

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO - GIT

Darlianne Nadine da Silva

PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE:
traços culturais no território do Melquíades.

Governador Valadares/ MG
Junho/2017

DARLIANNE NADINE DA SILVA

PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE:
traços culturais no território do Melquíades.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, como requisito para obtenção do título de mestre em Gestão Integrada do Território.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Celeste Reis
Fernandes de Souza

Governador Valadares – MG
Junho/2017

FICHA CATALOGRÁFICA

362.1042

S586p Silva, Darlianne Nadine da.

Práticas de cuidado em saúde [manuscrito]: traços culturais no território do Melquíades/ Darlianne Nadine da Silva. – 2017. 87 f.: il.; 29,5 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Vale do Rio Doce, Programa de Pós Graduação Stricto Sens em Gestão Integrada do Território – GIT, 2017.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Celeste Reis Fernandes de Souza.

1.Práticas de cuidado em saúde. 2. Traços culturais. 3. Território. 4. Comunidade do campo. I. Souza, Maria Celeste Reis Fernandes de. II. Título.

Bibliotecário: Edson Félix CRB6/2983

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais – NEHT/Univale
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

DARLIANNE NADINE DA SILVA

“PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE: TRAÇOS CULTURAIS NO
TERRITÓRIO DO MELQUÍADES.”

Dissertação aprovada em 29 de junho
de 2017, pela banca examinadora com
a seguinte composição:

malvina

Prof.^a Dr.^a. Maria Celeste Reis Fernandes de Souza
Orientadora - Universidade Vale do Rio Doce

Maria Terezinha Bretas Vilarino.

Prof.^a Dr.^a. Maria Terezinha Bretas Vilarino
Examinadora – Universidade Vale do Rio Doce

Maria Gabriela Parenti Bicalho

Prof.^a Dr.^a. Maria Gabriela Parenti Bicalho
Examinadora – Universidade Federal de Juiz de Fora- Campus GV

Aos moradores do Córrego do Melquíades.

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar minha gratidão profunda à Prof.^a Dra. Maria Celeste Reis Fernandes de Souza. Você me recebeu no verão de 2016 e partir de então fez-se sol diariamente na minha vida. A Coorientadora que se tornou orientadora e hoje uma grande amiga.

À Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) que “me viu crescer”. Por aqui realizei sonhos que um dia achei serem impossíveis.

Ao programa de Mestrado em Gestão Integrada do Território (GIT), agradeço especialmente à Adileia, Beth e à professora Dra. Suely Rodrigues, sei que torceram por mim e por isso sou grata a vocês.

À professora Dra. Sueli Siqueira cuja atenção ultrapassou os muros da Univale.

Aos parceiros que trilharam ao meu lado, recebam hoje meus agradecimentos: Adilson Mariano, Ana Paula Campos e Thiago Zambulie.

Agradecimento mais que especial à amiga, que sorriu e chorou ao meu lado: Claudinha, que mesmo na distância se fez presente em todos os momentos.

Aos professores, colegas de trabalho e de fato grandes amigos: Prof^a Flávia Rodrigues, obrigada por me inserir no movimento da Educação Popular. Prof. Celinho Martins, obrigada pelo ombro sempre amigo, sua amizade enobrece minha vida.

Às professoras convidadas para compor a banca de avaliação deste trabalho: Prof.^a Dra. Maria Terezinha Bretas Vilarino e prof Dra. Maria Gabriela Parenti Bicalho, muito obrigada por aceitarem o convite.

À Marlucy Rodrigues, sem você essa pesquisa não teria a beleza que tem. Obrigada por transmitir suas experiências, ser parceira nas viagens e cuidar tão bem de mim.

Agradeço a Prof.^a Dra. Gulnara Patrícia que me apresentou e inseriu no campo desta pesquisa.

Agradeço a Prof^a Waleska Bretas (“mãeleska”), sei que você está orgulhosa dessa “filha pretinha” aqui.

O que dizer aos meus amigos? Cada um contribuiu da sua maneira e me orgulho de poder listar aqui alguns, aqueles que ocupam um lugar especial: Dan Coelho, Edna Dias, Fabiana Dias, Maxwell Robert, Luiz Roberto, Leonardo Marir Rhunior Souza, Marcos Gonçalves, Silvana Soares.

À amiga que veio na primavera, trouxe o perfume e a leveza das flores, soube cuidar, ouvir, e ser realista também: “senta e escreve a dissertação”. Mariana, obrigada pela sua parceria.

Verbalizar agradecimentos a minha família é tarefa mais difícil que escrever essa dissertação. Bel, obrigada pelo simples fato de existir, sei que você carregou nesses dois anos minha ausência, impaciência e meu cansaço... Hoje ao encerrar esse ciclo tenho apenas que lhe agradecer, minha filha, meu bem maior.

Agradeço a minha mãe que, mesmo não compreendendo os caminhos pelo qual decidi trilhar, se fez presente, e da sua maneira torceu por mim.

A Deus que nunca me abandonou quando tudo parecia não ter saída. Nos teus braços achei abrigo, um colo sem cobranças e de amor.

RESUMO

A pesquisa, realizada em uma abordagem interdisciplinar, estabelece um diálogo entre os campos da Saúde e da Geografia. O objetivo geral da investigação é compreender as práticas de cuidado em saúde dos moradores do Córrego do Melquíades. O aporte teórico utilizado foram as reflexões de Paul Claval, geógrafo, cujas discussões sustentam-se na concepção humana da geografia, em uma abordagem cultural; e Paulo Freire, cujas contribuições possibilitaram o reconhecimento e validação dos saberes populares, presentes nas práticas analisadas. O campo de pesquisa foi o Córrego do Melquíades, zona rural pertencente a Penha do Cassiano, distrito de Governador Valadares. O material empírico analisado foi produzido por meio de observação, entrevistas narrativas e mapa temático elaborado por um dos sujeitos entrevistados. A entrevista narrativa foi realizada com a participação de nove sujeitos, três homens e seis mulheres, com idade compreendida entre 35 e 87 anos, residentes nesse córrego. Na análise empreendida foram identificados traços culturais que constituem as práticas de cuidado em saúde naquele território: transmissão dos saberes, crença religiosa, vínculo com a terra e saber médico. As conclusões do estudo apontam que os traços culturais constituem o território e contribuem para a promoção da saúde dos sujeitos, participantes do estudo. Destaca-se, também, a necessidade de reconhecimento e validação dos saberes populares das comunidades como parte inerente ao processo de saúde e doença. O estudo contribui para que se considere, nas políticas públicas em saúde, os territórios, tornando-os visíveis, assim como para a necessidade de cumprimento dessas políticas reconhecendo o direito à saúde dos sujeitos, especialmente das comunidades do campo.

Palavras-chave: Práticas de cuidado em saúde. Traços culturais. Território. Comunidade do campo.

ABSTRACT

The research, conducted in an interdisciplinary approach, establishes a dialogue between the fields of Health and Geography. The survey's general objective is to understand the health care practices of the residents of the Melquiades Stream. The theoretical contribution were the reflections of Paul Claval, geographer, whose discussions are based on the human conception of the geography, in a cultural approach; and Paulo Freire, whose contributions made possible the recognition and validation of popular knowledges, present in the analyzed practices. The research field was Melquiades Stream, countryside belonging to Penha do Cassiano, in Governador Valadares district. The empirical material analyzed was produced through observation, narrative interviews and the thematic map elaborated by one of the interviewed subjects. The narrative interview was conducted with the participation of nine subjects, three men and six women, aged between 35 and 87 years old, residents of this stream. In the analysis undertaken, cultural traces that constitute the health care practices in that territory were identified: transmission of knowledges, religious belief, link with the land and medical knowledge. The conclusions of the study point out that the cultural traits constitute the territory and contribute to the health promotion of the subjects, participants of the study. It is also necessary to recognize and validate the popular knowledges of the communities as an inherent part of the health and disease process. The study contributes to consider, in public health policies, the territories, making them visible, as well as the need to comply with these policies recognizing the right to health of the subjects, especially the rural communities.

Keywords: Health care practices. Cultural traits. Territory. Peasant Community.

LISTA DE SIGLAS

CAT – Centro Agroecológico Tamanduá

GEEPS - Grupo de estudo de Educação Popular em Saúde

GIAC - Grupo Inclusivo de Auto Cuidado

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

MAB - Movimento dos atingidos por Barragem

MOPS - Movimento Popular de Saúde

MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

PNEPS – SUS - Política Nacional de Educação Popular no SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PRIMEIROS DESLOCAMENTOS	12
1.2 OUTROS DESLOCAMENTOS.....	16
1.3 CONFIGURANDO O OBJETO	19
CAPÍTULO 02	26
2.2 PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE, TERRITÓRIO E CULTURA.	26
CAPÍTULO 03	39
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
CAPÍTULO 04	54
4.1 CÓRREGO DO MELQUÍADES, O RECONHECIMENTO DE UM TERRITÓRIO.....	54
4.2 SITUANDO O CÓRREGO DO MELQUÍADES. ONDE ELE ESTÁ?	58
4.3 UM MAPA DO CUIDADO EM SAÚDE	61
CAPÍTULO 05	65
5.1 AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE	65
5.2 CENAS DAS ENTREVISTAS	66
5.3 TRANSMISSÃO DE SABERES.....	68
5.4 CRENÇA RELIGIOSA	72
5.5 SABER DO DOUTOR	75
5.6 VÍNCULO COM A TERRA.....	77
6 CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 PRIMEIROS DESLOCAMENTOS

“Nada a temer
 Senão o correr da luta
 Nada a fazer senão esquecer o medo
 Abrir o peito à força
 Numa procura
 Fugir às armadilhas da mata escura
 Longe se vai sonhando demais
 Mas onde se chega assim?
 Vou descobrir o que me faz sentir
 Eu, caçador de mim.”
Sérgio Magrão e Luiz Carlos Sá

O ingresso de uma bióloga em um Programa de Mestrado Interdisciplinar foi um desafio. Digo desafio, quando me lembro desde o desenvolvimento do projeto inicial apresentado para banca examinadora de qualificação, até a escrita final desta dissertação. Durante a trajetória que contempla o cumprimento das disciplinas obrigatórias e optativas, qualificação e defesa, muitas transformações aconteceram no modo de pensar na construção da pesquisa, de compreender os processos que nos levaram ao objeto, que possibilitaram condições para escrita final deste trabalho.

O campo da biologia oferece muitas possibilidades de pesquisa principalmente na área ambiental e da saúde. Apesar de ser professora e ter cursado também graduação em Licenciatura, não imaginei desenvolver um projeto de pesquisa que percorresse os caminhos das práticas educativas – proposta inicial desta pesquisa. O trabalho apresentado para o ingresso no GIT abordava questões ambientais e a Leishmaniose em alguns bairros de Governador Valadares e seria orientado pela professora Dr^a Gulnara Patrícia Borja que, paralelamente, também desenvolvia um projeto sobre infecção bacteriana pelo microrganismo *H. pylori*.

Ao cursar as disciplinas do GIT percebi a importância da interdisciplinaridade na pesquisa. Assim, o pensamento positivista¹ em que fui moldada anteriormente

¹ O positivismo defende a ideia de que o conhecimento científico é a única forma de conhecimento verdadeiro. De acordo com os positivistas somente pode-se afirmar que uma teoria é correta se ela

não cabia mais na proposta de um mestrado interdisciplinar. Diante disso, houve necessidade de deslocamentos, abandonar o pensamento disciplinar, simplificador, fundado na racionalidade e reducionismo, com métodos científicos quantitativos e experimentais e me apoiar na perspectiva epistemológica da interdisciplinaridade.

Segundo Philipp JR e Silva Neto (2011) a partir da metade do século XIX a ciência busca distanciar-se e emancipar-se de outras formas de conhecimento consideradas válidas até então para a busca de entendimento acerca do homem e da natureza. Para isso, encontra-se em curso, o debate acerca da necessidade de rupturas epistemológicas e sobre a força da ciência paradigmática. Sobre essa ciência Tomás Kuhn enfatiza que as comunidades científicas compartilham crenças, valores, técnicas, que impregnam os objetos de pesquisa e fortalecem a matriz disciplinar: “posse comum aos praticantes de uma disciplina particular” (KUHN, 2013, 289).

Como aluna e pesquisadora de um programa interdisciplinar precisava sair então do paradigma disciplinar, compreender, por exemplo, que o território do processo saúde doença não sofre interferências somente de patógenos, medicalização ou vacina. O pensamento interdisciplinar me colocou na posição de conhecer e compreender o sujeito e suas relações implicadas nas condições de saúde ou adoecimento. Compreendi, ainda, que esse sujeito não é neutro no processo e que carrega em si marcas, representações e experiências que constroem o seu modo de vida, e em consequência sua condição no território.

Ao refletir sobre o pensamento de Kuhn sobre as revoluções científicas compreendi a atividade científica, como um quebra cabeças, o que implica o modo como o pesquisador se relaciona com o objeto. Kuhn critica os “manuais de pesquisa” que ao serem utilizados pelo pesquisador, de modo automático, desprepara para a construção de novos problemas, vicia o olhar do pesquisador e fortalece o campo paradigmático. As reflexões do autor instigam a pensar que a pesquisa pode ser construída com o olhar sobre os processos e não “no produto em si”.

A partir desse pensamento e do descolamento em que me encontrava, o passo seguinte foi à proposição a minha orientadora de mudança no projeto com o

foi comprovada através de métodos científicos válidos. Os positivistas não consideram os conhecimentos ligados as crenças, superstição ou qualquer outro que não possa ser comprovado cientificamente (Philipp JR e Silva Neto, 2011).

foco na educação e saúde.

Posteriormente, passei a integrar o projeto intitulado “Estudo clínico-epidemiológico e laboratorial das doenças gástricas associadas à infecção pelo *Helicobacter pylori* no Leste de Minas Gerais”². Esse, tinha como campo de pesquisa o Córrego do Melquíades e um grupo multidisciplinar que desenvolvia trabalhos como coleta de material biológico para análise, anamnese e utilizava, para levantamento de dados sobre a comunidade, questionários semi estruturados.

O objetivo de inserir a educação no referido projeto era proporcionar à comunidade envolvida, informações preventivas contra as infecções causadas pela bactéria. Inicialmente tais informações seriam “transmitidas” através de palestras que seriam realizadas por mim e com a elaboração de uma “cartilha educativa” que ilustraria todo o processo de adoecimento, demonstrando as práticas de saúde.

Em conversa com a professora Dra. Gulnara, decidimos buscar auxílio de outro(a) professor(a) do GIT que fosse do campo da educação para que contribuísse com a proposta da educação e saúde. Esse professor nos indicaria bibliografias que nos ajudassem a construir um referencial teórico que sustentasse teoricamente a temática da educação. Foi assim que uma bióloga e uma médica fizeram o primeiro descolamento rumo à interdisciplinaridade.

Nosso deslocamento nos levou à professora Dra. Maria Cecília P. Diniz, docente do GIT, Pedagoga e Pesquisadora que já havia desenvolvido estudos na área da educação e saúde. Entretanto, essa parceria não se efetivou em função da morte prematura da professora. Após esta ausência, sentida por colegas e alunos(as) que tiveram o privilégio de conviver com ela, fizemos contato com a profa. Dra. Maria Celeste Reis Fernandes de Souza. Depois de uma conversa inicial e leitura do projeto, a professora aceitou ser colaboradora da pesquisa, assumindo a condição de co-orientadora.

² Projeto de Pesquisa coordenado pelo Prof. Dr^a Gulnara Patrícia Cabrera autorizado em fevereiro de 2016, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer nº 1419567. O projeto recebe apoio da UNIVALE e Universidade Federal de Juiz de Fora e o grupo de pesquisadores é composto por profissionais da saúde, da educação e estudantes do Mestrado em Gestão Integrada do Território e dos cursos de Graduação da UNIVALE e também da Universidade Federal de Juiz de Fora. A profa. Dra. Maria Celeste Reis Fernandes de Souza integra esse grupo de pesquisadores sendo responsável pela coordenação das atividades de educação.

Como “primeira tarefa” a professora Maria Celeste sugeriu que eu fizesse a leitura de um livro intitulado “Conscientização” do autor Paulo Freire (FREIRE, 1979) e convidou-me para um grupo de estudos que fazia algumas discussões sobre o pensamento do autor.

Após leituras de alguns títulos do autor, mesmo sem entender muito sua abordagem, nos reunimos e discutimos sobre o objetivo da educação em saúde naquela comunidade. Com orientações da professora e com entendimentos “primários” sobre a perspectiva Freiriana compreendi que uma comunidade que recebe há quase duas décadas intervenções da academia e que apresenta poucas mudanças no cenário da saúde, não precisa de palestras que lhes contassem como cuidar da saúde, mas uma mudança no modo de olhar dos sujeitos, assim como, as perguntas feitas até então. Uma questão primeira que se colocava era saber como os sujeitos inseridos naquela comunidade cuidavam da saúde. Essa pergunta emerge da proposta de Paulo Freire, o qual defende que o sujeito não é desprovido de conhecimento e “não há saber mais ou saber menos: “Há saberes diferentes” (1996, p.68).

Ato contínuo, imergida nas leituras de Paulo Freire, minha co - orientadora apresentou-me a professora mestre e enfermeira Flavia Rodrigues, docente da UNIVALE, egressa do Programa de mestrado GIT, coordenadora de um grupo de estudos em educação popular em saúde denominado Grupo Inclusivo de Auto Cuidado – e Grupo de estudo de Educação Popular em Saúde GIAC/GEEPS. A professora Flávia me inseriu no grupo de estudos e me convidou para participar de um processo seletivo para ser educadora de um Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde, uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz.

A proposta de realização do curso fundamenta-se principalmente no pensamento do educador Paulo Freire e na Política Nacional de Educação Popular no SUS (PNEPS-SUS) que valoriza a “formação, comunicação e produção de conhecimento”, que “compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular” (BRASIL, 2012).

Nessa proposta eu e a professora Flávia participamos do edital 2016 que tinha como objetivo selecionar Educadores Populares para atuarem no Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde, conforme abrangência e

distribuição de vagas indicadas em Minas Gerais. Passado as duas etapas do processo seletivo, fomos selecionadas a participar de oficinas em Belo Horizonte e Barra Longa (MG) onde fomos avaliadas e em sequência aprovadas como educadoras populares em saúde. Nesse processo tive contato com diversos movimentos sociais (MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra; MAB – Movimento dos atingidos por Barragem; LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros; Quilombola; Levante Popular da Juventude; movimento estudantil etc.) com discussões sobre a saúde e a educação em uma perspectiva horizontal, que valoriza a cultura e a experiência do sujeito.

Foi após trilhar esses caminhos que o projeto de pesquisa ganhou uma nova configuração. A proposta de ministrar palestras a comunidade do campo não tinha mais sentido. Falar para o outro com uma linguagem que não condizia com sua realidade não influenciaria a transformação do processo saúde/doença. Depois desse amadurecimento e refletindo sobre tais aspectos decidimos investigar, primeiro, como os sujeitos cuidavam da saúde naquele território.

Depois da qualificação realizada em três de outubro de 2015 com a contribuição das professoras Patrícia Falco Genovez, docente do GIT e Gabriela Freitas, docente da Universidade Federal de Juiz de Fora, definimos que a professora Celeste, passaria da condição de co-orientadora para orientadora e juntas passamos a refletir sobre a possibilidade de investigar as práticas populares de cuidado em saúde daquela população.

1.2 OUTROS DESLOCAMENTOS

Outro desafio foi entender o campo da pesquisa. O Córrego do Melquíades faz parte do Distrito de Penha do Cassiano, local de difícil acesso, localizado a mais ou menos 50 km do centro da cidade de Governador Valadares. Poucos dados foram encontrados para compreender a história local e nos apresentar a situação atual da população (dados da saúde, da educação etc). Se fez necessária várias idas ao local para conhecer os sujeitos e suas relações. Meu primeiro contato com a comunidade foi através do posto de saúde, onde acompanhei pacientes que buscavam realizar exames laboratoriais que identificassem a bactéria *H. pylori*, oferecidos pelo grupo de pesquisas da UNIVALE, participando do projeto inicial já citado. Essa atividade foi realizada em um sábado pela manhã, meu objetivo

naquele momento era compreender um pouco melhor a saúde naquele território.

Uma cena me chamou atenção neste primeiro contato e passo a narrá-la.

Cena 1

...No meio dessa manhã de trabalhos entre universidade e os moradores do Córrego do Melquiades, chega uma mãe, um pai e uma criança de aproximadamente 1 ano de idade, era uma menina. Os três estavam em uma motocicleta, enquanto o pai estaciona a moto na porta do posto de saúde, a mãe adentra no recinto muito exaltada juntamente com a criança chorando muito, ela pede ajuda, pois sua filha caiu do berço e estava com pescoço torto e chorando muito. Um dos pesquisadores presentes naquele sábado era médico e prontamente pediu que a mãe entrasse na sala e colocasse a criança na cama. Ao tocar o rosto da criança, percebeu-se muitos gritos de dor por parte da criança e por parte da mãe que encontrava-se em desespero nessa situação. O médico disse: “tem que levar essa criança urgentemente para Valadares, levar para o hospital municipal”. Eu, apavorada como os outros que estavam no posto de saúde, questioneei a técnica: como ela irá levar a criança, na moto? A técnica responde: “bom se ela não conseguir um carro, vai de moto mesmo, aqui não tem ambulância, quem não tem condução própria tem que pagar pra levar em Valadares”.

A fala dessa profissional me fez lembrar os 50 km que percorri para chegar ali, estrada sem calçamento, animais o tempo inteiro transitando pela estrada, poeira e outros dificultadores. Ali, naquele momento, comecei a entender como era a vida daqueles sujeitos quando o assunto era saúde. Assim, esta cena trouxe inquietação, curiosidade. De acordo com Foucault (2003) a curiosidade vale a pena ser sentida quando não se procura assimilar o que convém conhecer, mas que permite mudanças de lugares:

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão do saber se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou refletir (FOUCAULT, 2003, p.13).

A visão tecnicista da bióloga não cabia mais dentro desse contexto. Era preciso enxergar além da bactéria causadora de doenças, era preciso compreender que, ter o posto de saúde no território não garante atendimento ao usuário e mais que tudo, era preciso conhecer o homem (que na minha linguagem agora é sujeito – homem e mulher) além de sua composição orgânica, suas relações com o território, com a sua história e a sua própria identidade.

Aos poucos fui compreendendo o arcabouço teórico do território, principalmente com a contribuição dos Estudos Territoriais II, disciplina ministrada pela professora Dr^a Patrícia Falco Genovez. Essa disciplina trouxe a compreensão da vertente culturalista na geografia e as compreensões territoriais de identidade, legitimação, reconhecimento, pertencimento e apropriação.

A leitura da dissertação da professora Flávia Rodrigues (RODRIGUES, 2012) trouxe uma possibilidade de entendimento do território na perspectiva da saúde. O estudo realizado investiga as relações entre a saúde e a doença e suas manifestações no território, considerando o caráter histórico e a relação das pessoas com o meio. Nessa perspectiva apresenta considerações importantes sobre os aspectos territoriais da hanseníase. A publicação de resultados desse estudo destaca que a apropriação da condição de saúde do sujeito é determinada por temporalidades e territorialidades, pois esses sujeitos se apoiam nos símbolos, na funcionalidade do espaço e lugares vividos por eles (GENOVEZ e PEREIRA, 2016).

Leituras, estudos e discussões me levam a compreender o território na perspectiva culturalista e assim redesenho o objeto de estudo. Para desenvolver a pesquisa sobre as práticas populares em saúde passei pelo desafio de buscar na literatura autores que me dessem uma base teórica sobre cultura e território. Dentro dessa perspectiva encontrei no geógrafo Paul Claval (2005, 2007, 2014) elementos da geografia cultural que trazem a perspectiva do entendimento do conceito de homem, cultura, espaço, representações e identidade.

Fazer-se interdisciplinar é deslocar-se, é abandonar as evidências positivistas e adotar uma visão ampliada sobre o espaço e as relações que o compõe. Um dos desafios desse estudo foi configurar o objeto de pesquisa deixando o lugar dos meus conhecimentos teóricos biológicos, advindos da minha formação, em direção aos conceitos territoriais e seus aspectos sociais e humanistas. Uma das experiências enriquecedoras foi acompanhar, como educadora popular em saúde, os movimentos sociais, que voltados para as lutas pela saúde e educação da população, buscam na participação popular a construção de políticas públicas que garantam a sociedade qualidade de vida, responsabilizando assim o sujeito como protagonista da sua própria história, o que é diferente de responsabilizar o sujeito pela sua própria condição de saúde ou doença, o que é comum na concepção biológica do processo .

1.3 CONFIGURANDO O OBJETO

A configuração do objeto se deu, pois, no movimento anterior de mudança de paradigma, de reflexão sobre o território, mas também a partir de leituras e estudos dos documentos da saúde pública, que relatam desde a história do sistema de saúde no Brasil, as responsabilidades do estado e acessibilidade e direitos. Nesse processo, foi também relevante os questionamentos que fizemos sobre os resultados de estudos sobre a saúde no Córrego do Melquíades.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986 apresentou uma carta de intenções com o propósito de contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma a garantir universalmente o direito básico à saúde. Conforme se argumenta nesse documento, a saúde é criada e vivida pelas populações em todos os contextos da vida cotidiana e resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros; da capacidade individual de tomada de decisões; bem como da capacidade que cada pessoa tem de assumir o controle sobre as circunstâncias da própria vida. Além disso, consideram-se as condições criadas pela sociedade para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde (OMS, 1996).

No Brasil, as discussões decorrentes da apresentação da Carta de Ottawa, emergem após o movimento da Reforma Sanitária³, cujo debate sobre a saúde buscava um olhar menos concentrado nas Ciências Biológicas, que restringia o conceito de saúde à ausência de doença. Buscava-se assim, uma compreensão sobre saúde que fosse capaz de extrapolar a prestação de serviços clínico-assistenciais e refletisse sobre outros caminhos para garantia efetiva da saúde da população. Naquele contexto, da década de 1980, significava pensar o processo de redemocratização do País e a constituição de um sistema de saúde inclusivo para a população (BRASIL, 2006).

A carta de Ottawa (1986), a Política Nacional de Promoção de Saúde (2006) e as reflexões de Paim (2012), tecem uma crítica a um modelo de atenção

³ A história da Reforma Sanitária no Brasil tem origem no final da década de 1910, passando por vários e distintos contextos sociopolíticos. Um dos objetivos do movimento é a erradicação de doenças endêmicas e epidêmicas e tem como alvo inicial as populações rurais do país (SANTOS, 2004).

hegemônico de saúde, que apresenta traços individualista, percepção da saúde como mercadoria, ênfase na biologia, medicalização dos problemas, participação passiva dos sujeitos. Portanto, um modelo centrado no saber biomédico (PAIM, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) o processo saúde-doença é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico (espaço e tempo). Porém, esse modelo biomédico não consegue modificar os condicionantes, nem determinantes mais amplos desse processo, por operar, na maior parte das vezes, com um enfoque marcado pela centralidade dos sintomas.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) define saúde como direito de todos e dever do Estado, enfatiza que ela acontece, quando os determinantes sociais como educação, saneamento básico, habitação, renda, trabalho, alimentação, meio ambiente e lazer são garantidos às pessoas. Pensar na saúde entrelaçando aspectos biológicos, sociais e culturais é uma reflexão para além do modelo biomédico, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença.

Embora nos últimos anos, diversos esforços tenham sido empregados por meio de políticas públicas de saúde, marcadas pela valorização de princípios como equidade, participação e humanização, a mudança do modelo de atenção em saúde ainda é um desafio. As ações de saúde, ainda, são marcadas pela hegemonia da cultura medicamentosa e hospitalar, consistindo em uma perspectiva de cuidado que preserva a racionalidade biomédica. Nessa perspectiva, identifica-se as pessoas como “meros pacientes” portadores de patologias, em detrimento de uma concepção ampliada do cuidado. Nega-se desse modo o papel ativo dos sujeitos como produtor de saberes, vivências, direitos e poder de decisão (PAIM, 2012). Nesse contexto de valorização do sujeito, instala-se no campo da saúde um debate específico sobre educação popular em saúde (BRASIL, 2012). A Educação Popular em Saúde, é um dos eixos estratégicos que fortalecem, reafirmam e efetivam o compromisso da Política Nacional de Saúde, com os cuidado em saúde, numa perspectiva educativa:

A Educação Popular em Saúde compreende o cuidado em saúde numa perspectiva integral do ser humano, sendo a religiosidade, ancestralidade, cultura construída na relação com a natureza e seu contexto social, como elementos fundantes. Aponta a construção de horizontes éticos para o cuidado em saúde não apenas como ação sanitária, mas social, política,

cultural, individual e coletiva, inserida na perspectiva da produção social da saúde, na qual se integram a diversidade de saberes e práticas de cuidado permeadas pela amorosidade, diálogo, escuta, solidariedade e autonomia (BRASIL, 2012, p. 19).

No campo da saúde, a emergência da Educação Popular ocorre especialmente a partir da década de 1970, no contexto da inacessibilidade das camadas populares aos precários serviços públicos, da inserção marginal no mercado de trabalho que excluía os trabalhadores dos benefícios da seguridade social, bem como das péssimas condições de renda, moradia e alimentação. Nesse momento, destaca-se a pré-reforma sanitária brasileira e a criação do Movimento Popular de Saúde (MOPS) ainda em uma perspectiva da passagem de um saber, ou de uma informação focalizada, apenas no desenvolvimento de comportamentos ou hábitos saudáveis, onde os profissionais da saúde apresentam-se como “os que sabem”, e, do outro lado, a população, desenvolve o papel “dos que desconhecem”, negando-se, assim, o diálogo como fundamento dessa relação. (BRASIL, 2012).

É nesse debate da Educação Popular em Saúde que o presente estudo se insere ao se voltar para a compreensão das práticas de cuidado em saúde de uma comunidade do campo.

O Córrego do Melquíades, distrito rural do município de Governador Valadares, tem sido local de investigação para pesquisadores da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) desde 1990. A partir dessa década foram realizados diferentes estudos relacionados às doenças infecciosas. O território foi considerado endêmico para esquistossomose e apresentou prevalência em outras doenças parasitárias como ancilostomíase, *Entamoeba histolytica*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia* e *Enterobius vermicularis*. O investimento em saneamento básico e educação são estratégias importantes sugeridas pelos pesquisadores para que ocorra o controle de tais doenças. Por meio dessas ações, a população deve ser orientada para os fatores específicos de risco das referidas doenças (MAGUETA *et al*, 2015).

O Estudo conduzido por Ursino em 2002 considerou a região endêmica para infecções causadas pela bactéria *H. pylori* apresentando a necessidade de identificação dos fatores de risco e dos determinantes de saúde. Os resultados desse trabalho indicaram a presença da bactéria em adultos (86,2%) e crianças (51,9%) observando-se, ainda, que 100% dos indivíduos entrevistados consumiam

água não tratada e as casas não tinham rede de esgoto (URSINO, 2002).

Após dez anos, o trabalho realizado por Carvalho (2012) aponta, ainda, elevado percentual de infecção por *H. pylori*, (69,9%), o que indica que, essa infecção é ainda um problema importante de saúde pública no Córrego do Melquíades. No referido trabalho, os fatores de risco associados à infecção foram condições relacionadas à higiene pessoal, condições inadequadas de saneamento e nível socioeconômico.

Carvalho (2012), relatou em seu trabalho, que a maioria dos indivíduos residentes em Córrego do Melquíades consome água sem tratamento e residem em moradias que não são servidas por rede de esgoto. Mesmo àqueles que recebem água tratada no domicílio, também fazem uso de água do córrego, de bicas ou de cisternas. Por esses motivos, os autores não conseguiram identificar se a água é, ou não, um dos fatores de risco para o adoecimento.

O modelo de saúde utilizado pelos autores e diversos pesquisadores que desenvolveram pesquisas nessa região, durante quase vinte anos, apresentam caráter biomédico, ou seja, identificaram os doentes, sugeriram tratamentos e levantaram possíveis causas de adoecimento. Nesse sentido evidencia-se a distância de diálogo entre os saberes produzidos pela academia sobre doenças e os saberes da comunidade em estudo, relacionados às práticas em saúde.

Nestes termos, justifica-se a realização da pesquisa ora proposta que busca compreender as práticas de cuidado em saúde nessa comunidade. Pretende-se ampliar o olhar sobre a realidade do sujeito e a experiência que ele traz das suas práticas cotidianas e que se encontram, supõe-se, estreitamente relacionadas às práticas de cuidado em saúde. Com base nos debates no campo da Educação Popular em Saúde, reflete-se que essas práticas, para esses sujeitos, moradores do campo, se constituem nos vínculos territoriais nos quais transitam saberes, culturas, memórias, relações sociais e políticas, relação com a natureza, relações com a saúde pública, dentre outros aspectos.

É sob o encontro da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, sob o histórico das pesquisas realizadas nesse território, que destacam os problemas de saúde da população do Córrego do Melquíades, que este estudo se encontra delineado tendo como questão central: Como se constituem as práticas de cuidado em saúde da população do campo no território do Córrego do Melquíades? A partir deste questionamento traça-se um objetivo macro para esta pesquisa, que é

compreender as práticas de cuidado em saúde dos moradores do Córrego do Melquíades.

Além dos documentos do ministério da saúde, o objeto configura-se a partir do aporte teórico de Paul Claval e Paulo Freire. O primeiro citado é geógrafo e suas discussões sustentam-se na concepção humana da geografia conhecida como Geografia Cultural. A geografia cultural tem como objeto central de análise o homem e sua cultura. Interessa-se, pois, pela apropriação dos processos herdados por uma dada população e pelos modos de vida no território.

A geografia cultural está inserida na percepção do território simbólico, os símbolos e significados constituem traços fundamentais do ser humano como também o foco da atenção do geógrafo cultural. É nesta perspectiva que Claval questiona sobre as causas das diferentes relações do sujeito e o território:

Por que os indivíduos e os grupos não vivem os lugares do mesmo modo, não os percebem da mesma maneira, não recortam o real segundo as mesmas perspectivas e em função dos mesmos critérios, não descobrem neles as mesmas vantagens e os mesmos riscos, não associam a eles os mesmos sonhos e as mesmas aspirações, não investem neles os mesmos sentimentos e a mesma afetividade? (CLAVAL, 2001, p. 40).

Ao mobilizarmos as contribuições da Geografia Cultural, tendo como referência as contribuições de Paul Claval, compreendemos que as práticas de cuidado em saúde no Córrego do Melquíades envolvem relações entre sujeito, cultura, espaço, representações e implica, também, a experiência do sujeito e da subjetividade.

O educador Paulo Freire contribui valorosamente com a configuração do objeto desta pesquisa, pois a sistematização das suas ideias teve forte influência no movimento da Educação Popular e na luta pela democracia. O trabalho de Paulo Freire foi muito importante para realçar os problemas sociais e a relevância em resgatar a participação popular na produção do conhecimento e articulação política e social. Paulo Freire tem sido um autor muito utilizado nos trabalhos da educação em saúde pelas suas metodologias participativas e problematizadoras, como por exemplo, as rodas de conversa, que de forma horizontal, promovem o debate e a construção do saber, referenciadas na cultura popular (BRASIL, 2012). O educador contribui também para a reflexão sobre a educação sanitária, ao problematizar um modo de transmissão do saber, denominado por ele como educação bancária, na

qual as práticas de saúde disseminadas contribuem para a opressão dos saberes dos grupos.

Os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa foram observação e entrevista narrativa. Foi também incorporado ao material empírico analisado um mapa temático elaborado por um dos sujeitos entrevistados.

Considera-se que a pesquisa realizada adota uma abordagem qualitativa (FLICK, 2013) ao buscar compreender as práticas de cuidado em saúde dos moradores do Córrego do Melquíades.

A observação teve como objetivo aproximar-me do campo de pesquisa e conhecer o território (limites físicos, questões ambientais, relações sociais); conhecer os espaços comunitários utilizados pela população (escola, posto de saúde, líder comunitário), conhecer um pouco sobre os modos de viver daquela comunidade, e identificar se a população era resistente ou não a realização de “mais uma pesquisa”, após ter sido objeto de análise de outros estudos.

A entrevista narrativa foi realizada com a participação de nove sujeitos, três homens e seis mulheres, com idade compreendida entre 35 e 87 anos, residentes nesse córrego. Esse tipo de entrevista se caracteriza como ferramentas não estruturadas, visando a profundidade de aspectos específicos, a partir das quais emergem histórias de vida, tanto do entrevistado, como as entrecruzadas no contexto situacional. Esse tipo de entrevista visa encorajar e estimular o sujeito pesquisado, a contar algo sobre algum acontecimento importante de sua vida e do seu contexto social (FLICK, 2013).

Esta dissertação encontra-se organizada em cinco capítulos, além dessa introdução.

O capítulo segundo é uma apresentação dos documentos do ministério da saúde, na perspectiva do cuidado dentro dos níveis de atenção em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o modo como mobilizamos neste estudo as contribuições de Paulo Freire e Paul Claval, para compreender as práticas de cuidado em saúde no território analisado. O terceiro capítulo trata dos aspectos metodológicos da pesquisa, considerando a coleta de dados e a análise do material empírico produzido. O quarto capítulo apresenta o Córrego do Melquíades, como um território físico e simbólico, a partir do olhar de um morador local que produziu um mapa, identificado por nós, como mapa do processo saúde-doença naquele território. O quinto capítulo apresenta as práticas populares em saúde através da

reflexão e análise de entrevistas narrativas realizadas com os sujeitos nesse território. Na análise foram identificados traços culturais que constituem as práticas de cuidado em saúde naquele território: transmissão dos saberes, crença religiosa, vínculo com a terra e saber médico. As conclusões estão no capítulo seis.

Ao iniciar cada capítulo, apresento trechos de músicas e poemas que foram utilizados em místicas e atividades de integração entre educadores e educandos, durante o curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde em 2016 e 2017 na cidade de Governador Valadares, Minas Gerais. As letras das músicas/poema representam um pouco da minha transformação no campo da pesquisa, como também vem ao encontro do cenário de luta dos sujeitos, deste estudo, em busca de saúde.

As conclusões apontam que os traços culturais constituem o território e contribuem para a promoção da saúde dos sujeitos, participantes do estudo. Destaca-se, também, a necessidade de reconhecimento e validação dos saberes populares das comunidades como parte inerente ao processo de saúde e doença. O estudo contribui para que se considere nas políticas públicas em saúde os territórios, tornando-os visíveis, assim como para a necessidade de cumprimento dessas políticas reconhecendo o direito à saúde dos sujeitos, especialmente das comunidades do campo.

CAPÍTULO 02

2.2 PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE, TERRITÓRIO E CULTURA.

A Constituição Federal Brasileira ao definir a saúde como um direito e dever do Estado, estabelece como princípios, a universalidade, a equidade e a integralidade⁴. De acordo com a Lei nº. 8.080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços de saúde, a integralidade é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. No princípio da integralidade comparecem duas diretrizes: a descentralização e a participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Mediante esse cenário de garantia do direito à saúde “para todos”, há de se reconhecer que o acesso a saúde é limitado e determinado pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais, nas quais vivem os sujeitos, e, que são imprescindíveis ações intersetoriais específicas e de impacto, que busquem a promoção da saúde das populações, principalmente, as do campo e da floresta (BRASIL, 2013).

Os sistemas de serviços de saúde, organizados na perspectiva da integralidade da atenção adotam uma visão polissêmica, que se articula com ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos níveis de complexidade da assistência médica; articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação e abordagem integral do indivíduo e suas famílias. Assim, a integralidade pode ser identificada nas condições de: cuidado, prática, programa, política e sistema (PAIM 2012; SILVA, 2010).

⁴ O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, que determina que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira. Seu início se deu nos anos 70 e 80, quando diversos grupos se engajaram no movimento sanitário, com o objetivo de pensar um sistema público para solucionar os problemas encontrados no atendimento da população defendendo o direito universal à saúde. O Art. 7º da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispõe que os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. (BRASIL, 1990).

O relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde reforça que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um componente de seguridade social, que deve persistir na defesa de seus princípios e diretrizes, exigindo a fusão de políticas de atenção, formando uma rede de proteção social que garanta o cuidado às pessoas. A garantia de atenção e acesso a saúde deve estar também na elaboração de programas de informação, educação e comunicação que levem em conta práticas populares de cuidados com a saúde respeitando a raça, etnia, gênero e cultura do sujeito (BRASIL, 2004). Uma das diretrizes desse documento reforça a importância da pesquisa e o respeito a igualdade dos direitos a partir das diferenças:

Fomentar e descentralizar a pesquisa científica, tecnológica e inovação em saúde baseadas na interdisciplinaridade, de acordo com a realidade encontrada, respeitando os usos e costumes locais, visando ao aumento da equidade no cuidado à saúde da população e enfatizando a produção das instituições públicas (...) viabilizar estudos sobre práticas de cuidado à saúde consideradas alternativas, holísticas naturais e complementares. (BRASIL, 2004, p. 137 e 140).

Pinheiro (2009) define cuidado no campo da saúde, como “modo de fazer na vida cotidiana” que se caracteriza pela “atenção”, “responsabilidade”, “zelo” e “desvelo” com “pessoas e coisas” em lugares e tempos distintos de sua realização. A importância da vida cotidiana na produção do “cuidado” está na multiplicidade dos territórios que carregam conteúdos históricos sobre o cuidado e sobre a saúde: o cuidar no campo e na cidade, o cuidar dos diferentes grupos, dentre eles os sujeitos pertencentes a territórios vulneráveis: negro, índio, homossexual, quilombolas, dentre outras (BRASIL, 2013).

Na perspectiva ampliada de saúde, cuidar vai além de curar, tratar e controlar doenças distanciando-se, portanto, de práticas centradas em uma relação de intervenção estática, individualizada e individualizante (AYRES, 2001).

Podemos considerar que o cuidado também é marcado por características sociais e históricas, uma vez que, é a partir do que entendemos por saúde e por doença, que organizamos nossas práticas de cuidado. Processos de adoecimento e práticas de cuidado sempre estiveram presentes nas comunidades humanas. As formas como são entendidos, no entanto, variaram no tempo e no espaço de acordo com as formas de vida e cultura de cada comunidade (NESPOLI E LOPES, 2016).

O modelo biomédico de assistência a saúde, tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento, associa doença à lesão e suas principais

estratégias de intervenção estão ligadas diretamente ao corpo doente (MATTA e MOROSINI, 2009). Esse modelo tende a desqualificar valores e práticas do saber não científico, desconsiderando os saberes populares, excluindo do processo saúde/doença as percepções, os sentidos e significados, os modos como os sujeitos se organizam nos cuidados em saúde.

Nesse sentido, o cuidado, no campo da saúde, acabou sendo circunscrito como uma ação que acontece especialmente em função da doença. Por isso, é comum atribuímos o cuidado aos profissionais da medicina, da enfermagem, da odontologia ou da psicologia, por exemplo. Ainda que o cuidado seja uma prática que extrapole o espaço da clínica e das terapêuticas médicas, é muito importante compreender que, mesmo nesses espaços, distintas concepções de saúde e doença organizam diferentes formas de se cuidar (NESPOLI E LOPES, 2016).

Por sua vez, o modelo sistêmico de atenção à saúde, atribuído após a reforma sanitária e partindo da crítica em relação aos modelos excludentes, seja o biomédico, curativo ou o preventivista, objetiva conceber e organizar as políticas e as ações de saúde em uma perspectiva interdisciplinar, preocupado com a manutenção do ser humano em sua totalidade e não dividido em partes (MATTA e MOROSINI, 2009).

Nesta perspectiva, o sujeito deve ser respeitado em relação às suas condições socioculturais e econômicas. O discurso sobre o cuidado em saúde deve ser alicerçado na responsabilidade com a comunidade, com a garantia de direito ao cuidado integral e não a partir de um discurso hegemônico e “normatizador” de práticas saudáveis (BRASIL, 2009).

As práticas de cuidado devem ser mediadas pela solidariedade e pelo comprometimento com as classes populares. No campo da saúde, movimentos e coletivos vêm promovendo reflexões, construindo conhecimentos e ações em um processo de diálogo entre serviços, movimentos populares e espaços acadêmicos, para contribuir com a consolidação de um projeto de sociedade e de saúde mais justo e equânime (BRASIL, 2012).

Apesar das ações em saúde ainda serem marcadas fortemente pelas práticas de cuidado no sentido medicamento/hospital, diversos esforços têm sido empregados por meio de políticas públicas de saúde, marcadas pela valorização de princípios como equidade, participação e humanização. A Educação Popular em saúde apresenta outro modo de cuidar que é através da promoção da autonomia e

emancipação.

O cuidado é uma estratégia singular de promoção de saúde e está inserido em diretrizes e eixos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Essa política surgiu de movimentos sociais, coletivos de saúde e da participação popular a partir da década de 1970, no contexto da inacessibilidade das camadas populares aos precários serviços públicos, da inserção marginal no mercado de trabalho que excluía os trabalhadores dos benefícios da seguridade social (previdência, assistência social e saúde), bem como das péssimas condições de renda, moradia e alimentação (BRASIL, 2012).

O cuidado aparece como eixo estratégico da Educação Popular em saúde:

A Educação Popular em Saúde compreende o cuidado em saúde numa perspectiva integral do ser humano, sendo a religiosidade, ancestralidade, cultura construída na relação com a natureza e seu contexto social, como elementos fundantes. Aponta a construção de horizontes éticos para o cuidado em saúde não apenas como ação sanitária, mas social, política, cultural, individual e coletiva, inserida na perspectiva da produção social da saúde, na qual se integram a diversidade de saberes e práticas de cuidado permeadas pela amorosidade, diálogo, escuta, solidariedade e autonomia. (BRASIL, 2012 p. 19).

Assim, a PNEPS reforça o reconhecimento e a convivência dos modos populares de pensar, fazer e gerir a saúde, promovendo o encontro e diálogo destes, com os serviços e ações de saúde. A articulação entre a PNEPS e o SUS fortalece e aprimora as práticas populares de cuidado, o que implica visibilidade, socialização e perspectivas de práticas populares e integrativas (BRASIL, 2012).

O cuidado está vinculado e embasado nas relações que o sujeito estabelece no território, a forma de cuidar e como ele se expressa, está ligado a padrões culturais. Assim, o cuidar pode ser definido como comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (COELHO, 2005).

O processo de cuidar tem intencionalidades e objetivos variados dependendo do tempo, do espaço e da experiência de cada um, consistindo em uma forma de viver, de ser, de se expressar. Coelho (2005) reflete sobre o ato de cuidar, que é para o autor “um compromisso com o estar no mundo, de contribuir com o bem-estar geral, com a dignidade humana e com a nossa espiritualidade; é contribuir com a construção da história, do conhecimento, da vida” (COELHO, 2005, p. 216).

As determinadas formas de cuidado podem levar ou não o sujeito à autonomia. O modelo biomédico de cuidar, que normalmente está restrito a técnicas hospitalares e medicamentosas, por exemplo, reduz o indivíduo a meros corpos biológicos, desconsidera os aspectos socioculturais do sujeito, o que se caracteriza uma prática autoritária. O cuidado, também, pode ser produto de um conhecimento produzido culturalmente e neste caso pode contribuir para a autonomia e valorização dos saberes.

Cuidado envolve, pois, discursos médicos, religiosos, morais, econômicos e culturais que nem sempre operam em torno dos mesmos pressupostos, havendo múltiplas razões que explicam o social, a saúde, a doença, as práticas e os saberes que se produzem em torno delas, constituindo-se assim em uma experiência significativa para os envolvidos no processo (COELHO, 2005).

A responsabilidade de cuidar do outro valoriza as características dos sujeitos sociais em relação a seu contexto, sua história, sua cultura, visando estimular a iniciativa e a tomada de decisões das pessoas, fortalecendo a promoção do autocuidado. Portanto, o cuidado deve ser orientado por uma postura que respeite o modo como as pessoas vivem e que permita que os sujeitos possam também se responsabilizar pelo seu próprio cuidado (TRAVASSOS, 2016).

As práticas populares de cuidado, enquanto práticas sociais, ocorrem no encontro entre diferentes sujeitos e se identificam com uma postura integradora que reconhece e legitima crenças, valores, conhecimentos, desejos e temores da população. Constituem-se, por meio da apropriação e interpretação do cotidiano, a partir da sua ancestralidade, de suas experiências e condições de vida, contemplando a escuta e o saber do outro na qual o sujeito é percebido em sua integralidade e pertencente a um determinado território. Entre os muitos exemplos das práticas populares de cuidado e de seus atores podem ser citadas as práticas dos raizeiros, benzedeiros, erveiros, curandeiros, parteiras, práticas dos terreiros de matriz africana, indígenas dentre outros (BRASIL, 2012).

Diferentemente do saber da medicina científica moderna, que se caracteriza por uma forma sistemática de produção de conhecimento que busca explicar, por métodos controlados, as causas dos fenômenos da saúde e da doença, os saberes e práticas tradicionais e populares de cuidado nascem de forma espontânea, com base em experiências que organizam formas de cuidado. Os saberes e práticas de cuidado são tradicionais e populares porque se originam em culturas de diferentes

povos, comunidades e grupos sociais (NESPOLI e LOPES, 2016).

São comuns em nossas populações rituais de cura como rezas, feitiços, benzeduras, simpatias e uso de plantas medicinais. O modo como o sujeito trata a saúde depende da maneira como ele entende o que é saúde, o entendimento recebe influências culturais.

De acordo com Nespoli e Lopes (2016):

As práticas populares consideram que o processo de adoecimento possui dimensão física, social e espiritual, e mostram que o cuidado não é próprio dos profissionais de saúde, e sim uma prática que acontece na relação entre os homens – homens que vivem em diferentes territórios (NESPOLI E LOPES, 2016 p.152).

Para o campo da saúde a compreensão da diversidade dos sujeitos considerando faixa etária, gênero, classe econômica, escolaridade, raça, etnia, crenças fortalece o debate posto pelo SUS sobre diversidade, equidade, integralidade e participação democrática. No Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde, que foi marcada pelas discussões acerca da diversidade e respeito às diferenças, é apresentado na primeira diretriz, o compromisso do SUS que deve garantir ações que possibilitem reflexão sobre a realidade e atendam à vulnerabilidade e diversidade social. O SUS deve melhorar o acesso e acolhimento em toda sua rede, conforme os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde, para melhorar a qualidade de vida e garantir assistência digna à saúde considerando a diversidade cultural e especificidade de cada território (BRASIL, 2012b).

Compreender a singularidade do território mobiliza, neste estudo, o aporte conceitual da Geografia Humana e Cultural⁵.

As variadas concepções de território são apresentadas por diversos autores do campo da Geografia, em diferentes abordagens. Em análise as diferentes abordagens do território, Saquet (2009) argumenta que o território é construído socialmente, produto do processo de apropriação e domínio social, inscrevendo-se em um campo de poder e das relações socioespaciais. Por sua vez, a territorialidade

⁵“A geografia cultural é o campo da geografia que nasceu no final do século XIX, sua perspectiva da fundamenta-se em três domínios: a) nas relações homens/meio ambiente, através do estudo do meio humanizado, da paisagem das técnicas e das densidades; b) nas relações sociais, a partir dos estudos das instituições da comunicação e da difusão das ideias e das técnicas; c) na organização regional e no papel dos lugares” (CLAVAL, 1999 p. 94).

corresponde às ações humanas, relações que se estabelecem em uma área delimitada, esta área é o território.

Saquet (2009) faz um detalhamento mais complexo dos conceitos de território e territorialidade:

Para nós, há territórios e territorialidades sobrepostos e em redes. Há redes nos territórios e territórios em redes bem como movimento do território e das redes. Os territórios e as territorialidades humanas são múltiplos, históricos e relacionais. Há, em cada território, tempos históricos e tempos coexistentes (ritmos) presentes, em unidade, a mesma unidade da relação espaço-tempo e da relação idéia-matéria. (SAQUET, 2009, p. 86).

De acordo com a perspectiva de Saquet (2009) as territorialidades são heterogêneas, isso acontece pelo processo de territorialização que envolve redes, poderes, territórios, apropriações, tempos, produções e atores, todos considerados elementos em movimentos:

A territorialidade é um fenômeno social que envolve indivíduos que fazem parte do mesmo grupo social e de grupos distintos. Nas territorialidades, há continuidades e descontinuidades no tempo e no espaço; as territorialidades estão intimamente ligadas a cada lugar: elas dão lhe identidade e são influenciadas pelas condições históricas e geográficas de cada lugar, (SAQUET, 2009, p. 88).

Esse conjunto de reflexões sobre o território mobiliza em uma primeira instância a refletir sobre as desigualdades sócio econômicas e sanitárias no território e sobre a necessidade de implantação de políticas públicas integrais e regionalizadas nas diversas áreas, incluindo e priorizando muito a saúde. Por sua vez, possibilitam também refletir sobre os processos de saúde/doença como construídos socialmente, relacionados a aspectos biológicos, ambientais, culturais e dos próprios programas de assistência à saúde.

O território é marcado por relações desiguais de poder e apropriação, envolve, portanto, não somente um controle físico, mas também um controle/poder simbólico por meio, por exemplo, da construção das identidades territoriais (Haesbaert, 2001). Nessa perspectiva o território é fruto das desigualdades sociais “produto de uma relação desigual de forças, envolvendo o domínio ou controle político do espaço e sua apropriação simbólica”. Haesbaert busca abordar concepções inovadoras da geografia que se dedicam aos estudos do território simbólico, que ele denomina “abordagem integradora”.

Haesbaert (2008) defende que a Geografia Humanista e Cultural que estuda os homens, os símbolos e suas relações não é um campo novo dessa ciência. Para o autor “Toda Geografia é Geografia Cultural”, pois não há espaço produzido que não seja através da cultura dos grupos que o constituem:

Não há como dissociar as perspectivas materiais/funcionais e imateriais/simbólicas da espacialidade, entendida esta não numa visão idealista, como simples ‘intuição’ subjetiva para apreensão do real, mas como o próprio real objetiva e ‘coexistencialmente’ produzido (HAESBAERT, 2008 p. 396, aspas do autor)

A geografia cultural se dedica à descrição dos fenômenos humanos em relação ao território. Paul Claval, expõe seu olhar na geografia humanística apontando a importância de não se desvincular o território físico dos grupos que os compõe. É proposta de a geografia humana explicar de que maneira os grupos se inserem no território, o exploram e o transformam (CLAVAL, 2007).

Na perspectiva simbólica de Claval (1999) o território pode ser reconhecido como um espaço vivido:

Falar em território em vez de espaço é evidenciar que os lugares nos quais estão inscritas as existências humanas foram construídas pelos homens, ao mesmo tempo pela sua ação técnica e pelo discurso que mantinham sobre ela. As relações que os grupos mantêm com o seu meio, não são somente as materiais, são também de ordem simbólica, o que os torna reflexivos. Os homens concebem seu ambiente como se houvesse um espelho que, refletindo suas imagens, os ajuda a tomar consciência daquilo que eles partilham (CLAVAL, 1999, p.11)

O território é construído pelos gestos, pelas práticas, pelos valores, pela memória, pelas regras, pela linguagem, pelos códigos, pelas estratégias de sobrevivência. A cultura que interessa aos geógrafos é pois, primeiramente, constituída pelo conjunto dos artefatos, do Know-how e dos conhecimentos através dos quais os homens mediatizam suas relações com o meio natural (CLAVAL, 2005, 2007).

O olhar do pesquisador sobre o território permite identificar os atores sociais e os saberes que eles possuem, contribui para entender, por exemplo, como as pessoas adoecem e buscam saúde através de ações e serviços disponíveis. As relações sociais existentes no território exercem poder e constroem processos de apoio por meio de saberes de sujeitos que realizam práticas culturais como os

ervateiros, parteiras, benzedeiros, curandeiros, cuidadores informais entre outros. Os saberes populares e culturais fortalecem laços e vínculos entre os sujeitos do território que juntos buscam enfrentar os problemas e buscam suprir as necessidades da comunidade (TRAVASSOS, 2016).

De acordo com Claval (2007), a cultura é feita de atitudes e gestos que são transmitidos e se repetem indefinidamente sem jamais terem sido questionados. O autor reflete que a vida cotidiana implica uma multiplicidade de saberes geralmente domésticos e compartilhados. Os membros de uma civilização compartilham códigos de comunicação. Seus hábitos cotidianos são similares. Eles têm em comum um estoque de técnicas de produção e de procedimentos de regulação social que asseguram a sobrevivência e a reprodução do grupo. Eles aderem aos mesmos valores, justificados por uma filosofia, uma ideologia ou uma religião compartilhada.

A cultura tem um peso decisivo na configuração do território e nas territorialidades estabelecidas nele.

A esse respeito Claval (2007) questiona:

Como os homens percebem e concebem seu ambiente, a sociedade, e o mundo? Por que os valorizam mais ou menos e atribuem aos lugares significações? Que técnicas os grupos adotam no sentido de dominar e tornar produtivo e agradável o meio onde vivem? Como imaginaram, atualizaram e transmitiram seu *Know how*? Quais são os elos que estruturam os conjuntos sociais e como são legitimados? De que maneira os mitos e as religiões e as ideologias contribuem para dar um sentido a vida e o contexto onde ela se realiza? (CLAVAL, 2005, p.11)

Claval relaciona que o processo de transformação do espaço em território está vinculado com as dimensões simbólicas da cultura:

A cultura é constituída de realidades e signos que foram inventados para descrevê-la, domina-la e verbaliza-la. Ao serem repetidos em publico, certos gestos assumem novas significações. Transformam-se em rituais e criam para aqueles que o praticam ou que os assistem um sentimento de comunidade compartilhada. Na medida em que a lembrança das ações coletivas funde-se aos caprichos da topografia, as arquiteturas admiráveis ou aos monumentos criados para sustentar a memoria de todos (CLAVAL, 2005, p.14)

O homem é resultado do meio cultural em que foi socializado. Toda experiência do sujeito é transmitida aos demais, criando assim um interminável processo de acumulação. Esse processo se insere em um sistema simbólico através de um conjunto de mecanismos de controle, planos, receitas, regras, instruções para

governar o comportamento. Toda cultura depende de símbolos e significados partilhados entre os sujeitos e nessa perspectiva a cultura molda a vida do sujeito, é como uma lente, através da qual o homem vê o mundo (LARAIA, 1986).

A questão da cultura é central na proposta de uma educação política na perspectiva de Paulo Freire. O educador acreditava que a história e experiência do sujeito eram fatores condicionantes de sua transformação. Sua teoria fundamenta-se no diálogo que enfatiza a relação do conhecimento, da cultura e da sociedade (FREIRE, 1979, 1996, 1999).

As reflexões desse pensador que fundamentam o debate sobre a Educação Popular no Brasil, também repercutem como sustentação teórica nas discussões da Educação Popular em Saúde no cenário brasileiro. São balizadores do pensamento do autor, que se encontram nesse cenário, a compreensão de que todo conhecimento advém das experiências sociais e se sustenta, portanto, nas práticas, nas condições concretas da existência de mulheres e homens. Por isso, todo processo educativo deve centralizar-se nessas experiências, evidenciá-las e produzir a partir delas uma reflexão crítica que conduza a posicionamentos políticos, como defende o autor em seus diferentes escritos (FREIRE, 1967, 1996, 1999.).

Em suas principais obras como “Pedagogia do Oprimido” (1974), “Conscientização” (1980) “Educação como prática de liberdade” (1967) e “Pedagogia da Autonomia” (1996) entre outros clássicos, o autor defende a premissa de que ensinar para libertar e transformar só é possível a partir do reconhecimento do outro, como portador de saberes. A incorporação do pensamento do autor ao campo da saúde é um alerta para que o pensar a saúde da população deve considerar a diferença, a heterogeneidade das práticas e não pode prescindir de uma abordagem de trabalho junto às populações, evitando-se assumir esquemas fechados com resolubilidades formadas sobre essa população.

Refletir sobre as contribuições do autor no campo da educação popular em saúde é compreender que deve-se tomar como ponto de partida a experiência concreta dos sujeitos, seus modos de vida, suas formas de enfrentamento cotidiano, as formas com as quais se organizam as suas práticas de cuidado, no vestir, no alimentar, no lidar com o campo, no educar os filhos e as filhas, no lidar com o corpo. O pensamento de Paulo Freire nos leva a refletir que para a academia participar do processo de educação e saúde de uma comunidade ou refletir sobre as práticas de cuidado em saúde, como neste estudo, deverá partir da primícia que

ensinar ou investigar, exige primeiramente respeito aos saberes da população, saberes esses que são socialmente construídos na prática comunitária.

Na perspectiva de Paulo Freire, a dinâmica social conduz a dominação da consciência, através de métodos de opressão que não servem para libertação do oprimido (FREIRE, 1987). O autor relata que a forma de imposição que o opressor envolve o oprimido faz com que estes “sejam menos”, vejam-se em condições onde ele precise do seu opressor.

Segundo Paulo Freire os métodos de opressão não podem servir de libertação ao oprimido e que, a educação acontece como uma prática de liberdade quando parte da prática dos sujeitos e não para o sujeito:

Os caminhos da libertação são os do oprimido que se liberta: ele não é coisa que se resgata, é sujeito que se deve autoconfigurar responsabilmente (...) a prática de liberdade só encontrará adequada expressão numa pedagogia em que o oprimido tenha condições de reflexivamente, descobrir-se e conquistar-se como sujeito de sua própria destinação histórica (FREIRE, 1987 p. 9).

A relação entre a saúde e a pedagogia libertadora de Paulo Freire aproximam-se das práticas de promoção em saúde quando orientadas a desenvolver um diálogo horizontalizado entre profissionais e usuários. O processo de escuta e valorização do saber contribui para a construção da emancipação do sujeito para o desenvolvimento da saúde individual e coletiva.

O reconhecimento e a vivência da cultura popular são elementos estratégicos para conhecermos a riqueza dos saberes presentes em determinado grupo ou comunidade e são passos decisivos para a garantia dos direitos sociais de todos, independentemente de raça, etnia, cor, gênero, orientação sexual, geração, nacionalidade, classe social, poder econômico, crença, religião ou cultura. A cultura popular se expressa não só nas manifestações locais de arte, mas também na linguagem, nos modos de organização comunitária, nas festas e em outros rituais importantes para a vida das pessoas, na forma como os serviços de saúde se organizam e funcionam, nos canais de diálogo e debate que existem em um determinado território (WONG UM, 2016).

O território é o espaço de vida do ser humano, que possibilita descrever e entender as diversas formas de viver e conhecer os sujeitos e as relações que estabelecem entre si, entretanto, o território, também é utilizado para fins de

organização de ações e cuidados de saúde. Os sistemas e a rede de serviços de saúde se organizam, no território, tendo lógicas e ordenamentos espaciais bastante diferentes (MONKEN E GONDIM, 2016).

Na perspectiva da saúde conhecer o território físico contribui para compreender como as pessoas adoecem, como podem ter saúde como também identificar as formas de organização das ações e serviços no enfrentamento aos problemas e às necessidades da população. Entretanto, o território possui diferentes dimensões ou formas de uso, conhecer o território vivido (simbólico), a cultura, é fundamental para compreender a saúde e a doença, é fundamental observar o que ocorre nas esferas jurídico-política, ambiental, social, cultural, econômica e até mesmo na esfera subjetiva ou dos sentimentos que se desenvolvem no território (MONKEN E GONDIM, 2016).

Segundo Monken e Gondim, (2016) as relações sociais comunitárias:

[...] acontecem no cotidiano, fortalecendo as relações de vizinhança e de coexistência entre as diferentes pessoas e grupos sociais. Essas relações constroem muitas vezes processos de apoio social por meio de pessoas que realizam práticas populares (ervateiros, parteiras, benzedeiros, curandeiros, cuidadores informais de idosos e de crianças, entre outros). Os saberes populares fortalecem laços e vínculos entre as pessoas do território que buscam enfrentar os problemas e suprir as necessidades locais (MONKEN E GONDIM, 2016 p. 110).

As pessoas do território criam regras sociais de convívio que se desenvolvem ao longo do tempo. Essas regras sociais ou leis específicas podem ser formuladas pelo Estado (formais) ou pela sociedade (informais). As regras formais são escritas e se organizam juridicamente, nem todos as conhecem, mas devem se submeter a elas. As informais não estão escritas, mas todos as reconhecem, porque as pessoas do território as entendem e também se submetem a elas (CLAVAL, 2005).

Os territórios são construídos nas mais diversas escalas. Desde a escala do cotidiano, tendo o corpo humano e suas práticas sociais que acontecem no dia a dia (trabalho, escola, lazer), até as escalas oficiais de governo, que têm como objetivo as relações político-administrativas e de jurisdição (HAESBAERT, 2005; SAQUET, 2011; RAFFESTIN, 1993).

As possibilidades e dificuldades no processo de territorialização de uma política de saúde se encontram na determinação de seus indicadores sociais, na dimensão territorial (física e simbólica), na abordagem da complexidade e

diversidade dos espaços e na articulação (pontual ou sistêmica) entre as diferentes áreas de intervenção em saúde.

A saúde, vista pela ótica geográfica, expressa as condições de existência do ser humano no território (VIANA et al, 2007). A garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer e aponta-se como uma das estratégias para se garantir que o direito se efetive – a interserorialidade:

Compreende-se a interserorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde(...)O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. (BRASIL, 2010, p. 13).

Embora, considere esse conjunto de reflexões em uma escala territorial de maior amplitude na qual a saúde da população se encontra, este estudo se volta para as práticas de cuidado em saúde, construídas no cotidiano de uma população de moradores do campo, que se defrontam cotidianamente com as questões de acesso à saúde pública, mas que no dia a dia encontram-se envolvidos com diferentes necessidade de cuidados, em diferentes temporalidades da vida (infância, adolescência, juventude, idade adulta e velhice). São essas práticas que interessam a este estudo e que conduz esta pesquisa a assumir uma perspectiva simbólica e cultural do território.

CAPÍTULO 03

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O objetivo deste capítulo é apresentar os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa. Os referenciais de Paulo Freire e Paul Claval contribuíram para um olhar sobre o material empírico produzido (mapa e transcrição das entrevistas) mais humanizado, cuidadoso e amoroso, atento aos saberes e traços culturais que se apresentaram nas práticas de cuidado em saúde. A metodologia sugerida por Flick (2013), sobre a pesquisa qualitativa no campo das ciências sociais foi utilizada como base para a elaboração do processo metodológico. Tais referências nos provocam a refletir que o conhecimento do cotidiano, pode se tornar o ponto de partida para as reflexões teóricas e para a pesquisa empírica.

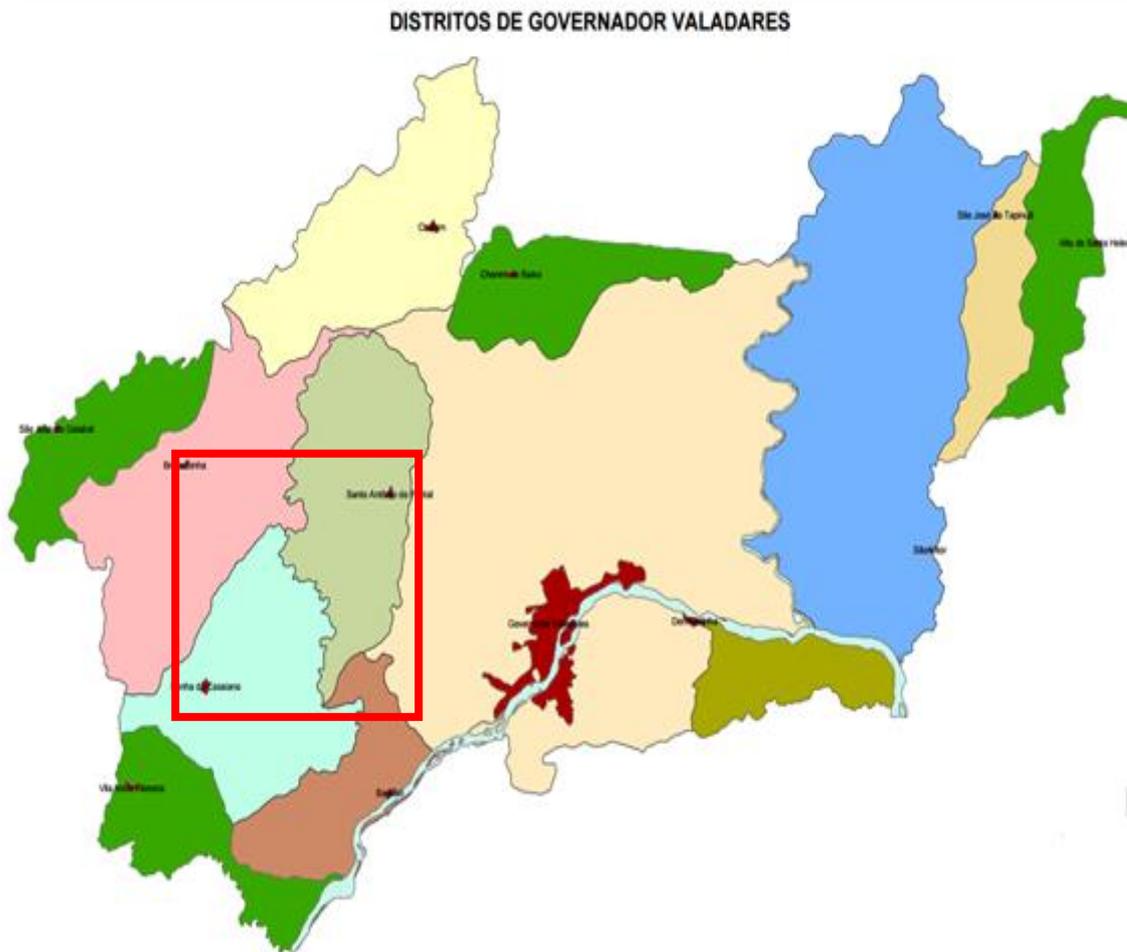
Os conhecimentos de biologia trazidos da minha formação na graduação e prática profissional não foram, portanto, aplicados de “forma primária e hegemônica” na escolha dos procedimentos metodológicos deste estudo. Para traçar esses procedimentos, outros olhares e postura foram construídos a partir da leitura de mundo, das relações entre os sujeitos, e, entre os sujeitos e o território vivido, que precede a qualquer teoria e técnicas de coleta de dados.

Uma das primeiras ações realizadas para compreender o território de pesquisa foi buscar informações geográficas sobre o local (mapas, número de habitantes, dados referentes a saúde e a educação) em sítios eletrônicos da Prefeitura Municipal de Governador Valadares (<http://www.valadares.mg.gov.br/>) e no Plano Municipal de Saúde, do ano de 2015.

O que nos surpreende é constatar o não reconhecimento do Córrego do Melquíades como território. As informações sobre esse lugar aparecem de modo genérico como zona rural de Governador Valadares ou “Distrito de Governador Valadares”. A partir de então surge o seguinte questionamento: Onde está o Córrego do Melquíades?

Geograficamente o Córrego do Melquíades se localiza como região rural de Penha do Cassiano, distrito de Governador Valadares/ MG.

Figura 01 – Mapa dos distritos de Governador Valadares



Fonte: <http://www.valadares.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/mapas/12095>.
Acesso em 05 de janeiro de 2017.

Sem dados iniciais que nos nortearassem, planejamos a entrada no campo da pesquisa. Nos primeiros contatos com a comunidade buscou-se identificar e conhecer no território os limites físicos do campo e o modo de viver daqueles sujeitos. Esses contatos foram realizados acompanhando o movimento da Unidade Básica de Saúde local, pequeno espaço com mesas, armários, arquivos e sala de atendimento. No local encontramos uma técnica em enfermagem que gentilmente nos acolheu e contou um pouco do cotidiano e de como os sujeitos buscavam cuidados em saúde naquele território. A técnica nos conta do abandono das questões de saúde, dos principais serviços básicos oferecidos pela unidade, que são precários, como a ausência de médico e enfermeiro, ambulância, medicação, e indicou a ausência de projetos que busquem a promoção da saúde da população.

Inquieta, ainda com o não aparecimento de dados sobre o campo da pesquisa, em conversa com outros pesquisadores presentes naquele dia⁶, foi sugerido que se fizesse um mapeamento da região, via satélite. Em escuta a nossa conversa, um morador do córrego do Melquíades, que no momento era agente comunitário de saúde do local, se prontificou a “desenvolver um mapa da região”. Sem acreditar muito que seria possível, agradecemos e ficamos de “pegar o mapa” com ele em outra oportunidade.

Continuamos as andanças pela comunidade, sempre acompanhados da técnica de laboratório de imunologia da UNIVALE, Marlucy Rodrigues, que trabalha por mais de duas décadas nesse território auxiliando em pesquisas, coleta de materiais biológicos e entrevistas, acompanhando diferentes pesquisadores. Por esse motivo, conhecia muitos sujeitos daquele território e assim nos levou a residência de alguns, onde sua presença era sempre muito bem-vinda. Muitos perguntavam sobre futuros trabalhos no campo da saúde no Córrego do Melquíades, outros relembavam fatos e histórias e se mostravam sempre muito receptivos ao grupo de pesquisa.

Fizemos andanças também pela escola. Esse território não era tão diferente da unidade de saúde. Estrutura física comprometida, biblioteca desativada, livros encaixotados, falta de professor e transporte para alunos. Percorrendo por esses caminhos, foi possível desenhar o processo metodológico da pesquisa, que pode ser traçado a partir das reflexões abordadas por Freire e Claval, que propõe uma metodologia que implique o reconhecimento do povo como sujeito do conhecimento sobre si mesmo.

Ao compreender as reflexões de Freire que “a leitura de mundo precede a leitura da palavra”, percebemos no campo da saúde que, o que o indivíduo entende como saúde precede qualquer informação autoritária advinda dos preceitos da educação sanitária. Por isso, como ressaltam os diferentes documentos no campo da saúde (BRASIL, 2007; 2010; 2012; 2013) é preciso dar voz aos diferentes grupos humanos e sujeitos. Acompanhando as reflexões de Paulo Freire, compreendemos que não se pode, tão somente, falar à comunidade ou sobre elas, mas ouvi-las, para

⁶ O dia em questão refere-se ao acompanhamento feito aos pesquisadores do Projeto de Pesquisa coordenado pelo Prof. Dr^a Gulnara Patrícia Cabrera, já citado.

poder *falar com elas*.

Nesse sentido, a leitura do mundo e a leitura da palavra estão dinamicamente juntas e o processo que possibilita a conscientização e compreensão sobre o cuidado em saúde só faz sentido quando os saberes partem do reconhecimento da cultura, dos sujeitos, em direção a outros saberes. Esse movimento de diálogo entre “saberes científicos” e “saberes populares”, entre pesquisador e sujeitos pode ser compreendido a partir de uma postura evocada por Paulo Freire: “Estando em um lado da rua, ninguém estará em seguida no outro, a não ser atravessando a rua. Se eu estou no lado de cá não posso chegar ao lado de lá, partindo de lá, mas de cá” (FREIRE, 1989 p. 27).

O pesquisador em saúde, comprometido com a Educação Popular em Saúde, precisa primeiro reconhecer nos sujeitos os processos e os saberes. Reconhecê-los como sujeitos desses processos e não como “pacientes acomodados”. É preciso também, reconhecer que o conhecimento não é um “dado em si”, algo imobilizado, concluído, a ser transferido por quem adquiriu a quem ainda não o possui. O processo de pesquisa pode significar a oportunidade para o diálogo sobre temas significativos da experiência dos sujeitos e não de palavras e de temas, apenas ligados a experiência do pesquisador (FREIRE, 1989).

As pesquisas que envolvem histórias em torno da população, trazem como aspecto positivo, o reconhecimento do direito que o indivíduo tem de ser sujeito da pesquisa que procura conhecê-lo melhor, e não, simplesmente, “objeto da pesquisa”. Ao falar sobre pesquisa em educação numa área popular, sobretudo camponesa, Paulo Freire (1989) sugere que caminhos, que poderiam ser trilhados por pesquisadores, como por exemplo, o do levantamento da história do território através de entrevistas gravadas, em que as pessoas mais velhas e os mais velhos habitantes da área, são testemunho do presente. O autor destaca que nessa história se apresentam suas superstições, suas crendices, as plantas medicinais que cultivam e utilizam, a figura de “um doutor médico”, as curandeiras e comadres e os poetas do povo (FREIRE, 1989 p. 33).

Paul Claval também aborda os processos de coleta de dados em pesquisa quando discute sobre a geografia como ciência da observação:

A geografia não pode se apoiar exclusivamente na observação da paisagem. Ela se interessa por aquelas que habitam os espaços sobre os quais se debruça, pela maneira como se inserem no meio, como o exploram

e modelam. Ela se volta para as formas de organização que eles realizam. Ela busca compreender a maneira como vivem os espaços onde residem, ou aqueles que visitam ocasionalmente. O geógrafo interroga, pois as populações que o interessam (CLAVAL, 2014 p. 68).

Nesse sentido, o pesquisador não espera respostas estereotipadas, como “sim” ou “não”, ele deseja saber o que pensam os sujeitos, compreender seus pontos de vista e explorar a lógica de suas atitudes, a esse respeito fala-se de entrevistas ou enquetes (CLAVAL, 2014). Assim, Freire e Claval ressaltam a importância social na pesquisa através da prática democrática, da escuta e da percepção, são fatores que contribuem com as construções epistemológicas do mundo, das coisas que o compõem e os seres que o povoam e criticam.

A característica particular de cada território e as diferenças entre os sujeitos não permitem a princípio dizer que, o que tem êxito aqui se deva impor noutra lugar e assim na pesquisa não procurar estabelecer prescrições universais e sim explorar o “saber-fazer” dos grupos humanos (CLAVAL, 2014).

Sendo assim, considera-se que a pesquisa realizada, adotou uma abordagem qualitativa (FLICK, 2013) ao buscar compreender as práticas de cuidado em saúde dos moradores do Córrego do Melquíades. Os procedimentos metodológicos vão ao encontro dos objetivos específicos do estudo, descritos a seguir:

- Descrever as práticas de cuidado em saúde de moradores do Córrego do Melquíades;
- Analisar os saberes presentes nessas práticas e o modo como repercutem as suas relações com o território;
- Traçar o itinerário terapêutico percorrido pelos sujeitos da pesquisa nos serviços de saúde pública;
- Analisar os posicionamentos dos sujeitos frente à garantia dos direitos básicos em saúde, como moradores do campo.

O Campo da pesquisa está situado na região Leste do Estado de Minas Gerais, há 50 km do Município de Governador Valadares e 324 km da capital mineira, Belo Horizonte.

Governador Valadares possui 12 distritos⁷ e entre eles está um subdistrito conhecido como Córrego Melquíades, campo de pesquisa deste estudo. O critério de seleção adotado para este subdistrito foi intencional. Conforme discutido na parte introdutória deste projeto, o córrego foi objeto de diferentes estudos (MAGUETA *et al*, URSINO, 2002 e CARVALHO, 2012), marcados pelo modelo biomédico em saúde. Interessa a esta pesquisa, imprimir outro modo de olhar a saúde desta população, conforme argumentado anteriormente.

Foram utilizados como técnica de coleta de dados a observação, entrevistas e foi incorporado como documento, o Mapa, elaborado por um morador a ser apresentado no próximo capítulo.

A observação realizada durante o período de abril, maio e junho de 2016 teve como objetivo aproximar-me do campo de pesquisa e conhecer o território (limites físicos, questões ambientais, relações sociais; identificar se a população é resistente ou não à pesquisa; conhecer os espaços comunitários utilizados pela população (escola, posto de saúde), o líder comunitário e os modos de vida naquele território.

Os sujeitos a serem entrevistados foram selecionados a partir de uma técnica de amostragem conhecida como “Bola de neve” utilizada em pesquisas sociais, onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, que por sua vez indicam outros novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (o “ponto de saturação”). O “ponto de saturação” é atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (BALDIN E MUNHOZ, 2011).

Para iniciar as entrevistas utilizamos uma “semente”, expressão definida por Baldin e Munhoz (2011) como indivíduo de partida no recrutamento dos sujeitos e que recebe a designação de “sementes”, por serem os primeiros indivíduos

⁷ De acordo com dados do Censo de 2010 (IBGE, 2010) Governador Valadares possui 13 distritos: Alto do Santo Helena, Baguari, Brejaubinha, Chonin, Chonin de Baixo, Derribadinha, Goiabal, Penha do Cassiano, Santo Antônio do Pontal, São Jose do Itapinoã, São Vitor, Sede, Vila Nova Floresta.

recrutados. Os novos recrutados são os “filhos” das “sementes”. Na presente pesquisa, utilizamos o conhecimento da técnica de laboratório de pesquisa da UNIVALE, Marlucy, que como citado anteriormente, tem conhecimento do território, do histórico de adoecimento e das pessoas que vivem na comunidade. A partir dessa profissional conseguimos definir o primeiro sujeito a ser entrevistado – a primeira semente.

Baldin e Munhoz (2011) consideram vantajoso o método “bola de neve” que utiliza cadeias de referência em redes sociais complexas, o que dificulta ao pesquisador identificar esses sujeitos. Por exemplo, é mais fácil um membro da população conhecer outro membro, do que os pesquisadores identificarem os mesmos, o que se constitui em fator de relevância da utilização dessa técnica para as pesquisas que pretendem se aproximar de situações sociais específicas.

A amostragem da bola de neve é usada com mais frequência na pesquisa qualitativa, principalmente através de entrevistas como sugere o artigo publicado pela University of Surrey (2001) e nesta pesquisa, essa metodologia foi aplicada para localizar os sujeitos residentes no córrego do Melquíades com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos e que aceitem participar da pesquisa. Consideramos esses aspectos como critérios de inclusão dos sujeitos que foram entrevistados. Para os sujeitos indicados foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para efetivar o consentimento livre dos mesmos.

O tipo de entrevista escolhido foi a entrevista narrativa⁸. Esse tipo de entrevista se caracteriza como ferramentas não estruturadas, visando a profundidade, de aspectos específicos, a partir das quais emergem histórias de vida, tanto do entrevistado como as entrecruzadas no contexto situacional. Esse tipo de entrevista visa encorajar e estimular o sujeito entrevistado a contar algo sobre algum acontecimento importante de sua vida e do seu contexto social (FLICK, 2004, 2013).

A entrevista narrativa realizada nesta pesquisa foi iniciada, como sugere Flick (2004), com a utilização de uma “questão gerativa narrativa”. A “questão gerativa” tem por finalidade estimular a narrativa principal do entrevistado, não é uma pergunta em si, trata-se de um caminho diferente que convida o entrevistado a

⁸ Flick 2004 apresenta diferentes tipos de entrevista (focal, semipadronizada, centralizada no problema, episódica e narrativa).

apresentar relatos longos e coerentes, por exemplo, da história de sua vida ou do aparecimento de uma doença e o curso de seu tratamento e/ou cura (FLICK, 2004, 2013).

Segundo o autor, (FLICK, 2004, 2013) o levantamento da questão geradora inicialmente é uma abordagem ampla, porém, cabe ao entrevistador, redirecionar a questão narrativa de forma suficientemente específica para produzir o foco desejado, que é o acesso a narrativa de experiências subjetivas dos entrevistados que devem se sentir à vontade para falar com o mínimo de intervenções possíveis.

Flick (2013) propõe a seguinte questão como geradora da narrativa:

Eu quero lhe pedir que me conte como aconteceu a história da sua vida. A melhor maneira de fazer isso seria você partir do seu nascimento, com a criança pequena que você foi um dia e então contar todas as coisas que aconteceram, uma após a outra. Você pode demorar o quanto quiser fazendo isto, incluindo também detalhes, porque para mim interessa tudo o que é importante para você (FLICK, 2013, p.116).

Para atender aos propósitos deste estudo fizemos uma adaptação do enunciado proposto por Flick (2013). A entrevista foi desencadeada a partir da seguinte questão narrativa:

Eu quero lhe pedir que me conte como você cuida da sua saúde. A melhor maneira de fazer isso seria você partir de episódios em que você não se sentiu bem e então contar todas as coisas que aconteceram, uma após a outra. Você pode demorar o quanto quiser fazendo isto, incluindo também detalhes, por que para mim interessa tudo o que é importante para você.

As entrevistas narrativas foram gravadas, com autorização dos sujeitos. De modo a garantir o sigilo das entrevistas, o local era reservado e sugerido pelo sujeito, o nome dos mesmos foi substituído por plantas medicinais da região. O tempo de duração das entrevistas foi em média de 30 a 60 minutos.

Foram entrevistados nove sujeitos, três homens e seis mulheres, que serão chamados nessa pesquisa por nomes de plantas medicinais da região, utilizadas em práticas populares de cuidado em saúde e que foram descritas pelos próprios entrevistados durante as entrevistas. A decisão de substituir os nomes por plantas vem do propósito de reconhecer e validar o saber presente nessas práticas para a comunidade do Córrego do Melquiades. A partir de então apresento os sujeitos das entrevistas:

O gentil Senhor Manjericão⁹ que abriu as portas da sua casa para a equipe de pesquisa, nos acolheu durante as observações e até mesmo durante as entrevistas nos cedeu hospedagem e alimentação.



O jovem Angico¹⁰, moço trabalhador, engajado nas lutas sociais, politizado, líder comunitário, é respeitado e reconhecido pela comunidade.



⁹ O manjericão cientificamente conhecido como *Ocimum basilicum* Lamiaceae possui elevado poder antioxidante.

¹⁰ O angico cientificamente conhecido como *Anadenanthera macrocarpa* utilizado popularmente no tratamento de doenças respiratórias.

O tranquilo senhor Chapéu de Couro¹¹, muito alegre, contador de piadas e causos da região.



A atenciosa Dona Arruda¹², mulher forte, mãe e avó cuidadosa.



¹¹ O chapéu de couro cientificamente conhecido como da família ALISMATACEAE catalogado na espécie *Echinodorus macrophyllus* Miq é usado popularmente no tratamento de reumatismo.

¹² A arruda cientificamente conhecida como *Ruta graveolens* L. pertencente à família Rutaceae largamente utilizada como recurso medicinal desde muito tempo em rituais de proteção, principalmente em crianças contra o mal olhado, desordens menstruais, inflamações na pele, câimbras, dor de ouvido e dente. Ensaios farmacológicos comprovaram seu efeito como antihelmíntica, febrífuga, emenagoga e abortiva.

A trabalhadora Vick¹³, mulher de fibra, corajosa, luta por seus sonhos e encontra no seu trabalho uma forma de viver melhor.



A simpática Dona Hortelã¹⁴, receptiva, carinhosa, nos acolheu com a beleza das flores de seu quintal, com muitos doces e sobremesas feitos por suas mãos tão generosas.



¹³ A *Mentha arvensis* L. é uma espécie aromática e medicinal pertencente à família Lamiaceae, conhecida popularmente como vick, hortelã-do-brasil e hortelã-japonesa. Esta planta possui propriedades terapêuticas como descongestionante nasal, na eliminação de gases do aparelho digestivo ou como sedativo do estômago, contra náuseas e vômitos. As folhas podem ser usadas frescas, secas, na forma de chá, tintura ou como inalante

¹⁴ o gênero *Mentha* comumente conhecido como hortelãs, compreende espécies com ação medicinal, sendo conhecidas, principalmente, pelo sabor característico e aroma refrescante. *Mentha piperita* produz óleo essencial rico em mentol, mentona e mentofurano, sendo estes compostos mais abundantes nas folhas. O óleo tem propriedades antiespasmódica, antiinflamatória, antiúlcera e antiviral, sendo de grande importância econômica na indústria farmacêutica.

A meiga Dona folha de laranjeira¹⁵ pequenina em estatura, grandiosa na boniteza, conhece a história da região, fez história na região.



A respeitosa Dona folha de algodão, mulher experiente, valente, que nos contou sua linda história através de experiências vividas naquele território¹⁶.



A sábia Dona Alecrim¹⁷ mulher de fé, cuidadora. Seu conhecimento contribuiu muito com as questões da saúde dos sujeitos do Córrego dos Melquíades e da região através de sua crença religiosa e experiência¹⁸.

¹⁵ As folhas ou flores *do Citrus sinensis* conhecida popularmente como laranjeira possui ação medicinal, sob forma de decocto, são usadas no tétano, gripes, como expectorante, calmante e nas cefalalgias.

¹⁶ A folha de algodão é uma estrutura vegetal retirada da espécie *Gossypium herbaceum L.*, o algodão. O sumo de suas folhas é usado nas inflamações uterinas.

¹⁷ O alecrim, *Rosmarinus officinalis L.* é uma planta pertencente à família Lamiaceae (Labiatae), conhecido pelos nomes populares de alecrim-da-horta, alecrim-de jardim, alecrim-de-cheiro, alecrim-rosmarinho. De acordo com relatos encontrados na literatura, esta planta pode apresentar propriedades estomacais, estimulantes, antiespasmódica, emenagogas e cicatrizantes.

¹⁸ Dona Alecrim era a única benzedeira da região, sua narrativa nos emociona e demonstra contribuições da medicina alternativa para com as questões da prática de cuidado em saúde. Aproximadamente quarenta dias após a entrevista cedida a essa pesquisa, Dona Alecrim veio a falecer, vítima de complicações virais do surto de *chikungunya* na região, porém deixa aqui registrado seu saber e experiências.



Os nomes de cada entrevistado foram escolhidos e substituídos após leitura literal de cada entrevista. A análise inicial das entrevistas possibilitou atribuir aos sujeitos, através da percepção da pesquisadora, os nomes das plantas mencionados acima,¹⁹ na maneira como cada um contou a sua história, como nos recebeu e como se apresentou.

Jovchelovitch e Bauer (2014) sugerem processos e modos de análise das entrevistas narrativas. Um desses processos é a transcrição fiel das entrevistas, feitas preferencialmente pelo pesquisador; o que foi observado neste estudo.

Além disso, chamam a atenção de que se reflita sobre o material teórico e empírico produzido elencando algumas questões. Nesse processo de reflexão, lemos as entrevistas várias vezes, buscando captar alguns elementos, tais como: práticas de cuidado descritas pelo sujeito; como essas práticas foram apresentadas; como repercutem suas relações com o território; se existia um itinerário terapêutico percorrido pelos sujeitos nos serviços de saúde pública; como esse percurso era apresentado; que outras buscas para o cuidado em saúde o sujeito fazia; se os sujeitos se posicionavam frente à garantia dos direitos básicos em saúde, como moradores do campo; diferenças relatadas nas práticas de cuidado em saúde dos sujeitos nas diferentes etapas da vida (criança, adolescentes, pessoas jovens, adultas e idosas); como se transmite de uma geração a outra os cuidados com a saúde.

¹⁹ Faço agradecimentos especiais ao apoio da minha mãe Cassia Francisca Pereira da Silva e minha filha Isabel de Sousa Maia que contribuíram na escuta e transcrição das entrevistas narrativas apresentadas nessa pesquisa.

A partir das reflexões sobre esses elementos, compreendemos que as entrevistas narrativas geravam histórias, conforme argumentam Jovchelovitch e Bauer (2014), sobre as práticas de cuidado em saúde e compete ao pesquisador captar essas histórias. Utilizamos como procedimento de análise das entrevistas a análise temática, conforme recomendam os autores citados anteriormente. Nesse modo de análise lemos novamente as entrevistas várias vezes e organizamos o conteúdo em “três colunas: a primeira contém a transcrição, a segunda contém uma primeira redução [das ideias contidas], e a terceira coluna contém apenas palavras-chave” (JOVCHELOVITCH E BAUER, 2014, p. 107).

Buscamos refletir também que a narrativa refere-se a experiência do contador da história, ao que é real para ele. Nesse sentido são “interpretações particulares do mundo” (JOVCHELOVITCH E BAUER, 2014, p. 110); encontram-se inseridas em um contexto sócio histórico e há, portanto, um sistema coletivo referente, como apontam os autores. Outro cuidado que tivemos, especialmente para evitar na análise, a impregnação da formação da bióloga e do modelo biomédico em saúde é a de que: “as narrativas não estão abertas à comprovação e não podem ser simplesmente julgadas como verdadeiras ou falsas: elas expressam ‘a verdade’ de um ponto de vista, de uma situação específica no tempo e no espaço” (JOVCHELOVITCH E BAUER, 2014, p. 110, aspas nossas).

O que importa nesse modo de refletir e organizar os dados para análise é o reconhecimento sobre a importância da “fusão dos horizontes dos pesquisadores e dos informantes [sujeitos]” (JOVCHELOVITCH E BAUER, 2014, p. 107) em um processo hermenêutico.

A análise empreendida compreende, pois, que ela se relaciona a experiência dos homens e das mulheres com o território e reflete a geograficidade abordada na geografia cultural por Claval. A geografia cultural moderna, ao fazer do homem o centro de sua análise foi obrigada a desenvolver novas abordagens através de três eixos necessários e complementares: a origem das sensações e percepções, a comunicação e a construção da identidade. Esses três eixos da análise geográfica cultural, são construídos através do papel do indivíduo no território e nas dimensões simbólicas da vida coletiva (CLAVAL, 2006).

Foram esses três eixos, a base que nos fez refletir sobre a análise das entrevistas e condensar a ideia da geograficidade em traços culturais. A partir dessa reflexão, categorizamos os traços culturais em quatro palavras-chave extraídas da

própria narrativa²⁰ dos sujeitos entrevistados, que chamaremos nessa pesquisa de temas, são eles: a transmissão do saber, a crença religiosa, o conhecimento do doutor e o vínculo com a terra.

²⁰ Os temas são fruto da análise da narrativa, não aparecendo necessariamente na forma literal na fala dos sujeitos.

CAPÍTULO 04

4.1 CÓRREGO DO MELQUIÁDES, O RECONHECIMENTO DE UM TERRITÓRIO

Em minha pátria há um monte.
 Corre em minha pátria um rio.
 Vem comigo.
 A noite sobe ao monte.
 A fome desce ao rio.
 Vem comigo.
 Quem são os que padecem?
 Não sei, sei que são meus.
 Vem comigo.
 Não sei, porém me chamam e dizem: “sofremos”.
 Vem comigo.
 E me dizem:
 “Teu povo, teu povo deserddado entre o monte e o rio,
 com dores e com fome, não quer lutar sozinho,
 te está esperando, amigo.
 Ó tu, a quem eu amo,
 pequena, grão vermelho de trigo,
 a luta será dura, a vida será dura,
 mas tu virás comigo”.

Pablo Neruda

Este capítulo tem como objetivo, apresentar o Córrego do Melquíades como *território*, por meio de documento (CAT, 2006) e narrativa de um morador. Essa narrativa foi escolhida, intencionalmente, para subsidiar a análise empreendida neste capítulo, porque durante o processo de observação, o Angico se prontificou a construir um “mapa geográfico”, como ele mesmo afirmou, “das regiões e dos córregos”, “porque eu tenho conhecimento da região e acho que consigo fazer” (Angico)²¹.

A escuta da pesquisadora (ainda bióloga) naquele momento foi a dúvida sobre a capacidade do morador sobre a sua “competência espacial”, desvalorizando o saber que ali se apresentava. Além disso, presa em “uma geografia física” não apreendi a riqueza que viria desse mapa. Ao recebermos o mapa não poderíamos deixar de incorporá-lo a este trabalho, pois o compreendemos como um mapa simbólico que descreve, a partir do olhar desse morador, os processos de saúde e doença da região.

²¹ Registro da fala do sujeito transcrita do diário de campo.

Claval em seus diferentes textos e reflexões (CLAVAL, 2005, 2006, 2007, 2014) sobre a epistemologia da geografia critica a geografia como mera ciência de observação da paisagem, e os geógrafos que se propõe a estudá-la nos aspectos químicos e físicos (solo, água relevo, umidade e seres vivos). A observação do espaço, segundo o autor, vai além dos aspectos orgânicos e inorgânicos. Para ele observar inclui andar, olhar ao redor, farejar os cheiros e sentir a atmosfera, ter contato com os sujeitos, questionar as pessoas e escutá-las (CLAVAL, 2007).

O autor argumenta que os dados que os geógrafos recolhem sobre os meios e as sociedades que tentam descrever e compreender deveria vir dos saberes-fazer e dos conhecimentos que implicam o modo de vida das comunidades. Para capturar esses modos é preciso se desprender de técnicas de pesquisa que se apoiam em leituras exteriores da paisagem, enquetes ou questionários. O autor possibilita a reflexão sobre a sensibilidade do pesquisador, ao chamar a atenção para o tato, a escuta, a visão e o tempo que se utiliza para a apreensão da “realidade” (CLAVAL 2007; 2014).

Pode se refletir que essa atenção dada ao espaço, a postura do pesquisador e ao modo como se insere nos diferentes grupos humanos, expressos nos argumentos de Claval pode ser encontrada em um estudo que foi produzido como subsidio para a elaboração do Plano de Desenvolvimento Plano de Desenvolvimento Rural Sustentável de Governador Valadares de 2006.

Em 2006 um grupo de pesquisadores apresentou o Córrego do Melquíades, através de relatos de histórias e relações que os sujeitos estabeleciam com o espaço configurando-o como território.

O documento elaborado descreve as diferentes comunidades que compõem a zona rural desse município. A elaboração contou com a participação da UNIVALE, da Prefeitura de Governador Valadares e das Secretarias de Educação, Meio ambiente e do Desenvolvimento, do CAT²² e, principalmente, dos próprios

²² CAT – Centro Agroecológico Tamanduá, é uma organização civil, de direito privado, sem fins lucrativos e beneficentes. Foi criado em 1989 a partir da experiência comum de trabalhadores rurais, religiosos e profissionais de diversas áreas. Atua em comunidades de agricultura familiar em parceria com as organizações dos agricultores e com instituições publicas e privadas. Missão Intitucional: fortalecer a agricultura familiar no Vale do Rio Doce, Minas Gerais, contribuindo para o desenvolvimento local sustentável, tendo como princípios a agroecologia, a geração de renda, a construção coletiva do conhecimento, a equidade nas relações de gênero e poder e a auto-organização de agricultores e agricultoras.

moradores dos distritos que contribuíram com informações sobre a história da ocupação da região, questões sócio ambientais, econômicas e de saúde.

Participaram da descrição do Córrego do Melquíades, nesse processo, quarenta e seis moradores que narraram a história do Córrego. Segundo esse relato os primeiros ocupantes, surgiram aproximadamente, em meados de 1850. Sobre a questão ambiental relataram que na região havia uma mata que inicialmente foi chamada de Bananal dos Bugre, havia diversidade de fauna como onças, cutias, pacas, macacos, jacarés, tatus, capivaras, raposas, serpentes, entre outros animais; relataram também a diversidade na flora local como Braúnas, Jacarandás, Perobas, Sapucaias, Canelas e Jequitibás, mas que ao longo do tempo foram derrubadas e queimadas a fim de abrir espaços, provavelmente, para possibilitar o desenvolvimento da agricultura e da agropecuária. O desmatamento foi muito intenso e hoje quase não existem matas; informaram que atualmente as árvores são novas e há algum tempo não ocorrem mais queimadas na localidade, em função do controle exercido pela polícia florestal (CAT, 2006).

Outros impactos ambientais também foram relatados. Segundo os moradores, havia muitas lagoas, mas após um serviço de drenagem realizado no córrego na década de 90, com máquinas retroescavadeiras, houve um aprofundamento do córrego comprometendo a quantidade de peixes e de jacarés deixando rastros de ferrugem nas margens do córrego. (CAT, 2006).

Os moradores declararam que a água do córrego é de boa qualidade, pura e cristalina e que *“a maioria das famílias tem fossa, somente algumas usam o quintal para suas necessidades”* tem fossas, por isso a saúde é boa e o médico quase não encontra vermes nas crianças (CAT, 2006).

Os relatos de moradores contam que na década de 80 ainda havia muita ocorrência de malária na localidade e era conhecida, na comunidade, como “febre tremedeira”. Essa febre, segundo relatado no documento, levou muitos moradores a óbito. Em busca da cura, as pessoas se tratavam com plantas, único recurso disponível na época (CAT, 2006).

Sobre os aspectos da assistência à saúde na comunidade, relataram que quando uma pessoa está doente e não tem veículo próprio precisa contar com ajuda de moradores para serem transportados até Governador Valadares e que alguns cobram pelo transporte:

quando tem uma pessoa doente não tem carro para levar até Valadares faltando assim uma ambulância para solucionar esse problema e não tem nenhum posto de saúde na região, o que ajudaria muito. Falta também dentista. O Sr. Tuniquinho já acabou com três carros dele levando doentes para Valadares e nunca cobrou nada por esse favor. O ônibus da saúde só vem quatro vezes por ano, a comunidade não é avisada, e algumas vezes ainda faltam médicos, atendem só sete pessoas e vão embora” (CAT, 2006).

Após onze anos, esses relatos ainda são reais para a Comunidade do Córrego do Melquíades. A imersão no campo de pesquisa, como relatado anteriormente na cena 01, na introdução deste relatório, e as diferentes oportunidades de contato com os moradores, permitem constatar o mesmo cenário de abandono e não cumprimento das políticas públicas de saúde que garantem integralidade no atendimento para todos.

Dessa maneira o Córrego do Melquíades foi compreendido pelos pesquisadores do CAT como um território e o documento traduz essa compreensão, ao apresentar esse Córrego para além dos limites físicos, ao compreendê-lo como um espaço de relações construídas a partir da cultura, das experiências, do ambiente, dos processos de saúde e doença, do olhar amoroso e crítico do sujeito que faz desse espaço lugar de vida.

Os espaços durante muito tempo foram representados pelos geógrafos através de um método específico, a construção de mapas regulares. O mapa regular, segundo o autor conserva elementos que poderão esclarecer os fatos que se procura esclarecer, tem a vantagem de resultar em representações claras e fáceis de ler, de sugerir correlações e de dar ideias dos fatores que modelam a realidade. Porém uma paisagem pode ser descoberta em diferentes escalas, conforme o ponto de vista de onde se observa e do olhar do observador (CLAVAL, 2014).

É nesse sentido que o autor propõe o mapa temático cujo princípio é introduzir uma ou várias dimensões novas sobre os documentos cartográficos, partindo de mapas regulares que simplificam de maneira a só conservarem os elementos que poderão esclarecer a rede de cursos de água, sementeira dos lugares habitados, a trama dos caminhos ou as estradas, etc. Transportam-se então os dados a serem analisados para figuras expressivas.

De acordo com Claval (2014) um procedimento eficaz para se traçar um mapa temático seria uma longa imersão na área que se procura compreender, através de

observação participante. O geógrafo deve nessa perspectiva viver nas comunidades, dominar língua e costumes. Porém em algumas pesquisas, como esta em questão, o tempo para coleta de dados se faz escasso impossibilitando o pesquisador vivenciar o espaço como sujeito participante.

Foi de encontro a essa distinção entre mapa regular e temático que nesta pesquisa encontramos uma maneira de apresentar novamente o Córrego do Melquíades através do olhar geográfico de um morador da região, o Angico, jovem, solteiro com ensino médio completo, que no início desta pesquisa ocupava o cargo de agente comunitário de saúde. O olhar do geógrafo é o deste morador, e nós apresentaremos o córrego sob este olhar.

4.2 SITUANDO O CÓRREGO DO MELQUÍADES. ONDE ELE ESTÁ?

Segundo Claval (2014) o sujeito “Angico” pode ser considerado um pesquisador da geografia, pois coloca-se na posição de observador diante da paisagem:

O geógrafo encontra na paisagem uma multidão de traços que falam do trabalho dos homens e da vida social: as culturas que ocupam os campos (...) a forma das casas e os planos das cidades falam das maneiras de habitar, da ideia que os grupos fazem de si mesmos e do que dá sentido a sua vida. A presença de capelas, igrejas, mesquitas, sinagogas destaca a dimensão espiritual da existência dos indivíduos e da comunidade (CLAVAL, 2014, p.65).

O mapa construído por Angico representa as zonas rurais próximas ao Bernardo, Penha do Cassiano e Divino das Laranjeiras. Esses territórios recebem o nome de: Bom Jardim, Limoeiro, Córrego do Onça, Córrego Alto, Córrego do Melquíades, Taquaril e Prazeres. Em uma entrevista narrativa, ele nos apresenta esses espaços através de traços culturais, da saúde, do ambiente e políticos.

Apresentaremos a partir de agora o mapa e as narrativas feitas pelo morador para explicar o mapa. O mapa confere ao Córrego do Melquíades a existência no território: *“A história do Melquíades e de várias outras comunidades, ela existe”* (Angico).

Figura 02 – Mapa temático da zona rural de Penha de Cassiano



Fonte: produção de um morador da região (Angico)

O mapa construído por “Angico” representa as regiões pertencentes a Penha do Cassiano, distrito de Governador Valadares/MG. O mapa do autor apresenta 5 regiões, diferenciadas por ele através das seguintes cores: Bom Jardim em vermelho; Córrego Alto em azul escuro; Melquíades e Taquaril em azul claro; Limoeiro em verde; Córrego do Onça em caneta esférica de tinta azul.

Os traços mais espessos representam as ruas e estradas, o que reconhecemos como um vínculo e amorosidade com a terra, os traços mais finos representam os cursos de água que ramificam-se em todas as regiões, sendo finalizado com um círculo, o que entendemos ser as nascentes.

O curso principal de água é destacado pelo autor como “Ribeirão dos Melquíades”. Percebe-se no desenho que o traço que representa esse curso de água é um traço contínuo e marcante. Observa-se também que há ausência de árvores, matas ou florestas no mapa, o que denuncia e retrata os relatos produzidos pelos moradores sobre as questões do desmatamento e do impacto causado no território (CAT, 2006).

As casas representadas aparecem numeradas e organizadas do mesmo modo que a unidade de saúde local o faz, o que nos mostra que Angico traz os saberes e experiências como Assistente Comunitário de Saúde (ACS) para construir o mapa. Além de casas no mapa aparecem instituições religiosas, de ensino, como também espaços de lazer.

A partir da narrativa feita pelo sujeito entrevistado, compreendemos através das reflexões de Claval (2014) que a visão que desenvolve a geografia é aquela do observador diante da paisagem. Esta opera uma triagem entre os objetos presentes na superfície do globo. Num primeiro tempo, sua atenção se volta para aqueles que

são suficientemente grandes para serem claramente visíveis (o desenho do mapa, casa córrego, montanha) o pesquisador se interessa pelo movimento do campo, as culturas, as fazendas e suas construções (vilas, vilarejos). Analisar uma paisagem é, pois apreender o real em diversas escalas. “As boas descrições geográficas partem do campo e das observações que se pode ali fazer: elas se atem a paisagem. É da natureza desta, ter uma dimensão variável: ela se corresponde ao que se percebe a partir de um ponto, mas também ao conjunto do que apresenta as mesmas características numa certa superfície” (CLAVAL, 2014, p. 97).

O olhar de “Angico” sobre o território não é um olhar neutro e imparcial sobre o espaço. A paisagem só fala para aquele que aprendeu a ler a paisagem. Evocando Paulo Freire refletimos que a “leitura de mundo” (FREIRE, 1989) passa pelas experiências, pelo modo de inserção do sujeito na comunidade, pela relação com os outros, pelas crenças, pela amorosidade que pode ser traduzida neste mapa como o vínculo com aquela terra. O vínculo com a terra é uma identidade consolidada na experiência do campesinato brasileiro e nela se encontra:

influências étnicas, relações cotidianas com a natureza, conhecimento empírico amplo, oralidade e prática, espiritualidade, religiosidade, estética, relações diversificadas de cooperação, forte predominância patriarcal, e relação família, comunidade e território” (TARDIM, 2012 p.181).

Na apresentação do mapa, Angico destaca a importância da comunidade na constituição do território:

Bom jardim é uma comunidade que ela tem mais ou menos 32 ou 33 famílias, é uma comunidade, ela é evoluída por que é uma comunidade que ela tem seu trabalho e é assim, comunitário, de associações e tem seus credos religiosos e aí tem Igreja Católica e lá tem é predominado uma associação que fez com que Bom Jardim hoje é reconhecida.

Córrego alto é uma comunidade que tá crescendo muito, é uma comunidade também com suas crenças religiosas e antes tinha escola né, mas, a prefeitura precisou nuclear aqui para Melquíades, por causa do número de alunos que num tinha e hoje tá aqui.

Córrego do Onça na comunidade, ela é predominada também por 27 a 30 moradores e que vem e que tá bastante destacada aqui no mapa.

...E também tem o Córrego dos Prazeres que tem também 27 moradores e que é uma comunidade bastante evoluída, tem escola, ela tem campo de futebol, lá tem seus bares com as áreas de lazer, tem a Igreja Católica e suas crenças religiosas.

Nos fragmentos acima extraídos da narrativa do Angico entendemos a apresentação de um território plural, constituído de diferentes comunidades. Compreendemos que, o que forma uma comunidade são as relações familiares, políticas e ambientais. A palavra comunidade é evocada por diversas vezes por Angico, o que imprime neste contexto as territorialidades construídas a partir das relações afetivas e familiares constituindo o território.

A apresentação dos espaços ocupados, campo de lazer, a igreja, a escola, o posto de saúde, a associação de mulheres que formaram a fábrica de doce de banana e os credos enuncia traços culturais que marcam e representam esse território. Ao abrir essa seção fizemos o seguinte questionamento: Onde está o córrego do Melquíades? Em leitura e análise dessas narrativas compreendemos que ele existe sim, está presente nos traços culturais dos sujeitos, na memória, e na história vivida.

A invisibilidade atribuída pelas políticas públicas impede o reconhecimento do espaço como um território. “*A história do Melquíades e de várias outras comunidades, ela existe*”(Angico). A apresentação de um mapa desenvolvido por um sujeito que faz parte do território vai além do olhar da geografia em si, perpassa por valores e saberes construídos culturalmente.

4.3 UM MAPA DO CUIDADO EM SAÚDE

Um mapa do cuidado é formado pelo conjunto de “pontos” de acesso e cuidado que o sujeito vai produzindo, a partir de suas necessidades e experiências, nos diferentes momentos da vida. Os mapas do cuidado, quando incorporados ao processo de cuidado, são itinerantes e contingentes e podem ser redesenhados ou reconfigurados continuamente. Os mapas têm uma pretensão prospectiva, ligada ao cuidado, embora tenham, é claro, um componente retrospectivo, de registro e memória, como os itinerários terapêuticos (CECILIO *et al*, 2014).

Constata-se, assim, que o mapa construído por Angico é um instrumento que representa uma forma de viver, de ser, de se expressar no território. Sendo assim consideramos essa cartografia como mapa do cuidado a partir do olhar cuidadoso do “geógrafo Angico” que no ato de cuidar expressou através do mapa um compromisso com o estar no mundo, de contribuir com o bem-estar geral, com a

dignidade humana, com a espiritualidade, com a construção da história, do conhecimento e da vida. A narrativa apresenta dois elementos que nos levam a refletir que o mapa construído pelo sujeito é um mapa do cuidado: a importância da água e suas relações com o território e o itinerário terapêutico percorrido em busca da saúde.

A água apresenta-se em sua narrativa como elemento que promove saúde através, por exemplo, do lazer:

Tem um ponto turístico que é uma lapa onde todo mundo toma banho. Tem outro aqui no centro que é o poço aqui do Melquíades, onde tem um poço por aqui, então aqui o fundo do poço é ali ó, então num ponto turístico também aqui e a lapa.

Por sua vez, a água comparece, também como objeto de preocupação no sentido de tratamento e qualidade vinculados ao adoecimento da população:

A água aqui é tratada (remete ao Melquíades), mas acontece que praticamente a maioria (remete a outras regiões) não tem as redes de esgoto...ai joga dentro do córrego né, e que vai contaminando esses outros córregos aqui.

Córrego do Onça, é uma área que é mais seca né, porque é pouca água que tem lá, é escasso mesmo de água tratada, e é uma comunidade também bastante epidêmica, e também a questão da Xístossomo, por causa da situação do Ribeirão do Melquíades que é contaminado por este verme”.

Angico narra que, possuir água tratada, dá melhores condições de vida à população, ter água limpa é sinônimo de não possuir problemas: *“Melquíades, ela é uma região mais atualizada em questão de tratamento de água, ela tem mais conforto hoje, e deu mais condição”.*

Analisamos também por meio da narrativa que ele classifica como condição de risco, a ausência de tratamento da água quando remete ao adoecimento da população:

O Limoeiro é uma área de maior risco, e aí o que acontece, as pessoas assim com muita diarreia, muita dor de barriga, é um sinal vermelho mesmo de atenção, pra questão de doença e não tem água tratada.

As questões da qualidade e distribuição de água tratada são temas abordados anteriormente por pesquisadores da região de Governador Valadares. Vilarino (2015) apresenta em sua tese de doutorado, fatos históricos que demonstram a preocupação antiga da população com os problemas de abastecimento e saneamento básico da região. Em contra-partida a pesquisadora apresenta que, mesmo preocupados com as questões sanitárias, os moradores são resistentes à mudança de hábitos que confrontaria os comportamentos individuais oriundos das experiências vividas de cada sujeito. De acordo com a autora a presença de água tratada nas casas remete conforto e garantia de saúde, e que ajustes das práticas de cuidado em saúde geram tensões e constrangimentos a população.

Na sua condição de ACS Angico descreve três doenças transmitidas pela água, atentando que, a presença dessas patologias caracteriza a comunidade como endêmica:

[...] porque esta área é muito epidêmica e de vários tipos de doença, principalmente a Schistossoma que é uma doença e que mata. Schistossoma é contagiosa e tem outra principalmente aqui também a..H. yilori, e agora descobriu bastante pessoas que tem, que tá com essa bactéria... Também ameoba, a maioria das pessoas aqui tem, é por causa das condições da água aqui né.

Angico enfatiza a importância da atenção básica em saúde para promover saúde a população: *“No Melquíades tem posto de saúde que foi construído pela própria comunidade e tá sendo um marco hoje dentro de Melquíades, que um posto de saúde é a base da saúde da família”.*

A ausência e o não comprometimento por parte dos governantes com a saúde pública também é relatado: *“Não tem rede de esgoto, a maioria é jogada no Ribeirão. As pessoas não usam água do SAAE principalmente nas hortas, nas hortaliças, usa outras águas e outras para banho e outras questões”.*

Na busca por cuidado em saúde, ou tratamento, os sujeitos se movimentam individualmente ou em grupo. A literatura define esse percurso como itinerário terapêutico, que consiste em mobilizar diferenças andanças que incluem desde cuidados caseiros, práticas religiosas ou elementos médicos predominantes (CABRAL *et al*, 2011).

Angico apresenta o Itinerário terapêutico percorrido pelos sujeitos na ausência da efetivação das políticas públicas de saúde no território:

É assim por conta própria quando tinha uma coordenadora na policlínica no núcleo de parasitologia, e aí o que acontece, as pessoas assim com muita diarreia, muita dor de barriga, nós preocupamos, e aí pra fazer a consulta geral do povo não tinha como o médico passar, combinamos com o laboratório pra fazer o recolhimento das fezes dessas pessoas, recolhi 100% e até no posto de saúde tem esses exames lá. Foi de 107 pessoas recolhidas né, os exames e 92 pessoas deu a xistose né e vários outros vermes então. Em caso de emergência eu ligo para o pessoal do SAMU, eu “vou” (fala com médico) no médico regulador e ele me orienta nos primeiros socorros e eu tenho meus conhecimentos também. E aquilo que eu duvido eu falo pra ele: ah o que eu faço com um caso desse? Aí eu digo pra ele que eu só quero uma informação que eu tô com paciente aqui que tá desse e desse jeito, e que eu sei aferir a pressão...ai você pode passar informação, o batimento cardíaco que é importante, sinais vitais...

Médico é Valadares não tem outra opção. Se não tem o carro, e na segunda opção né, a gente tem aqui a medicina alternativa uma opção é essa garrafada que eu disse aí. Ela é lenta, ela vai te dar resultado em oito dias.

O cuidado está vinculado e embasado nas relações que o sujeito estabelece no território, a forma de cuidar e como ele se expressa está ligado a padrões culturais. O processo de cuidar tem intencionalidades e objetivos variados dependendo do tempo do espaço e da experiência de cada um, consistindo em uma forma de viver, de ser, de se expressar. O ato de cuidar é um compromisso com o estar no mundo, de contribuir com o bem-estar geral, com a dignidade humana e com a nossa espiritualidade; é contribuir com a construção da história, do conhecimento, da vida (COELHO, 2005, p. 216).

Para encerrar essa sessão retomaremos ao poema que introduziu essas reflexões porque consideramos que o mapa e o poema se encontram na luta dos moradores do Córrego do Melquíades pela saúde: “Corre em minha pátria um rio (...) A fome desce ao rio (...) Quem são os que padecem?(...) Não sei, sei que são meus (...) Não sei, porém me chamam e dizem: “sofremos”(....) “Teu povo, teu povo deserdado entre o monte e o rio, com dores e com fome, não quer lutar sozinho, te está esperando, amigo (...) a luta será dura, a vida será dura (...).

CAPÍTULO 05

5.1 AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE

“Cuidar do outro é cuidar de mim
Gritava um homem da rua
cantando com sua voz
embargada de pigarro
em sua língua rota e nua:
Lá no tempo em que nasci,
logo aprendi algo assim:
cuidar do outro é cuidar de mim,
cuidar de mim é cuidar do mundo.
Se cuido um pouco de tudo,
de mim, de mim quase nada;
eu preciso me incluir,
é hora de me amar;
é sabido, viver é bom,
viver é bom pra quem sabe amar.
Outro mundo, outros tempos;
outros fins, outro começo;
sabidos são os afetos,
o amor é terapêutico”.

Ray Lima

O objetivo deste capítulo é descrever, a partir da narrativa dos sujeitos, as práticas de cuidado em saúde dos moradores do Córrego do Melquíades, analisando os saberes presentes nessas práticas e o modo como repercutem as suas relações com o território.

Para iniciar as reflexões sobre saúde neste capítulo, iremos estabelecer que a condição de saúde e doença são aspectos da vida humana e que estão relacionados de modo dinâmico de acordo com as condições de vida dos sujeitos como também dos grupos sociais. O problema de saúde é relativo, o que é problema de saúde para um, pode não ser para outro. O sujeito decide se cuidar a partir da

sua compreensão do que é saúde, das condições econômicas, do acesso aos serviços de saúde, das relações que estabelecem com e no território.

Nestes termos buscamos compreender nas entrevistas a realidade do sujeito e a experiência que ele traz das suas práticas cotidianas relacionadas às práticas de cuidado em saúde que se constituem nos vínculos territoriais, saberes, culturas, memórias, relações sociais e políticas, com a natureza e com a saúde pública. Esse conjunto de reflexões nos impulsiona a buscar identificar nas narrativas dos sujeitos como as práticas de cuidado em saúde são construídas no cotidiano de uma população do campo, que se defronta cotidianamente com diferentes necessidades de cuidados e com questões que envolvem o acesso básico à saúde pública.

5.2 CENAS DAS ENTREVISTAS

Segundo Claval (2014) a capacidade do pesquisador observar o território possibilita a ele compreender as relações que não lhe são familiares a partir da percepção dos traços particulares de cada território. Foi a partir desse modo de pensar que procurei, captar ao realizar as entrevistas as diferentes cenas que ali se apresentavam.

Antes de iniciar as entrevistas busquei identificar nos diversos cenários elementos que me aproximassem e fizessem compreender a realidade das práticas de cuidado em saúde dos sujeitos, naquele território.

Utilizando a geografia cultural para observar esses elementos, identifiquei nas cenas das entrevistas traços que remetem ao vínculo com a terra como o cuidado com as hortas, os elementos das crenças religiosas como imagens de santos e livros sagrados, fotografias que expressam vínculos familiares e elementos que remetem as práticas do saber médico como a medicação. A tentativa de interpretar inicialmente a realidade de como o sujeito busca o cuidado em saúde se configura no modo de olhar do observador através dos detalhes dos elementos, das representações que aparecem no seu espaço e na consideração sobre o seu saber fazer (CLAVAL, 2007, 2014).

O cuidado é uma prática social que se constitui através dos saberes populares e científicos. Esse movimento caracteriza-se por traços culturais transmitidos aos sujeitos através das experiências cotidianas, por questões religiosas e de fé e pelas relações que ele constitui no território através da sua

história e memória.

Relato a seguir duas cenas observadas no processo das entrevistas que contribuíram para o entendimento das práticas de cuidado em saúde naquele território marcadas por traços culturais a serem discutidos neste capítulo:

Cena 02²³

Ao chegar na residência de Dona Alecrim fomos recebidas gentilmente pela sua irmã que nos informou que Dona Alecrim encontrava-se acamada há uma semana, , sentindo muitas dores e mal estar. Assim, agradecemos a recepção e informamos que voltaríamos ali então em outra oportunidade e que estimávamos melhoras a ela, na sala pude perceber várias imagens de santos, terço e quadros religiosos. Ao escutar a nossa voz, Dona Alecrim do quarto pergunta: “É o pessoal da Univale? Pede para entrar aqui”. A Dona Alecrim foi indicada por outros sujeitos para ser entrevistada, pois era conhecida como a benzedeira da região. A minha expectativa ao entrevistar uma benzedeira era encontrar além de um cenário místico, tratamentos alternativos distantes das práticas biomédicas de cuidado em saúde. Me espanta ao entrar no quarto de Dona Alecrim e ver disposto na estante uma grande quantidade de caixas de remédio. A benzedeira toma medicação convencional? Eis meu questionamento inicial...

Cena 03

A chegada na residência de Dona Hortelã, foi de intensa alegria ela nos recebeu com um belo sorriso, nos convida a entrar, oferece bolo, biscoito caseiro, chá e faz questão que fiquemos para o almoço.

Cena 04

Ao chegar na residência do Senhor Chapéu de Couro o encontramos sentado na escada apreciando o bom tempo, quando informamos do desejo de entrevista-lo, ele gentilmente aceitou e pediu para sentarmos juntamente com ele na escada O objetivo inicial ao buscar a residência de Dona Arruda era entrevistar o seu marido [Chapéu de Couro], ao direcionar a pergunta narrativa ao marido de Dona Arruda, ela assume a posição de entrevistada alegando “saber mais dessas coisas” do que o seu marido. Me questiono novamente: será a figura da mulher a expressão do cuidado em saúde, naquela comunidade?

Nas cenas narradas acima podem ser identificados a coexistência de práticas distintas de cuidado em saúde: a presença de medicamentos na residência de uma

²³ A cena 01 foi narrada na introdução deste relatório.

benzedeira reconhecida na comunidade como tal; no chá oferecido à pesquisadora; a presença marcante da religiosidade nas imagens de santos, terço e quadros religiosos dispostas na sala de uma das residências; no modo de acolhimento de moradores do campo; na apresentação das flores e da horta como “minha horta”; nas diferenças de gênero quando Dona Arruda se prontifica para a entrevista dizendo saber mais do cuidado em saúde do que o marido. Essas cenas contribuíram para compreender que as práticas de cuidado se constituem na transmissão dos saberes, na crença religiosa, no vínculo com a terra e no conhecimento “do doutor”, discutidos a seguir a partir da narrativa dos sujeitos.

5.3 TRANSMISSÃO DE SABERES

Segundo Claval (2007) a cultura é primeiramente uma herança construída através de atitudes e gestos e sua transmissão é feita por etapas tendo a família um papel essencial nessa construção. Pela análise das nove entrevistas, identificamos em seis delas que o cuidado em saúde no território do Melquíades se faz pela transmissão de saberes nas quais comparecem as plantas medicinais, o uso (para que serve, o que trata, como se prepara para o consumo) a transmissão geracional e de gênero.

O cultivo das plantas nessa comunidade representa além de amorosidade e vínculo com a terra, uma prática de cuidado em saúde como no fragmento da entrevista feita com Dona Arruda: “*Tem uma hortinha ali começando (...) É a primeira coisa que eu faço é ir lá na horta, e tomar um chazinho das folhas da horta(...) lá na horta tem hortelã, alecrim, boldo, manjeriço, poejo(...)*”.

As práticas populares consideram que o processo de adoecimento possui dimensão física, social e espiritual, e mostram que o cuidado não é única e exclusivamente dos profissionais de saúde, e sim uma prática que acontece na relação entre sujeitos que vivem em diferentes territórios. Um conhecimento comum nas práticas tradicionais e populares de cuidado é o uso de recursos naturais nos processos de tratamento e cura das doenças, especialmente o uso das plantas (BRASIL 2012a).

A população brasileira utiliza produtos à base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde, seja pelo conhecimento na medicina tradicional, indígena, quilombola, entre outros povos e comunidades tradicionais, seja pelo uso popular na

medicina popular, de transmissão oral entre gerações, ou nos sistemas oficiais de saúde, como prática de cunho científico, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL 2012b).

Em consonância com as recomendações da OMS foram aprovadas no Brasil, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). As ações para implementação das diretrizes dessas políticas nacionais buscam ampliar a oferta de serviços e produtos relacionados à fitoterapia no SUS, de forma segura e racional, por profissionais de saúde qualificados, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, promovendo a integralidade da atenção. (BRASIL 2012a; BRASIL, 2009).

Essas políticas nacionais têm convergência e sintonia com outras, como a Política Nacional de Saúde, de Atenção Básica, de Educação Permanente, de Assistência Farmacêutica, de Povos e Comunidades Tradicionais, de Biodiversidade e a Política Industrial Tecnológica e de Comércio Exterior. As ações decorrentes são imprescindíveis para a melhoria da atenção à saúde da população, ampliação das opções terapêuticas aos usuários do SUS, uso sustentável da biodiversidade brasileira, fortalecimento da agricultura familiar, geração de emprego e renda, desenvolvimento industrial e tecnológico, inclusão social e regional (BRASIL 2012a p. 16).

O modo de transmissão dos saberes sobre as plantas e os chás medicinais se faz através da oralidade. Claval (2005) discute a transmissão nas culturas e os códigos de comunicação criados pelos homens e mulheres, dentre eles a “comunicação oral e gestual que não necessita de nenhum instrumento e é utilizável por todos. O movimento observado e a palavra que o acompanha frequentemente permite a aquisição de práticas” (CLAVAL 2005 p. 66).

Cada cultura desenvolve seu próprio gesto e palavreado particular. As regras relacionadas a moral, as crenças e o conhecimento racional tendem a se apresentar através do discurso. Porém a invenção de códigos gráficos (a escrita) ao mesmo tempo em que traz mudanças nas questões culturais contribuindo, por exemplo, para o acesso a outro modo de comunicação e a outros saberes, passa ser, também um fator de desigualdade social e que limita o acesso a cultura.

Claval também destaca que a escrita difunde possibilita relações assimétricas de poder (CLAVAL, 2005). As palavras escritas na bíblia sagrada para as comunidades cristãs, possuem maior credibilidade do que as palavras ditas por um curandeiro, por exemplo, como também a posologia de uma bula de medicamentos

possui maior validade para o meio científico do que os ritos indicados por uma benzedeira, ao contrário em uma tribo as palavras do curandeiro tem mais peso que a palavra bíblica em alguns casos, a confiança na benzedeira é maior que na bula medicamentosa.

Assim, Claval considera que:

os membros da sociedade onde reina exclusivamente a oralidade, tem todos o mesmo acesso a cultura. Com o aparecimento da escrita a situação muda: as culturas populares daqueles que continuam a ser unicamente formados pelos gestos e pelas palavras, opõe-se os conhecimentos transmitidos por escrito dominados pelas elites (CLAVAL, 2005 p. 70).

Ao refletir as considerações de Claval sobre a importância da oralidade na preservação da tradição, da cultura e, na transmissão dos saberes, compreendemos que a oralidade também é significativa nas práticas de cuidado em saúde, fazendo-se necessário reconhecê-las como enunciados concretos, únicos, pertencentes a determinado grupo social e que por sua vez, se utilizam da linguagem para tornar públicas as experiências e os conhecimentos que são transmitidos.

Além dos aspectos da oralidade, a transmissão dos saberes está relacionada também com a questão do gênero. Assim analisadas as narrativas apresentadas abaixo, percebemos a relação entre o gênero e a transmissão de saberes sobre cuidado em saúde.

Gênero está articulado a relações sociais, do que se constitui como masculino e feminino, o que remete as relações de poder no território. As relações de gênero se constituem no território e regulam os saberes e as práticas. Culturalmente a mulher é a figura do cuidado, ela quem cuida da casa, dos filhos, dos idosos e doentes (SOUZA e FONSECA, 2013). No campo da saúde ela é a conhecedora do saber informal, das práticas de cuidado em saúde (“a mulher cuida, o homem trata”) e tais práticas e saberes se transmitem normalmente de uma mulher para outra, como podemos conferir nos excertos discursivos a seguir:

Pesquisadora: *E quem ensinou a fazer essas práticas?*

Hortelã: *A minha mãe. A minha vó ensinou minha mãe, minha mãe me ensinou... Eu já ensinei para os filhos tudinho. Aqui ó, dá uma olhada lá (aponta pra a sua filha que está na beira do fogão), mostra pra ela o copo de chá que você fez, ela vai chegando e a primeira coisa que faz, ela deixa aquele copão dessa altura cozinhando pra mim.*

Isso veio das raízes da minha mãe. A gente tinha vó e mãe, então foi de onde veio esse caso todo antigo, tudo de lembrança da raiz principal, né? Nossa família (Arruda).

Quem ensinou pra mim foi minha mãe (Alecrim).

Isto eu não vou explicar pra você, porque minha filha, foi ela quem me falou e a gente falou que era bom. Não sei quem que falou né...Ela chegou e falou: Mãe, isso é bom (Folha de laranjeira)

Em contra-partida o homem entrevistado nos mostra em suas falas a marca do saber biomédico, como discutiremos no “conhecimento do doutor” Mesmo ao se referir a práticas populares de cuidado, ele as coloca como parte de um conhecimento aprendido em cursos: *“eu mesmo fiz o curso de medicina alternativa junto com a dona “Flor” e sua equipe, e nós fomos acho que em doze, foi uma tamanha riqueza”.* (Angico)

A transmissão dos saberes acontece naturalmente na vida cotidiana e implica numa multiplicidade de práticas modestas que se repetem através das atitudes e dos gestos sem serem questionados, sem buscar a veracidade apenas convém fazer porque é conhecido (CLAVAL, 2007).

A feitura dos chás caseiros se encontra nessa condição como podemos identificar nas narrativas a seguir:

O alecrim é uma folha cheirosa, você pega a folha, esfrega a folha, põe na água fria e toma. Fica mais calma, só que depois se a gente tomar muito, vira água no intestino (Hortelã).

Eu cozinho a folha do chapéu de couro (Folha de algodão).

Pesquisadora: Para pressão alta?

Eu não sei, eu estou tomando. Eles tão me ensinando que é bom tomar, e eu estou cozinhando. É as pessoas mandam tomar, né?

Eles me ensinam, e eu faço e tomo (Folha de algodão).

“Descasca o abacaxi e corta as rodela mais grossa, aí naquele miolo faz um tipo de buraquinho ,ai é para tosse ne põe mel no buraco e põe numa vasilha de plástico e tampa. Põe hoje e amanhã, você olha ele, faz aquele xarope , e aí daquele xarope , você pode tomar é para fortalecer os pulmões... (Alecrim)²⁴

quando a pessoa chega picado de cobra a gente corre no quiabo quando a pessoa chega precisando de correr para o médico para tomar a injeção contra o veneno da cobra. Enquanto isso, a gente soca um punhadinho da semente do quiabo, bem socadinho, dentro do pano, passa na água e dá pra ele para beber (Arruda).

²⁴ Conto aqui uma experiência própria: durante a pesquisa desenvolvi um quadro de pneumonia. Procurei atendimento médico e fiz tratamento com antibióticos. Após um mês os sintomas voltaram e resolvi fazer a receita indicada por Dona Alecrim, após o uso durante sete dias, os sintomas não se apresentaram mais.

eu tenho um tio que ele foi mordido de cobra aqui, o pai adotivo dela que falou né. Falou:” Vamos resolver isso agora”. Aí ele pegou o prato com querosene e foi molhando, jogando a querosene na mordida da cobra e passando uma tesoura, aí saiu uma coisa bem amarelinha de lá, igual um suco de laranja, saiu de lá do pé onde estava mordido e ficou no meio da querosene (Vick).

Ao apresentar os fragmentos das entrevistas acima buscamos mostrar que, na tentativa de cuidar da saúde, os sujeitos realizam práticas no cotidiano sem muitas vezes questioná-las por questões da própria cultura ou pelas dificuldades em acessar os serviços de saúde. No caso deste campo de pesquisa, o Córrego do Melquíades, o cenário de abandono do cumprimento das políticas públicas de saúde como narrado por Angico, contribui para o não questionamento:

há escassez de atendimento médico aqui (...)Infelizmente a gente tem médico aqui só uma vez no mês (...) primeiro busca o primeiro atendimento , depois de acordo com o diagnóstico, pede exame (...) muitos exames demora (...) depois distribui para especialidade, aí tem uma demora grande (...).

Assim compreendemos que as comunidades são construções culturais, cuja raízes estão mergulhadas na história e nas experiências vividas que cada sujeito ou comunidade adquire e transmite. Os traços da cultura se repartem em diversos graus pelos sujeitos, cada um é chamado a desempenhar tal papel segundo a idade, o gênero, ou por capacidade técnica e intelectual, sendo a língua materna um signo cultural (CLAVAL, 2005).

As reflexões do autor possibilitam analisar as práticas de cuidado em saúde marcadas pelo movimento e pela dinâmica no território. Ao buscar saúde o sujeito utiliza a experiência do outro que lhe foi transmitida, seja através das práticas populares como as transmitidas aqui com o recorte geracional e de gênero, seja transmitida por um saber médico, como narra Angico. A soma desses comportamentos, dos saberes, das técnicas, dos conhecimentos e dos valores, imprime a identidade cultural de determinado território.

5.4 CRENÇA RELIGIOSA

Os gestos e as práticas são inseparáveis da vida cotidiana, a cultura faz assim passar de uns aos outros as representações coletivas, através dos sentidos.

O que lemos no mundo e na sociedade é o que aprendemos a ver. Os saberes são transmitidos muitas vezes de forma hierarquizada, normalmente relacionados a valores que estruturam-se em um conjunto de crenças e de normas abstratas de comportamento, que são de domínio da religião. As relações do sujeito com as questões da fé dão sentido a vida, garantem a ordem e a felicidade dos sujeitos (CLAVAL, 2007).

A religião é um fenômeno cultural que produz relações no espaço. É considerada também como estratégia de controle do território e das territorialidades a partir da análise do conjunto de práticas desenvolvidas por instituições ou grupos para controlar um dado território. A geografia cultural analisa e valoriza as diversas manifestações da religião consideradas singulares e de múltiplos significados na vida social apoiando-se na experiência da fé quando analisada dentro da perspectiva do tempo e do espaço (ROSENDAHL, 1995, 2006).

“A representação espacial que a religião impõe no lugar exerce força e institui valores que elevam o homem e o transportam para um meio distinto daquele no qual transcorre sua existência” (ROSENDAHL, 2006 p. 136). As marcas da fé e da religiosidade se apresentam como dimensões sócio-culturais que interferem no bem estar físico e mental dos indivíduos: *“Graças a Deus, Jesus tá me curando, minha filha eu tô aguentando (demonstra que consegue movimentar as articulações) olha aqui pra você ver. A fé é a primeira, é o começo da minha vida”* (Hortelã).

Por meio dos símbolos, ritos, mitos, a crença religiosa exerce sua função de mediadora entre o sujeito e a divindade (ROSENDAHL, 2006 p.136):

Ah, essas coisas que a gente sente, a primeira coisa que a gente procura é benzer mesmo, essas coisas que a gente sente, dor de cabeça, essas coisas assim. Mal estar né. A pessoa não sabe o que é e procura um meio de benzer. Já aconteceu muitas vezes. “Ah, essas coisas falam que é sol na cabeça, essas coisas né. Eu não sei se é, mas eles falam (...) Ah, eles colocam é água. Copo de água e coloca brasa no copo, até ela afundar a brasa de fogo (Manjeriço).

Assim, os mitos e ritos de benzedura são considerados eficazes porque recolhem para dentro do crente, os gestos e as falas sagradas, reestabelecendo o equilíbrio emocional em consequência o físico:

A oração, a gente reza primeiro o credo em Deus Pai, Salve a Rainha, o Pai Nosso e Ave Maria. A gente pede ao Divino Espírito

Santo de Deus pra descer naquela pessoa. E aí fala o nome da pessoa e fala vem Jesus, derrama suas bênçãos aqui e lava com teu sangue e teu poder ! E aí a gente diz: São Benedito e Santa Madalena , olha esta criança, livra do quebrante do mal olhado e da espinhela caída, o que ele estiver sentindo , o senhor vai curando! Minha oração é essa. (Alecrim)

Rosendhal (2006) argumenta que, embora haja variações entre culturas. “a eficácia da benzedura encontra na linguagem um sentimento lógico que vai ao encontro da necessidade do sujeito. Juntamente com a benção a prece merece atenção (ROSENDHAL, 2006 p. 136). Essa eficácia pode ser apreendida na narrativa acima. Há uma crença estabelecida de que a cura “do Senhor”, virá... Assim como a benzedura apresenta um ritual linguístico: a quem se pede, por ordem, para quem se pede, o que se pede.

O trabalho apresentado por Xavier (2008) nos leva a refletir sobre a relação das práticas de cuidado populares através da benzeção com as crianças. Segundo a autora as benzedeadas (normalmente do gênero feminino e que também tendem a ser parteiras) tem exclusividade em atuar no cuidado das crianças justificando que as mesmas desenvolvem “doenças típicas de criança” o que a autora chama em seu trabalho de desordem fisiológica, justificando ser normal ou menos grave certos tipos de doença na fase de desenvolvimento da criança (febres, gripes, resfriados, vômito e nervosismo. Xavier, 2008 p. 117).

Percebemos também em algumas narrativas do nosso trabalho essa relação entre a criança e a benzeção:

A cumadre “Alecrim”, você conhece? Ela é uma pessoa muito boa pra benzer, ela faz benzeção (...) Meus meninos todos ela benzia, então a hora que benze ela passa três chazinhos de hortelã preto, a gente dá e os meninos saram. (Arruda)

Ela (a criança) pode estar com a espinhela caída ou dor de cabeça. (Alecrim)

E quando o neném nasce, a gente dá e funciona aquela erva- doce, a gente compra aqueles pacotinhos e faz o chazinho e dá pra eles. (Arruda)

Sendo assim as benzedeadas são consideradas atores sociais que constituem o território da crença religiosa, exercendo poder, ocupando lugar social na comunidade através da religiosidade exercitando seus saberes, mantendo o uso e costumes tradicionais por meio das relações com o sagrado e principalmente

contribuindo para a promoção da saúde.

5.5 SABER DO DOUTOR

As práticas populares de cuidado em saúde ocupam lugar importante e possuem valor inestimável para os sujeitos, porém o modelo biomédico de saúde também comparece, revelando uma relação de coexistência com essas práticas, inclusive nos territórios que apresentam deficiência em atendimentos médicos e ambulatoriais como é o caso do campo dessa pesquisa. Consideramos o saber biomédico um traço cultural a partir do movimento histórico por meio do qual, esse saber passa a ser incorporado, pelos sujeitos, trazidos principalmente pela “figura do médico”, detentor de um saber específico.

Historicamente o modelo biomédico tem sua base no positivismo se propondo a produzir modelos mecanicistas de validade universal e leis de aplicação geral, não se preocupando com a identidade dos grupos sociais. Apesar das mudanças propostas que aparecem nos documentos das políticas públicas de saúde referentes a descentralização do cuidado médico e da contribuição de práticas populares para promover a saúde, o saber biomédico que aqui será reconhecido como *saber do doutor* promove grande influência na busca pela saúde, como também a figura do médico está relacionada a supremacia e poder.

No trabalho desenvolvido por Moraes (2012) que busca compreender a relação do saber médico no processo de envelhecimento encontramos as seguintes considerações do autor acerca da análise das entrevistas que foram realizadas por ele com idosos a respeito deste tema:

O saber biomédico e suas prescrições são muito valorizados; A palavra do médico não é questionada; A fé religiosa traz à cena “o grande médico é Deus” e, abaixo de Deus, o profissional médico e seus remédios (MORAES, 2012 p. 37).

Nos fragmentos das entrevistas apresentados abaixo percebemos que em nossa pesquisa, os três homens participantes adotam inicialmente a prática médica para cuidar da saúde e as seis mulheres participantes transitam pela prática popular já mencionada anteriormente e concomitantemente pela prática biomédica:

Exatamente, até por que lá a gente, porque os médicos também tem

esse conhecimento popular , aí eles vão, transmitem pra gente , aí quando a gente chega aqui, aquilo que ele falou encaixa certinho...é um quebra-cabeça (Angico).

Tomei tanto comprimido, vitamina, aí tem muito tempo que não sofro nada não (Marido da Dona Arruda).

a medicina alternativa ela é lenta para o tratamento. Ela é contínua e lenta, ela não é igual o medicamento hoje que é cheio de substância que vou indicar um dispropan , você vai lá e aplica , e que tá lá com a coluna lá né , atrofiada , tá com algum problema , aí aplica e pronto , no outro dia já tá andando... (Angico).

Nunca gostei de chá..meu negócio é só remédio que a médica passa, a doutora receita (Chapéu de couro).

Pesquisadora: Se alguém estivesse com febre aqui hoje, a senhora indicava algum chá para tomar ou não?

A gente manda tomar amoxicilina, né (Folha de algodão).

Não sou muito de fazer chá não. Mais é remédio mesmo. Às vezes o chá ajuda também, né? (...) Mas não é bom a pessoa indicar chá. Pra certas coisas ele é bom, vou dizer pra você porque muitas pessoas aqui não estão querendo tomar o chá. Porque quando chega lá e fala para o médico: " Tomei isso aqui", aí ele dá bronca na gente ainda (Vick).

Eu vou pro médico sempre pra consultar (Folha de algodão).

Glaucoma. Que eles falam que é o mais perigoso e tô tratando ainda, vou no médico e ele passa o colírio para mim, para cuidar mais, o médico mesmo falou pra mim que não tem recurso não (Folha de laranjeira).

E no mais quando tá com febre, ia no médico pra tomar remédio de febre e fazia exame de tudo, né?

Percebemos nas narrativas acima que o *saber do doutor* é transmitido e valorado entre os sujeitos. Quando o saber popular é transmitido pelo médico torna-se ainda mais confiável: *"porque os médicos também tem esse conhecimento popular, aí eles vão, transmitem pra gente"* (Angico).

Essa valorização passa pelos métodos e técnicas: *tomar remédio de febre e fazia exame de tudo, né* representado quase sempre por medicamento e exames. Há também uma percepção que o médico ignora as experiências de vida do sujeito, impondo-se de maneira autoritária: *Porque quando chega lá e fala para o médico: Tomei isso aqui* (se remetendo a práticas populares), *aí ele dá bronca na gente ainda.*

Nesta pesquisa identificamos na narrativa da benzedeira que o *saber do doutor* é confrontado pela benzedeira, evidenciando tensões entre saberes populares e o saber biomédico: *A horta é uma farmácia, e é melhor do que ir lá na farmácia comprar, por que chega lá o médico passa um xarope e isso é bom demais pra expectorar, você toma aquele dia e no outro mês você fica doente de novo* (Vick).

Analisando as narrativas que apresentam o *saber do doutor* como busca primeira, ou concomitante a outras alternativas de cuidado em saúde, compreendemos que esse saber é um traço cultural que constitui o território e que culturalmente foi transmitido como saber incontestável para os sujeitos, e se transmite desse modo no cotidiano da comunidade. Compreendemos também que na população do campo, o *saber do doutor* é apreendido, principalmente pelo sexo masculino e que mesmo convivendo com a realidade de não possuir assistência médica diária, o *saber do doutor* chega a comunidade, por meio de experiências e oralidade. As andanças pelo campo mostram que os sujeitos apontam a ausência do médico, revelando um direito que embora presente nos documentos legais, é negado a esses sujeitos como tantos outros direitos no campo: água tratada, saneamento básico, educação como os dados deste estudo demonstram e como denuncia (CARNEIRO; BÚRIGO E DIAS, 2012).

5.6 VÍNCULO COM A TERRA

Segundo Tuan (2012) diante da perspectiva cultural, os sujeitos criam laços afetivos com o meio ambiente que se expressam pela estética ou até mesmo pelas relações construídas naquele território. A emoção que se tem ao avistar uma montanha, ao sentir a temperatura da água, a intensidade do vento e a textura da terra podem produzir nos sujeitos sentimentos de pertencimento, felicidade e saúde:

as minhas flores também me ajudam a viver, vou lá converso com as minhas rosas, falo assim: Ô minha linda, que coisinha fofa! Beijo a rosa e fico satisfeita (...)a água é importante demais pra mim! Ela me ajuda aqui! Pra dormir tenho que escutar o barulhinho. É boa, é ótima! (Hortelã) Tem a nascente de água, agora fez o poço, tem o poço de peixe e tem a água que corre para o poço de peixe. Aí você usa dela. Mas é uma água muito linda mesmo (Folha de laranjeira).

O apego ao território é construído a partir do conhecimento do espaço, histórias, experiências e no campo a terra é fonte de alimento, geradora de sobrevivência:

horta hoje poucas pessoas tem (...) há muitos anos atrás todo mundo tinha suas alfaces, hoje não tem(...) Folha de algodão: Tinha muita água, tinha muito lugar de plantar arroz, pessoal colhia o arroz, colhia o amendoim, colhia tudo! Eles falam que são os fazendeiros, né? Andaram fazendo e os córregos secou, não dá pra plantar arroz (Angico).

Para o trabalhador rural, a natureza forma parte deles e a beleza, com substancia e processo da natureza pode se dizer que o personifica. Esse sentimento de fusão com a natureza não é simples metáfora. Os músculos e as cicatrizes testemunham a intimidade física do contato. A topofilia do agricultor esta formada dessa intimidade física, da dependência material e do fato de que a terra é um repositário de lembranças e mantém a esperança (Tuan, 2012 p. 141).

As abordagens de Yi-Fu Tuan sobre o sentido simbólico da água, passa pelo exemplo citado em sua obra, sobre duas civilizações antigas que, se desenvolveram em meio ambiente, a beira rio, do Oriente próximo: Egito e Mesopotâmia.

Os fatos geográficos dominantes do Egito são o deserto e o rio Nilo. Como não pode haver agricultura no deserto sem algum tipo de irrigação: o rio Nilo abre um corte meridional de grande fertilidade através do deserto arenoso. As águas da inundação do Nilo são extraordinariamente certas, proporcionando anualmente, as bacias do vale, não apenas água, como rico sedimento (...) A Mesopotâmia, se assemelha ao Egito, em seus meios ambientes naturais, no sentido de que ambos careçam de chuvas e de que a agricultura dependa da água dos grandes rios perenes que o atravessam (TUAN 2012, p.125).

A narrativa a seguir nos apresenta fatos geográficos muito próximos do que os apresentados por Tuan: a relação da água e agricultura, a experiência do sujeito com o ambiente.

a época das plantas mudou tudo, igual a gente espera a enchente de março, amanhã é dia de São José se fosse há 10 anos atrás você não estaria aqui, por que você não chegaria de tanta chuva. Chuva então hoje ela pode vir mas vem lá em abril, então quer dizer, tudo mudou, a época do plantio(...) Angico.

Percebemos que, ao relacionar a história religiosa aos fenômenos da natureza (São José e a chuva) “Angico” evoca o pensamento de Tuan nas questões da Cosmologia e o equilíbrio natural (TUAN, 2012). As crenças religiosas encontram-se entrelaçadas ao vínculo com a terra.

As narrativas dos entrevistados apresentam uma forte relação dos sujeitos com a água. O território do Córrego do Melquíades se desenvolveu ao redor de córregos, a história cultural e a experiência dos sujeitos se fortaleceram em torno da água, assim é possível compreender que o meio ambiente físico é um traço cultural que interfere na relação homem e ambiente podendo ser um fator determinante de saúde no território.

No livro intitulado “Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente, o autor abre uma seção para discutir a “Topofilia e a saúde”. Para o autor as questões relacionadas a saúde estão impregnadas fortemente aos elementos da natureza, “o tempo parece sussurrar paz, a beleza que rodeia transmite felicidade, o clima e os sons ecoam e transmitem um fato comum que reúne-se em três palavras: saúde, totalidade e integridade”. O sentimento com o lugar (sentimento topofílico) passa pelos estímulos sensoriais que decide em que elemento prende a nossa atenção, que valorizamos ou amamos.

Em análise aos fragmentos destacados nas narrativas abaixo identificamos que os sujeitos possuem um vínculo com a terra e seus elementos. Entendemos que a cultura pode influenciar a percepção do ambiente quando encontramos em algumas narrativas grande confiança na utilização da água, mesmo acompanhando ou, até mesmo, sendo participantes de estudos naquele território que passa por investigação há mais de vinte anos acerca de doenças cuja transmissão está direta ou indiretamente ligada a água.

A nossa água é tratada, aquela lá do Vespasiano, nós usamos é ela. Pode consumir sem medo. Eu ponho ela no filtro por uns 15 dias, olho as velas e não tem lodo nenhum, água purinha, não tem lodo nem nada (Folha de algodão).

Eu tomo até dessas águas aqui desses córregos, quando estou passando, se eu estiver com sede, eu não tenho cisma de nada. Tomo, tomo. Tomo água do córrego mesmo. Tomo água em qualquer lugar, deu sede? Eu tomo água (Vick).

Os ribeirões e córregos do Melquíades são lugares de significados, construídos a partir da experiência e dos sentidos dos sujeitos. O sentimento e entendimento que envolve o sujeito relação a paisagem está relacionado com a cultura, com a história, com as relações sociais e a memória:

antes tinha muita água, hoje? Angico Teve muita mudança, também para você ver tanto que as pessoas exploraram também a natureza que você não vê madeira hoje (...).”Cresci meus filhos tudo tomando ela, e nós tínhamos os potes, não era nem filtro. Eu não conhecia filtro, era pote, e porem a vasilha de tirar água ta ali ó (Manjerição).

Os sujeitos respondem ao meio ambiente de várias maneiras, porém poucas se baseiam na biologia e transcendem a influência penetrante da cultura. Os sujeitos compartilham atitudes e perspectivas comuns, contudo, a visão que cada pessoa

tem do mundo é única e de nenhuma maneira é fútil. Paulo Freire nos seus diferentes escritos nos convoca a considerar a validade das experiências e dos saberes dos sujeitos que engendram modos de vida. A cultura pode influenciar a percepção de tal modo que as pessoas verão coisas que não existem, o próprio meio ambiente físico tem efeito sobre a percepção que passa pela experiência e propósitos.

Encerramos esse capítulo com a letra da canção no qual iniciamos essa seção: “cuidar do outro é cuidar de mim, cuidar de mim é cuidar do mundo. Se cuido um pouco de tudo, de mim, de mim quase nada; eu preciso me incluir, é hora de me amar; é sabido, viver é bom, viver é bom pra quem sabe amar. Outro mundo, outros tempos; outros fins, outro começo; sabidos são os afetos, o amor é terapêutico”.

Nesses versos encontramos um dos princípios da Política Nacional da Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2012, art. 3º): amorosidade e emancipação inserida no eixo Cuidado em saúde. As práticas de cuidado em saúde além de reconhecer e valorizar as culturas populares promovem a emancipação, processo no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.

6 CONCLUSÃO

Este trabalho buscou compreender as práticas de cuidado em saúde de moradores do Córrego do Melquíades por meio de um diálogo interdisciplinar entre os campos da Saúde e da Geografia Humana, em um abordagem Cultural.

A partir do aporte teórico de Paulo Freire que nos convoca a um outro olhar sobre os sujeitos e ao reconhecimento e validação dos seus saberes e experiências, e de Paul Claval que nos convoca a refletir sobre as relações cultura e território, procuramos ao longo do texto argumentar que a experiência que os sujeitos trazem das suas práticas cotidianas relacionadas às práticas de cuidado em saúde se constituem nos vínculos territoriais, saberes, culturas, memórias, relações sociais e políticas, com a natureza e com a saúde pública.

A partir das observações, da análise das entrevistas e do reconhecimento sobre o valor do mapa temático, elaborado por um dos moradores do Melquíades, compreendermos que as práticas de cuidado em saúde são construídas no cotidiano da população e que os saberes presentes nessas práticas repercutem suas relações no território.

Concluimos e denunciemos nesta pesquisa a invisibilidade atribuída pelas políticas públicas desse território, e o desconhecimento do espaço recortado para organização da política como um território. A população do Córrego do Melquíades se defronta cotidianamente com diferentes necessidades de cuidados e com questões que envolvem o acesso básico à saúde pública. No campo, ainda existem importantes limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como uma situação deficiente de saneamento ambiental.

Os resultados desta pesquisa nos apresentam o itinerário percorrido pelos sujeitos em busca de cuidados em saúde, ora através das práticas populares de cuidado em saúde ora através dos serviços de saúde pública, ainda que precários ou ausentes. Diante disso, verificou-se o não cumprimento das políticas atribuídas ao campo que sempre enfrentou a descontinuidade das ações de saúde e de modelos incompatíveis com realidade dos sujeitos.

Consideramos importante a vivência das práticas integrativas propostas pelo Sistema Único de Saúde como também a valorização dos cuidadores populares em saúde e do trabalho de raizeiros, parteiras e benzedeadas; dos conhecimentos passados de geração em geração; de remédios caseiros preparados com ervas

medicinais; e daqueles que cuidam da saúde das famílias e das comunidades e que conhecem os efeitos positivos da alimentação saudável. De acordo com Carneiro; Búrigo e Dias (2012) não se trata de negar a importância do acesso aos serviços públicos de saúde, mas da necessidade de diálogo entre os diferentes sujeitos e territórios.

Por fim, acredita-se que a Educação Popular em Saúde é uma estratégia que contribui com a construção e posicionamento dos sujeitos frente à garantia dos direitos básicos em saúde, como moradores do campo. A construção coletiva do conhecimento fortalece o caráter emancipador e liberta, de todas as formas de opressão, que influenciem no processo saúde e doença. Segundo Paulo Freire, a educação não deve estar a serviço da elite, ao contrário, deve ser uma forma de politizar as classes populares para lutar por seus direitos e para buscar caminhos para a superação da desigualdade social e exploração humana. Nesse sentido, enfatiza-se a necessidade de reconhecimento e validação dos saberes populares das comunidades como parte inerente ao processo de saúde e doença. Por fim, o estudo realizado contribui para que se considere, nas políticas públicas em saúde, os territórios, tornando-os visíveis, assim como para a necessidade de cumprimento dessas políticas reconhecendo o direito à saúde dos sujeitos, especialmente das comunidades do campo.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.

BALDIN, Nelma; MUNHOZ, Elzira M. B. *Snowball* (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: X Congresso Nacional de Educação. PUCPR: Curitiba, **Anais...** 07 a 10 de novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 136 p.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (Cneps). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>. Acesso em: 6 mar. 2016.

_____. Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARNEIRO, Fernando Ferreira; BÚRIGO, André Campos; DIAS, Alexandre Pessoa. **Saúde no campo**. In: CALDART, Roseli Salete et al. (org.). *Dicionário da Educação do Campo*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; São Paulo Expressão Popular, 2012.

CARVALHO, Altair de. **Helicobacter pylori: Infection in residents in eastern of Minas Gerais, Brazil**. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas) – Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares/MG, 2012.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(7):1502-1514, jul. 2014.

CENTRO AGROECOLÓGICO TAMANDUÁ. **Plano de Desenvolvimento Rural Sustentável de Governador Valadares**. Governador Valadares: Centro Agroecológico Tamanduá; Prefeitura Municipal de Governador Valadares; Universidade Vale do Rio Doce; Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, 2006. (Relatório de Pesquisa. Projeto desenvolvido com financiamento do CNPq.)

CLAVAL, Paul. **As abordagens da geografia cultural**. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). Explorações geográficas: percursos no fim do século. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

O território na transição da pós-modernidade. *Geographia – Revista da Pós-graduação em Geografia da UFF*. Niterói: UFF, p. 7-27, 1999

_____. **A Geografia Cultural**. 3ª ed. Florianópolis: Ed. UFSC, 2007. 453 p.

_____. **É geografia, é Paul Claval**. IN: ALMEIDA, M. G.; ARRAIS, T. P. A. (Org.) 1. ed. Goiânia: UFG, 2013. 176p.

_____. **Epistemologia da Geografia**. 2ª ed. Florianópolis: Editora UFSC, 2014.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 2, p. 214-217, mar.-abr. 2005.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Bookman, 2004.

_____. **Introdução à metodologia da pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre: Penso, 2013.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

_____. **Conscientização, teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Centauro, 1979.

_____. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 4ª edição, Rio de Janeiro: Paz e terra, 1999.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (coleção Leitura)

GENOVEZ, Patrícia Falco; PEREIRA, Flávia Rodrigues. O “drama” da hanseníase: Governador Valadares, as políticas públicas de saúde e suas implicações territoriais na década de 1980. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.379-396, abr.- jun. 2016.

GONDIM, Gracia Maria de Miranda; MONKEN, Mauricio. Territorialização em saúde. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>.

Acesso em: 29 de janeiro de 2019.

HAESBAERT, Rogério. Da Desterritorialização à multiterritorialidade. **Anais do Encontro Nacional da ANPUR**, Rio de Janeiro, 2001. 1769-1777.

_____. Epílogo: Hibridismo, Mobilidade e Multiterritorialidade numa Perspectiva Geográfico-Cultural Integradora. In: **Espaços culturais: vivências, imaginações e representações**. / Ângelo Serpa (org.); Geográfico-Cultural Integradora - Salvador: EDUFBA, 2008. 426 p.

IBGE. **Censo Demográfico 2010** – Características da população – Amostra, Rio de Janeiro, 2010.

JOVCHELOVICH S.; BAUER MW. Entrevista Narrativa. In: BAUER MW, GASKELL G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 12ª Petrópolis: Vozes, 2014. p. 90-113.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5.ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2013.

LARAIA, R. de B. **Cultura: um conceito antropológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária a Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primary_a_Saude_-_recortado.pdf Acesso em 11/11/2016.

MAGUETA, Erica Barbosa *et al.* Risk Factors to Schistosomiasis in Communities from Minas Gerais State, Brazil: the Importance of Baseline Studies for Evaluations in the Endemic Area. **Journal of Medical and Biological Science Research**, vol. 1 (6), p. 62-70, ago. 2015.

MONKEN, Maurício; GONDIM, Grácia Maria de Miranda. Território: lugar onde a vida acontece. IN: **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio / Organização de Vera Joana Bornstein [et al.]**. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. 164 p.

MORAES, Gustavo Vaz de Oliveira. **Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade** / Gustavo Vaz de Oliveira Moraes. Belo Horizonte, 2012 Dissertação (Mestrado).

NESPOLI Grasielle; LOPES, Márcia Cavalcanti Raposo. O cuidado em saúde. IN: **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio / Organização de Vera Joana Bornstein... [et al.]**. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. 164 p.

Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática ESTÁ SEM REFERENCIA, SEM AUTOR...

PAIM, Jairnilson Silva. O futuro do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(4):612-613, abr, 2012.

_____; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS**. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo v.12 n.2 ago. 2010.

PEREIRA, Flávia Rodrigues. **O drama da hanseníase numa perspectiva territorial**: por uma polifonia dos seus atores, em Governador Valadares, na década de 1980 / Flávia Rodrigues Pereira. -- 2012. 203 f. Dissertação (mestrado) Universidade Vale do Rio Doce, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>. Acesso em 11/11/2016.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1980.

ROSENDAHL, Zeny. **Geografia e religião**: uma proposta. Espaço e cultura, ano I. Outubro de 1995.

_____. O sagrado e o espaço. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). **Explorações geográficas**: percursos no fim do século. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

SAQUET, M.A; SPOSITO, Eliseu Savério (org). **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo : Expressão Popular : UNESP. Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2009.

SOUZA, Maria Celeste Reis Fernandes De; FONSECA, Maria Da Conceição Ferreira Reis. Territórios da casa, matemática e relações de gênero na EJA. **Cadernos de Pesquisa**, v.43 n.148 p.256-279 jan./abr. 2013.

TARDIM, José Maria. Cultura camponesa. In: CALDART, Roseli Salette et al. (org.). **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; São Paulo Expressão Popular, 2012.

TRAVASSOS, Ronaldo dos Santos. Cuidado, autonomia e emancipação. IN: **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde**: textos de apoio / Organização de Vera Joana Bornstein [et al.]. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. 164 p.

URSINO L.D.S. **Infecção pelo *Helicobacter pylori*: prevalência e transmissão intrafamiliar em uma população da área rural em Minas Gerais**. 2002. 90f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23

Sup 2:117-131, 2007.

WONG UM, Júlio Alberto. As dimensões culturais e a educação popular em saúde.
IN: **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde**: textos de apoio
/ Organização de Vera Joana Bornstein [et al.] - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. 164 p.

TUAN, Yi-Fu. **Topofilia**: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. (Tradução de Lívia de Oliveira). Londrina: Eduel, 2012.

VILARINO, Maria Terezinha Bretas. **Da lata d'água ao SESP**: tensões e constrangimentos de um processo civilizador no sertão do Rio Doce (1942-1960). 2015 (Tese doutorado).

XAVIER, Maria Aparecida de Sá. **Ticumbi e a arte de curar na comunidade da Vila de Itaúnas, Conceição da Barra, ES como expressão de espacialidades**. Niterói: 2008 164 p. (Tese doutorado).