo, como se seguiu durante o evento ao longo das conversas. Muitas vezes a

atenção realizada a terceiros segue o aprendizado gerado com a sua própria autoatenção, realizada anteriormente, e o contrário disto também é verdadeiro. A relação construída entre o raizeiro e a pessoa enferma, ou entre ele e uma pessoa que o auxilia em momento de adoecimento será discutida ao longo desta seção, diante de sua relevância no resultado desejado para um tratamento.

Esta seção se trata da AA restrita, aquela que discute tudo que foi realizado diretamente para interromper, aliviar, curar, prevenir um sofrimento causado por um problema na saúde. Percebe-se que estes especialistas de cura restringiram suas respostas no evento às intervenções que contivessem recursos vegetais, quando perguntados sobre o que fazer sobre determinada enfermidade. A grosso modo, a partir deste recorte, poderia ser entendido que sua AA se concentra unicamente na atenção a partir de plantas medicinais. Contudo, na seção referente aos seus itinerários terapêuticos, observa-se que também utilizam recursos e representações de outros modelos médicos.

Os tratamentos realizados por raizeiros são organizados em diferentes etapas, desde a colheita do material, preparo, produção do remédio, até a ingestão e/ou utilização por parte do indivíduo enfermo. O procedimento completo se assemelha a uma ritualização em busca da cura, e isto pode ser percebido pela atribuição de valor e significação a cada ação que envolve as etapas. Ainda que isso não apareça explicitamente nas falas dos sujeitos da pesquisa, as indicações sugerem um tom cerimonial onde quem adoecer é instruído e conduzido cuidadosamente a percorrer as etapas necessárias para conclusão do processo. O que sem dúvidas exige empenho e dedicação de ambas as partes, mas sobretudo o compartilhamento do simbolismo implicado a cada ato. Certamente o vínculo, seja ele familiar, afetivo, ou mesmo a confiança, precisa estar presente para garantir a continuidade do tratamento assim como referido abaixo:

A pessoa tira um palmo do lado que o sol sai, e cava um buraco e enterra. Ai quando tiver com sete dias que ela ta enterrada a pessoa tira, ai toma e toma banho. Ai fica bom. Ai se cura. Quem bebe cachaça bota ela de molho na cachaça, quem não bebe, bota de molho no vinho. Quem não bebe o vinho bota na água. De molho 7 dias do lado que o sol sai. E toma e toma banho. A minha tia ficou boazinha. Pode acreditar. A pitombeira ela sendo macho (Dona de Casa).

Ai ela botava tudo dentro da garrafa, ai mandava eu cavar um buraco no chão no terreiro, passava três dias. Ai com três dias arrancava. Tirava a garrafa com aquela meizinha, ai mandava todo dia bem cedo botar meia xícara daquela meizinha pra beber e um banho. E o banho pra saúde. Ai meia xícara daquele remédio de mãe e o banho pra parte de saúde. Ai eu tomei três garrafadas, na primeira o reumatismo cedeu né? Ai quando foi

pra segunda garrafa já foi baixando mais. Quando foi pra três ele (a)fastou (Agricultor).

A alimentação, como mencionada na seção anterior, se apresenta como um dos fatores de mudanças necessárias que participa dos tratamentos indicados por raizeiros. Determinados alimentos, incluídos em rotinas alimentares, ocasionam a piora das condições de saúde em uma situação de adoecimento, influenciando no efeito desejado do remédio caseiro preparado para uma finalidade específica. Os hábitos alimentares saudáveis são mencionados como as refeições que contém alimentos frescos e orgânicos, enquanto há a escassez de comidas com excesso de farinha de trigo, produtos industrializados e carnes vermelhas, majoritariamente. Essas recomendações alimentares correspondem às especificidades da própria doença e por isso precisam ser seguidas enquanto durar as recomendações de tratamento, como sugere uma raizeira:

Até onde eu sei assim, o câncer é uma doença inflamatória né. É inflamação, inflamação no corpo. Primeira coisa, fez o tratamento? É dieta zero de glúten, de carboidrato, de carne vermelha. Por que que o câncer volta? As pessoas comem bagaceira, se trata e depois volta a comer as mesmas bagaceiras, e aí inflama de novo e complica. Então assim, tem uma pessoa que eu tô acompanhando (...) ela só fez radioterapia, com câncer de mama. Depois da radioterapia ela tá tomando as pilhinhas de babosa (Raizeira Organizada).

As recomendações alimentares oriundas desta população podem ser derivadas do modelo de atenção da sua própria AA segundo os saberes populares envolvidos a uma alimentação menos industrializada e mais familiar e ecológica. Mas, por outro lado, pode conter influência do discurso biomédico relacionado aos comportamentos positivos oriundos do autocuidado na prevenção, redução dos danos e controle das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, entre outras.

Nascimento *et al.* (2016), assim como foi encontrado neste estudo, retrata a menção às mudanças alimentares como parte integrante das indicações dos raizeiros entrevistados em uma capital nordestina (Maceió). Parcela dos participantes relatam que o tratamento de feridas, ou seja, a utilização de plantas medicinais para obter o fechamento e sua cicatrização, sofrem influências do tipo de alimentos que o indivíduo portador da ferida irá incluir em seu consumo diário enquanto estiver submetido ao tratamento. De modo similar, Silva (2018) constatou que durante o período que dura a utilização de determinadas plantas medicinais, no restabelecimento da saúde, raizeiros indicam a suspensão do consumo de alguns alimentos. Chamam de dieta as modificações alimentares que acompanham os tratamentos.

Os aspectos relacionados à alimentação podem surgir no atendimento ao adoecimento principalmente como um fator agregado ao tratamento, como pode ser visto acima, mas por vezes também pode se mostrar atrelado às precauções que evitam o desenvolvimento de certos desconfortos na saúde. Em casos como as situações de refluxo, as mudanças em relação aos hábitos alimentares aparecem como medidas preventivas, a partir de determinadas modificações de comportamentos desempenhados costumeiramente nos momentos de alimentar-se. Eventualmente esses mesmos comportamentos alimentares auxiliam na compreensão dos problemas de saúde, como abaixo:

Refluxo muitas vezes a gente tem mais o que evitar (...). muitas vezes a pessoa se alimenta, aí toma um copo de suco em cima da comida, que não deve. Deve tomar uma hora e meia, duas horas depois. Ai se deita sem nem botar um travesseiro. Aqui é uma válvula. Você com estômago cheio o que acontece? A comida aí vai indo, vai indo, e aquela válvula vai relaxando. Muitas vezes pode ser causada por isso. E não há tratamento, médico nenhum vai fazer um transplante, vai botar outra válvula, então muitas vezes a gente tem que evitar essas coisas (Dona de Casa).

Assim como acontece com a alimentação, na AA de raizeiros e raizeiras tem-se como destaque o emprego de diferentes recursos para a sua automedicação, no sentido de escolhas e atitudes que contribuam para resolver seus problemas de saúde, assim como define Menéndez (2003, 2009). Neste caso, a contribuição de destaque vem das plantas medicinais, como mencionado em suas falas no decorrer do evento. Dessa forma, podem fazer parte do tratamento mais de um tipo de produção de remédio: raizada, geralmente leva mais tempo no preparo por envolver maior quantidade de matéria prima e tempo de descanso; chás, precisam ser consumidos imediatamente nas primeiras 24 horas após preparo; manipulação de óleos e argila para massagem; banhos de ervas, costumeiramente dependem de banhos de limpeza associados a eles; mudanças na alimentação e na organização do contexto familiar; entre outros (Tabela 4) . Os trechos abaixo demonstram as diferentes escolhas para a apresentação do remédio e a ritualização envolvida no tratamento:

Então eu coloquei dentro de meio litro de álcool de cereais, coloquei mastruz, porque a gente sabe que mastruz é sem igual. Botei alho roxo, coloquei também eucalipto e também rodela de gengibre, e aí deixei macerar por 18 dias no escuro pra apurar bem. E aí eu peguei argila e carvão ativado e fiz um barro bem feito e eu disse “vem que eu vou te rebacar”. Ai fui, peguei canela de velho, sucupira, folha de manga, folha de graviola e fiz um chazão bem grandão. Um litro de chá sem açúcar, deixei esfriar e coloquei na geladeira e dava para ela para ela beber como se fosse a água dela. Ela bebia o litro todinho. Porque o chá não serve para o outro dia. Você tem que tomar tudo que você faz durante um dia, no outro, fazer um novo chá. Junto com esse chá eu dava para ela o cloreto de magnésio

pra restaurar os ossos e também a levedura de cerveja. Era muita coisa que ela tomava (Dona de Casa).

(...) vai fazer uma garrafada você vem aqui na serra, você arranja sucupira-preta você arranja sucupira-branca você arranja o velame, arranja quixaba, a casca da caroba e cozinha tudinho cozinha ela bem cozinhada quando você quando ela ferver as duas vezes você mede uma colher de óleo de pequi e bota dentro que é pra ela cozinhar junto com aquelas folhas tudinho e fica ao gosto só, quando ela cozinhar ela não é descoberta. Por que eu disse a você ele escutou que o bafo de uma água é o melhor remédio do mundo, lá em casa eu faço remédio é com o bafo que sai das vasilhas (Dona de Casa).

Apesar da variedade que as PM podem ser apresentadas, como mostra este estudo, sabe-se que a garrafada é a produção mais conhecida de raizeiros e raizeiras. Esta encontra-se atrelada historicamente como descendente das *triagas*, remédios usados por antigos monarcas contra os venenos de animais peçonhentos, a partir do uso de plantas, raízes e ervas. A garrafada que se conhece atualmente é um composto de partes de diferentes plantas, substâncias de origem animal e mineral em vinho ou cachaça (veículo alcoólico). E sua transição de triaga para garrafada encontra-se localizado no período em que tornou-se permitido para a população geral a manipulação de remédios fora dos colégios e hospitais jesuítas (CAMARGO, 2011; LEITE, 2014).

Tabela 4. Glossário local simplificado relacionado às produções dos raizeiros e raizeiras na autoatenção

Tipo de Produção	Definição
Argilas/Barro	Emplastro preparado com chá de planta selecionada para uso local no alívio da dor
Banhos de assento	Chás concentrados e amornados para banhar a região do baixo ventre, tanto em mulheres quanto em homens
Banhos de ervas	Chás concentrado para banho de corpo com finalidade espiritual, realizados após processo de higienização
Cafézinho 7 ervas	Seleção de partes de plantas (folhas, sementes, frutos, casca) torradas e piladas para preparo de chá com o pó resultante
Chás	Preparados por meio de infusão (parte mais sensíveis das plantas) ou decocção (partes mais resistentes) para ingestão no mesmo dia
Extrato aquoso de cascas	Cascas de plantas selecionadas de molho em água para ingestão posterior

Garrafadas/Raizadas/Meizinhas	Partes de plantas selecionadas cozidas em fogo brando por um longo período de tempo
Hidrolatos	Subproduto no processo de extração de óleos essenciais, durante a sua destilação
Lambedores	Partes de plantas selecionadas cozidas em fogo brando com açúcar ou mel
Mudanças alimentares	Sugestões de readaptação de rotinas alimentares conforme a enfermidade que se adquire
Óleos	Uso local, principalmente para realização de massagens para alívio da dor. Administrado em pequena quantidade para ingestão oral
Reorganização familiar de apoio	Em situações de adoecimento, o indivíduo que pretende recuperar a saúde se torna o centro familiar. Os hábitos e rotina dos entes familiares se direcionam em função de sua cura
Simpatias	Surgem como rituais seguidos por etapas que representam uma comunicação do mundo material com o espiritual para cura de situações indesejadas, onde a natureza aparece como cenário de intermediação

Fonte: elaborado pela autora.

Entre as práticas de cura mencionadas no Encontro de Saberes, os raizeiros e raizeiras mostraram que não fogem da contribuição ao imaginário popular comum à cultura do território em que vivem. A realização de simpatias nos processos de atendimento à saúde respondem à materialidade, de certa forma, de cenários de vida constantes no passado, mas também no presente e que representam as crenças e símbolos daquela comunidade. As simpatias carregam em si narrativas que ao serem repassadas precisam compartilhar do mesmo pertencimento, para assim concretizar uma absorção válida de valores culturais, que tem como fim a sua reprodução autônoma.

Na cultura popular as plantas estão associadas à utilização para cura de doenças devido aos seus atributos medicinais, mas também é aplicada no universo mágico-simbólico como é o caso das simpatias (BOSCOLO, 2013). Neste estudo apesar de os especialistas participantes comentaram fazer uso das plantas medicinais na perspectiva das simpatias, comumente não se reconhece os raizeiros e raizeiras como seu praticante, como ocorre nos casos dos curandeiros (REIS, 2019).

A seguir, apresentamos um trecho de fala de uma raizeira ensinando uma simpatia para ser utilizada em casos de etilismo:

Para quem bebe muito álcool, não se controla mais. Coloca o nome dele dentro de um côco verde e coloca debaixo de uma árvore verde assim. Essa árvore está verde por quê? Vocês acham que ela está feliz? Ela tá bem. Então pronto. Falta nele é felicidade, é Paz, é Amor. Vontade de viver. Coloca debaixo de uma árvore verde como essa. Verde bem bonito assim. E cobre para ninguém veja, coloca um bocado de pau em cima assim para ninguém tá vendo né coloca o nome dele dentro de um coco verde e coloca la debaixo daquelas árvores verdes e o senhor para ele de muito amor e carinho fale para ele que ele é o filho querido. Filho que o senhor ama, não chama mais ele de cachaceiro, não diga que ele é sem futuro (Dona de Casa).

A centralidade da pessoa em adoecimento durante o seu atendimento tem sido reforçada nos diálogos por meio da relevância da cooperação da pessoa em tratamento para persistir nas atividades repassadas nas receitas de raizeiros. Indicam a sutileza da atuação dos princípios ativos das plantas medicinais utilizadas, reforçando que a continuidade de consumo dos remédios indicados garante seu efeito positivo. As plantas assim como os corpos passam por modificações lentas, a nível fisiológico os órgãos demandam tempo expressivo de cuidado para retornar ao estado anterior de maior equilíbrio. Diante da cronicidade do problema os tratamentos variam de tempo com a finalidade de curar inclusive o órgão e não apenas visando o retrocesso dos sintomas como veremos abaixo:

Gente, como aqui tem muito aprendiz de raizeiro... um toque ai... existe pessoas que tem o problema e que vai na casa da gente atrás dos remédio. Isso é muito importante. Toma duas vezes ou uma vez e já quer ficar bom. Ou diz que não serviu. Pra tudo, pra todo tipo de enfermidade tem diversos tipos de enfermidades. Tem umas que são curadas mais rápido, tem outras que é um processo como essas que a gente ta falando agora. Tem outras que é como Alencar falou, né, que tem que continuar. Então, tem gente que toma uma vez, duas vezes e já quer que cure e nem o da farma faz isso. Porque quando a gente chega la no médico ele passa um tratamento aí tem um antibiótico que ele passa pra você tomar por 7 dias, não sei quantos dias. Já é a conta certa. Então, eu quero dizer que os naturais também são assim. A gente tem que tomar da forma que o raizeiro... cada raizeiro tem sua receita. É bom também que se respeite isso. E tomar da forma que o raizeiro ensinou (Dona de Casa).

Então, o que eu sempre uso e passo pra quem tem osteoporose é amora. Amora e também a moringa. Agora não é tomar um chá uma vez não. É tomar anos (Dona de Casa).

E aí começou a tomar, pois vocês acreditam que com três dias a mulher estava boa?! Só que ela com 3 dias já não queria mais tomar porque já estava boa, e esse é o problema. Se não persevera, não cura. Mas se

perseverar, cura. O tratamento tem que ser contínuo. A gente não pode parar (Agricultor).

Os raizeiros e raizeiras participantes deste estudo demonstram respeitar os períodos de tempo necessários para que uma combinação de plantas e outros elementos possam resolver certo problema de saúde. Isto levando em conta o estado geral de saúde de quem adoece e o estado que a doença se encontra naquele momento. Relatam terem dificuldades para fazer com que as pessoas respeitem a manutenção dos cuidados durante o tempo em que determinam.

Vê-se que a dificuldade em seguir os tempos necessários em um tratamento com PM, devido ao sofrimento ou outras questões geradas pelo adoecimento podem influenciar na tomada de decisão para priorizar os recursos, principalmente a adoção de remédio alopáticos, para a automedicação em decorrência do curto tempo de atuação e regressão dos sintomas causadores de dores e angústias. Este também tem sido motivo para a maior utilização da biomedicina, em relação à sabedoria popular das plantas medicinais, em indivíduos que têm esse tipo de conhecimento em seu contexto de vida, como relatam Pires, Neves e Fialho (2016).

A relação familiar também participa como um dos elementos do cuidado empregado. O envolvimento familiar no processo precisa contribuir para a continuidade e o seguimento em conformidade com a receita indicada. Mas sobretudo, é preciso que as consequências de relações conflituosas sejam suprimidas ao longo do tratamento. O estado emocional problemático fruto das relações familiares atrapalha o efeito que os remédios naturais se empenham em oferecer. Sugere-se que a cura também depende de um estado geral positivo, o que requer uma certa tranquilidade oriunda do apoio dos entes queridos, empenho no cumprimento das etapas e principalmente convicção nos resultados satisfatórios que o trabalho que se encontra em andamento irá proporcionar:

E assim, meu modo de pensar assim de uma doença de depressão é uma coisa muito forte. Depressão tem que ser uma união na família pra poder aquela pessoa se tratar. Sim! Tem que dar o remédio, sim. Tem que fazer o remédio, mas primeiro tem que ter muito amor naquela família junto com aquela pessoa. Não deixar ela só nenhuma vez (Raizeira Organizada).

Então é cuidar disso. Tirar disso... a família evitar dizer que a pessoa tá doído, dizer essas coisas de bullying que maltrata muito, que fere as pessoas, por isso que as pessoas com depressão se isolam, porque ficam muitas vezes a família dizendo coisa que diminui, que ela se sente diminuída. Ela tenta se isolar cada vez mais. A medida que vai avançando ela vai se isolando, né, vai recebendo mais críticas, essas coisas... então, a

espiritualidade, o afeto, o amor, o carinho, faz toda diferença no tratamento (Dona de Casa).

E também precisa do apoio da família. Se a pessoa fala uma coisa, a família tem que chegar e dizer se foi uma coisa negativa e dizer “olhe, não é assim, é assim, assim, assim”. Fazer com que a pessoa tenha alegria, sorrir, brincar, cantar. E tá sempre dando força àquela pessoa pra ela ficar animada, por perto dela, inventando uma coisa, fazendo outra, botando ela pra fazer coisa com a gente. Sempre está ao lado dela incentivando ela, só pensando em coisa boa, em alegria viu? (Raizeira Organizada).

Da mesma forma que a receita (etapas necessárias ao tratamento) exige bastante comprometimento e participação ativa do indivíduo sob cuidados e seu círculo afetivo, em certos casos é necessário seu total desconhecimento. Na literatura encontrou-se que o segredo é empregado sobre os saberes que condicionam as práticas no sentido de protegê-los e evitar utilizações inapropriadas por outras pessoas (LOPES, 2016). Enquanto na benzeção, o segredo aparece como uma das etapas do aprendizado deste ofício, como uma prática pública mas em acesso restrito aos seus fundamentos, liberado apenas entre os mestres (quem ensina) e seus aprendizes (BALDINO *et al.*, 2015)

Assim, muitas vezes é possível que os indivíduos, como regra, não saibam dos elementos contidos no remédio que será administrado ou ainda dos passos ou etapas que antecederam e viabilizaram a produção da raizada, chá, banho e outros. Se há a opção pelo sigilo, este se torna uma condição primária para o sucesso da receita em termos de recuperação ao mau que os assolou, como pode ser demonstrado com os seguintes trechos:

[...] pois é, pra o tumor eu não sei passar remédio porque o câncer não é fácil de se curar. Seu Antônio tá perguntando... ele é o mais sábio. Agora pra “elepsia” eu tinha uma tia e ela ficou boa. ela ficou boa com a escova de peru torrada, faz o café. Agora só que nunca ela (a pessoa com epilepsia) pode saber. Você tem que dizer que deu café de outra coisa, não... da escova de peru. Não pode saber. Pega a escova, torra, faz o café e dá pra tomar. Mas não pode saber. Minha tia não sentiu (os sintomas da epilepsia) mais não (Dona de Casa).

Aí tiramos a roupa dela, queimamos e demos o chá pra ela, e enterramos. E nem pro marido dela ninguém nunca falou. Nem pra ela. E ela graças a Deus se curou. Ela ficou boa, já é mãe de quatro filhos, e não voltou mais. E foi deus primeiramente e esse serviço da roupa queimada. E fazer o chá e enterrar pra ela nem saber. E ela também nunca perguntou da roupa que ela tava com ela. O que foi que aconteceu (Raizeira Organizada).

A atenção à saúde realizada por essas pessoas conta com grande variedade de apresentações e complexidade caso a caso. Sua versatilidade pode ser verificada ainda nas situações em que o tratamento continua apesar da remissão dos sintomas que originalmente

provocaram a busca por atendimento. Mantendo-se doses em menores quantidades, com ingestão de forma mais espaçada ao longo do dia, ou do ano, com vistas à manutenção daquele estado positivo de saúde provocado pelo uso do próprio.

Por vezes, viu-se que a transição de fases entre o tratamento dos males para a manutenção da saúde ocorre com uma mudança de receita, acessando outras preparações a partir de outros recursos vegetais, modificação da dose e de sua frequência. Para esta fase de manutenção de uma saúde que foi recentemente recuperada incentivam a administração contínua de determinada combinação de plantas medicinais para garantir uma completa regeneração e impedimento de retorno dos sintomas da doença. Esta nova receita assemelha-se a uma maneira adotada para prevenir a ocorrência da mesma enfermidade.

6.3 Compreensão do adoecimento: a autoatenção ampla dos raizeiros e raizeiras

Os diálogos na roda de conversa foram orientados pelo facilitador para que cada raizeiro e raizeira, a cada rodada, relatasse uma doença ou problema de qualquer origem que não conseguiu tratar com o material vegetal que habitualmente utiliza na preparação das raizadas. A partir destes diálogos orientados de acordo com a temática ‘Reconhecer e Curar’ foram identificadas determinadas representações e práticas de autoatenção em âmbito amplo referente às suas compreensões relacionadas ao adoecimento.

Entende-se que a abordagem adotada não alcança a profundidade completa de uma gama de representações que permeiam a AA ampla do grupo em questão, contudo reitera-se a potencialidade das informações acessadas por meio de trocas de saberes livres entre a população de interesse. Aqui, acessamos significados e noções mais proximais do atendimento à saúde propriamente dito, com influência clara em sua concretização, mas que de certa forma incidem sobre a manutenção de sua cultura, assim como na sua reprodução biossocial. Incluem-se formas de organização social em situação de adoecimento, o lugar do corpo no entendimento sobre a doença, a maneira como constroem a compreensão sobre a doença que precisam lidar, entre outros.

Assim, a dinâmica intencionou que voluntariamente todos os participantes obtivessem a opinião dos demais companheiros sobre seu impasse na atenção à sua saúde, ou de terceiros. Alguns raizeiros com as maiores idades não se dispuseram a fazer comentários alegando a ausência desse tipo de impasse, por não terem vivenciado uma situação a qual não tivessem conseguido resolver. O posicionamento destas mesmas pessoas, a cada rodada, foi aguardado com grande atenção pelos demais participantes. Um número reduzido de participantes mais

jovens (com cerca de 35 a 55 anos), comentaram ao longo dos turnos do encontro sobre a oportunidade de aprendizado que vêm obtendo no decorrer das edições do Encontro e como isto tem contribuído para o aprimoramento de suas habilidades enquanto raizeiro.

A oralidade, e a comunicação em sua totalidade, são partes integrantes da transmissão assim como da manutenção das suas visões de mundo, seus ideais e suas práticas, em direção às futuras gerações. Como parte de uma cultura que segue em movimento dinamizando o seu interior de forma constante. O encontro comporta-se como um espaço público, livre e acessível onde essas pessoas possam contribuir para que o aprendizado que ocorre por meio da oralidade possa acontecer não só para os indivíduos do seu ciclo familiar, mas também para os que mantêm relações horizontais e compartilham da mesma tradição de saberes e práticas. O constante aprendizado que ocorre entre raizeiros reforça a renovação dos seus saberes e fortalece as suas próprias práticas dentro desta rede.

De maneira oportuna comentou um dos facilitadores do evento que “o raizeiro também é um contador de histórias”. O Encontro de Saberes além dos aprendizados horizontalizados também os provoca a mencionar com mais detalhes sobre si mesmos, sobre sua família, situações de conflito, entre outros. Então, quando são incentivados a indicar determinado produto de ervas para tratamento de uma doença, certamente esta receita não surge desacompanhada de uma boa história de como aprendeu tal indicação, quem ensinou ou qual situação e como seguiu-la da melhor forma.

A morte, ou melhor, o risco perene de morrer esteve presente em uma grande maioria das histórias contadas pelos raizeiros e raizeiras. Independente da maneira particular que cada grupo (donas de casa, vendedores, grupos organizados e agricultores) identificado no encontro cuida de sua própria saúde em um padecimento, existiu o receio de morrer. Diante dos diálogos trocados entre eles, este receio sugere que assim como é frequente acontecer episódios de adoecimento ao longo da vida, suas práticas também são comumente atravessadas por tentativas de manutenção de sua existência. O fato de vivenciar episódios de padecimentos novos - desconhecidos enquanto experiência - contribui significativamente para o aumento do medo de morrer. Assim, os adoecimentos são experienciados com grande pragmatismo e organização, tendo em vista a emergência identificar, tratar o problema, afastando a chance de não resistir às consequências provocadas por determinada situação.

As suas respostas na roda de diálogos comportam-se como uma revelação de circunstâncias, e não escaparam às tentativas de compartilhar e justificar seu próprio entendimento quanto à causa ou causas das doenças e a sua descrição de acordo com quadro

de sintomas experienciado. Não como uma maneira de difundir ideias simpáticas ao discurso médico, apesar da aproximação evidente, mas sim demonstrando como inclusive têm em seus posicionamentos uma certa impregnação deste mesmo discurso.

Ocorre que o contato com os serviços de saúde, permite o acesso dessas pessoas às orientações biomédicas que possuem um discurso específico. Este discurso por sua vez surge nas falas dos raizeiros e raizeiras na referência à administração das plantas medicinais nos tratamentos, na dosagem que geralmente indicam dos remédios caseiros, na continuidade da ingestão por período pré determinado, entre outros que assemelham-se em certa medida ao que pode ser ouvido em atendimentos nos serviços de saúde.

Enquanto isso, o tratamento será influenciado a partir da maneira como acompanham o desenvolvimento ou evolução de uma doença, desencadeando nas decisões que compunham sua indicação de atenção, como a seguir:

Olha, eu tenho pra dizer que depressão é uma tristeza profunda misturada com mágoa que ninguém sabe da onde veio. Inventa coisa sem saber da onde veio também. Encuca coisa. E o remédio de depressão é tomar remédio. Porque a pessoa fica com o corpo físico fraco e mental tudo fraco. Ai a pessoa ali ta precisando de uma vitamina, de um cálcio que faça parte de tudo isso, né. Pra tirar, pra fortificar o corpo e a mente. E também precisa do apoio da família (Raizeira Organizada).

Existe vários tipos de anemia, então para tratar tem que saber qual é o tipo de anemia para buscar a planta correta, o remédio correto. então assim eu tenho que saber. Porque assim a pessoa toma o remédio e não serviu, outra pessoa toma e serviu. Então ele vai de acordo com o tipo de anemia que você tem (Dona de Casa).

Eu tive um começo. Começo não, já era depressão mesmo. E também já tratei de pessoas com depressão. É como dona Raiz terminou de dizer né pra mim a depressão nada mais é que mente vazia. Se a gente vier observando o que elas falaram é mente vazia. Como que eu adquiri depressão? Isso vai servir pra vocês. Depressão é quando a gente não tem amor. É quando a gente não recebe amor. Ou seja, quando a gente não ama o nosso próximo como a si mesmo. Como a gente ama a gente mesmo. Porque eu estava com o coração angustiado e aquilo dentro de mim já tava virando uma serpente, um ódio. O ódio é uma serpente. Uma serpente que faz muito mal e leva pra força igual dona Raiz falou (Dona de Casa).

Eu passei muito tempo com rinite alérgica né, eu faltava era morrer de espirrar, a cabeça crescia ficava enorme parece que era uma cabeça d'água e eu sentia fortes dores de cabeça. E aí eu tava vendo aquela situação eu pensava que era uma gripe e aí tomava remédio e era aquela confusão da bexiga daí a pouco ficava o corpo mole e eu padecia com esse problema vários anos, vários anos mesmo. Ai depois de um certo tempo ela ficou tão intensa e tão frequente que é quase toda semana eu tenho uma crise pesada (Raizeira Organizada).

Como mencionado no início desta seção alguns sentido para a reprodução sociocultural dos raizeiros dificilmente foi acessada devido aos objetivos dos diálogos. A noção de corpo não foi explicitada ao longo das conversas, mas percebem-se algumas nuances em certas declarações. O corpo é o espaço de comunicação e intermédio com deus, é neste que a cura como uma bênção pode ser manifestada em resposta ao compromisso religioso e ético que estes especialistas mantêm com Deus, a própria materialização de sua devoção. Por isso mesmo precisa desprender diversos cuidados ao longo da vida em prol de sua manutenção, e retardamento da deterioração comumente apresentada na velhice.

No padecimento, o corpo é lugar de mistério, campo de investigação em busca do caminho que lhe faz encontrar a cura desejada. Estas pessoas identificam a manifestação de uma doença a partir de uma linguagem do seu próprio corpo que comunica uma resposta interna para a forma como o mesmo tem sido tratado, principalmente por meio da alimentação. Assim, para eles, os novos hábitos alimentares parecem ser um dos principais alarmantes causadores de adoecimento na vida moderna. O alimento se apresenta como tratamento, assim como boas escolhas alimentares representam a manutenção da saúde e garantia de não precisar lidar com a consequente comunicação negativa de seu próprio corpo, representado pelo adoecimento:

Uma coisa que é bom a gente analisar é que toda doença ela quando ela se manifesta ela tá tentando dizer que tá faltando no corpo um tipo de nutriente, mineral, vitamina, proteínas, substâncias que às vezes o corpo deixa de ingerir no dia a dia e acaba a partir dali gerando uma manifestação de uma doença (Vendedor).

Como a senhora falou ali, uma filha que esteve grávida então hoje tem depressão, podemos considerar como depressão pós-parto. Eu vejo que tem uma depressão emocional, psíquica, e também nutricional. O que é isso? Hoje nós somos o que a gente tá comendo, a gente está ficando muito doente e morrendo mais cedo porque na verdade nós estamos comendo lixo, veneno (Vendedor).

A depressão é uma doença... é a doença deste século né, segundo aí, segundo as pesquisas aí que a gente escuta. E ela é resultado de uma boa parte daquilo que a gente come. Existem pesquisas científicas que comprovam que todo alimento industrializado, com conserva, gera depressão. E glúten, massa, massa de trigo. É todo alimento que leva massa de trigo gera depressão, minha gente. É incrível! Vocês podem não acreditar, mas é verdade. Quem consome muita massa é uma forte aliada a depressão (Dona de Casa).

Encontrar os fatores causadores de adoecimento tem se mostrado um campo vasto de investigação para os raizeiros, e um momento determinante na escolha das plantas medicinais

que terão a incumbência de recuperar o equilíbrio perdido momentaneamente. A maneira como experienciam as enfermidades, seja por seu próprio adoecimento, mas também de pessoas próximas, lhes fornece os elementos necessários à compreensão dos fatores que provocam o surgimento dos males. Com isso em mãos os raizeiros iniciam a busca por plantas que contenham as propriedades indispensáveis à resolução do problema, considerando a origem deste problema que se acredita ser expressada por meio dos sintomas e a individualidade das pessoas:

Tem essas medicações que já foram faladas pra coluna que desinflama, o açafraão né. E o cloreto de magnésio. Todas as questões que foram colocadas aí você vê que cada um diz um remédio diferente para a mesma doença porque às vezes é a mesma doença mas a origem é diferente (Dona de Casa).

Isso aí é como um tipo de alergia e depende da terra. É uma coisa que a flor do mussambê vai tirar aquela alergia que penetra pelo pó da terra. Tudo que for de piso é pó da terra (Agricultor).

Cada um que tem um sangue diferente. tudo começa pelo intestino, segundo pelo sangue. não é obrigado ninguém ter sangue igual, porque se fosse, quando fosse tirar sangue de uma pessoa pra todo mundo dava, nera? Cada um faz um remédio conforme seu sangue. Eu mesmo já curei e já usei (Dona de Casa).

Pra ressecamento nos pés a gente tem que tomar remédio para o fígado. Isso aí minha mãe já tomou, eu já tomei. A gente toma o boldo. O boldo que a gente planta, não é aquele comprado. Esfrega a folha e toma 30 dias para o fígado. Porque o ressecamento nos pés vem do fígado. Digo por experiência própria (Dona de Casa).

A procura da origem das doenças foi atribuída ao entendimento das manifestações dos sintomas dentro da temática da espiritualidade e inclusive no âmbito emocional. Na primeira, os episódios de epilepsia foram associados ao desenvolvimento mediúnico do indivíduo em tratamento. Enquanto no outro, perceberam que o estado emocional é o fator que tendencia a sentimentos - angústia, mágoa, raiva, tristeza e solidão - que podem ser causadores de doenças. Relatam que o enfrentamento a situações que carregam certa complexidade em sua resolução acabam gerando sofrimento no âmbito psíquico a ponto de acontecer a sua manifestação a nível corporal. E inclusive pode atrapalhar a busca por uma solução adequada como pode ser observado a seguir:

Eu tive uma experiência com uma amiga que ela tem epilepsia e to começando agora também a fazer (ser raizeira) com alguns poucos anos. Ela começou a ter epilepsia depois da primeira gravidez e a gente foi estudando isso juntas dentro da espiritualidade e percebemos que era um tipo de mediunidade também (Dona de Casa).

Muitas vezes também ela tá agregada a um fator emocional. A gente esquece muito do lado emocional da gente que às vezes é um grande causador de doenças. Como é que você está emocionalmente? Fator relacionamento né, fator emprego, trabalho, o que você faz no dia a dia, tudo isso é bom refletir né. Fazer uma avaliação mais aberta, mais expansiva pra gente saber o que realmente está causando determinadas doenças nas pessoas, porque às vezes só pensar no fato remédio, direcionar um remédio X e às vezes não cura porque você vai atrás de uma cura biológica e às vezes o fator emocional... como é que tá o seu comportamento, como é que você tá observando as pessoas, o mundo a sua volta né, a natureza e tudo mais. Porque essa harmonia ela diz muito dentro de uma cura (Vendedor).

Conforme o que eu conheço da tireoide ela pode surgir de um fator emocional. A pessoa às vezes se sente impotente numa situação, ela não tem muita força para agir. O que eu conheço da tireoide é que pode estar ligado muitas vezes a questão emocional, fator de potência. Você tá sem força. Você aceita uma situação constrangedora que você não pode fazer muita coisa. O convívio às vezes dentro de uma relação familiar e tem tudo haver com isso. E também tá ligado a deficiência de iodo (Vendedor).

O conhecimento do tempo de adoecimento, se crônico ou agudo, contribui para a identificação da fase em que a doença se encontra, e sobretudo o quanto de esforço precisará ser empregado para a recuperação do(s) órgão(s) atingido(s). Para alcançar a cura, e assim resolução do problema, não é suficiente apenas interromper o desenvolvimento dos sintomas. O ideal é que o restabelecimento da saúde ocorra também por meio da recuperação do órgão lesado, geralmente isto é relacionado ao controle de um processo inflamatório. Por isso, a estratégia de tratamento a ser utilizada oscila conforme essas informações, quando adicionam à rotina de cuidados um elemento especialmente para atender ao órgão em questão, como explicam nos trechos de falas:

O tempo da cura depende muito do problema. Se está no início é pouco tempo para curar, mas se já tiver mais velho demora mais (Vendedor).

O própolis é indispensável para pessoas que têm qualquer doença, não é só câncer não, porque o câncer não estando em fase terminal é a coisa mais fácil de curar. Agora, quando ele já deixou sequela, já causou outro e outros problemas, então já é mais complexo. E até a epilepsia, não é só a epilepsia, às vezes é uma sequela que foi causada pela cirurgia ou então por um problema (Agricultor).

Então significa que é um processo inflamatório, então talvez seja se o quadro já tiver avançado, além das outras coisas que já foi acrescentado, acrescentar alguma coisa anti-inflamatório (Agricultor).

Se você operar você tira a pedra, mas o fígado fica inflamado. Você tem que tomar erva medicinal que cicatriza seu fígado e tira as pedras (Dona de Casa).

Contudo, relatam sobre a existência de casos em que o estado de comprometimento do órgão pode ser tão severo que um determinado preparado de componentes, ainda que naturais, utilizados podem resultar em risco de vida para o indivíduo que se encontra em tratamento. Isso se dá precisamente quando se trata do etilismo, como nos conta uma Dona de Casa, discutindo sobre os efeitos nocivos da ingestão crônica de álcool em nosso corpo: “o problema do álcool é que qualquer coisa pode matar porque ele já tá contaminado no álcool né. Às vezes você vai dar um remédio pensando que serve e mata por causa do álcool que já tá contaminado nas veias dele. Ele já tá por tudo, aquele álcool tomou conta do sangue”.

Mesmo diante de alguns aspectos que podem complexificar a seleção de plantas e a forma como irão conduzir os tratamentos, grande parte dos raizeiros fez questão de reiterar que não existe doença intratável, sempre há uma maneira para encontrar a cura de uma doença. Apesar de não haver uma maneira exatamente precisa de verificar quando atingem a cura desejada, foi possível notar que o intervalo de tempo em que o indivíduo em tratamento permaneceu sem manifestar novamente os sintomas serve como um bom parâmetro. De certa maneira este tempo reforça a confiabilidade de sua receita, então quanto mais largo esse intervalo, mais recomendável é a combinação de determinadas plantas, forma de preparo, tempo de tratamento, entre outras decisões que envolvem a sua autoatenção:

Eu tive problema de vesícula quando eu fiz a cirurgia da apendicite o médico disse “daqui um ano você tem que fazer a cirurgia da vesícula. Já tá muito avançada.” Ah eu tomei vários remédios, mas o que me curou que eu não senti mais a 55 anos foi a raiz do caruá, só o chá da raiz por 3 meses e eu não senti mais nada, eu que fiquei boa né (Dona de Casa).

E aí com dois ou três meses eu comecei a sentir uma certa melhora daquela situação que eu vivia, mais num é que o remédio serve mesmo?! E está com mais de 10 anos que eu faço uso de gergelim e essas crises foram desaparecendo, as crises pesadas que eu tinha foram desaparecendo, desaparecendo, e hoje eu continuo a usar o gergelim, mas eu uso não mais como eu usava (Dona de Casa).

A maneira como os raizeiros e raizeiras compreendem e lidam com o adoecimento, naturalmente, recebe interferências de uma diversidade de aspectos que foram discutidos ao longo desta seção. Embora, reitere-se que o aspecto de maior relevância parece estar relacionado à centralidade do indivíduo em situação de adoecimento. Toda e qualquer experiência com doenças reflete a situação de uma pessoa em sua unicidade, que eventualmente pode e deve ser replicado para outras que em alguma fase da vida precisam lidar com a mesma doença. A sabedoria que sustenta os esforços concentrados principalmente

na produção do remédio, na escolha adequada do material vegetal, tem como princípio fundamental cessar o sofrimento e restabelecer o bem estar.

6.4 A busca pela cura e seus itinerários terapêuticos

Os raizeiros e raizeiras inserem em sua autoatenção representações, entendimentos e práticas comuns a diferentes modelos de atenção, como visto nos capítulos anteriores. Para além disso, também recorrem a especialistas de modelos de atenção que distanciam-se de certa forma às práticas comuns executadas no seu espaço domiciliar. Em todos os turnos de gravações das rodas de diálogos mencionou-se pelo menos uma vez sobre a escolha de buscar atendimento médico, sem especificar se a origem deste consultório estava vinculada ao sistema público de saúde, o SUS. Ainda que nos momentos de indicar intervenções à saúde não mencionaram remédios de outros modelos médicos, apenas mencionaram a indicação de produtos caseiros feitos com PM, mesmo que esta indicação tenha influência do discurso médico.

A procura por atendimento à saúde aconteceu de maneira diversificada, por meio das falas se pode observar que os raizeiros e raizeiras constroem articulações diversas entre sua autoatenção, com a ativação de dispositivos próprios para a cura das doenças, e a presença primária ou complementar de um profissional da saúde, geralmente médico. Isto também pode ser observado no caso de etnias indígenas que possuem maior proximidade com os recursos biomédicos por longo período de tempo. O que facilita a manutenção de suas práticas tradicionais intercaladas com os atendimentos médicos nos serviços de saúde conforme o tipo de doenças que o núcleo familiar consegue diagnosticar (LIMA, 2018).

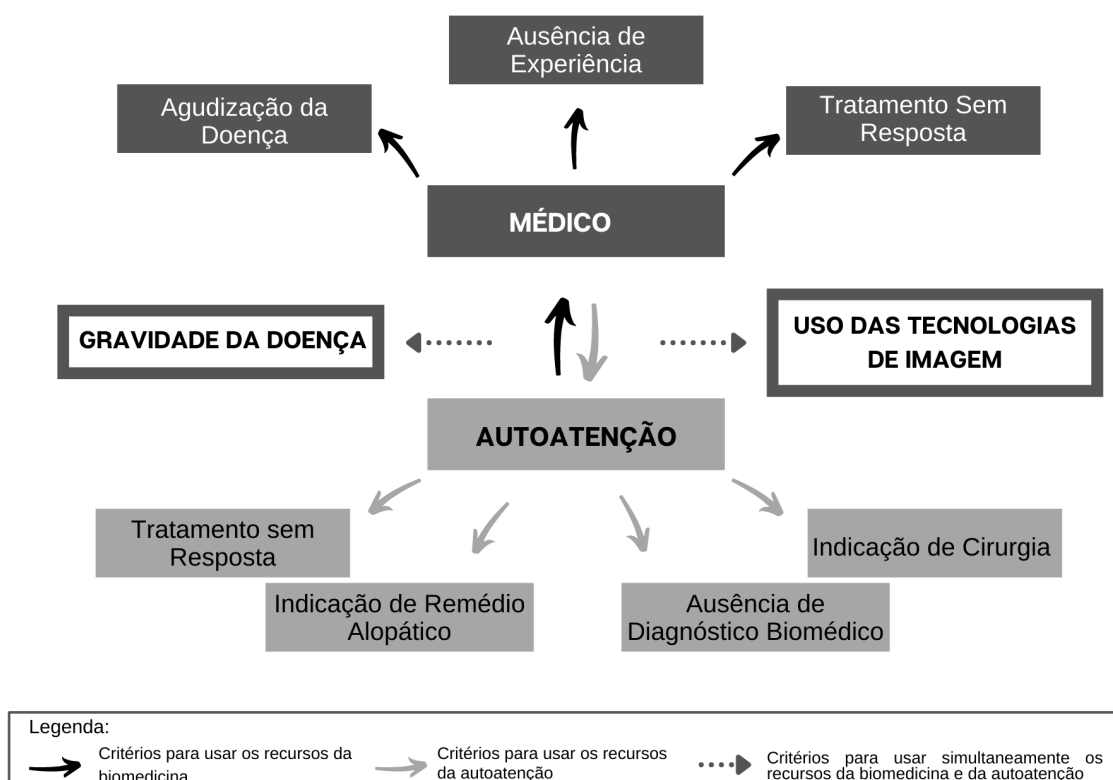
Não se verifica descredibilização ou supervalorização da práxis médica, sua procura e inclusão se justificam pela necessidade de interromper a cadeia de eventos associada ao adoecimento. Mas, também pela liberdade de convivência natural que possuem na fronteira que se estabelece entre a sabedoria que lhes é concernente e a consulta a conhecimentos disponíveis, assim como o que se vincula ao modelo médico hegemônico, conforme argumenta Menéndez (2009).

Para alguns grupos indígenas esta procura pelos serviços de saúde parece estar dependente do tipo de manifestação que o padecimento irá apresentar, se “doença de branco” (GALLOIS, 1991) ou “doença de índio” (BARCELOS NETO, 2006). Entende-se que os padecimentos que a sabedoria tradicional dá conta, são os mesmos que apresentam uma demanda sociocultural que a biomedicina enquanto sistema de atenção à saúde não abarca

recursos necessários para manejá-las (LANGDON, 2014). Principalmente pelo fato de certos padecimentos evocarem racionalidades que são incomuns para a racionalidade médica dominante atrelada a este modelo médico (biomedicina), afastando-se de uma visão materialista, focada nos aspectos biológicos.

Neste trabalho, a busca da cura de uma doença e restabelecimento de um estado considerado saudável sugere um caminho percorrido entre erros e acertos. Isto inclui tanto a utilização de plantas medicinais nas mais diversas formas de produção de remédios, bem como a consulta ou influência indireta de um profissional médico. Em toda a extensão dos registros de transcrições dos áudios das conversas não foi citada uma tentativa de compartilhamento dos raizeiros com os profissionais de saúde sobre as decisões resolvidas pelos primeiros durante sua autoatenção. Nery (2021) estudando as interações entre raizeiros e profissionais de saúde, mostra que há relatos de trocas amenas entre os dois grupos, mas predomina a falta de envolvimento e desinteresse na atenção com PM, por parte dos profissionais de saúde. Aqui, esse tipo de informação pode não ter sido identificada por não se mostrar condizente com a forma como as conversas foram direcionadas.

Figura 4. Motivações do itinerário terapêutico dos raizeiros e raizeiras participantes do estudo



O objetivo dos diálogos, por outro lado, nos permite notar que as práticas de cura pelas quais são identificados, também são passíveis de não apresentarem a solução esperada. O que lhes aparece como oportunidade para buscar novas informações e práticas, principalmente por meio da biomedicina, como mostra a figura abaixo.

Desse modo, a opção pelo atendimento médico pode acontecer antes mesmo da investigação por uma planta ou combinação de algumas plantas para produção caseira de remédio. De acordo com os trechos abaixo, isso geralmente acontece diante de uma situação em que o indivíduo se encontra em processo de agudização da doença, passando por intenso sofrimento devido a gravidade dos sintomas. Viu-se que o mesmo processo pode dificultar a tomada de decisão do raizeiro dentro de sua práxis habitual, graças às consequências geradas pela própria enfermidade, recorrendo assim rapidamente à procura por atendimento médico de urgência, como indicam os trechos:

[...] há 30 anos eu tive depressão e para quem sente depressão é “doençona”. Não é fácil não. Eu senti depressão de uma raiva que me fizeram. Eu fiquei com aquilo guardado, quando eu me lembrava sentia aquele tremor por dentro e aqui dentro meus nervos foram caindo, foram caindo e eu passei a ir para os médicos e passavam remédio. Eu só tomando remédio, só massa, só acabando com meu estômago. Passou dois anos e eu com esse problema. Passou faixa preta, comecei a tomar faixa preta (Dona de Casa).

A busca por serviços médicos como primeira decisão na atenção de sua saúde tem sido justificada indiretamente ao longo dos turnos do evento, em ambas as edições, pela gravidade da doença, e/ou quando não possuem experiência em seu atendimento. O desconhecimento de aspectos relacionados ao adoecimento também torna a procura pelos serviços de saúde como opção primária já que nesta ocasião lhes escapa a instrumentalização necessária para tomar as decisões cabíveis no atendimento com os remédios caseiros usados habitualmente.

Do mesmo modo, outros raizeiros mencionam que a decisão por procurar um atendimento médico se justifica quando a utilização dos remédios caseiros de seu conhecimento não consegue atingir a finalidade desejada. Ainda que consigam alcançar a compreensão do processo de adoecimento ao qual estão vivenciando. Sendo assim, estas pessoas, optam inicialmente por um tratamento caseiro sob os seus próprios cuidados: “(...) eu vou parar tudo essas coisas, vou procurar o médico. Porque quando a gente começa com uma coisa caseira, dentro de casa que não ver ficar boa, o resultado, procura o médico. Porque eu só vou ao médico desse jeito. Eu fui” (Dona de Casa).

Enquanto a decisão de cessar as recomendações médicas e procurar o atendimento de um raizeiro, ou viabilizar as próprias capacidades tem sido motivada principalmente devido a não resolução das questões que os levaram aos consultórios. Ainda, são mencionados os casos em que os profissionais de saúde não conseguiram, apesar dos diferentes gêneros de tecnologias disponíveis, diagnosticar o problema de saúde. Em outras situações, a busca por raizadas, após a falha do tratamento alopático, ocorre por causa do esgotamento de soluções possíveis no discurso médico, como pode ser visto nos seguintes trechos:

Eu já tratei de pessoas que tinham quatro tumores de câncer tumores no intestino. então, em primeiro lugar a alimentação. deve evitar doce e carne, porque alimenta o câncer. inharé, crajiru e babosa e o pó de babaçu. então foi com essas que eu tratei. essa foi em 2004, o médico deu seis meses de vida à ela. ainda hoje ela é viva (Dona de Casa).

(...) o velho já tinha andado por todo canto, por todo médico e ele soluçando, aí a mulher dele chegou lá em casa aí disse “Dona Raiz, me ensina um remédio para o meu marido porque ela já tá com uns 15 dias que eu ando por todo canto com ele e não acaba esse soluço” aí eu disse “Minha filha, você sabe o que é o agrião?” ela disse “sei”. “apois, então você pega o agrião, aí você faz o chá, não só é um vez o chá, você vai passar um mês e dando chá do agrião a ele, mas se ele tiver tomando remédio de farmácia não vá misturar o agrião com remédio de farmácia” (Dona de Casa).

O médico desenganou, disse que ele não via mais. E pode perguntar a ele. ele não chama o Jataí não. é o milagre Jataí. ele voltou enxergar tudo direitinho a catarata limpou, que é o sinal que vai cobrindo o brilho do olho. e ele vai voltando, vai acabando né (Agricultor).

Em um dos relatos observou-se que no atendimento à saúde, seja a própria ou a de terceiros, os raizeiros encontram ou mesmo estabelecem limites em sua atuação no processo de cessar os problemas causados por enfermidades. O desencadeamento de consequências em diversos órgãos somado ao desconhecimento da explicação da problemática pôde ser identificado como um desses limites. Do mesmo modo que os raizeiros mencionam a recusa de atendimento às pessoas que já se encontram em processos muitos avançados e cronificados de adoecimento. Relatam que o tratamento empreendido pelos mesmos necessita de certo tempo de acompanhamento, assim como o comprometimento dos indivíduos em adotar as mudanças positivas de estilo de vida que vem acompanhadas da utilização dos remédios caseiros produzidos com plantas medicinais. As falas abaixo exibem algumas situações relacionadas ao entendimento dos limites de atuação dos raizeiros:

E no ouvido a gente põe só o sumo do manjeriço. Se for fraqueza na cabeça, controla. Agora se for em algum órgão, por acaso rins, ou outra

peça qualquer coisa, a gente aí não controla não. É preciso passar pelo médico. Se é sujeira eu não sei para que ele alugou os ouvidos para as aranhas. Têm que passar pelo médico para tirar a sujeira (Vendedor).

Uma senhora que me procurou, ela fez o tratamento do Câncer. Aí então, perguntei a ela o que era que ela tava se alimentando. Ela disse que já tinha comido até carne de porco. Eu digo ave maria, mulher, então tu não fez tratamento do Câncer. Ela disse fiz. pois não comi isso aí não. Você vem me procurar para fazer uma garrafada pois eu não vou fazer não. Porque se você não tem a dieta, você não tem cura. se você tiver a dieta, você tem cura (Dona de Casa).

O pessoal só procura o remédio depois que não tem mais jeito. porque se procurar no tempo certo, todos curam. agora quando procura já tá morto. Então não adianta mais nada me procurar, né? Eu tenho feito para pessoa de... quantos anos você tá com essa coisa? Tô com três meses que foi detectado, tá novinho. Então você já está curado, pode se tratar com folha de graviola e bem ligeirinho, mas quando passa de cinco anos (...) (Vendedor).

A gravidade da doença pode fazer com que esses sujeitos não decidam entre um modelo de atenção ou outro, optando pela combinação de preparados de plantas medicinais associados com determinadas recomendações médicas, inclusive aderindo por tempo limitado a um tratamento medicamentoso. Esse, por sua vez, tem utilidade limitada pelo fato de alguns raizeiros considerarem sua incompletude de atuação sobre a doença, referindo-se a obrigatoriedade da manutenção da administração para impedir o aparecimento ou retorno de determinados sintomas. Enquanto as plantas aparecem nesta associação por serem inerentes no processo de atender à saúde, como cerne de sua autoatenção e caminho possível e natural para a cura propriamente dita, como sugerem abaixo:

[...] eu tenho um problema de alergia que o médico disse que eu não metesse mão em água morna e nem sentisse poeira. Para passar o pano na casa tinha que ser molhado, para espanar a casa nem passe a vassoura, tinha que ser molhada e eu me internei desse negócio no meu nariz e me dá aquela tosse seca que não é gripe. Quando aperta isso em mim aí eu tomo um copinho desse xarope que eu não sei para onde é que vai, porque já hoje eu levei essa neblina e até agora eu estou normal. E também para esse negócio do nariz o meu menino tinha, eu fiz banho de eucalipto com quina-quina e ele se curou com os poderes de Deus. Tá curado. Não sentiu mais nada não (Dona de Casa).

Quando eu fiz a colonoscopia, aí eu estava com hemorroidas de segundo grau e tinha um processo inflamatório né. Quando eu peguei o exame aí ele pediu que eu fizesse a biópsia. Levei para biópsia, quando eu pego todos esses resultados, voltei no médico que tinha me pedido esse exame. (...) A biópsia deu negativa né. E aí ele passou alguns remédios à base de antibiótico, né. Eu tomei. Enquanto eu tomava esse antibiótico estava tudo bem, tudo muito bem. Ele recomendou melhorar a alimentação, comer fibras e essas coisas de médico que a gente já sabe como é... o médico que trata

mais com a questão da medicina alopática. E aí eu digo: “Meu deus que diacho é que a gente vai fazer com isso, como é que vai ser isso?” E aí eu comecei a pensar, digo: “Homem... eu vou caçar outras coisas, eu vou ver como é que eu vou fazer, vou buscar um meio de remédio né? Alternativo.” Aí eu lembrei também, de novo vem a lembrança da minha avó (Raizeira Organizada).

A combinação de modelos de atenção mencionada acima ocorre igualmente na busca pelo diagnóstico da doença, por meio de exames disponibilizados pela atenção médica. A realização de exames e descoberta da doença geradora dos desconfortos instrumentaliza o raizeiro na sua própria indicação. Ou seja, a tecnologia comum a este modelo médico é usada para sinalizar as decisões que o raizeiro precisa tomar para conceber a sua trajetória terapêutica dentro da sua autoatenção. E ainda, consegue articular esse tipo de tecnologia para verificação do seu estado de saúde, remissão da doença e situação dos órgãos, posteriormente à administração de remédios caseiros, segundo as falas a seguir:

Um senhor fez e ficou bom. Agora ele tomou seis meses o suco do noni, durante 6 meses foi a água que ele tomou. Ele foi diagnosticado, fez todos os exames para fazer a cirurgia, mas com muito medo não queria fazer a cirurgia. Tomou o suco do noni direto, direto. Fazia de dois litros e botava na geladeira e tomou durante 6 meses e foi para o médico novamente, fez todos os exames e havia desaparecido totalmente a inflamaçãozinha da próstata (Vendedor).

O meu irmão teve e segundo os médicos fez o exame e viu que era epilepsia. Ele teve com 17 anos e a gente deu pra ele o café da mostarda. A sementinha de mostarda com girassol e dava a ele três vezes ao dia. E graças a deus ele ficou bom, hoje ele tem 48 anos e não sentiu mais. E meu sobrinho pequeno tinha um ano de idade e deu (epilepsia) e a gente continuou dando a mostarda com girassol e graças a deus também ficou bom (Raizeira Organizada).

O médico diz, os médicos nas tomografias, eles dizem que eu tenho vários bicos de papagaio na cervical, vários (...) então ele disse que eu também tenho hérnia de disco, tenho artrose tem não sei o quê, tem um monte de coisa que está lá no papel. Então, mas começou a piorar mesmo. Teve dia que eu não podia nem tomar fôlego (...) eu conversei e Raiz disse “tome o óleo de pequi (Agricultor).

Tireóide, eu fiz o exame para ver como tá. Eu fiz ultrassom e tudo, fiz biópsia, graças a Deus é tudo normal. Eu não passo um dia a não tomar remédios naturais, né. To tomando para tireóide, agora me falhou ... amora. Os comprimidos da amora com graviola. Os comprimidos dos dois e o comprimido também do açafraão. Graças a deus estou muito bem (Dona de Casa).

O tratamento com medicamentos em ambos os modelos (autoatenção e biomedicina) se assemelha de certa forma. Apesar da disparidade entre as substâncias que os compõem, necessitam, por vezes, de um intervalo de tempo considerável para resolução dos problemas.

Isto já foi mencionado pelos raizeiros e discutido em seções anteriores. O discurso médico empregado na indicação dos tratamentos medicamentosos se populariza em uma dimensão que alcança também a práxis dos raizeiros ao longo de suas recomendações de cuidado, sobretudo quando se trata da orientação de ingestão de determinado remédio caseiro, como refere um Agricultor: *“É nove folhas de maracujá do mato, com três largadinha de camomila e três folhas de laranja, aí faz os três misturados e toma de noite controlado, como quem toma remédio para qualquer doença controlada. Toma toda noite, toda noite (...)”*.

A automedicação muitas vezes é confundida com a autoatenção principalmente por profissionais da saúde, mas reitera-se que a ingestão de remédios é apenas parte da AA, e não representa todos os aspectos envolvidos da atenção à própria saúde no ambiente doméstico. A utilização de medicamentos alopáticos de forma autônoma tem sido criticada ferrenhamente pelos serviços de saúde, como sendo um aspecto negativo da autonomia da automedicação, sem o acompanhamento de um profissional. Ainda que esta seja uma questão bastante contraditória, tendo em vista que este se concretiza como um dos principais recursos, senão o maior, que a biomedicina lança mão no atendimento à saúde da população (MENENDEZ, 2009; MENENDEZ, 2018).

Entende-se que o desenvolvimento autônomo de processos que atendam à saúde em situações de grande angústia, sofrimento e imediatismo para cessá-lo correm um risco real de gerar consequências negativas para a à saúde, além de não alcançar a resolução desejada. Contudo, vê-se que recriminar e proibir os indivíduos de criar soluções viáveis para os seus padecimentos não se mostra como uma solução prática para os possíveis problemas da autoatenção. Principalmente, quando atenta-se que a quantidade de processos de padecimento que acometem as pessoas ao longo de suas vidas é muito superior quando comparado ao número de vezes em que decidem buscar o apoio de serviços de saúde, e outros profissionais habilitados (MENENDEZ, 2018).

A AA acontece independente da posição tomada por representantes de outros modelos de atenção em relação a isto. O setor saúde, incluindo a estrutura do sistema de saúde e os profissionais atuantes, pode utilizar desta autonomia e pragmatismo dos indivíduos para reorientar determinadas práticas, prevenir possíveis enganos e consequências negativas que podem ocorrer dentro da autoatenção no ambiente doméstico. Da mesma forma como ocorre no auto exame de mamas, na aplicação autônoma de insulina, por exemplo, tornando o exercício de autoatender-se uma fonte de aprendizado e apropriação benéfica de suas premissas. enquanto mais um modelo de atenção que pode e deve ser acessado conforme as

necessidades das pessoas.

Para os raizeiros e raizeiras desta investigação, ao contrário das críticas do setor saúde, o remédio alopático aparece como um dos motivos para o não seguimento das recomendações médicas. Não foi identificado qualquer gênero de abuso deste tipo de substância. A dificuldade de aceitação deste tipo de recomendação médica surge devido ao seu alto custo, gerado pela continuidade do tratamento que parece não ser submetido a nenhum tipo de acordo entre médico e paciente. Como também, referem sobre a insegurança quanto a efetividade desse tipo de tratamento, o que os direciona novamente à busca por remédios naturais a partir de produções caseiras:

[...] Já fui ao médico, aí o doutor disse “você tá com osteoporose nos ossos, é a primeira crise sua. Vou passar esse medicamento pra você. (...) Eu comprei. Muito caro. Eu tomei e já se acabou. Aí passou enquanto eu estava tomando. Depois que eu deixei de tomar começou as dores de novo. Eu disse eu não vou mais tomar. Não vou mais pra médico. Porque eu já fui, já me receitei, fiz todos os exames. Eu agora vou ser curada em nome do senhor Jesus. Aí peguei aquele remédio que a gente... a moringa. eu tenho um pé lá em casa, aí peguei a moringa. E tô cozinhando ela abafada todo santo dia que eu to fazendo ela e tomo. Toda água que eu tomo é o chá da moringa (Dona de Casa).

[...] Aí depois de um certo tempo ela ficou tão intensa e tão frequente que quase toda semana eu tenho uma crise pesada e fiz três tratamento com médicos, otorrino do Crato, e eles passavam remédio antialérgico e eu tomava e mandava eu fazer um monte de coisa. Limpa a casa, limpa tudo, não é para deixar um pedaço de pão, não é pra deixar poeira. Situação terrível. Eu comecei a desacreditar daqueles tratamentos e também comecei a sentir, achar que estava inchada, por conta dos remédios que eles mandavam tomar. Comecei a sentir... aí quando foi... homi eu não tomo mais esse diabo de jeito nenhum (Dona de Casa).

Além dos medicamentos alopáticos em si, outras recomendações médicas são preteridas por raizeiros em opção à retomada de suas indicações pessoais de tratamento. A iniciativa de busca por uma consulta com esses profissionais parece não garantir que seus pacientes, inclusive os sujeitos de interesse desta pesquisa, sigam uma a uma de suas recomendações. De acordo com Oliveira (2020) a não adesão às recomendações médicas precisam ser avaliadas como um problema multifatorial, sem limitar-se às questões únicas dos tratamentos medicamentosos e do adoecimento em si. Atenta-se às questões psicossociais envolvidas e sobretudo no relacionamento entre médico e paciente, ciente de que um tratamento recomendado é apenas um possível tratamento sem garantias de que ele será realmente executado.

Em termos reais, não existe uma hierarquia entre médico e paciente que descarte a

necessidade de conhecer as práticas habituais de atenção do indivíduo assistido e concentrar esforços em realizar acordos para um tratamento tangível. E, que ainda assim seja assegurada a realização de suas orientações e medidas. Viu-se que mesmo uma indicação cirúrgica pode ser preterida por um tratamento com plantas medicinais:

Eu tive problema de vesícula quando eu fiz a cirurgia da apendicite o médico disse “daqui um ano você tem que fazer a cirurgia da vesícula. Já tá muito avançada.” Ah eu tomei vários remédios, mas o que me curou que eu não senti mais há 55 anos foi a raiz do caruá. Só o chá só da raiz por três meses e eu não senti mais nada, eu que fiquei boa (Dona de Casa).

Aí meu amigo, peguei uma dor na perna aqui ó. (...) esse nervo, fui no médico e ele mandou bater raio-x e tal porque podia ter (...) eu digo não, vou não. Era na semana Santa, eu não disse a ele que não ia. Eu fiquei sem caminhar, fui para aquele andajá. Ele passou uns comprimidos e disse “você bebe” eu disse a ele que não tomava remédio. Ele disse “você bebe os comprimidos?” Aí eu disse a ele “se passar eu bebo”. (...) fui na farmácia não tinha. (...) já que não tinha, não vamos comprar não (Agricultor).

Porque eu comecei infartar foi tão grande infarto e minhas unhas ficou preta, uma mancha grande aqui assim, os olhos amanheceu roxo que nem eu tinha batido com a cabeça no chão. Aí quando eu cheguei aí ele passou o medicamento eu vim para casa quando chegou na casa dela (falei) “eu não vou tomar esse remédio não (...) não vou nem comprar nada”. Tinha uma cachacinha que eu deixo raiz de pau lá, aí eu tirei jarrinha. (...) aí peguei as duas fiz chá e tomei (Agricultor).

Foram mencionadas ainda situações em que a biomedicina e as tecnologias agregadas não foram suficientes para descobrir a causa originária de um sintoma específico, e assim não contou com uma recomendação de uma intervenção. Mas, nas situações onde houveram um diagnóstico assertivo o seguimento do tratamento medicamentoso não surtiu o efeito esperado sobre a doença.

Nesta abordagem biomédica do uso indiscriminado de critérios diagnósticos padronizados corre-se o risco, inclusive, de gerar necessidades inexistentes no setor saúde. Como assertivamente sugerem Souza e Garnelo (2012), sobre o abuso do álcool, é preciso que seja investigado o que é considerado um problema segundo o ponto de vista da comunidade. Para além do seguimento de padrões sobre este uso e classificações de risco errôneas. O exercício profissional contextualizado traz mais sentido para a atuação comunitária a partir da utilização do próprio contexto sociocultural para a prestação do cuidado.

Percebe-se que os critérios que são construídos para identificar problemas de saúde seguem padrões orientados pelas premissas e contexto social e cultural do modelo de atenção ao qual respondem, no caso, a biomedicina. Contudo, sabe-se que no país coexistem outras diversas realidades socioculturais, dessa forma, cada grupo irá contar com aspectos

particulares sobre a saúde e a doença, onde os padecimentos de um podem não ser facilmente identificados por outros caso sigam seus próprios pontos de vista. O que pode ter ocorrido nos casos de raizeiros e raizeiras que não obtiveram um diagnóstico para o seu sofrimento por meio da biomedicina. Estes problemas relacionados ao diagnóstico de padecimentos foram relatados pelos raizeiros e raizeiras como motivações para optar por uma indicação própria de remédio natural, como pode ser observado abaixo:

Eu tenho alergia muito forte mas no dia 10 de abril eu peguei uma alergia muito forte que ainda não achei remédio. Aliviei. Tomei todo o remédio que o médico passou mas esse não deu combate nenhum, voltei lá para planta no mato. Foi como aliviou. Não sentia coceira, não coçava. Mas sofrer eu sofri tanto que o médico disse assim você vai ter que tomar esse remédio aqui até morrer. Eu disse esse aqui eu não vou tomar enquanto eu fui nos 30 dias que fui lá eu tomei, depois eu parei. Fui lá para mata. Lá eu encontro onde eu tomo meus remédios né que a gente sempre tem remédio de muitos tempos que a gente tem eu uso um tempo um, uso um tempo outro e um deles é o algodão (Agricultor).

É só uma pergunta e é só pra Dona Raiz mesmo (...) tem algum remédio para pessoa que teve sangramento, ou seja, tá acontecendo esse sangramento. Eu tô com uma pessoa desse tipo... pelo reto. Já fez todo tipo de exame e o médico não identificou o que era. E ela tá muito preocupada, é uma mulher nova, só tem 27 anos (Dona de Casa).

Ademais às motivações que justificam as diferentes trajetórias terapêuticas que puderam ser visualizadas, e as diferenças nitidamente detectadas entre o modelo de atenção próprio dos raizeiros e os demais, um dos participantes menciona o que para ele localiza a distinção mais urgente entre seus saberes de outros existentes: a fé. Independente dos percursos decididos por cada indivíduo, a sua práxis pode contar com o emprego da fé na produção e administração dos remédios caseiros e ainda soma-se ao apoio divino em devolutiva à acreditação no sucesso de todo o processo. Essas premissas podem ser observadas no seguinte trecho:

Ele foi operado pelo Doutor Gualter. Doutor Gualter deu 2 anos só, e com dois anos ele passou bem, depois voltou o esporão de galo e até hoje não tem remédio para ele, porque ele nasce todo dia, todo dia ele corta e todo dia ele cresce (...) Pode Nosso Senhor permitir alguém curar. Agora eu tenho uma prima que me disse que se curou-se. É uma coisa simples, eu acho que vai da fé de cada um de nós, crer em Deus e fazer o remédio. Ela curou com palma. Palma santa como é conhecida. Essa palma que alimenta o gado, acho que quase todo mundo conhece, né? É muito simples, uma velhinha ensinou esse remédio para ela (Dona de Casa).

Como visto, a trajetória terapêutica de escolha dos raizeiros e raizeiras não se encontra nitidamente definida, mas sim construída de acordo com cada experiência de adoecimento.

Pode ser influenciada pelo incentivo de familiares que acompanham sua autoatenção, por experiências anteriores, indicação de outros raizeiros, evolução da doença em questão, resultado adquirido com a utilização de determinada raizada, resposta obtida por meio de exames, entre outros. Não há o abandono de um modelo de atenção por outro, percebeu-se que na verdade os mesmos podem e devem adquirir funções diferentes no decorrer da mesma trajetória. A sabedoria relacionada às habilidades com recursos naturais na produção de remédios caseiros não é questionada diante de outros conhecimentos possíveis, mas se tem como prioridade a interrupção do sofrimento e restauração da saúde.

Faz-se um adendo à discussão sobre a trajetória terapêutica dos raizeiros, no sentido de elucidar o entendimento de que a autoatenção se refere às decisões e práticas tomadas de forma relativamente autônoma. O que dessa forma excluiria a exposição sobre os aspectos resolvidos dentro dos consultórios médicos ou sob a responsabilidade direta de outros cuidadores. Contudo, aqui nos interessam as escolhas e decisões destes indivíduos de inclusive optar consultar um profissional de saúde ou a realização de um diagnóstico de imagem, por exemplo. A natureza dessas escolhas dizem respeito também à sua liberdade e autonomia dentro do processo de atenção, assim como auxiliam na compreensão de cada experiência vivida com determinada enfermidade, auxiliando na composição da estrutura de sua autoatenção, que por sua vez é o nosso objetivo de pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No grupo geral dos indivíduos participantes deste estudo foram identificados quatro perfis particulares: a dona de casa; raizeiras organizadas em um grupo de convivência; vendedores; e os agricultores. A identificação dos mesmos contribuiu para o entendimento de quem são os raizeiros e raizeiras moradores da Chapada do Araripe e a compreensão das particularidades que podem ser encontradas no interior do grupo. Diante deste achado, vê-se que o manejo e produção de remédios caseiros com plantas medicinais os localizam em um grupo comum, mas a maneira como constroem suas relações com este tipo de medicina os orienta para suas respectivas singularidades.

Todos os segmentos de raizeiros e raizeiras convergem para a utilização de plantas medicinais na sua autoatenção, da mesma maneira que sem exceção acessam quando necessário a estrutura da biomedicina (conhecimentos, práticas e serviços). Mesmo que isto ocorra sob determinados critérios como a gravidade do padecimento, a ausência de experiência na autoatenção com uma enfermidade específica, um resultado inesperado a partir de um tratamento autônomo em seu ciclo familiar.

Embora, observam-se algumas nuances entre os grupos, principalmente no que diz respeito à aquisição de saberes e práticas que serão colocados em exercício no momento de autoatendimento. Os agricultores e as donas de casa mostram-se possuidores de saberes mais proximamente vinculados aos ensinamentos oriundos de familiares que também foram raizeiros e raizeiras. Ou mesmo, os saberes relacionados ao acompanhamento de experiências de padecimento próprias e de terceiros. Com isto, mostram-se mais resistentes às recomendações originadas nos serviços de saúde, ainda que continuem acessando como uma alternativa em busca da resolução de seus problemas de saúde.

Os vendedores se apropriam dos conhecimentos populares sobre plantas medicinais nos atendimentos à saúde enquanto profissão. Aproximam-se sobretudo das propriedades medicinais de determinados frutos regionais, produtos fitoterápicos, argila, garrafadas, dietas alimentares, dentre outros, a partir de livros, artigos científicos, sites diversos na internet. Raizeiros e raizeiras mais experientes são procurados por esse grupo dentro de seu itinerário terapêutico, do mesmo modo que também são suas fontes de expertise no seio popular. Similarmente, as raizeiras pertencentes a um grupo organizado possuem compreensões sobre saúde e doenças que possuem fontes de saberes mais diversas, principalmente por serem mestras uma das outras, possuindo cada uma experiências interligadas com diferentes tipos de

modelo de atenção.

Por isso, é importante perceber que apesar da autoatenção destes grupos estar muito próxima uma da outra, principalmente sobre a preferência na utilização de recursos vegetais no atendimento à saúde, verificam-se singelas oscilações que são decorrentes justamente da inter-relação de diferentes tradições de saberes em suas experiências com padecimentos. Identificar as particularidades no interior dos grupos de especialistas de cura, neste estudo, contribuiu para reiterar a capacidade da AA - enquanto modelo de atenção - de articular e exercitar diferentes expertises sem que isto cause interferências negativas entre as mesmas, relações díspares de hegemonia/subalternidade, ou um enfoque único sobre a sabedoria popular.

A autoatenção restrita compreende a automedicação com diferentes apresentações de preparo para as plantas medicinais, os cuidados alimentares atrelados aos tratamentos com remédios caseiros e as simpatias. Este tipo de atenção concentra valores - solidariedade, respeito à autonomia, cooperação, vínculos horizontais - difundidos como resultado e/ou finalidade desejados para as práticas dos profissionais nos serviços de saúde no sentido de humanizá-las. Aqui, vê-se que esses valores são facilmente exercidos por raizeiros e raizeiras e que o próprio ambiente doméstico, a partir da autoatenção, é um espaço auspicioso para exercer um atendimento à saúde mais equânime e respeitoso.

Demonstram, ainda, que a automedicação que ocorre de forma relativamente autônoma no interior da AA dos indivíduos pode desenvolver-se de forma que não produza efeitos deletérios à saúde, por meio de uma utilização abusiva de medicamentos, por exemplo. Os raizeiros e raizeiras contribuem para a ampliação da noção de automedicação e como ela pode ser uma aliada no caminho de aproximação entre a AA e a biomedicina, longe de reforçar hierarquias de discursos.

Quanto a sua AA ampla, observam-se o medo de morrer associado à experiência de adoecimento; o corpo como meio de comunicar-se com Deus em busca da manifestação de uma cura desejada; a religiosidade como compromisso ético e prática estruturante em suas vidas; e a alimentação segura e adequada em prol da manutenção de hábitos saudáveis visto no consumo alimentar de gerações passadas. Além do fato de encontrarem no padecimento um campo de investigação e aprendizado para as suas práticas com os recursos vegetais na produção de remédios caseiros.

O acesso aos recursos da biomedicina foi identificado nos seus itinerários terapêuticos, assim como na utilização do discurso médico orientando a sua automedicação com plantas

medicinais. Ainda que se espere que a análise do itinerário terapêutico a partir da perspectiva de um especialista de cura, sendo este mesmo o enfermo como é o caso desta pesquisa, limita de certa forma a identificação das diferentes formas de atenção utilizadas de maneira autônoma, isto não surgiu como uma limitação nesta pesquisa.

Aqui, percebem-se os raizeiros e raizeiras além de manejar os cuidados a si mesmos são referências importantes em suas comunidades, e por assim dizer multiplicadores de saberes, sejam estes populares oriundos do modelo de autoatenção, ou mesmo saberes científicos difundidos pela biomedicina. Como agentes populares de saúde, são acessados ao longo do itinerário terapêutico de outros comunitários, o que significa que além de compreender as necessidades locais de saúde, condizentes às suas próprias, também representam um conjunto de noções e práticas que são aceitos, compartilhados e que permeiam na região. Este tipo de caracterização da população de uma dada localidade pode contribuir para o planejamento de saúde e na construção de diferentes linhas de cuidados que adequam-se à realidade que se distribui nos territórios para um melhor aproveitamento de recursos e outros fins.

Sendo assim, a decisão de investigar o sistema de autoatenção dos usuários dos sistemas de saúde, independente de demarcações culturais substanciais, direciona os profissionais de saúde ao acesso de aspectos sociais, culturais, financeiros, de organização familiar, do território dos indivíduos. O que os conduz à uma instrumentalização para uma prática profissional coerente, correspondente aos valores de promoção da autonomia e integralidade da população defendidos por uma atenção comunitária eficiente.

A autoatenção se mostra como uma valiosa contribuição da Antropologia da Saúde para o campo da Saúde Coletiva enquanto caminho possível para a construção de relações equitativas, universalização do direito à saúde, e, contribuições teóricas quanto à perspectiva sociocultural do processo saúde/doença/atendimento.

Nesse sentido, esta pesquisa traz em suas particularidades a contribuição da viabilidade de investigação da autoatenção de indivíduos em um espaço de sociabilidade que celebra e respeita as expertises disponíveis nos territórios. Apesar da autoatenção estar relacionada diretamente à etnografia, este estudo demonstra a possibilidade de alcançá-la por outros percursos metodológicos, ainda que se ressalte que a prioridade da etnografia coloca-se justamente por oferecer condições de um acompanhamento e descrição aprofundados dos processos quando comparada a outras técnicas. E, mostra-se fundamental para o entendimento das experiências em saúde e cura imersas nos cotidianos dos indivíduos.

Acredita-se que a aplicabilidade da investigação sobre a autoatenção nos serviços de saúde demonstra ser factível, mesmo que ocorra de maneira limitada por questões de tempo e aprofundamento. Ainda assim, têm condições de mobilizar mudanças consideráveis para a construção de vínculos horizontais entre profissionais e usuários, orientados por uma noção de saúde abrangente e localizada socioculturalmente.

Reitera-se que o estudo aponta algumas limitações nas condições de investigação, principalmente no que tange à tendência por objetividade na operacionalização da condução dos diálogos nas rodas de conversa do evento e o caráter detalhado requisitado pelos objetivos de pesquisa. O que de certa forma limita o aprofundamento, assim como, o acesso de mais informações tanto sobre a autoatenção restrita quanto a ampla. Além disso, inclui-se que o evento celebra as expertises dos especialistas de cura que estejam relacionadas à sabedoria popular, não às repercussões de outros modelos de atenção sobre sua vida. Por isso, o acesso a mais informações da relação destas pessoas com a biomedicina e outros modelos de atenção encontram-se a certo ponto comprometidos, apesar dos achados vinculados a esta pesquisa.

As limitações apresentadas, assim como as potencialidades atribuídas à aplicação da etnografia no estudo da autoatenção, suscitam a realização de outros trabalhos em um contexto de investigação diferente, mais próximo ao cotidiano e de outras experiências de vida destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. C. E. *et al.* Geopark Araripe: Um estudo geoturístico e ambiental no geotopo granito, Ceará/Brasil. **Seminário latino americano de geografia física e II seminário ibero americano de geografia física**, v. 6, p. 1-9, 2010.
- ALVES, A. P. B.; PELLEGRINI, N. A. Convivendo com a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em Boa Vista (RR): um estudo sobre autoatenção e itinerários terapêuticos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** [internet], v. 11, n. 13, e941. Acesso em 20 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e941.2019>
- AGUIRRE, J. L. La autoatención y el enfoque relacional. **Archivos de Medicina Familiar y General**, Buenos Aires, v. 13, n. 1, p. 27-34, 2016.
- ANTONIO, G. D.; TESSER, C. D.; MORETTI-PIRES, R. O. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 615-633, 2013.
- ARANEDA, G. J.; RETAMAL, N. . Prácticas terapéuticas de dueñas de casa en una población de Valdivia, Chile: Un aporte para el rescate de saberes en medicina doméstica. **Medicina Social**, Montevideo, v. 14, n. 1, p. 13-19, 2021.
- ÁREA DE PROTEÇÃO AMBIENTAL CHAPADA DO ARARIPE. **Unidades de conservação socioambiental**. [2008?]. Disponível em: <<https://uc.socioambiental.org/pt-br/arp/1194#caracteristicas>>. Acesso em 07, jan, 2021.
- BADKE, M. R.; BARBIERE, R. L.; RIBEIRO, M. V.; CEOLIN, T.; HERNÁEZ, A. M.; ALVIM, N. A. T. Significados da utilização de plantas medicinais nas práticas de autoatenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, p 53, 2019.
- BANDEIRA, L. M.; PRETURLAN, R. B. As pesquisas sobre o uso do tempo e a promoção da igualdade de gênero no Brasil. In: FONTOURA, N.; ARAÚJO, C.; BARAJAS, M. P. L. (Orgs.). **Uso do tempo e gênero**. Rio de Janeiro: UERJ, 2016.
- BRASIL. Decreto s/n, de 04 de agosto de 1997. Dispõe sobre a criação da Área de Proteção Ambiental da chapada do Araripe, nos Estados do Ceará, Pernambuco e Piauí e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 de ago. de 1997. Seção 1, p. 16698.
- BOSCOLO, O. H. **Para comer, para beber ou para remédio? Categorias de Uso múltiplo em Etnobotânica**. Cadernos UniFOA, Especial Ciências da Saúde e Biológicas - Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 8, n. 1, p. 61-67, 2013.
- BUB, M. B. C. *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. (Esp), p. 152-157, 2006.

CELUPPI, I. C. *et al.* 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 302-313, 2019.

COMELLES, J. M. La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. **Revisiones en salud pública**, Madri, v. 3, p. 169-192, 1993.

CORDEIRO, R. L. M. Agricultura familiar, trabalho feminino e ação coletiva. **Anais do Encontro Nacional Abrapso**. Rio de Janeiro, UERJ, 2007.

COSTA, I. B. C. **Etnobotânica e práticas agroecológicas na comunidade rural rio dos couros**. Dissertação (Mestrado em Agronomia/Horticultura) - Faculdade de Ciências Agrônômicas, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

D'ALMEIDA, S. S. **Guardiãs das folhas: mobilização identitária de raizeiras do cerrado e a autorregulação do ofício**. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

DIAS-SCOPEL, R. P. **A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: autoatenção e medicalização entre os índios Munduruku**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

DIAS-SCOPEL, R. P.; SCOPEL, D. Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da etnografia das práticas de autoatenção entre os Munduruku do Estado do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Org). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-226.

DIEHL, E.E. **Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FIGUEIREDO, C.A.; GURGEL, I.G.D.; GURGEL JUNIOR, G.D. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 381-400, 2014.

GARNELO, L. LANGDON, J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M.C. de S.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. 2005. p. 133-156.

GALVAO M.T.R.L.S.; JANEIRO J.M.S.V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **Revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v.17, n. 1, p. 225-230, 2013.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOOD, B. J. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. New York: **Cambridge University Press**, 1994.

GOOD, B. J.; GOOD, M. D. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: **The relevance of social science for medicine**. Springer, Dordrecht, 1981. p. 165-196.

GREENE, S. The shaman's needle: development, shamanic agency and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. **American Ethnologist**, v.25, n. 4, pp. 634-658, 1998.

GURGEL, G. **As belezas e encantos da Chapada do Araripe**. 2017. Ministério do Turismo. Disponível em: <http://www.turismo.gov.br/ultimas-noticias/7809-as-belezas-e-encantos-da-chapada-do-araripe.html> . Acesso em: 17 nov 2019.

HELMAN, C. **Doença versus enfermidade na clínica geral**. Campos, n. 10, v. 1, p.119-128, 2009.

HERZLICH, C. **Health and Illness - A Social Psychological Analysis**. London: Academic Press. 1973.

JOVCHELEVICH, P.; CÂMARA, F. L. A. Influência dos ritmos lunares sobre o rendimento de cenoura (*Daucus carota*), em cultivo biodinâmico. **Revista Brasileira de Agroecologia**, v. 3, n. 1, p. 49-57, 2008.

KLEINMAN, A. M. Medicine's symbolic reality: on a central problem in the philosophy of medicine. **Inquiry**, v. 16, n. 1-4, p. 206-213, 1973.

KLEINMAN, A. M. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, v. 12, p. 85-93, 1978.

KLEINMAN, A. M. *et al.* Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. **Annals of Internal Medicine**, v. 88, n. 2, p. 251-258, 1978.

KLEINMAN, A. M. **Illness narratives suffering, healing, and the human condition**. New York: Basic Books; 1989.

LANGDON, E. J. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. **Etnografica**, v. 2, p. 241-260, 2001.

LANGDON, E. J. *et al.* A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem, p. 115-34, 2005.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1019-1029, 2014.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

LEONEL, M. Bio-sociodiversidade: preservação e mercado. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 14, n. 38, p. 321-346, 2000.

LIMA, A.R.A. *et al.* Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 755-764, 2019.

LIMA, C.A.B. *et al.* O uso das plantas medicinais e o papel da fé no cuidado familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. esp., 2017.

LIMA, I.E.O.; NASCIMENTO, L.A.M.; SILVA, M.S. Comercialização de Plantas Mediciniais no Município de Arapiraca-AL. **Revista brasileira de plantas medicinais**, Botucatu, v. 18, n. 2, p. 462-472, 2016.

LIMA, P. C. **A noção dos especialistas em cura no sistema médico indígena de Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

LOCH, V.C. *et al.* Os raizeiros e as plantas medicinais comercializadas nas feiras livres de São Luís, MA. **Cadernos de Agroecologia**, Recife, v. 15, n. 2, 2020.

LOPES, C.V. **O cuidado no sistema informal de saúde: um enfoque cultural no urbano e rural em Pelotas/RS**. Tese (Doutorado em Ciências) - UFP, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

LUCENA, M. M. **Na trilha dos Kariri: implicações dos processos de comunicação na disseminação dos sistemas agroflorestais por camponeses/as cearenses**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

MENÉNDEZ, E. L. La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. **Revista Alteridades**, v. 19, n. 7, p. 65-90, 1981.

MENÉNDEZ, E. L. El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. **Arxiu D'etnografia de Catalunya**, n. 3, p. 84-119, 1984.

MENÉNDEZ, E. L. Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. **Cuadernos Médico Sociales**, v. 33, p. 3-34, 1985.

- MENÉNDEZ, E. L. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. **La antropología médica en México**, v. 1, p. 97-111, 1992.
- MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 185-207, 2003.
- MENÉNDEZ, E. L. El modelo médico y la salud de los trabajadores. **Salud colectiva**, Buenos Aires, v. 1, p. 9-32, 2005.
- MENÉNDEZ, E. L. Modelos, saberes e formas de atenção ao padecimento: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, p.17-70, 2009.
- MENÉNDEZ, E. L. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. **Desacatos**, México, n. 58, p. 104-113, 2018.
- MENDOZA GONZÁLEZ, B. Z. La carrera del enfermo de tres sujetos triquis con enfermedades graves. **Estudios de Antropología Biológica**, México, v. 16, 2013.
- MINAYO, M. C. de S. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In: MINAYO, M. C. de S. **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1992.
- MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- MORALES NAVARRO, L. M.; ARELLANO HERNÁNDEZ, A.; KLEICHE DRAY, M. Prácticas curativas en las Huertas de Malinalco: los saberes integrados sobre plantas, padecimientos y curación tradicionales. **ENGOV Working Paper Series**, 2013.
- NASCIMENTO, M. W. A. et al. Indicações de plantas medicinais realizadas por raizeiros para tratamento de feridas. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [internet], v. 18, e. 1152, 2016. Acesso em: 20 de dez de 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.31143>.
- NOVAES, R. L.; FELIX, S.; DE FRANÇA SOUZA, R. Brazil: save caatinga from drought disaster. **Nature**, v. 498, n. 7453, p. 170, 2013.
- OLIVEIRA, D. C. **Saúde rural: itinerário terapêutico nas febres como uma construção sociocultural**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2020.

OLIVEIRA, D.F. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de pacientes atendidos por um Centro Integrado de Saúde. **Brazilian Journal of Natural Sciences**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 430-430, 2020.

OLIVEIRA, T. F. V. **Aprendendo o uso das ervas: a trajetória de terapeutas populares**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2012.

ORTNER, S. B. Theory in anthropology since the sixties. **Comparative Studies in Society and History**, Cambridge, v. 26, n.1, p.126-166. 1984.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. D. V. C.; CARVALHO NORONHA, J.; DE CARVALHO, A. I. (Eds.). **Política e sistema de saúde no Brasil**. [Internet]: Editora Fiocruz, p. 547-573, 2012.

PATRÃO, A. L. VASCONCELOS-RAPOSO, J. A diversidade de itinerários terapêuticos da população da Ilha de Moçambique—O popular, o folk e o profissional. **África**, Butantã, v. 31, n. 32, p. 11-33, 2012.

PEREIRA, et al. Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas de Porto Velho/RO: a voz das lideranças. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 4, p. 131-145, 2013.

PIRES, M. J.; NEVES, R. de C. M.; FIALHO, V. Saberes Tradicionais e Biomedicina: reflexões a partir da experiência dos Xukuru do Ororubá, PE. **Revista Antropológicas**, Recife, v. 27, n. 2, p. 240-262, 2016.

PONTES, A. L. M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015.

PRADO, A.I.O.; DIEHL, E.E. **Saúde, adoecimento e itinerários terapêuticos de hansenianos em Teresina, Piauí**. 30a Reunião Brasileira de Antropologia, João Pessoa/PB, 2016.

REIS, N. de P.; *et al.* **Um olhar ecolinguístico para os saberes e as práticas de “raizeiros” da cidade de Nova Glória (GO)**. Dissertação (Mestrado em Letras e Linguística) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2019.

ROSE, I. S. Cura espiritual, biomedicina e intermedialidade no Santo Daime. **Revista Ingesta**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 250-267, 2019.

SANTANA, M. D. O.; SÁ, J. S.; NEVES, A. F.; FIGUEREDO, P. G. J.; VIANA, J. A. O poder das plantas medicinais: uma análise histórica e contemporânea sobre a fitoterapia na visão de idosas. **Revista Multidebates**, Palmas, v. 2, n. 2, p. 10-27, 2018.

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R.; LANGDON, E. J. A cosmografia Munduruku em

movimento: saúde, território e estratégias de sobrevivência na Amazônia Brasileira. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 13, n. 1, p. 89-108, 2018.

SILVA, A. M. S. O emolduramento dos valores religiosos na vida dos raizeiros no município de Mirabela-MG. **VI Congresso em Desenvolvimento Social**, 2018.

SILVA, C. M. da. **O desaparecimento das plantas medicinais do cerrado**: as implicações nas práticas de cura dos (as) raizeiros (as), benzedores (as), curandeiros (as) e pajés das comunidades indígenas Pankararu-Pataxó e Aranã. Dissertação (Mestrado em Sociobiodiversidade e Sustentabilidade do Cerrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. e290102, 2019.

SOUZA, M. L.P.; GARNELO, L. **Relativismo Cultural e Uso de Álcool: contribuições a partir do campo da saúde indígena**. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. (orgs). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 8, n. 2, p. 216-232, 2017.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. (orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. 2005. p. 129-145.

TOEBE, D. *et al.* Práticas de autoatenção relativas à alimentação de crianças do meio rural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2017.

VAN DER SAND, I. C. *et al.* A ‘dieta’ é tempo de cuidados: práticas de autoatenção no puerpério no cenário rural. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 4, p. 794–811, 2018. Acesso em: 20 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/29045>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, 26-28 August 1998. Geneva: **World Health Organization**, 1998.

‘Reconhecer e Curar’ na Autoatenção de Raizeiros e Raizeiras do Sertão Pernambucano

‘Recognizing and Healing’ in the Self-Attention of Raizeiros and Raizeiras in the Sertão Pernambucano

Resumo

A sabedoria popular de raizeiros e raizeiras tem sido fonte de representações e práticas, usadas para cessar seu sofrimento durante um adoecimento, a partir das plantas medicinais. Contudo, este conhecimento tem sido acessado prioritariamente para viabilizar avanços tecnológicos a partir da validação científica. Por isso, tem-se como objetivo analisar seu sistema de autoatenção a partir de um estudo de caso que utiliza como fontes a observação participante, dados secundários e diário de campo. Viu-se que as práticas de curas desempenhadas convergem com diversas informações sobre seu contexto de vida, sua interação com a comunidade e com o sistema de saúde, sobretudo, os problemas que geram necessidades sanitárias. O repertório intelectual atrelado às suas práticas pode orientar a produção de políticas públicas, além de nortear a caracterização dos modelos de atenção utilizados nos territórios, subsidiando os atendimentos nos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Plantas Medicinais, População rural, Atenção à saúde, Antropologia Cultural, Medicina Tradicional

Abstract

The popular wisdom of healers has been a source of representations and practices, used to stop their suffering during an illness, from medicinal plants. However, this knowledge has been accessed to enable technological advances from scientific validation. Therefore, the objective is to analyze their self-care system from a case study that uses participant observation, secondary data and a field diary as sources. It was seen that the healing practices performed converge with various information about their life context, their interaction with the community and the health system, above all, the problems that generate health needs. The intellectual repertoire linked to their practices can guide the production of public policies, in addition to guiding the characterization of care models used in the territories, subsidizing care in health services.

Keywords: Plants, Medicinal. Rural Population. Delivery of Health Care. Anthropology, Cultural. Medicine, Tradicional.

Introdução

Comumente os indivíduos precisam lidar com frequentes e diversos episódios de desequilíbrios de seu estado de saúde no decorrer da vida, seja este manifestado no âmbito físico ou espiritual. Grande parte dos adoecimentos sofridos são resolvidos dentro do ambiente doméstico, sem a intervenção direta de um profissional de saúde. Sabe-se que o número de episódios de perturbações na saúde ao longo da vida superam a frequência de ida a algum serviço de saúde. Este tipo de modelo médico é conhecido como autoatenção, e ocorre de forma intencional e autônoma, no interior dos grupos domésticos¹.

A autoatenção pode ser definida, como restrita - enquanto um conjunto de concepções e práticas aplicadas no padecimento para fins de explicação, diagnóstico, alívio, controle, prevenção, cura em termos reais ou imaginários nos processos que interferem à sua saúde. E, é chamada de autoatenção ampla quando refere-se às representações e práticas que contribuem para a reprodução biossocial do indivíduo e de seu grupo, podem incluir a compreensão do grupo em relação à saúde, doença e a morte; higiene do ambiente e alimentos, entre outros².

O modelo de atenção baseado na autoatenção tem a experiência dos indivíduos como pilar estruturante de sua concepção. As decisões por determinadas escolhas nas situações de adoecimento são realizadas em decorrência de experiências anteriores, sob aspectos específicos como cenário de ocorrência; condições socioeconômicas; organização familiar; acesso aos serviços de saúde; acesso a saberes e práticas de outras culturas médicas, por exemplo. O adoecimento inserido em contextos e aspectos particulares produzem a experiência que passa a fazer parte do acervo intelectual dos indivíduos, compreendendo os sucessos e fracassos nas tentativas de restabelecer a saúde, e que se encontra disponível para ser acessado em outros momentos que representem risco ou perturbação na saúde³.

Devido a essa característica de abranger o adoecimento de maneira interdisciplinar ampliando a noção de saúde, a autoatenção tem sido posicionada na fronteira situada entre a Antropologia e a Saúde Coletiva, especialmente nos estudos que se ocupam a discutir os contextos de pluralidade médica, como os sistemas indígenas. Para os autores desses estudos, a pesquisa relacionada à autoatenção contribui para alcançar a interdisciplinaridade necessária nas políticas de saúde, por atribuir noções amplas e contextuais às intervenções de saúde e

particularmente por compreender a necessidade de novas formas de atendimento^{4,5,6}.

Neste estudo a autoatenção analisa os saberes característicos dos raizeiros e raizeiras, e como sua experiência com diferentes adoecimentos se estruturam em atenção à sua saúde. Por isso, trataremos dos saberes que representam seus modos de vida, a forma como se relacionam com seu território e com as pessoas da sua comunidade, e finalmente como lidam particularmente com sua saúde.

Contexto de Pesquisa e Percurso Metodológico

O Encontro de Saberes da Caatinga (ESC) reúne, desde o ano de 2017, em três dias de evento, raizeiros e raizeiras, parteiras, benzedores e benzedoras residentes de municípios da Chapada do Araripe em rodas de conversa específicas para cada grupo. Os diálogos são mediados e respondem a um tema específico decidido por uma comissão organizadora. O evento busca reunir detentores de saberes da região em um movimento autônomo e compartilhado de construção e trocas de saberes ancestrais, com vistas à valorização dos modos de vida e práticas existentes e que são características desta região. Nas edições dos anos de 2019 e 2020 a temática foi ‘Reconhecer e Curar’.

A pesquisa consiste em um estudo de caso⁷, produzido durante o ESC, com trabalho de campo no mês de janeiro nos anos de 2019 e 2020. Utiliza os dados produzidos por meio da observação participante, diários de campo, gravações de áudios dos diálogos entre os raizeiros, imagens, vídeos e relatórios de pesquisa. Para o processamento e análise dos dados optou-se por articular as abordagens hermenêutica e a dialética⁸.

A análise é orientada a partir da Teoria Eduardo L. Menéndez, com o uso dos conceitos acerca da autoatenção, especialmente sobre autoatenção restrita e ampla, mesmo que haja uma certa dificuldade no estabelecimento de um limite nítido entre os dois níveis de autoatenção. Mas, decide fazê-lo por corroborar a definição do autor e a intenção de contextualizar teoricamente o que pode ser encontrado.

O presente estudo segue as delimitações e os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, visto que se trata de uma pesquisa envolvendo a participação de seres humanos. O projeto utilizou o banco de dados

referente a um projeto de pesquisa intitulado “Saberes e Cuidados na Chapada do Araripe e sua inter-relação com o Modelo de Saúde”, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa segundo o parecer CAAE: 88317218.7.0000.5190, que viabilizou sua realização.

Os Raizeiros da Chapada do Araripe

A participação na organização do encontro, assim como a convivência e acompanhamento dos raizeiros e raizeiras ao longo do ESC, contribuíram para a identificação de quatro perfis principais entre os participantes da roda de conversa. Os critérios utilizados para esta classificação foram baseados nas histórias de vida mencionadas pelos indivíduos ao longo do evento, e a partir da manifestação de seu entendimento sobre o ofício que desempenham.

Na literatura não se verifica este tipo de observação, contudo as diferentes nomenclaturas empregadas esboçam algumas particularidades entre os raizeiros. Estas diferenças de nomenclatura relacionam-se, sobretudo, à venda de plantas medicinais em feiras públicas (erveiros, ervanários, raizeiros), e os indivíduos que realizam a coleta do material na natureza (mateiros, raizeiro extrativista)⁹.

Reitera-se que a intenção da identificação dos perfis não se constitui em estabelecer uma estrutura rígida ao seu redor, negando sua individualidade, mas sim de buscar caminhos que auxiliem a compreensão da sua autoatenção. Os segmentos encontrados foram: as donas de casa; grupos organizados; vendedores; e agricultores (Figura 1).

O grupo de donas de casa refere-se às mulheres que são agricultoras, aposentadas, referências na comunidade para o cuidado a partir de plantas medicinais. A repercussão do acompanhamento de seus antecessores no cuidado à saúde, diante das experiências com adoecimento, as instrumentaliza para que sejam as pessoas responsáveis por este tipo de atenção no interior de sua família. Este segmento entre os raizeiros confirmam a máxima da mulher como centro nas decisões, escolhas e práticas que envolvem a atenção à saúde no ambiente doméstico¹⁰.

Figura 1. Segmentos de raizeiros e raizeiras identificados no Encontro de Saberes da Caatinga

**Donas de Casa**

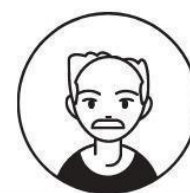
Responsáveis pelos cuidados de saúde da casa; apreende seus saberes a partir do seio familiar; o acesso às plantas ocorre por meio da agricultura ou nas mata próximas; é referência de cuidado da comunidade.

**Grupos Organizados**

Possuem vínculo com uma organização não governamental, se reconhecem como mezinheiras, realizam transmissão horizontal de saberes por meio da oralidade.

**Vendedores**

Conhecimento sobre as plantas medicinais direcionado à venda, não estão vinculados a feiras livres em mercados públicos das cidades, acúmulo de conhecimento por meio da internet.

**Agricultores**

Homens idosos que possuem tradição no ofício de agricultores; a agricultura representa sua fonte de saberes e renda, além de garantir o acesso privilegiado às plantas.

Fonte: elaborado pela autora.

Outro grupo de raizeiras se encontra vinculado à Associação Cristã de Base (ACB), uma organização não governamental criada no Cariri-CE no início dos anos 1980. A associação contribui com a formação política para os camponeses desta localidade, colaborando com sua autonomia e o uso sustentável de suas terras por meio do assessoramento técnico¹¹. Espontaneamente, as raizeiras, mencionaram sua pertença a essa entidade como maneira de se identificar no evento. São donas de casa ou agricultoras, principalmente, que possuem encontros frequentes entre si e é este vínculo responsável pela construção e compartilhamento contemporâneo de saberes.

O segmento de vendedores está relacionado a vendas informais ou associadas a organizações voltadas à comercialização de frutos, argilas, garrafadas, lambedores, chás, entre outros produtos fitoterápicos. O segmento apresenta-se com a maior propensão à aquisição de conhecimentos sobre as propriedades de materiais vegetais em livros, artigos científicos e em páginas na internet. A sua presença no encontro também é motivada pela necessidade de buscar conhecimentos com os demais grupos de raizeiros.

Este grupo de vendedores difere dos raizeiros que encontram-se principalmente nas feiras públicas realizando a comercialização de plantas e ervas nativas e exóticas. Embora, o que os aproxime seja o fato de não realizarem as

atividades de extração do material vegetal no ambiente, referente a material prima que utilizam nos processos de comercialização, como indica Evangelista ¹².

O grupo de agricultores é majoritariamente composto de homens idosos que em toda sua vida se dedicaram ao cuidado à terra e à produção de alimentos. O tempo de trabalho com a terra, a proximidade com diferentes espécies de plantas, e familiares que colaboram com a manutenção desta atividade laboral e as sabedorias associadas, são fatores que contribuem com a sua aprendizagem. A agricultura apresenta-se como fonte de renda e de sabedoria, assim como meio de adquirir as plantas necessárias para as suas práticas.

Oliveira¹³, identifica os indivíduos que possuem o acesso aos produtos vegetais nas matas e terrenos particulares como mateiros. Mas, diferente dos agricultores do encontro, estes mateiros restringem-se ao serem intermediários entre o material que se encontra na natureza para os vendedores nas feiras públicas. Sem que estejam envolvidos na produção de remédios caseiros, apesar da necessidade de certo conhecimento para realizar sua atividade de extração.

Observa-se que cada segmento de raizeiros e raizeiras, orientados por suas particularidades, apresentam nuances em sua autoatenção principalmente devido aos saberes e práticas que assimilam e são exercidos no seu cuidado à saúde. As donas de casa apresentam muitos conhecimentos e comportamentos familiares incidindo em sua autoatenção; os agricultores seguem uma tendência muito parecida, somando-se às noções atreladas aos ciclos da natureza; os vendedores apropriam-se constantemente de fontes mais diversas de saberes e práticas; enquanto as raizeiras pertencentes a ACB têm seus conhecimentos potencializados por meio da transmissão vertical de aprendizado.

Independente do segmento, estes indivíduos empregam proximidade entre seu ofício enquanto raizeiro com a religiosidade. A fé se apresenta como um dos principais elementos para a compreensão dessa população. Os vínculos afetivos também são fundamentais e incentivam o reconhecimento de uma pessoa enquanto indivíduo com habilidade na produção de remédios caseiros, aumentando sua demanda de atendimentos à saúde. E similarmente, essa sociabilidade também tem feito parte das modificações sugeridas por raizeiros no contexto de hábitos cotidianos das pessoas que estão em tratamento de certo tipo de perturbação.

A sua práxis assegura um determinado traquejo com o ambiente natural. Isto

pode ser acompanhado principalmente se o mesmo também desempenha atividades voltadas à agricultura. Uma boa colheita depende presumivelmente de respeito e cuidado ao solo, à rega, à estação do ano e tipo de planta, assim como a serenidade de acompanhar os estados de desenvolvimento das espécies cultivadas. Esse aspecto indica uma colaboração contínua e mútua entre os raizeiros e a própria natureza, sendo mais representativo de sua totalidade do que restringi-los à indivíduos que produzem chás e garrafadas.

Plantas, simpatias e vínculos: autoatenção restrita de raizeiros e raizeiras

Sabe-se que a produção de remédios caseiros é um importante aspecto das atividades de raizeiros, incluindo-se a preparação de garrafadas, chás, óleos e banhos¹⁴. A partir dos diálogos que ocorreram no ESC, confirma-se que a autoatenção restrita dos raizeiros e raizeiras acontece substancialmente por meio da automedicação com produtos a base de plantas medicinais encontradas na região onde vivem, e que os mesmos produzem e inserem nas indicações de tratamentos para outros indivíduos. Como mostra a tabela abaixo, a sua automedicação ocorre de forma bastante diversa, a partir de emplastro de argila; banhos de assento; cafézinho sete ervas, dentre outros.

Tabela 1. Glossário simplificado relacionado às produções dos raizeiros e raizeiras na autoatenção

Tipo de Produção	Definição
Argilas/Barro	Emplastro preparado com chá de planta selecionada para uso local no alívio da dor
Banhos de assento	Chás concentrados e amornados para banhar a região do baixo ventre, tanto em mulheres quanto em homens
Banhos de ervas	Chás concentrado para banho de corpo com finalidade espiritual, realizados após processo de higienização
Cafézinho 7 ervas	Seleção de partes de plantas (folhas, sementes, frutos, casca) torradas e piladas para preparo de chá com o pó resultante
Chás	Preparados por meio de infusão (parte mais sensíveis das plantas) ou decocção (partes mais resistentes) para ingestão no mesmo dia

Extrato aquoso de cascas	Cascas de plantas selecionadas de molho em água para ingestão posterior
Garrafadas/Raizadas/Meizinhas	Partes de plantas selecionadas cozidas em fogo brando por um longo período de tempo
Hidrolatos	Subproduto no processo de extração de óleos essenciais, durante a sua destilação
Lambedores	Partes de plantas selecionadas cozidas em fogo brando com açúcar ou mel
Mudanças alimentares	Sugestões de readaptação de rotinas alimentares conforme a enfermidade que se adquire
Óleos	Uso local, principalmente para realização de massagens para alívio da dor. Administrado em pequena quantidade para ingestão oral
Reorganização familiar de apoio	Em situações de adoecimento, o indivíduo que pretende recuperar a saúde se torna o centro familiar. Os hábitos e rotina dos entes familiares se direcionam em função de sua cura
Simpatias	Surtem como rituais seguidos por etapas que representam uma comunicação do mundo material com o espiritual para cura de situações indesejadas, onde a natureza aparece como cenário de intermediação

Fonte: elaborado pela autora.

Ainda que não tenham sido citados o consumo de medicamentos alopáticos, o discurso da biomedicina está incutido em suas indicações de tratamentos à saúde. Isto ocorre principalmente na sistematização de etapas relacionadas à automedicação, como a indicação de dosagem e tempo de tratamento. As produções caseiras com plantas medicinais são recomendadas assemelhando-se em certa medida ao que pode ser apreendido em atendimentos nos serviços de saúde nas abordagens terapêuticas medicamentosas.

Na autoatenção, a automedicação é parte indissociável da atenção direta à uma enfermidade. Considera-se que a automedicação seja a atitude intencional de tentar curar, aliviar, prevenir processos que incidem diretamente sobre a saúde humana, não se limitando unicamente à ingestão de medicamentos oriundos da indústria química farmacêutica. Por isso, automedicar-se também é tomar uma infusão de partes de plantas, receber uma massagem, aplicar argila e ingerir preventivamente um cálice de vinho diariamente².

A automedicação tem sido confundida com a autoatenção, sobretudo pela biomedicina, limitando a autoatenção ao risco de consequências negativas oriundas da ingestão de medicamentos de forma autônoma. Mas, contrariamente ao que tem sido criticado, a biomedicina enquanto modelo de atenção concentra seus esforços majoritariamente na indicação de medicamentos em suas abordagens terapêuticas. Com isto, entende-se que consequências negativas ao automedicar-se, incluindo a manutenção do sofrimento, podem ocorrer independente da origem da intervenção terapêutica. Como a autoatenção não depende dos serviços de saúde e ocorre independente de seu posicionamento, torna-se mais viável interagir diretamente com este modelo e reorientá-lo, tendo em vista a influência que a biomedicina consegue exercer sobre este modelo de atenção autônomo, ao invés de ignorá-lo³.

De acordo com estudo de Tesser¹⁵ a utilização de plantas medicinais de forma autônoma no ambiente doméstico, em situações de adoecimento, é uma das práticas mais comuns que antecedem muitas vezes a busca por intervenções biomédicas. Antonio, Tesser e Moretti-Pires¹⁶, por sua vez, identificam a contribuição do consumo de plantas medicinais como uma possibilidade de interação entre os serviços de saúde e os saberes e práticas locais. Isto, na perspectiva de fortalecer as intervenções da Atenção Primária à Saúde que favoreçam abordagens terapêuticas que promovam a autonomia dos indivíduos. E, processos de aprendizagem que colaborem a este tipo de automedicação no ambiente doméstico evitando o possível desencadeamento de consequências negativas à condição de saúde.

Neste estudo, a investigação da automedicação por meio de plantas medicinais, no contexto da autoatenção dos grupos, dá acesso ao repertório de saberes populares sobre estes recursos que foram acumulados ao longo do tempo, mas que também estão passíveis a serem fruto de trocas futuras com outras pessoas de sua rede afetiva. Além disso, responde às formas de interações possíveis entre as comunidades, o ambiente simbólico e físico, e os saberes populares proporcionados por estas relações, ciente que podem sofrer diversas transformações e estas conduzem a novos conhecimentos, novas práticas e comportamentos¹⁷.

As plantas medicinais também foram utilizadas na autoatenção como elemento integrante das simpatias. Na cultura popular, as plantas estão associadas

à utilização para cura de doenças devido às suas propriedades medicinais, mas também é aplicada no universo mágico-simbólico como é o caso das simpatias¹¹. Esta prática responde à materialidade, de certa forma, de cenários de vida que remetem ao passado, mas também fazem parte do presente e que representam as crenças e símbolos daquela comunidade. As simpatias carregam em si narrativas que ao serem repassadas precisam compartilhar do mesmo pertencimento, para assim concretizar uma absorção válida de valores culturais, que tem como fim a sua reprodução autônoma.

O vínculo, familiar e afetivo, se comporta como outro aspecto importante na autoatenção restrita de raizeiros e raizeiras. Os cuidados desempenhados neste modelo de atenção são realizados de forma autônoma, mas não de maneira solitária. Então, uma situação de doença, mobiliza também uma rede de relações para realizar escolhas e posicionamentos que os impulsiona conjuntamente à resolução do problema. Como menciona Badke¹⁸, a autoatenção é um modelo de atenção que encontra-se atrelado à solidariedade nas trocas e cuidados entre os indivíduos, à integralidade com que cada indivíduo é considerado dentro de seu grupo, o que contribui para a produção e fortalecimento dos vínculos entre raizeiros e outros indivíduos da sua família e da sua comunidade.

Ainda, vê-se que o adoecimento causa modificações imediatas na rotina e organização familiar para dar conta das demandas trazidas pela doença e também pelo tratamento. Em determinadas situações estas relações podem contribuir para o aparecimento de problemas de saúde como indica um raizeiro:

(...) tireoide pode surgir de um fator emocional. A pessoa às vezes se sente impotente numa situação, ela não tem muita força para agir. O que eu conheço da tireoide é que pode estar ligado muitas vezes a questão emocional, fator de potência. Você tá sem força. Você aceita uma situação constrangedora que você não pode fazer muita coisa. O convívio às vezes dentro de uma relação familiar e tem tudo haver com isso (Vendedor).

A atenção à saúde realizada por essas pessoas conta com grande variedade de apresentações e complexidade caso a caso. Sua versatilidade pode ser verificada ainda nas situações em que o tratamento continua apesar da remissão dos sintomas que originalmente provocaram a busca por atendimento. Mantendo-se doses em menores quantidades, com ingestão de forma mais espaçada ao longo do dia, ou do ano, com vistas à manutenção daquele estado positivo de saúde encontrado anteriormente à doença.

Por vezes, viu-se que a transição de fases entre o tratamento dos males para a manutenção da saúde ocorre com uma mudança de receita, acessando outras preparações a partir de outros recursos vegetais, modificação da dose e de sua frequência. Para esta fase de manutenção de uma saúde que foi recentemente recuperada incentivam a administração contínua de determinada combinação de plantas medicinais para garantir uma completa regeneração e impedimento de retorno dos sintomas da doença. Esta nova receita assemelha-se a uma maneira adotada para prevenir a ocorrência da mesma enfermidade.

O corpo, a alimentação, a religião e a morte: noções da autoatenção ampla

Para o raizeiro o corpo é o espaço de comunicação e intermédio com deus, é no corpo que a cura acontece como uma bênção que pode ser manifestada em resposta ao compromisso religioso e ético que estes especialistas mantêm com deus, sendo a própria materialização de sua devoção. Por isso mesmo torna-se necessário realizar diversos cuidados ao longo da vida em prol de sua manutenção, e retardamento da deterioração comumente apresentada no envelhecimento.

No adoecimento, o corpo é lugar de mistério, campo de investigação em busca da cura desejada. Estas pessoas identificam a manifestação de uma doença a partir de uma linguagem do seu próprio corpo comunicando uma resposta interna para a forma como o mesmo tem sido tratado, principalmente por meio da alimentação. Assim, para eles, os novos hábitos alimentares parecem ser um dos principais causadores de adoecimento na atualidade. O alimento se apresenta como tratamento, assim como boas escolhas alimentares representam a manutenção da saúde e garantia de não precisar lidar com a conseqüente comunicação negativa de seu próprio corpo, representado pelo adoecimento:

Como a senhora falou ali, uma filha que esteve grávida então hoje tem depressão, podemos considerar como depressão pós-parto. Eu vejo que tem uma depressão emocional, psíquica, e também nutricional. O que é isso? Hoje nós somos o que a gente ta comendo, a gente está ficando muito doente e morrendo mais cedo porque na verdade nós estamos comendo lixo, veneno (Dona de Casa).

A depressão é uma doença... é a doença deste século né, segundo aí, segundo as pesquisas aí que a gente escuta. E ela é resultado de uma boa parte daquilo que a gente come. Existem pesquisas científicas que comprovam que todo alimento industrializado, com conserva, gera depressão. E glúten, massa, massa de trigo. É todo alimento que leva massa de trigo gera depressão, minha gente. É

incrível! Vocês podem não acreditar, mas é verdade. Quem consome muita massa é uma forte aliada a depressão. (Vendedor)

A alimentação surge na autoatenção da população do estudo no atendimento direto aos adoecimentos, assim como está atrelada às noções amplas de sua cultura. O mesmo cenário ocorre com a fé e a religiosidade. Primeiramente, a fé se apresenta como um elemento do próprio tratamento, como um dos critérios para que as intervenções tomadas se mostrem resolutivas, e até mesmo correspondem a um tipo de comprovação de eficácia de suas intervenções, como também pode ser verificado em D'almeida¹⁹.

Na autoatenção ampla, a religiosidade contribui muitas vezes para o início dos trabalhos como raizeiro ou raizeira, por meio de um dom, uma graça divina. Assim como nos momentos em que precisam intuir os elementos de uma receita (lista de itens para fabricar um remédio caseiro). De certa maneira, o trabalho do raizeiro depende de uma intervenção divina, com sua permissão e uma consequente demonstração de sua gratidão. A relação e o comportamento dos raizeiros diante do que consideram divino reforçam como a cura de uma doença se mostra como um acontecimento sagrado. Relaciona-se diretamente à intervenção do que é visto como santo sobre sua própria vida e a de terceiros.

Enquanto a morte, independente da maneira particular que cada grupo (donas de casa, vendedores, grupos organizados e agricultores) identificado no encontro cuida de sua própria saúde, existe o receio de morrer. A partir dos diálogos trocados entre eles, este receio sugere que assim como é frequente a ocorrência de episódios de adoecimento ao longo da vida, suas práticas também são comumente atravessadas por tentativas de manutenção de sua existência.

O fato de vivenciar episódios de padecimentos novos - desconhecidos enquanto experiência - contribui significativamente para o aumento do medo de morrer. Acredita-se ainda que o fato de fazer parte de seu trabalho ter que lidar com pessoas que se encontram em grande sofrimento devido a uma doença, contribua para que este receio reapareça a cada nova experiência com situações que ameacem a continuidade da vida.

Assim, os adoecimentos são experienciados com grande imediatismo, pragmatismo, organização e fé, tendo em vista a emergência em identificar, tratar o problema, afastando a chance de não resistir às consequências provocadas por

determinada situação.

A busca pela cura entre erros e acertos: itinerários terapêuticos

A procura por atendimento à saúde acontece de maneira diversificada, por meio das falas se pode observar que os raizeiros e raizeiras constroem articulações diversas entre sua autoatenção, com a ativação de dispositivos próprios para a cura das doenças, e a presença primária ou complementar de um profissional da saúde, geralmente médico. Isto também pode ser observado no caso de etnias indígenas que possuem maior proximidade com os recursos biomédicos por longo período de tempo. O que facilita a manutenção de suas práticas intercaladas com os atendimentos médicos nos serviços de saúde conforme o tipo de doenças que o núcleo familiar consegue diagnosticar²⁰.

A desistência de raizeiros e raizeiras em acessar os serviços de saúde foi identificada por meio da ausência de diagnóstico definitivo sobre o problema de saúde que enfrentam. Isto pode ocorrer devido a padronização comumente utilizada nos critérios de identificação de doenças baseados em populações específicas, em condições econômicas, sociais e de saúde particulares, que são replicados de maneira indiscriminada para o universo geral de indivíduos. Estejam eles em condições semelhantes, ou não. Ainda, percebe-se que estes critérios são orientados pelas premissas e contexto social e cultural do modelo de atenção ao qual respondem - a biomedicina. Por isso, dificilmente apresentam condições de compreender noções de saúde e doença construídas fora de suas premissas.

Sabe-se que no país coexistem outras diversas realidades socioculturais, dessa forma, cada grupo de indivíduos irá apresentar aspectos particulares sobre a saúde e a doença. Os adoecimentos considerados por um grupo, podem não ser facilmente identificados por outros, caso sigam seus próprios pontos de vista nesta análise. Diante disto, vê-se que um exercício profissional contextualizado, sobretudo na Atenção Primária à Saúde traz mais sentido para a atuação comunitária a partir da utilização do próprio contexto sociocultural dos indivíduos para a prestação do cuidado²¹.

Oliveira²², ao analisar os quadros febris em uma população de Boa Vista (RR), identificou que a autoatenção e o itinerário terapêutico realizado esteve mais

alusivo às necessidades presentes da realidade sociocultural ao lidar com o problema, comparando-se à linha de cuidado decidida pelo sistema de saúde da região. Embora, mesmo diante das dificuldades de resolutividade que o sistema de saúde enfrenta nestes casos, os indivíduos continuam acessando os serviços como uma das principais alternativas de modelos de atenção que contribuem para a diminuição de seu sofrimento.

Similarmente, os raizeiros e raizeiras confiam à biomedicina, por meio dos serviços do sistema de saúde, um espaço considerável em seu itinerário terapêutico apesar de estarem passíveis a incompreensão de seus processos de adoecimento. Neste estudo não se verifica descrédibilização ou supervalorização da práxis médica, sua procura e inclusão no itinerário terapêutico se justificam pela necessidade de interromper a cadeia de eventos associada ao adoecimento. Mas, também pela liberdade de convivência natural que possuem na fronteira que se estabelece entre a sabedoria que lhes é concernente e a consulta a conhecimentos disponíveis, assim como o que se vincula a biomedicina.

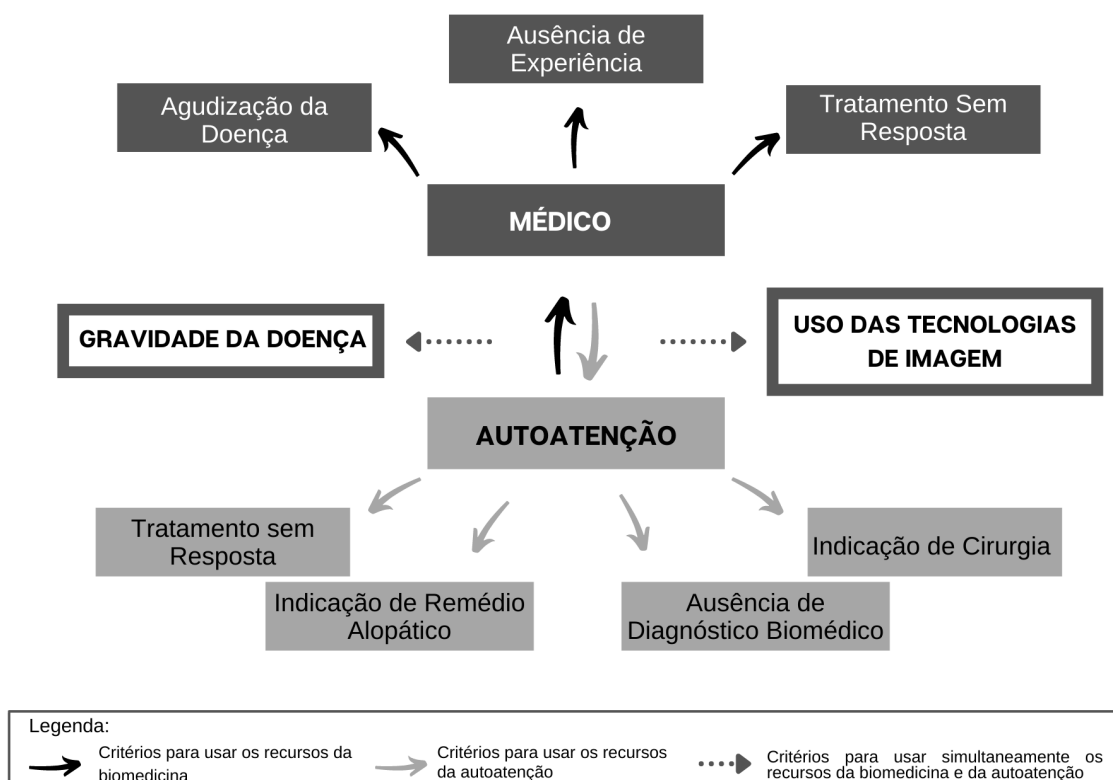
A busca da cura de uma doença e restabelecimento de um estado considerado saudável sugere um caminho percorrido entre erros e acertos. Isto inclui tanto a utilização de plantas medicinais nas mais diversas formas de produção de remédios, bem como a consulta ou influência indireta de um profissional médico. Em toda a extensão dos registros de transcrições dos áudios das conversas não foi citado uma tentativa de compartilhamento dos raizeiros com os profissionais de saúde sobre as decisões resolvidas pelos primeiros durante sua autoatenção.

Nery²³ estudando as interações entre raizeiros e profissionais de saúde, mostra que há relatos de trocas amenas entre os dois grupos, mas predomina a falta de envolvimento e o desinteresse na utilização autônoma de plantas medicinais, por parte dos profissionais de saúde. Aqui, este tipo de informação pode não ter sido identificada por não se mostrar condizente com a forma como as conversas foram direcionadas no evento. O objetivo dos diálogos entre os raizeiros no ESC, por outro lado, nos permite notar que as práticas de cura pelas quais são identificados, também são passíveis de apresentar um resultado inesperado. O que lhes aparece como oportunidade para buscar novas informações e práticas, principalmente por meio da biomedicina, como mostra a figura 2.

Vê-se que a busca por serviços de saúde, principalmente na figura do

profissional médico se dá nas situações de agudização do adoecimento e grande sofrimento decorrente; no desconhecimento de uma doença pelo fato de não tê-la experienciado, e assim não ter produzido aprendizados sobre a mesma; e em situações onde os tratamentos realizados em sua autoatenção não surtem os resultados esperados para a interrupção da angústia e da dor.

Figura 2. Motivações dos itinerários terapêuticos de raizeiros e raizeiras do ESC, 2022



Fonte: elaboração dos autores.

O retorno ao modelo médico de autoatenção ocorre nesta população na presença da indicação cirúrgica nos serviços de saúde; ao não receber um diagnóstico biomédico do problema que enfrentam; na recomendação de uso prolongado de medicamentos devido ao alto custo e a desconfiança em sua segurança e eficácia; além de intervenções, tratamentos, abordagens terapêuticas que não trazem mudanças desejadas na saúde de raizeiros e raizeiras. Decidem acessar a biomedicina e a sabedoria popular aplicada em sua autoatenção, simultaneamente, nas situações em que a doença atinge grande gravidade, e quando necessitam da confirmação diagnóstica.

O itinerário terapêutico de escolha dos raizeiros e raizeiras não se encontra nitidamente definido, mas tem sido construído de acordo com cada experiência de adoecimento. Pode ser influenciado pelo incentivo de familiares que acompanham sua autoatenção, por experiências anteriores, indicação de outros raizeiros, evolução da doença em questão, resultado adquirido com a utilização de determinada raizada, resposta obtida por meio de exames, entre outros.

Não há o abandono de um modelo de atenção por outro, percebeu-se que na verdade os mesmos podem e devem adquirir funções diferentes no decorrer da mesma trajetória de atenção. A sabedoria relacionada às habilidades com recursos naturais na produção de remédios caseiros não é questionada diante de outros conhecimentos possíveis, mas se tem como prioridade a interrupção do sofrimento e restauração da saúde.

A análise do itinerário terapêutico a partir da perspectiva de um especialista de cura, sendo este mesmo o enfermo, como é o caso deste estudo, é referido por Menéndez² como um fator limitante à identificação das diferentes formas de atenção utilizadas de maneira autônoma, como um sintoma da manutenção de relações hegemonia/subalternidade entre os modelos de atenção disponíveis. O autor indica que há uma certa tendência em investigar apenas os modelos de atenção atrelados ao desenvolvimento das práticas de cuidado, no caso de especialistas de cura como pajés, xamãs, benzedores, e outras referências de cuidado tradicionais.

Para os Munduruku²⁴, a investigação da autoatenção dos curadores dentro de sua cosmologia concentrou-se na manutenção de suas capacidades enquanto especialista de cura. Embora isto não exclua a participação de concepções e práticas externas à sua carga cultural e social imbuídas nas maneiras como cuidam de sua saúde durante o adoecimento.

De maneira semelhante, o estudo dos raizeiros enquanto especialistas de cura, mostrou-se um lugar de acesso possível às práticas, impregnações e outros aspectos de um modelo de atenção (biomedicina) que não corresponde à sua sabedoria popular, esperada como dominante em sua autoatenção. A biomedicina foi o modelo de atenção mais acessado pela população de estudo, posteriormente à sua autoatenção. Viu-se que assim como outros modelos, tanto a biomedicina, quanto a autoatenção, estão passíveis de não apresentarem a resolução dos problemas de saúde, e desta forma consolida-se seu itinerário terapêutico

Em momentos de grande sofrimento, os indivíduos, assim como demonstraram os raizeiros e raizeiras do estudo, podem decidir articular conjuntamente práticas e representações oriundas de modelos de atenção diferentes, tendo em vista a potencialização dos efeitos positivos das intervenções escolhidas. Assim como se justifica pela urgência em cessar os momentos de dor e angústia decorrentes do adoecimento.

A sabedoria oriunda da autoatenção dos raizeiros é acessada constantemente por representantes do conhecimento científico. Contudo, este contato ocorre por meio de uma aprendizagem que desloca os saberes populares às premissas e ao contexto cultural em que se desenvolve o conhecimento científico. Este tipo de articulação ocasiona um certo tensionamento da sabedoria popular à visibilização por meio de uma validação de critérios alheios à sua própria constituição.

A repercussão deste tensionamento causado pela validação científica da sabedoria popular de raizeiras pode ser observado no movimento de reivindicação da auto regulação do ofício descrito por D'almeida²⁵. Neste processo, a autora relata que há um esforço na direção de adequação das práticas das raizeiras a conceitos relevantes para a biomedicina, como eficácia e qualidade, isto como consequência direta de sua investida por reconhecimento identitário. Dessa forma, este reconhecimento torna-se dependente de certa maneira da anuência da biomedicina.

Neste estudo, os raizeiros e raizeiras, realizam as articulações possíveis diante de sua própria necessidade sanitária sem demonstrar a existência de tensionamentos em seu itinerário terapêutico. Ainda, como visto, notem-se relações díspares da estrutura da biomedicina com o modelo de atenção da autoatenção. Os raizeiros utilizam a biomedicina como recurso terapêutico, e além disso, apropriam-se do discurso biomédico e outros aprendizados relacionados. Sendo assim, a autoatenção confirma-se como um espaço de relações mais justas e solidárias, centrado nas experiências de adoecimento dos indivíduos, em contraponto ao que pode ser verificado na fronteira entre diferentes modelos de atenção.

Considerações finais

O interior do grupo de raizeiros e raizeiras vinculados ao Encontro de Saberes da Caatinga apresentou particularidades que conduziram à identificação de quatro perfis que dão variações de sentidos à sua autoatenção: as donas de casa, os grupos de convivência, os agricultores e os vendedores. Cada grupo mostra uma dinâmica própria de aprendizagem e articulação de saberes que influenciam na execução das práticas e noções que compõem sua autoatenção.

Todos os grupos convergem à utilização das plantas medicinais em uma grande variedade de apresentações em sua automedicação, que por sua vez, apresenta-se como principal alternativa autônoma para cessar os processos de adoecimento diretamente. Embora esta prática seja responsabilizada por representantes da biomedicina como produtora de possíveis desdobramentos negativos nas condições de saúde dos indivíduos.

Confirma-se que a autoatenção contribui à articulação de recursos oriundos de diferentes modelos de atenção, ainda que os mesmos mantenham relações de hegemonia/subalternidade, os raizeiros priorizam o atendimento de suas necessidades de saúde. O fato da análise referir-se aos cuidados autônomos de um grupo de especialistas de cura não limitou a discussão em torno de um modelo de atenção particular. E, reitera-se a influência da biomedicina na atenção à própria saúde como alternativa significativa no itinerário terapêutico destes indivíduos. Do mesmo modo que o discurso biomédico repercute na práxis dos raizeiros e raizeiras na automedicação com plantas medicinais.

O estudo apresenta como limitação a dificuldade de acessar práticas, comportamentos e compreensões que contribuem à reprodução sociocultural do grupo de raizeiros, referente a um maior aprofundamento em sua autoatenção ampla. Nesta, observam-se os cuidados com alimentação, sobretudo na manutenção de hábitos alimentares que remetem ao consumo alimentar de seus pais e avó. Assim como o medo de morrer associado a novas experiências no adoecimento; as comunicações produzidas pelo corpo; e a sua religiosidade.

As limitações identificadas no estudo estão relacionadas à objetividade com que se tratam as questões na roda de conversa do evento diante da quantidade de indivíduos a se posicionar. E, o fato dos objetivos do evento não serem os mesmos

objetivos deste estudo, construído a partir de dados secundários e observação participante deste evento.

Contudo, as limitações observadas suscitam a realização de outros estudos que abordem precisamente a autoatenção e os itinerários terapêuticos decididos sobre necessidades de saúde com maior singularidade e possibilidade de aprofundamento caso a caso. A utilização da etnografia, nesta perspectiva, garantiria uma compreensão mais íntima dos processos e estruturas incutidos na atenção à saúde que os raizeiros realizam de forma autônoma. Os raizeiros enquanto multiplicadores de saberes, concepções e formas de cuidar da saúde, conseguem atribuir ao seu repertório de autoatenção uma repercussão dos hábitos e comportamentos dos indivíduos de sua comunidade, aprofundando o entendimento sobre sua realidade sociocultural.

A utilização de uma abordagem antropológica, neste estudo, reforça a existência espontânea da atenção à saúde, externa ao acompanhamento de profissionais de saúde. A partir dos resultados obtidos considera-se a sua relevância por reforçar a existência de diferentes noções de saúde, doença e cura, além de denotar como os indivíduos constroem de forma autônoma e adequada a si trajetórias de atenção imersas em diferentes modelos de atenção, independente das preconizações postas em vigor pelo modelo de atenção hegemônico - apossado pela biomedicina.

Referências

1. Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão. *Journal of Management & Primary Health Care*. 2017; 8(2): 216-232.
2. Menendez E. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da Saúde Coletiva*. 2a ed. São Paulo: Hucitec, 2011.
3. Menendez EL. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*. 2018; 58(1): 104-113.
4. Dias-scopel RP, Scopel D. Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da etnografia das práticas de autoatenção entre os Munduruku

- do Estado do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019; 35(3): e00085918.
5. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciênc. saúde colet*. 2014; 19(4): 1019-1029.
 6. Silva AC, Langdon EJ, Ribas DLB. Fatores estruturais e as práticas de autoatenção das famílias com parentes com transtornos mentais: contexto Kaiowá e Guarani do Mato Grosso do Sul. Brasil. *Tempus, Actas de Saúde Colet*. 2013; 7(4): 149-168.
 7. Yin RK. *Estudo de Caso: Planejamento e métodos*. 1a ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.
 8. Minayo MC de S. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. *In: Minayo, MC de S. Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 82-108.
 9. Machado RM. *Uso tradicional de plantas medicinais por raizeiras e raizeiros: uma revisão integrativa. [Dissertação]*. Recife (Pernambuco): Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz; 2019.
 10. Araneda GJ, Retamal N. Prácticas terapéuticas de dueñas de casa en una población de Valdivia, Chile: Un aporte para el rescate de saberes en medicina doméstica. *Medicina Social*, 2021; 14(1): 13-19.
 11. Lucena MM. *Na trilha dos Kariri: implicações dos processos de comunicação na disseminação dos sistemas agroflorestais por camponeses/as cearenses. [Dissertação]*. Fortaleza (Ceará): Universidade Federal do Ceará; 2012.
 12. Evangelista SS, Sampaio FC, Parente RC, Bandeira MFCL. Fitoterápicos na odontologia: estudo etnobotânico na cidade de Manaus. *Revista Brasileira de plantas medicinais*, 2013; 15(4): 513-519.
 13. Oliveira OJR. A configuração do mercado das folhas na Pedra em Salvador. *Estudos de Sociologia*, 2017; 22(43): 343-361.
 14. Borges DQS, Almeida CKL, Lima KVS, Santos DMS. Etnobotânica de plantas medicinais comercializadas por raizeiros em uma cidade do sertão da Bahia, Brasil. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(12): 121161-121173.
 15. Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão. *Journal of Management & Primary Health Care*, 2017; 8(2):

- 216-232, 2017.
16. Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2012; 17(46): 615-633.
 17. Costa IBC. Etnobotânica e práticas agroecológicas na comunidade rural rio dos couros - Cuiabá. [Dissertação]. Cuiabá (Mato Grosso): Faculdade de Ciências Agrônômicas; 2015.
 18. Badke MR, Barbieri RL, Ribeiro MV, Ceolin T, Hernáez AM, Alvim NAT. Significados da utilização de plantas medicinais nas práticas de autoatenção à saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2019; 53:e03526
 19. D'almeida S. Fé, princípio-ativo, testemunhos de cura e rastreamento na produção de remédios caseiros por raizeiras e raizeiros do cerrado. *Anuário Antropológico*. 2021; 46(1): 190-210.
 20. Lima PC, A noção dos especialistas em cura no sistema médico indígena de Pernambuco. [Dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2018.
 21. Souza MLP, Garnelo L. Relativismo Cultural e Uso de Álcool: contribuições a partir do campo da saúde indígena. in: Alarcon S, Jorge MAS. *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. 265-284.
 22. Oliveira DM. Saúde rural: itinerário terapêutico nas febres como uma construção sociocultural. 2020. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2020.
 23. Nery JCS. Saberes e práticas populares em saúde: um estudo sobre raizeiros (as) do mercado municipal de Araguaína/TO. [Dissertação]. Araguaína (Tocantins): Universidade Federal do Tocantins; 2021.
 24. Scopel D, Dias-Scopel RP, Wiik FB. Cosmologia e Intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. *Tempus, Actas de Saúde Colet*, Brasília. 2012; 6(1): 173-190.
 25. D'almeida SS. Guardiãs das folhas: mobilização identitária de raizeiras do cerrado e a autorregulação do ofício. [Tese]. São Paulo (São Paulo) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

ANEXO A - CARTAS DE ANUÊNCIA



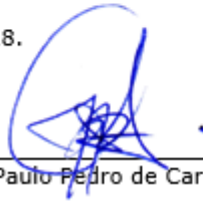
CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Islândia Maria Carvalho de Sousa** a desenvolver o seu projeto de pesquisa "Saberes e cuidados na Chapada do Araripe e Caatinga e sua inter-relação com o Modelo de Saúde", cujo objetivo é analisar os saberes tradicionais de cuidado na região da Chapada do Araripe e suas repercussões sobre o Modelo de Saúde na região, nesta Instituição.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo ou serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, para utilização em pesquisas futuras.

Recife, 08 de fevereiro de 2018.



Paulo Pedro de Carvalho



Rede de Agricultores e
Experimentadores da Caatinga

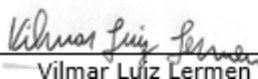
CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Islândia Maria Carvalho de Sousa** a desenvolver o seu projeto de pesquisa "Saberes e cuidados na Chapada do Araripe e Caatinga e sua inter-relação com o Modelo de Saúde", cujo objetivo é analisar os saberes tradicionais de cuidado na região da Chapada do Araripe e suas repercussões sobre o Modelo de Saúde na região, nesta Instituição.

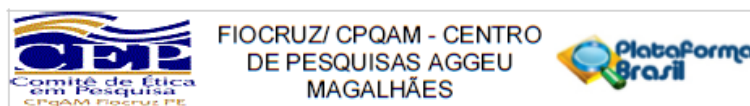
Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo ou serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, para utilização em pesquisas futuras.

Recife, 08 de fevereiro de 2018.


Vilmar Luiz Lermen

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saberes e cuidados na Chapada do Araripe e sua inter-relação com o Modelo de Saúde

Pesquisador: ISLANDIA M CARVALHO SOUSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88317218.7.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.889.435

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em saúde, com delineamento de estudo de caso com foco nos saberes e práticas de cuidado na Chapada do Araripe e Caatinga. Propõe quatro passos metodológicos: pesquisa documental; pesquisa de campo com realização de oficinas; entrevistas; observação participante

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar os saberes tradicionais de cuidado na região da Chapada do Araripe e suas repercussões sobre o Modelo de Saúde Pública local.

Objetivos específicos

Identificar as atividades sociais acerca dos saberes tradicionais e populares que estão sendo desenvolvidas na região.

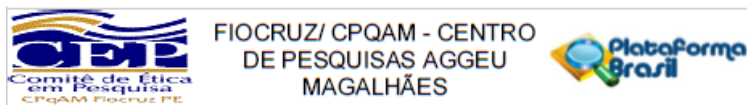
Caracterizar atividades sociais acerca dos saberes tradicionais e populares que estão sendo desenvolvidas na região.

Identificar e caracterizar os agentes envolvidos no cuidado com saberes tradicionais e populares na região.

Descrever o papel dos agentes no cuidado com saberes tradicionais e populares na região.

Compreender as formas de cuidado desenvolvidas pelos agentes e sua

Endereço:	Av. Prof. Moraes Rego, s/nº	CEP:	50.670-420
Bairro:	Cidade Universitária		
UF:	PE	Município:	RECIFE
Telefone:	(81)2101-2639	Fax:	(81)2101-2639
		E-mail:	comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2889435

influência no cuidado e modelo de saúde locais.

Construir atividades de pesquisa-ação para buscar interlocução com as atividades sociais com saberes tradicionais e populares desenvolvidas na região.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram devidamente descritos em "Informações Básicas do Projeto" e nos TCLEs

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa visa organizar oficinas e encontros com lideranças locais. A pesquisa foi considerada importante e com relevância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas todas as declarações e demais documentações exigidas pelo sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as documentações necessárias para compreensão do estudo. As documentações exigidas pelo sistema CEP/CONEP, de acordo com a RES. CNS 466/12, foram apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

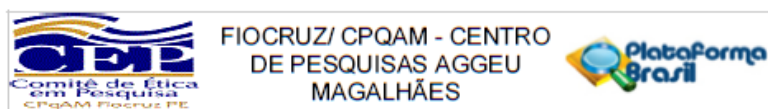
O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	12/09/2018 11:16:52	Janaina Campos de Miranda	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2889435

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1098362.pdf	23/03/2018 14:10:27		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	23/03/2018 14:09:57	ISLANDIA M CARVALHO SOUSA	Aceito
Outros	Declara.compro.pdf	23/03/2018 14:09:35	ISLANDIA M CARVALHO SOUSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declara Partoislandia Sabrina.pdf	23/03/2018 14:08:54	ISLANDIA M CARVALHO SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/03/2018 14:08:39	ISLANDIA M CARVALHO SOUSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaraMarcusSony.pdf	23/03/2018 14:05:54	ISLANDIA M CARVALHO SOUSA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/03/2018 14:05:30	ISLANDIA M CARVALHO SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSaberesevidados.pdf	23/03/2018 14:05:16	ISLANDIA M CARVALHO SOUSA	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	23/03/2018 14:02:30	ISLANDIA M CARVALHO SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 12 de Setembro de 2018

Assinado por:

Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br