

## Por dentro da rede: a circulação de conhecimentos e práticas de saúde no baixo Amazonas

### Inside the network: the circulation of knowledge and health practices in the Lower Amazon

Juliana Cardoso Fidelis<sup>I</sup>  | Luciana Gonçalves de Carvalho<sup>II</sup> 

<sup>I</sup>Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, Brasil

<sup>II</sup>Universidade Federal do Oeste do Pará. Santarém, Pará, Brasil

**Resumo:** Este artigo aborda as práticas de saúde realizadas em duas casas reconhecidas como alternativas, situadas na região do baixo Amazonas, no Pará. Formadas na década de 1990 e compostas majoritariamente por mulheres desde sua criação, em cooperação com a Igreja Católica, tais casas oferecem atendimentos de saúde altamente diversificados, dirigidos aos planos físico, psicológico e espiritual. Seu repertório inclui tratamentos baseados em conhecimentos tradicionais associados a plantas nativas, terapias bioenergéticas, florais e medicamentosas, estas últimas desenvolvidas em contatos recentes com instituições do meio científico. A observação etnográfica de atividades regulares das casas, incluindo a participação voluntária em trabalhos esporádicos em uma delas, além de entrevistas efetuadas com suas colaboradoras, indicou que a tradição, fortemente associada aos tratamentos à base de plantas no contexto regional, tem sido reinterpretada sob a noção de alternativa e conciliada com sucessivas inovações. A articulação entre tradição e inovação, então, é autorizada de acordo com a concepção de saúde global valorizada pelas casas. Suas práticas tradicionais e alternativas em saúde são, portanto, capazes de agregar diferentes sistemas de conhecimento segundo uma lógica que valoriza a hibridéz.

**Palavras-chave:** Saúde. Conhecimentos tradicionais. Terapias alternativas.

**Abstract:** This article discusses the health practices carried out in two houses recognized as alternatives, located in the Lower Amazon region, in Pará. Formed in cooperation with the Catholic Church in the 1990s and composed mostly of women since their creation, such houses offer highly diverse health care, directed at the physical, psychological and spiritual levels. Its repertoire includes treatments based on traditional knowledge associated with native plants, bioenergetic, floral and drug therapies, the latter developed in recent contacts with scientific institutions. Ethnographic observation of regular houses activities, including voluntary participation in sporadic work in one of them, as well as interviews with their collaborators, indicated that the tradition, strongly associated with herbal treatments in the regional context, has been reinterpreted under the notion of alternative and reconciled with successive innovations. The articulation between tradition and innovation, then, is allowed according to the concept of global health valued by the houses. Their traditional and alternative health practices are therefore capable of aggregating different knowledge systems according to a logic that values hybridity.

**Keywords:** Health. Traditional knowledge. Alternative therapies.

---

Fidelis, J. C., & Carvalho, L. G. (2021). Por dentro da rede: a circulação de conhecimentos e práticas de saúde no baixo Amazonas. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, 16(1), e20200002. doi: 10.1590/2178-2547-BGOELDI-2020-0002

Autora para correspondência: Juliana Cardoso Fidelis. Rua Cora Coralina, 100 - Cidade Universitária, Campinas - SP, 13083-896 (julianaacardosofideliss@gmail.com).

Recebido em 11/01/2020

Aprovado em 07/07/2020

Responsabilidade editorial: Márlia Coelho Ferreira



## INTRODUÇÃO

Duas casas de saúde autodenominadas 'alternativas', a Casa Chico Mendes e a Casa Verde, compõem o cenário das observações e análises etnográficas elaboradas neste artigo, respectivamente empreendidas nas cidades de Santarém<sup>1</sup> e Monte Alegre<sup>2</sup>, localizadas no oeste do Pará, entre 2013 e 2016. Elas são regionalmente definidas e reconhecidas como 'alternativas', em oposição às unidades de saúde praticantes da biomedicina, porque, em regra, oferecem tratamentos de baixo custo, fundamentados em conhecimentos tradicionais locais associados a plantas e outros recursos naturais, aliados a técnicas terapêuticas desenvolvidas na Europa ao longo dos séculos XIX e XX, as quais chegaram ao baixo Amazonas por intermédio da Igreja Católica entre os anos 1990 e 2010.

A trajetória de formação das casas de saúde estudadas é traçada na primeira seção do artigo, que lança mão da noção de redes sociais para analisar a forma de organização por elas adotada. Concebida em um projeto desenvolvido pela Igreja Católica em Santarém, nos anos 1990, cujo princípio era a formação de grupos comunitários, a primeira casa constituída assumiu o papel de difusora de conhecimentos e práticas de saúde para outros grupos. A continuada interação entre esses grupos deu origem a uma rede de saúde que, atualmente, se estende a outros municípios, como Alenquer, Almeirim e Faro, todos no baixo Amazonas.

A delimitação das casas de Santarém e Monte Alegre como campos desta pesquisa se deve ao maior grau de organização, projeção e regularidade de atendimentos que elas apresentam em relação às outras casas da rede.

A Casa Chico Mendes, por exemplo, é a maior e mais antiga entre todas, sendo tratada pelas demais como um polo difusor de conhecimentos e práticas. Já a Casa Verde, bastante articulada a ela, assume funções de apoio junto a outras casas, nos municípios vizinhos. Além disso, ambas abrem diariamente para prestar diferentes tipos de atendimento à população, que as reconhece como importantes espaços de saúde<sup>3</sup>.

O recurso à história oral e às memórias de algumas fundadoras e antigas colaboradoras das casas pesquisadas foi fundamental para entender a organização que implementaram. A propósito, a primazia das mulheres nas casas Verde e Chico Mendes é abordada na segunda seção do artigo. De um modo geral, as considerações que integram essa seção se valem do suporte de pesquisas etnográficas conduzidas em diferentes regiões do Brasil para situar a experiência das trabalhadoras das casas em um campo mais amplo de atuação das mulheres. O papel político, a condição de gênero e a concepção integral de saúde são alguns dos aspectos emergentes no conjunto de situações observadas e, embora não sejam o foco principal do texto, assinalam aspectos importantes no contexto estudado.

A subsequente seção do artigo baseia-se em informações obtidas por meio de entrevistas, observação *in loco* de tratamentos e participação voluntária de uma das autoras em trabalhos na Casa Chico Mendes. No biênio 2013-2014, os trabalhos limitaram-se ao quintal da casa e envolveram queima de materiais orgânicos do terreno, coleta e classificação de plantas. Com o tempo, porém, o voluntariado permitiu acessar a cozinha e acompanhar a produção de sabonetes, xampus, pomadas e cápsulas.

---

<sup>1</sup> Com cerca de 300 mil habitantes, Santarém é o terceiro maior município do estado do Pará, atrás somente da capital, Belém, e de Ananindeua (região metropolitana de Belém). Trata-se do principal centro urbano, financeiro, comercial e cultural do oeste paraense, considerado o polo da mesorregião do baixo Amazonas. Geograficamente, situa-se na confluência dos rios Tapajós e Amazonas, a aproximadamente 800 km (em linha reta) de Manaus e Belém (Wikipédia: a enciclopédia livre, 2020).

<sup>2</sup> Monte Alegre também fica na mesorregião do baixo Amazonas, na microrregião de Santarém. Em linha reta, está a cerca de 85 km desse município. Contudo, o acesso a Monte Alegre é feito por via fluvial, em cerca de seis horas de viagem de navio, ou na metade do tempo por via fluvioterrestre, seguindo-se em balsa até a localidade do Tapará, que é ligada à cidade de Monte Alegre por uma rodovia.

<sup>3</sup> Por exemplo, ao relatar dores durante uma aula para cerca de 50 alunos em Monte Alegre, uma das autoras deste artigo foi imediatamente instruída a procurar ajuda na Casa Verde, e não em um consultório médico ou hospital da cidade. Uma de suas alunas, rapidamente, telefonou para uma das responsáveis pela casa, enquanto outra acompanhou a professora até o local para que fosse atendida.

No biênio 2015-2016, além da participação na Casa Chico Mendes, foram realizadas visitas à Casa Verde e a algumas comunidades atendidas por ela no interior de Monte Alegre. Dessa maneira, a pesquisa apoiou-se em distintos momentos de interação com membros das duas casas.

Todas as descrições apresentadas foram devidamente autorizadas pelas administradoras, trabalhadoras, preparadoras de remédios e terapeutas de ambas casas pesquisadas. A atenção pormenorizada a esses espaços e aos tratamentos neles oferecidos revelou-se fundamental para o entendimento do modo como a tradição, fortemente associada aos tratamentos à base de plantas no contexto regional, tem sido reinterpretada por seus integrantes e usuários sob a noção de 'saúde alternativa'.

Por fim, demonstra-se que as práticas executadas nas 'casas de saúde alternativa' no baixo Amazonas são interpretadas à luz de uma concepção aberta de tradição, que é capaz de agregar conhecimentos tradicionais e conhecimentos científicos relativos à saúde e à doença. A respeito dos tratamentos enfocados, então, conclui-se que eles se constituem como um produto novo, concebido segundo uma lógica que valoriza a hibridéz.

## AS CASAS E A REDE DE 'SAÚDE ALTERNATIVA' NO BAIXO AMAZONAS

A origem das 'casas de saúde alternativas' no baixo Amazonas remonta à década de 1990, sendo resultado de um projeto desenvolvido pela Diocese de Santarém<sup>4</sup> a fim de atender a uma pauta política prioritária do Sindicato de Trabalhadores Rurais e de vários grupos locais, que demandavam do governo melhorias imediatas no precário e deficiente serviço de saúde do município<sup>5</sup>. O Sistema Único de Saúde (SUS),

criado pela Lei n. 8.080, de 1990, estava em fase inicial de implantação, e não havia unidades nem profissionais de saúde suficientes para assistir a população<sup>6</sup>.

Segundo Toniol (2017), documentos escritos em 1984 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) já haviam incorporado em sua linguagem as noções de cultura, religião, direitos e bem-estar. Dessa maneira, todos os Estados-membros da OMS foram convidados a incluir essas noções e dimensões em suas políticas de saúde, observando-se os respectivos padrões socioculturais.

Para Toniol (2017), o reconhecimento da dimensão espiritual pela OMS foi importante para estimular atitudes mais saudáveis nas sociedades. Segundo ele, o contexto para adoção dessa dimensão nas políticas de saúde desenhou-se após a Segunda Guerra Mundial, quando se criou o Conselho Mundial de Igrejas (CMI), que orientou a promoção de projetos de desenvolvimento regional e a progressiva aderência das missões médicas ao discurso do diálogo inter-religioso. O ideal holístico, fundamental na aproximação dos agentes da atenção primária à saúde em relação às realidades dos enfermos, favoreceu que os especialistas tradicionais – vulgarmente chamados 'curandeiros', de forma genérica e pejorativa – passassem a ser considerados e capacitados para atuarem em rede, no interior de cada país, tendo suas práticas de cuidados com o espírito e o corpo reconhecidas no domínio da saúde (Toniol, 2017).

Em relação ao Brasil e aos persistentes limites do seu sistema de saúde pública – consequências locais do sistema global capitalista e da modernização para a saúde –, Valla (2002) demonstrou que a população do país sempre buscou saídas 'alternativas' para as enfermidades,

<sup>4</sup> Criada em 1903 com a denominação de Prelazia Territorial de Santarém, foi elevada à diocese em 1979 pelo Papa João Paulo II. Seu território abrange, além da sede, sete município do oeste do Pará: Almeirim, Aveiro, Belterra, Mojuí dos Campos, Monte Alegre, Monte Dourado e Prainha.

<sup>5</sup> As demandas populares eclodiram em 1985, na Passeata da Saúde, que levou mais de quatro mil manifestantes do centro da cidade até a sede da Prefeitura de Santarém.

<sup>6</sup> Segundo Leroy (1989, p. 345), em meados dos anos 1980 havia no município: 17 postos de saúde, dos quais 13 eram mantidos por uma entidade privada; um barco-hospital, também mantido por ente privado para prestar atendimentos esporádicos; pouco mais de 130 leitos hospitalares em unidades públicas de saúde; e um corpo profissional composto por não mais que nove médicos, oito enfermeiros, seis auxiliares de enfermagem e cerca de 80 atendentes de saúde.



especialmente entre as camadas mais pobres e desassistidas. Já a camada mais rica encontrou em terapias como yoga e artes orientais opções para sanar os males do corpo e da mente. Portanto, o autor situa o tema da 'saúde alternativa' no contexto das discussões de classe no Brasil. No caso ora estudado, porém, as 'casas de saúde alternativas' no baixo Amazonas trazem a possibilidade de pensar o acesso a outras formas de cuidados desde a constituição de redes de trocas e compartilhamento.

Assim como em várias partes do mundo, no baixo Amazonas, um grupo de párocos e leigos projetou um conjunto de ações com o objetivo de valorizar conhecimentos e práticas locais/tradicionais de cura e prevenção de doenças, além de ofertar tratamentos gratuitos ou de baixo custo à população menos assistida pelo sistema oficial. Em sua concepção, o projeto "Pela Evangelização" inspirou-se nas Comunidades Eclesiais de Base (CEB), congregações católicas nas quais a evangelização assume um acentuado sentido de transformação social<sup>7</sup>. Tendo entre seus organizadores antigos agentes pastorais, o projeto absorveu princípios basilares dessas comunidades.

As CEB foram implantadas no baixo Amazonas a partir da década de 1970 como estratégia de enfrentamento das "... limitações e [dos] perigos que as transformações econômicas e sociais. ... apresentavam para o homem da Amazônia" (Leroy, 1989, p. 101). Tal estratégia fora definida em assembleia regional da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, realizada em Santarém entre 24 e 30 de maio de 1972 (Mata, 2016). Na ocasião, os bispos elaboraram as "Linhas prioritárias para a Pastoral da Amazônia", pautadas em duas diretrizes: encarnação na realidade e evangelização libertadora. O documento final

da assembleia elencou quatro prioridades, entre as quais a Comunidade Cristã de Base, e quatro serviços, entre os quais destaque-se organização e assessoria técnica e jurídica (Mata, 2016).

Com uma postura crítica em relação aos projetos de infraestrutura e desenvolvimento então implementados na Amazônia, as CEB passaram a atuar em várias dimensões da vida de comunidades rurais, ribeirinhas e periurbanas dispersas em territórios extensos e, em geral, pouco acessíveis, dadas as próprias características ambientais da região<sup>8</sup>. Uma de suas principais linhas de ação foi a grupalização, isto é, a criação de grupos comunitários e de bairro, aos quais párocos e leigos prestavam acompanhamento sistemático e assessoria em diversos campos, muito além da religião.

A estratégia, segundo Azevedo e Apel (2004, p. 18), visava a fortalecer o "... espírito de coletividade e de solidariedade, numa visão crítica da realidade. ... na perspectiva de transformação global, a partir [da] condição concreta, cultural e histórica". Dentro de cada grupo, portanto, assuntos como trabalho, política, cultura, alimentação, educação e saúde eram abordados com o objetivo de promover o desenvolvimento social e a emancipação política da população.

A grupalização foi também o ponto de partida do projeto "Pela Evangelização". Sua primeira etapa correspondeu à organização e à capacitação de grupos comunitários para a oferta de tratamentos de saúde. Em diversas localidades, esses grupos foram formados, principalmente, por mulheres<sup>9</sup> que já detinham algum conhecimento e experiência quanto ao uso medicinal de produtos da flora e da fauna local. Tais grupos realizaram levantamentos das plantas e,

<sup>7</sup> As CEB constituem tema de muitos estudos, não sendo o objetivo os revisar neste artigo. Para mais informações sobre a presença e a atuação das CEB na Amazônia, consultar, entre outros autores, Sousa (2002), Neves (2009) e Maués (2010).

<sup>8</sup> Em regra, as comunidades rurais e ribeirinhas se distribuem entre áreas de várzea – áreas que alagam durante o período chuvoso, que dura cerca de seis meses – e de florestas de terra firme. Nessas áreas, além das dificuldades de acesso e das grandes porções territoriais próprias da região, o modo de vida baseado em atividades como a pesca, a caça, o extrativismo e a agricultura favorece um padrão de ocupação caracterizado pela dispersão das residências.

<sup>9</sup> As mulheres tiveram atuação primordial nas CEB e pastorais da Igreja Católica, como demonstram Anjos (2008) e Maués (2010).

eventualmente, partes de animais usadas em chás, unguentos, xaropes, garrafadas, pomadas, óleos, banhos e outros 'remédios caseiros', segundo a terminologia empregada na região do estudo. Pesquisaram e registraram também as respectivas formas de preparo.

A motivação dessa espécie de inventário associava-se à crença de que os conhecimentos relativos ao uso de plantas e outros recursos medicinais, amplamente utilizados pela população em geral e por especialistas regionalmente referidos como 'curadores' e 'pajés'<sup>10</sup>, se extinguiriam com a progressiva urbanização e modernização da Amazônia. Tal prognóstico disseminou-se entre líderes das CEB no baixo Amazonas e movimentos sociais, reforçando as conjecturas apresentadas por Galvão (1955) em seu clássico estudo antropológico, realizado no final dos anos 1940. Apoiado em teorias da aculturação, Galvão (1955, p. 181) presumira que:

A introdução e divulgação de explicações científicas sobre as doenças, a facilidade de acesso aos médicos e a medicamentos dos Postos de Saúde, a extirpação de endemias, terão influências sobre práticas populares como a pajelança, que objetiva a cura de doenças. A integração de práticas religiosas e de medicina, típica da cultura do caboclo, tende a se alterar.

Entretanto, diante do já exposto precário sistema de saúde existente em Santarém, a farmacopeia local ainda era intensivamente utilizada nos anos 1990, tanto na zona rural quanto na zona urbana do município. Assim, os levantamentos feitos pelo projeto "Pela Evangelização" serviriam menos a um "... salvamento, obcecado. . . . pelo declínio da cultura indígena", como escreveu Sahlins (1997, p. 50), que a uma reorganização dos modos de obtenção e uso de remédios caseiros. Em outras palavras, mais que um 'resgate da tradição' (L. Santos, comunicação pessoal,

10 jul. 2013), como disse a coordenadora da Casa Chico Mendes, suas ações operaram um deslocamento e uma ressemantização da tradição aplicada à saúde.

Nesse processo de ressignificação, saberes amplamente disseminados na população santarena, intimamente ligados à vasta tradição de uso de remédios à base de plantas – que, por sua vez, se associa a práticas de cura e pajelança de povos indígenas e 'caboclos' da região –, foram equacionados a práticas supostamente 'alternativas' voltadas para a própria população local. Com efeito, o referido inventário subsidiou a sistematização de conhecimentos tradicionais em receitas, que passaram a ser regularmente preparadas pelos próprios grupos na forma de produtos para serem doados ou vendidos a preço de custo a quem delas necessitasse. Em médio prazo, para atender aos usuários, os grupos vieram a ocupar espaços que se tornaram conhecidos na região como 'casas de saúde alternativas' ou 'farmácias alternativas'. O adjetivo 'alternativas', aqui, expressa um duplo movimento de distinção dessas casas, quer em relação ao sistema oficial de saúde baseado na biomedicina, quer em relação a pajés e curadores. Ademais, reforça a caracterização delas como espaços abertos para a integração de conhecimentos locais e exógenos.

Do ponto de vista organizacional, embora os grupos compartilhem conhecimentos e integrem redes de sociabilidade comuns, cada qual atua com exclusividade em uma casa. No campo delimitado por este artigo, a primeira casa a se formar, em 1992, foi a Casa Chico Mendes, onde hoje atua o Grupo Conquista de Ervas Medicinais (GCEM), outrora denominado Grupo Unidos da Medicina Caseira e Projeto Uirapuru<sup>11</sup>. Inicialmente, o GCEM instalou-se em uma antiga casa de padres pertencente à Diocese de Santarém, situada no bairro da Conquista, na periferia da cidade de Santarém, até então caracterizada

<sup>10</sup> Embora sejam comumente associados às cosmologias indígenas, os pajés, também chamados de curadores, são muito presentes nas comunidades ribeirinhas do baixo Amazonas, onde são reconhecidos e respeitados por seus conhecimentos e atuação na cura de enfermidades que, com frequência, demandam mediações entre humanos e não humanos.

<sup>11</sup> Em sua trajetória histórica, o atual GCEM teve outros nomes, que refletiram diferentes momentos da organização coletiva. Atualmente, porém, esses antigos nomes não são utilizados.



pela coexistência de elementos rurais e urbanos. O grupo recebeu em empréstimo, da mesma Diocese, um terreno onde seus membros passaram a cultivar plantas usadas no preparo do que denominam 'remédios caseiros'.

Com o tempo, o GCEM se expandiu, atraindo e incluindo pessoas não necessariamente ligadas à Igreja Católica. Assim, embora ainda mantenha relações próximas com as Pastorais da Saúde, da Criança e da Terra, o grupo não assume uma orientação religiosa em particular. Seu caráter comunitário, contudo, não foi alterado, e a maioria dos seus integrantes ainda provém do bairro da Conquista, onde mantém relações duradouras de vizinhança.

Já em 1995, a Casa Verde foi fundada no centro da cidade de Monte Alegre, abrigando o Grupo Itauajuri Ervas, que absorveu o nome da área pastoral<sup>12</sup> onde fora criado por influência de dois frades franciscanos. Segundo uma das fundadoras do grupo, naquela época "... aqui ainda não se falava de SUS; e quando os vigários viram a riqueza de plantas que tinha na região, começaram a falar das plantas para a área pastoral em que eles trabalhavam" (M. A., comunicação pessoal, 14 jun. 2015).

Tal como ocorrera em Santarém poucos anos antes, a primeira iniciativa dos frades em Monte Alegre consistiu em uma espécie de inventário de conhecimentos tradicionais aplicados à produção de 'remédios caseiros'. Primeiro, fizeram um levantamento dos produtores desse tipo de remédio na região, chegando a identificar dezenas de pessoas em 72 comunidades. Em seguida, convidaram-nas a participar de um encontro com o objetivo de partilhar conhecimentos e trocar receitas de remédios e produtos medicinais. No evento, sugestivamente promovido no dia de Nossa Senhora dos Remédios, cerca de 80 participantes ajudaram a fazer um levantamento das doenças mais comuns no município, entre as quais a voluntária da casa destacou: "... gastrite, malária, reumatismo, derrame, hepatite, gripe, verminose e anemia" (M. A., comunicação

pessoal, 14 jun. 2015). Diante desse resultado, discutiram os melhores tratamentos a oferecer e as receitas que poderiam compartilhar.

Tal evento, marco de criação do Grupo Itauajuri Ervas, foi rapidamente sucedido pelo segundo encontro, no qual o compartilhamento de receitas e modos de fazer foi consolidado para produtos como garrafadas, pomadas, xaropes e sabões. A dinâmica de troca entre os participantes daquele grupo e outros detentores de conhecimentos tradicionais estimulou a formação de novas 'casas de saúde alternativas' em Monte Alegre, sendo três na zona urbana e sete na zona rural. Juntas, essas casas passaram a integrar a Associação de Saúde Popular de Monte Alegre.

Na Cidade Alta, centro da zona urbana de Monte Alegre, cinco voluntárias residentes nesse mesmo bairro dividem tarefas e atividades da casa, transitando entre a área de acolhimento dos usuários e a área de atendimento. Na primeira, os usuários preenchem fichas com informações pessoais e sobre o estado de saúde, inclusive sintomas que os tenham levado até a casa. Na segunda, dividida em pequenos cômodos, eles acessam produtos e recebem atendimentos.

No âmbito de tal forma de organização, embora cada casa de saúde tenha gestão própria, a Casa Chico Mendes tende a orientar a ação das demais, acompanhando-as de modo constante. Com efeito, por ser a mais antiga, ter a melhor infraestrutura e ficar na cidade-polo da região, ela é considerada a 'casa-mãe'. As demais, por seu turno, consideram-se 'casas-irmãs' e colaboram umas com as outras, de acordo com a proximidade geográfica e as relações de afinidade entre seus membros.

Os laços que perpassam o conjunto de unidades componentes da rede são renovados anualmente, principalmente nos encontros realizados ao fim de cada ano, no Centro de Formação Emaús, da Diocese de Santarém, localizado nessa cidade. Tais eventos reúnem exclusivamente trabalhadores voluntários das casas,

<sup>12</sup> A pastoral, por sua vez, é homônima do ponto geográfico de maior altitude do município, a Serra Itauajuri, que reúne pedras, grutas e inscrições rupestres de alto valor arqueológico.

dando-lhes oportunidades de avaliar experiências, relatar dificuldades e trocar técnicas, conhecimentos e histórias entre si. Servem, assim, para fazer o balanço interno da rede e o planejamento comum de ações para o ano vindouro, que deve ser observado por cada casa.

Além de os intercâmbios entre as casas ampliarem o alcance de cada uma delas junto a detentores de conhecimentos tradicionais associados à saúde, a cooperação com agentes externos à própria rede tem contribuído para sua expansão e adensamento. Motivadas, sobretudo, pela busca de apoio técnico e financeiro, bem como de novos conhecimentos, as conexões das casas com empresas, universidades, laboratórios farmacêuticos, órgãos de estado e organizações não governamentais (ONG) têm se tornado cada vez mais frequentes.

Tais iniciativas exemplificam o fenômeno analisado por Fontes (2004) sob o conceito de relés social, mecanismo que, segundo o autor, favorece a criação de redes de redes. Partindo de laços pré-existentes, mas em movimentos constantes que permitem se inserir em novos círculos de troca, ao mesmo tempo que atualizam os antigos, os indivíduos aumentam seu espaço de sociabilidade, criando localizações institucionais para novas interações. Dessa maneira, novas práticas de saúde vão se construindo no alargamento dos campos de sociabilidade que conectam redes institucionais, sociotécnicas e comunitárias (Fontes, 2004).

No que concerne a essas recentes formas de agenciamento das 'casas de saúde alternativas', estimuladas pelas interações com novas institucionalidades, vale chamar atenção para as mudanças em curso sobre as formas de produção e circulação de conhecimentos na rede. Enquanto se estabelecem sob a forma de convênios, acordos comerciais, termos de cooperação técnico-científica e outros instrumentos, as relações com universidades, empresas, ONG e órgãos de estado também têm exigido a adoção de novos procedimentos, tanto no plano terapêutico quanto no plano formal-legal. Assim, a progressiva formalização dos grupos e o

crescimento gradual da rede têm uma série de efeitos relevantes sobre a circulação de bens materiais e imateriais no seu interior e no seu entorno.

Por um lado, o contato com agentes externos tem contribuído para a diversificação de conhecimentos, práticas e produtos que circulam entre as casas. Assinale-se que os tratamentos de saúde atualmente oferecidos nas casas Verde e Chico Mendes têm origens as mais distintas: há aqueles que decorrem dos conhecimentos tradicionais associados às plantas – inventariados na primeira fase do projeto "Pela Evangelização" –, assim como os que provêm de modalidades terapêuticas exógenas – por exemplo, massagem 'reichiana', terapia floral, acupuntura, homeopatia, radiestesia e até mesmo alopatia.

Por outro lado, as relações com entes externos à rede têm influenciado operações no plano administrativo das casas, que compreendem habilidades e competências aplicáveis à sua gestão. Normas jurídicas e burocráticas, técnicas de manipulação, embalagem e rotulagem de produtos, bem como dicas de adequação a padrões sanitários, por exemplo, tornaram-se objetos de conhecimento cobijados pelas casas, tanto quanto as usuais receitas de 'remédios caseiros'. No entanto, enquanto a circulação destas últimas ocorre, principalmente, de maneira informal nas oportunidades de contato entre os integrantes da rede, os novos conhecimentos são matéria de atividades formais de capacitação e treinamento, que multiplicam o número de técnicos e cientistas junto às casas.

Se as trocas realizadas com agentes externos contribuem para ampliar, diversificar e, eventualmente, alterar o escopo de ação de cada casa, a rede, por sua vez, cuida de fazer disseminar os novos conhecimentos e procedimentos para todo o conjunto. Assim ocorreu, por exemplo, com a assessoria jurídica recebida pela Casa Verde para aderir ao Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ): após seus membros terem passado por oficinas sobre o assunto, replicaram seus conteúdos para outras casas e compartilharam com elas os materiais de apoio que receberam. Em suma, com esse tipo de iniciativa, as

aquisições de cada casa são repassadas a todas, que podem ou não as incorporar.

A despeito das variações observáveis entre as casas, todas apresentam características comuns nos domínios administrativos e terapêuticos, além de uma trajetória compartilhada que, remontando ao projeto “Pela Evangelização”, reforça o senso de pertencimento a uma coletividade. A rede é, portanto, para usar os termos de Anderson (2008), uma comunidade imaginada como uma família composta pela ‘casa-mãe’ e suas ‘filhas’, as ‘casas-irmãs’ (L. Santos, comunicação pessoal, 10 jul. 2013).

Juntas, as casas estabelecem as regras de entrada, permanência e saída da rede, definindo, assim, os modos de ação e representação que lhes convêm. Em outras palavras, elaboram a identidade comum de ‘casas de saúde alternativas’, sob a qual suas diferenças são articuladas. Acerca da rede, então, é cabível argumentar que, conforme Hall (2011, p. 19) atesta em relação à identidade cultural na pós-modernidade, sua permanência se assegura não porque as casas “. . . são unificadas, mas porque seus diferentes elementos e identidades podem, sob certas circunstâncias, ser conjuntamente articulados”. É assim que, sob o adjetivo ‘alternativas’, podem conviver no interior das casas e da rede práticas terapêuticas tão distintas como aquelas baseadas em conhecimentos tradicionais da farmacopeia regional, massagens psicoterápicas, homeopatia e alopatia, entre outras.

## AS MULHERES E AS CASAS

Representando a maioria dos participantes da rede de ‘saúde alternativa’ no baixo Amazonas, ora exemplificadas pelos grupos Chico Mendes e Itauajury, as mulheres desempenham funções primordiais na manutenção dos serviços prestados pelas respectivas casas. Voluntárias, na maior parte das vezes, elas atuam no cultivo de plantas na produção de diversos tipos de remédios, no atendimento ao público, na venda de produtos, nos cuidados diretos aos usuários e, ainda, na iniciação e formação de novos colaboradores e colaboradoras para as casas.

Reconhecidas como guardiãs ou detentoras de conhecimentos tradicionais e atualizados sobre saúde, elas dividem-se entre os espaços das casas e outros ambientes em que sua produção circula, a exemplo de feiras, mercados e eventos, onde a venda de produtos gera recursos financeiros para auxiliar na manutenção das próprias casas e dos tratamentos que elas oferecem, bem como para subsidiar ações coletivas da rede. São, portanto, as principais responsáveis pelas decisões terapêuticas e administrativas afeitas às casas e à rede.

Embora não seja objetivo central deste artigo analisar o protagonismo feminino nem a dimensão de gênero no domínio da saúde, é imperativo reconhecer que o tema se projeta a partir do contexto etnográfico estudado. Ademais, um expressivo número de pesquisas acadêmicas e documentos do próprio Ministério da Saúde (Ministério da Saúde do Brasil, 2015) têm registrado a eminente participação das mulheres em grupos voltados para a promoção do bem-estar, a prevenção e a cura de doenças, sobretudo em localidades rurais e periféricas do Brasil, semelhantes às que delimitam o campo deste estudo.

Para Pulga (2013, p. 585), em todo o país, as mulheres têm se dedicado ao cuidado com a saúde “. . . como experiência de resistência popular . . .”, deflagrando processos educativo-terapêuticos assentados em “. . . organização de base, trabalho coletivo e comunitário e no fazer com o que se tem, se sabe e se pode, sem depender de outros . . .” (Pulga, 2013, p. 585). Seus modos de agir em relação à saúde caracterizam-se pelo acolhimento e pelo diálogo com cada pessoa que procura tratamento, pelo estabelecimento de vínculos de participação, pertencimento e responsabilidade para com o grupo e pelo entendimento da saúde como um modo de vida.

Percebe-se que as mulheres têm presente em seu cotidiano e buscam permanentemente compreender a dinâmica da vida em sua teia de complexidades e relações. No cuidar de cada pessoa como ser único, há uma relação de amor e afeto muito forte e a conjugação de várias ações, orientações de conduta, postura e mudança de comportamento e estilos de vida com



terapias complementares. Assim, o trabalho que essas mulheres realizam vai desde a reorientação alimentar, a energização, os chás, o uso de plantas medicinais e remédios feitos por elas para curar determinadas doenças, a mudança de postura nas relações familiares e cotidianas, até a conexão com o universo e a dimensão da fé e da transcendência. Aliadas a isso, são construídas redes de apoio solidário às pessoas que mais precisam, o que o grupo de mulheres e outras organizações da comunidade acompanham (Pulga, 2013, p. 585).

A versatilidade de recursos e práticas manipuladas pelos coletivos de mulheres atuantes nesse segmento responde a uma visão mais complexa da saúde e da doença, na qual a interpretação das enfermidades considera o “. . . contexto pluridimensional que inclui causas naturais, sobrenaturais, psicossociais e socioeconômicas” (Teixeira & Oliveira, 2014, p. 1342). Elas operam, assim, uma busca que não se limita à cura e requer “. . . uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra disposto a eliminar” (Laplantine, 1991, p. 220).

Por conseguinte, as práticas de saúde empreendidas por coletivos de mulheres de segmentos populares, zonas rurais e periferias urbanas em todo o Brasil assumem um forte viés político. Associadas a diferentes dimensões da vida social, conectam-se, frequentemente, com estratégias de luta por direitos além da saúde: à terra ou ao território, à educação, à água e à floresta, por exemplo. Nesse sentido, uma breve revisão de casos etnográficos estudados por diferentes autores, em regiões igualmente distintas, permite situar a experiência analisada no baixo Amazonas em um vasto campo de possibilidades de ação política que vem sendo cada vez mais ocupado pelas mulheres brasileiras.

No agreste paraibano, inspiradas em antigo projeto de “Catequese Familiar”, da Igreja Católica, e mobilizadas por sindicatos de trabalhadores rurais, agricultoras atuam no que chamam de ‘resgate’ de saberes tradicionais sobre as plantas para produzir pomadas, xaropes, suplementos alimentares e sabonetes, os quais doam ou vendem a preço de custo, como registra Rodrigues (2014a).

Seu engajamento na produção de remédios caseiros, por intermédio da Comissão Saúde e Alimentação do Polo Sindical da Borborema, recolocou-as no mundo, na avaliação de Rodrigues (2014a, p. 107), favorecendo a formação de “. . . uma identidade coletiva de. . . guardiãs de saberes, um sujeito político coletivo cujos saberes são instrumentos de uma luta por poder. . .”, não necessariamente rompendo com “. . . os papéis associados ao feminino, como a responsabilidade pelos cuidados com a família, o lar e os ‘arredores de casa’” (Rodrigues, 2014a, p. 107).

Experiência semelhante vive um grupo de mulheres assentadas em seis agrovilas na fazenda Pirituba, localizada entre os municípios de Itapeva e Itaberá, em São Paulo. Atualmente organizadas na cooperativa Coopplantas, elas produzem diversos fitoterápicos com uma variedade de plantas cultivadas em sete hectares de terra sob sua responsabilidade. Seu trabalho é reconhecido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que apoia o grupo no âmbito do projeto “RedesFito”, cujas metas incluem a criação de uma farmácia local para manipulação e produção de fitomedicamentos destinados à distribuição pelo SUS, nos postos de saúde da região (Ferro, 2015).

A bem-sucedida trajetória do grupo remonta, contudo, aos dramas vivenciados durante a ocupação do quinto assentamento na fazenda, no início dos anos 1990. Nesse período, as famílias sofriam constantes processos de adoecimento devido à combinação de fatores como “. . . a escassez de comida e gêneros de primeira necessidade, a falta de água, eletricidade e as precárias condições de higiene e sanitárias. . .” (Ferro, 2015, p. 31). Enquanto os homens trabalhavam em fazendas da região, as mulheres, ligadas ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), lideraram estratégias de organização social para solucionar as questões médico-sanitárias enfrentadas. Instituíram, então, uma comissão de saúde, inteiramente feminina, que passou a contar com o apoio da Pastoral da Saúde de Itaberá. Analisando esse movimento, Ferro (2015, p. 34) concluiu:



Através dessa dupla dimensão de gênero e participativa, o trabalho com os fitomedicamentos constituiu, então, em Pirituba, uma ferramenta de empoderamento social e simbólico da mulher (Campos, 2003). Isto por um lado é fruto do papel fundamental que desenvolveu nas questões de saúde (e educação) pública, através do qual as mulheres puderam redefinir o próprio poder de mediação nas relações políticas dentro da comunidade; por outro lado, graças ao peso que isto teve na construção de um conjunto de imagens, símbolos e representações que contribuíram para a afirmação de uma identidade de gênero.

Outro exemplo de protagonismo feminino emerge nas periferias urbanas do Rio Grande do Sul, onde, por intermédio da Igreja Católica, diversas mulheres tiveram contato com cursos de fitoterapia e produção de xaropes e pomadas, como relata Anjos (2008). A autora revela que, além de disseminar conhecimentos e meios de prover cuidados com a saúde, esses cursos constituíram, para as mulheres, verdadeiros canais de entrada para a construção de carreiras militantes em pastorais, movimentos sociais e partidos políticos. Para ela, a aparentemente simples capacitação recebida em tais cursos teve um papel fundamental para a formação e o exercício da liderança feminina.

A aparente “simplicidade” dos cursos sobre noções básicas de saúde, xaropes, pomadas, aleitamento materno, tem que ser recolocada em um contexto social de falta de recursos mínimos em matéria de saúde, saneamento e de informação. A disposição dos recursos comunitários e de informações básicas a serem disseminadas ou aplicadas “na prática” é capaz de garantir a sobrevivência dos atendidos pelas pastorais e tornar as “líderes” especiais detentoras de algo raríssimo: noções que salvam vidas ou que ajudam a viver melhor. Essas mulheres sabem fazer xaropes e pomadas, soros e misturas alimentares, que tiram crianças da desnutrição e da morte, buscados em momentos críticos de doença por aqueles que não dispõem de outras formas de acesso à cura (Anjos, 2008, p. 520).

No estado do Rio de Janeiro, a presença das mulheres é majoritária nos 126 grupos integrantes da Rede Fitovida. Rodrigues (2014b) informa que vários desses grupos originaram-se em ações assistenciais das pastorais, dos círculos de leitura bíblica e dos clubes de mães criados pela Igreja Católica, muito embora haja outros, ligados a casas de matriz afro-brasileira e

a distintas filiações religiosas. A formação da rede, por sua vez, decorreu da iniciativa de mulheres que, em 2001, começaram a promover encontros periódicos entre membros dos diferentes grupos com a finalidade de trocarem conhecimentos sobre plantas e receitas de remédios caseiros. Envolvida na elaboração de estudos, publicações e inventários de patrimônio cultural desde 2004, a Rede Fitovida constituiu-se, recentemente, como uma associação sem fins lucrativos, dotada de CNPJ, e fundou uma Casa de Memória no município de Belford Roxo (Rodrigues, 2014b; Simão, 2019).

Voltando ao Pará, no delta do Marajó, o trabalho etnográfico realizado por Machado (2012) na ilha de Caviana revela que as principais atividades das mulheres são criar e cuidar: de pessoas, objetos, animais e plantas. A autora afirma que, no cotidiano feminino, esses conceitos se confundem, mas, juntos, referem-se a uma série de condutas, comportamentos e tarefas que, desde a gestação, se destinam principalmente a cuidar das pessoas e garantir sua subsistência, inclusive por meio da prevenção e da cura de males atribuídos a agravos materiais ou espirituais.

No que concerne aos diversos cuidados sob responsabilidade feminina, atenção especial é dada às plantas, às quais se atribuem poderes de cura e proteção, na cosmologia local. Muitas espécies são conhecidas, cultivadas e utilizadas nas casas ribeirinhas de Caviana, e as mulheres são as principais manipuladoras desses poderosos recursos, assumindo um caráter de mediadoras entre humanos e não humanos. Assim, dedicam-se com esmero à preparação de mudas, ao plantio, à rega, à limpeza e a outros cuidados para com seus canteiros e plantações. Por outro lado, mobilizam uma eficiente rede de trocas duplamente capaz de fazer circular vegetais e reforçar laços entre humanos.

O curar em Caviana é uma ferramenta importante e compartilhada entre as mulheres numa rede de trocas; essa rede tem como função manter sempre vivo o saber da cura, o saber das plantas, e assim garantir a permanência de sua família e, conseqüentemente, dos “filhos de Caviana” (Machado, 2012, p. 21).



Por meio de tal rede, conclui Machado (2012, p. 246), as mulheres de Caviana mantêm “. . . a sociabilidade com seus parentes, mesmo em contexto virilocal”, bem como relações de reciprocidade independentes dos homens.

Experiências análogas às observadas nas pesquisas comentadas nesta seção são vivenciadas na Casa Chico Mendes e na Casa Verde, respectivamente em Santarém e Monte Alegre. O viés político da luta pelo direito à saúde, que mobilizou mulheres na Paraíba, no Rio Grande do Sul e em São Paulo, destacado nos estudos de Rodrigues (2014a), Anjos (2008) e Ferro (2015), delineou-se no próprio berço de origem das casas do baixo Amazonas, como já relatado. Já a visão integral e complexa de saúde, enfatizada por Pulga (2013) e Teixeira e Oliveira (2014), bem como a dimensão da sociabilidade e da reciprocidade valorizada por Machado (2012), se expressa nos tratamentos que são ofertados nas casas, sob responsabilidade direta de suas trabalhadoras.

### **DAS PLANTAS AO PÊNDULO: OS TRATAMENTOS OFERECIDOS NAS CASAS**

Por mais que as ‘casas de saúde alternativas’ do baixo Amazonas tenham, recentemente, diversificado as práticas terapêuticas e os produtos que oferecem aos seus usuários, a base comum sobre a qual elas se erigem são os conhecimentos tradicionais associados a recursos naturais aplicados à cura e à prevenção de doenças físicas, emocionais e espirituais – em outras palavras, a ‘medicina caseira’, para adotar a expressão usada pela maioria dos colaboradores das casas Verde e Chico Mendes. Reconhecendo, pois a primazia desses conhecimentos no sistema de saúde implantado nas casas, pretende-se demonstrar como, deslocada das cozinhas, das florestas e dos quintais onde norteava o preparo de puçangas<sup>13</sup> típicas do Norte do Brasil, essa medicina passou a ser reconhecida sob o rótulo de ‘alternativa’, a partir da combinação com outros tipos de tratamento.

### **PLANTAS, TINTURAS E ESSÊNCIAS NA CASA CHICO MENDES, DO GRUPO CONQUISTA DE ERVAS MEDICINAIS**

A ‘medicina caseira’ praticada pelo Grupo Conquista de Ervas Medicinais materializa-se em chás, unguentos, sabonetes, pílulas, cápsulas, xaropes, garrafadas, pomadas, óleos, banhos e outros preparos feitos à base de plantas referidas pelos participantes do grupo como ‘plantas de poder’ (L. Santos, comunicação pessoal, 10 jul. 2013) – mas não só por eles, já que a expressão é de uso corrente na região. Igualmente chamadas plantas mestras ou professoras, em outros contextos (Labate & Goulart, 2005), elas são reconhecidas como capazes de promover a cura de diversos males físicos, mentais e espirituais, e/ou de facilitar o contato dos homens com entes que se encontram além do plano imediato, trazendo aos primeiros conhecimentos restritos (Labate & Goulart, 2005, 2019). Exemplos das plantas de poder adotadas pelo GCEM, e assim chamadas pelas usuárias, são o jucá (*Libidibia ferrea*), a sucuba (*Himatanthus sucuuba*), o barbatimão (*Stryphnodendron barbatiman*) e a salva-de-marajó (*Lippia origanoides*), cultivadas desde que o grupo ocupou a antiga residência dos padres, atual Casa Chico Mendes.

O quintal da casa é tomado por canteiros repletos de espécies vegetais, cujas mudas são conquistadas, primordialmente, por meio de troca com moradores, visitantes e parceiros. Com efeito, trocam-se plantas, vasos, adubos e até trabalho, como fazem certos usuários dispostos a retribuir os tratamentos recebidos na casa com a doação de horas de trabalho nos seus canteiros. Dessa maneira, a lógica de dar, receber e retribuir, princípio do sistema da dádiva consagrado por Mauss (2003), garante ao GCEM o auxílio de uma rede de cuidadores de plantas composta por usuários, alunos de escolas públicas, moradores do bairro da Conquista, técnicos, universitários e voluntários permanentes e esporádicos.

Enquanto os primeiros assumem funções cotidianas na casa, os voluntários esporádicos contribuem,

<sup>13</sup> Termo regional que designa preparados à base de ervas em geral, abrangendo remédios caseiros e beberagens.

principalmente, nas atividades que exigem maior número de participantes, como os puxiruns realizados ao fim da estiagem do verão amazônico, antes de começarem as chuvas invernais, normalmente no mês de dezembro. De tão ressecadas pelo sol, algumas plantas até parecem mortas nesse período. Para que sejam revitalizadas pelas águas vindouras e cresçam saudáveis, devem ser tratadas, assim como a terra precisa ser preparada.

Com esse intuito, os voluntários são convidados a integrar o puxirum, uma forma de trabalho em cooperação, na qual ajudam as responsáveis pela casa a arar a terra; verificar o estado das plantas; preparar mudas; limpar galhos e folhas secas; trocar os vasos, quando necessário; retirar o mato seco dos canteiros; adubar a terra com estrume e compostagem, entre outras tarefas consideradas como trabalho pesado. Segundo uma das voluntárias mais antigas da casa, o puxirum começa nas primeiras horas da manhã, “quanto mais cedo, melhor, por causa do sol” (D. M. Lima, comunicação pessoal, 02 jul. 2013), e, normalmente, dura o dia todo, de modo que almoço e lanches são oferecidos aos participantes, que também podem ser agraciados com produtos terapêuticos, cursos e doações de mudas da casa.

As tarefas são divididas de acordo com a força, a habilidade e os conhecimentos que demandam. Arar a terra e limpar o terreno, por exemplo, requerem mais esforço físico. Já a seleção das plantas exige conhecimentos que nem todos detêm. O diagnóstico de cada uma delas se faz por meio do corte das raízes, nas pontas, para verificar se mantêm a coloração normal e se existe água na parte interna do rizoma. Em caso positivo, mesmo que pareça morta, a planta está viva e serve para o preparo de mudas. Do contrário, deve ser descartada. Para plantar as mudas, dá-se preferência à terra preta adquirida (por meio de compra e troca) de uma senhora que, segundo a coordenadora da casa, “já precisou de remédios, muitas vezes” (L. Santos, comunicação pessoal, 10 jul. 2013) e facilita o acesso ao produto – o que reforça a vitalidade e a primazia do circuito da dádiva na casa de saúde.

Cabe notar, ainda, que, no puxirum ou fora dele, o quintal é um privilegiado ambiente de aprendizado, no qual os participantes ou colaboradores do grupo são iniciados no manuseio da terra e das plantas, assim como nas práticas do voluntariado, constituindo ele próprio uma das principais portas de entrada no GCEM e nas casas de maneira geral. Ademais, o quintal é considerado um espaço terapêutico para aqueles que chegam à casa ‘doentes da alma’ (L. Santos, comunicação pessoal, 10 jul. 2013), vítimas de ansiedades e depressão, e encontram bem-estar na lida com as plantas.

Tal qual o quintal, uma sala na área interna da casa é franqueada a quem deseje se aproximar do GCEM. Situada logo adiante da porta de entrada no imóvel, essa sala funciona como uma espécie de recepção e mostruário do grupo. Pouco espaçosa, ela contém um balcão de vidro, onde certos produtos, acondicionados em frascos e embalagens rotuladas, são expostos para comercialização. Suas paredes são ocupadas com *banners* resultantes de projetos e estudos dos quais a casa participa ou participou.

Em contraponto aos espaços relativamente públicos do quintal e da sala, estão o depósito e a cozinha, ambientes reservados a pessoas experientes e que trabalham na casa há mais tempo. O acesso a eles dá-se através de um corredor bem estreito, como se feito para ser atravessado apenas por quem sabe o que procura, e é rigorosamente controlado pelas trabalhadoras responsáveis pela casa. Na passagem entre esses espaços diferentemente concebidos e controlados, regras devem ser observadas, inclusive no que concerne às plantas. Com perfeição, materializa-se, aqui, a metáfora da casa dividida em cômodos e corredores, portas e soleiras, usada por Van Genep (2011) para explicar os ritos de passagem de um estado a outro. Afinal, as próprias plantas encontram-se em estados distintos em cada um dos referidos espaços, assim como as pessoas passam por sucessivas etapas, guiadas por outras, mais experientes, até terem permissão de adentrar todos os seus cômodos. A cada etapa, o iniciante aprende a conhecer, “. . . menos por um suprimento acumulado



de representações e mais por uma educação da atenção” (Ingold, 2010, p. 9). Ele olha, ouve e sente os movimentos do especialista e procura, em seguidas tentativas, igualar os próprios movimentos aos daquele que é objeto de sua atenção, a fim de alcançar o ajuste rítmico de percepção e ação que está na essência do desempenho fluente. Trata-se, enfim, de um redescobrimto dirigido por meio do que Ingold (2010) chama ‘tarefagem’, envolvendo os diferentes atos de viver, sentir, perceber e se deslocar no mundo. A cognição”, então, “. . . é um processo em tempo real . . .”; e “. . . o conhecer. . . é imanente à vida e consciência do conhecedor, pois desabrocha dentro do campo de prática. . . estabelecido através de sua presença enquanto ser-no-mundo” (Ingold, 2010, p. 21). Para elucidar seu argumento, o autor afirma:

. . . a informação no livro de receitas, em si mesma, não é conhecimento. Seria mais correto dizer que ela abre caminho para o conhecimento, por estar dentro de uma tarefagem até certo ponto já familiar em virtude da experiência anterior. Apenas quando é colocada no contexto das habilidades adquiridas através desta experiência anterior, a informação especifica uma rota compreensível, que pode ser seguida na prática, e apenas uma rota assim especificada pode levar ao conhecimento. É neste sentido que todo conhecimento está baseado em habilidade (Ingold, 2010, p. 19).

Nesse sentido, na trajetória de um trabalhador voluntário da casa, a permissão de acesso ao depósito coroa uma série de habilidades e conhecimentos. Nesse espaço, onde circulam apenas as pessoas experientes e integrantes do grupo há longa data, há vários armários do mesmo tamanho, organizados um do lado do outro. Alguns guardam vasilhames de vidro e plástico, dotados de tampas de cores diferentes: os de tampa azul contêm cascas, folhas e raízes secas; os de tampa vermelha comportam o mesmo conteúdo, mas neles tudo está mergulhado em líquidos. Adesivos colados nos vasilhames indicam a data de extração das partes de plantas ali armazenadas.

Outros armários protegem pequenos frascos abastecidos com grande variedade de essências de plantas; umas fortes, outras suaves, de acordo com os respectivos

adesivos de identificação, que também indicam o nome popular das espécies das quais foram extraídas: andiroba, copaíba, alecrim e outras tantas. Outros, ainda, comportam recipientes delicados, similares a tubos de ensaio, que são considerados ‘frascos especiais’ por aqueles que os manuseiam. Em seu interior, guardam-se florais de Bach enviados por uma equipe de São Paulo, em troca de plantas e frutos cedidos pelo GCEM, no âmbito de um projeto que realizaram em parceria.

Por fim, na cozinha, tida como o ponto máximo do percurso de um voluntário, as plantas oriundas do quintal são preparadas de modo a se tornarem remédios. Nas perspectivas antropológicas sobre a alimentação, esse espaço tradicionalmente concebido como domínio feminino na sociedade brasileira, como mostra Da Matta (1986), é frequentemente associado a transformações: do cru em cozido, do alimento em comida, da natureza em cultura (Lévi-Strauss, 2004). As atividades realizadas na cozinha, por sua vez, são comumente ritualizadas e envoltas em segredo, pois operam transformações e passagens entre estados que, por natureza, pressupõem riscos (Alvarenga, 2018).

A primeira operação transforma as plantas em tinturas, isto é, em ‘líquidos de cor’ resultantes da extração do sumo ou ‘substância de cor da planta’, de acordo com a coordenadora do GCEM (L. Santos, comunicação pessoal, 10 jul. 2013). Ela informou, ainda, que “toda cor é uma substância, e essas substâncias, ou tintas, são fundamentais para qualquer produto fitoterápico, pois toda substância é única, toda cor tem um cheiro e uma textura” (L. Santos, comunicação pessoal, 10 jul. 2013). Enquanto matéria, as tinturas não são planta nem remédio e ainda deverão ser testadas, classificadas e agrupadas nas etapas de trabalho subsequentes.

Pode-se dizer, por um lado, que o processo se inspira no que Lévi-Strauss (1989, p. 31) chamou de ‘ciência do concreto’, desenvolvida a partir da observação e da experimentação propiciadas pelo tato, olfato e paladar, ratificando a importância do plano sensível na



produção de conhecimento. Por outro lado, trata-se de uma produção de conhecimento conjunta, baseada em relações entre pessoas e ambientes, capazes de mobilizar formas e representações em “. . . estruturas específicas de atenção e resposta, neurologicamente fundamentadas” (Ingold, 2010, p. 23).

Na prática, a transformação das plantas em tinturas desenrola-se em uma série de espaços intermediários entre o quintal e a cozinha, que proporcionam, além da ligação entre diferentes ambientes, a mediação entre pessoas experientes e iniciantes. Na perspectiva de Ingold (2010), essa interação entre organismos e ambientes é fundamental no processo de geração de conhecimento, na medida em que conduz a habilidades. Enquanto os movimentos dos praticantes habilidosos respondem contínua e fluentemente a perturbações do ambiente percebido, eles criam a si mesmos e aos ambientes no terreno das relações humanas (Ingold, 1995).

No quintal, as plantas secam ao sol. Depois, são trituradas em pilão de madeira, até soltarem um sumo, identificado como ‘líquido de cor’ ou tintura (L. Santos, comunicação pessoal, 10 jul. 2013). Esse líquido, por sua vez, é guardado em vasilhames, na cozinha. Nesse ambiente, então, as tinturas são manuseadas pelos preparadores, pessoas suficientemente experientes que gozam da confiança do grupo para proceder as misturas de diferentes ‘substâncias de cor’ com o objetivo de produzir remédios para diversos males.

Para tanto, além das misturas prescritas em receitas amplamente disseminadas e reproduzidas, que levam em conta as qualidades previamente conhecidas de cada ingrediente, os preparadores realizam testes, constantemente, a partir da combinação de diferentes tinturas, inclusive com alopáticos. Estando abertos a aprenderem com seus iniciantes, e na companhia deles testarem novas ideias, fazem-no, em geral, por aproximação entre as características sensíveis das plantas ou das tinturas e os males sobre os quais deverão agir, “. . . a partir da organização e da

exploração especulativa do mundo sensível em termos de sensível”, como notaria Lévi-Strauss (1989, p. 31).

Enxergando além da dicotomia entre capacidades inatas e competências adquiridas, Ingold (2010) vislumbra no conceito de habilidades humanas as propriedades emergentes de sistemas dinâmicos em que as gerações alcançam e ultrapassam a sabedoria de seus predecessores, via educação da atenção. No curso da história do grupo, então, “. . . as pessoas, em suas atividades, modelam os contextos de desenvolvimento para seus sucessores” (Ingold, 2011, p. 21). Estes, por sua vez, “. . . crescendo num mundo social, adquirem suas próprias habilidades e disposições incorporadas” (Ingold, 2011, p. 17). Quando alcançam resultados positivos, os testes em que o grupo exercita suas habilidades dão origem a novos produtos, que passam a fazer parte do repertório da casa. Um exemplo de remédio recentemente criado no GCEM, a partir desse método, são as cápsulas para tratamento de problemas renais, feitas à base de uma mistura de sumos, cascas e raízes de ervas consideradas ‘boas para os rins’, de acordo com os voluntários mais experientes. Essas ervas, depois de secarem ao sol, foram trituradas e moídas até se transformarem em pó. Nesse estado, passaram por vários testes de encapsulamento, finalmente bem-sucedidos com a utilização de uma máquina doada por uma instituição parceira do grupo. Prontas, as cápsulas foram embaladas em frascos rotulados com informações sobre o composto, o modo de usar e a validade do produto.

Para melhor compreender o tratamento dado a esse produto, importa notar que a Casa Chico Mendes vem se adaptando às regras estipuladas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para manipulação e comercialização de remédios fitoterápicos, cuja produção tem sido incentivada no âmbito de parcerias com universidades, institutos de pesquisa e laboratórios farmacêuticos. Neste sentido, é notória a atuação dessas instituições na oferta de cursos de capacitação para colaboradoras da casa, aproximando conhecimentos

científicos e tradicionais, e fomentando contatos entre os modos caseiros de fazer remédios, no quintal e na cozinha, e as técnicas apreendidas em aulas e treinos no laboratório, um novo espaço de vivência do GCEM.

Com efeito, a Casa Chico Mendes dispõe, atualmente, de um laboratório estruturado para a manipulação de substâncias de folhas, cascas e raízes, no qual a circulação de profissionais vestidos com aventais brancos e máscaras, signos da biomedicina, indica tratar-se de um cômodo reservado e restrito. Embora conectado com o quintal e destinado à preparação de produtos à base de plantas, assim como a cozinha, o laboratório distingue-se claramente desta última. Entendido na casa como um espaço de ciência, o laboratório é frequentado por profissionais vistos como parceiros, que são devidamente instruídos em instituições de ensino e autorizados junto à coordenação, cuja atuação segue normas técnicas, legais e impessoais. Por oposição, a cozinha é um ambiente doméstico impregnado de relações pessoais duradoras, pautadas na confiança mútua nutrida pelos membros do grupo, uns pelos outros, onde os preparadores e voluntários experimentam misturas criadas com base na experiência prática acumulada.

Em suma, sala e cozinha, mediadas pelo corredor, representam as condições de acesso a certos tipos de conhecimentos e informam sobre as relações entre pessoas dentro da casa. A primeira conecta-se ao espaço da rua; a segunda liga-se ao espaço doméstico. Ambas ajudam a compreender o que é fazer parte do grupo, assim como a relação entre o público e o privado. Se a sala é o espaço da visitação, o 'lugar da formalidade', como dizem os voluntários, a cozinha é o lugar do trabalho em uma rede de confiança mútua que, em regra, comunga de uma cosmologia independente dos conhecimentos ditos científicos.

É na cozinha, portanto, que se preparam os banhos e as 'surras'<sup>14</sup> de pião-roxo (*Jatropha gossypifolia*) para tratar pessoas acometidas por 'panema' e 'assombro de olhada de bicho'. Ambos são males recorrentes em comunidades

ribeirinhas da Amazônia, e podem ocorrer em associação. O primeiro se caracteriza por má sorte, falta de ânimo e incapacidade de concretizar intentos como a pesca, a caça e o sexo, por exemplo. Já o segundo decorre do mau olhar lançado por 'bichos', seres dotados de intencionalidade que são capazes de se transformar em outros seres e, assim, afetar a saúde das pessoas e, conseqüentemente, sua vida social. Na cosmologia local, o assombro faz parte de um perigoso processo de adoecimento, que pode implicar a transformação da vítima até o ponto de perder o próprio ponto de vista e assumir o ponto de vista do 'bicho' que a assombrou (Wawzyniak, 2008).

Tradicionalmente, a cura dessas enfermidades requer o recurso a mediadores como xamãs, pajés, curadores, benzedores e outros ". . . imprescindíveis sacerdotes do povo", como Vaz Filho (2016, p. 14) designa esses sujeitos tão presentes no cotidiano amazônico, que contam com a confiança e o respeito de suas comunidades. Na Casa Chico Mendes, a especialista em tratamentos tradicionais para os males aí 'classificados' como espirituais explica que não há concorrência nem oposição entre eles e os produtos gerados no laboratório, com auxílio e orientação de estudantes de biomedicina e biotecnologia. Trata-se, antes, de uma relação de complementaridade entre esses elementos, a qual decorre da capacidade dos membros da casa de colocarem em jogo, nas condições objetivas em que atuam, os conhecimentos locais e os conhecimentos científicos, bem como as tradições e as inovações que lhes servem de base para a proposição de meio de cura, como disse a coordenadora da casa:

Aqui todos vêm em busca da cura, seja ela do cotidiano, da vida, seja ela da pessoa mesmo, da alma ou do corpo. Existem pessoas brabas, tem remédio para amansar essas; tem pessoas bestas, tem remédio para isso também. Tem pessoas malinadas por bicho, tem aqueles que querem se precaver disso. Assim como tem pessoas que querem remédio do mato feito embalado, pílulas e pomadas industrializadas. O SUS, ele não dá conta disso, não dá porque o médico não cura malinação, mas receita nossas pílulas. . . . receita até a pomada (L. Santos, comunicação pessoal, 10 jul. 2013).

<sup>14</sup> O termo, usual na região da pesquisa, designa uma surra simbólica, baseada na reza efetuada com galhos da planta pião-roxo.



No que tange às relações e dissensões entre conhecimentos tradicionais e científicos, para aludir ao texto de Cunha (2009), a observação dos tratamentos oferecidos pelo GCEM e da própria organização espacial Casa Chico Mendes fornece pistas importantes sobre os modos como os conhecimentos são classificados, articulados e acionados nos diferentes domínios. Nesse sentido, quintal, cozinha e laboratório são espaços sociais e terapêuticos emblemáticos, ocupados por conhecimentos e práticas distintas. Logo, os produtos provenientes de cada um deles seguem percursos distintos dentro da mesma casa.

Saindo do laboratório, rotulados com selos que atestam sua aprovação pela Anvisa, os fitoterápicos seguem para o cômodo mais público do imóvel: a sala, onde os visitantes são recepcionados e atendidos de acordo com os tratamentos que demandem. Já os produtos preparados na cozinha permanecem neste espaço até que sejam repassados (por venda, doação ou troca) aos usuários da casa. Nela, também se transacionam cascas, sumos, folhas e mudas de plantas. Fora da sede, os produtos são encontrados no Mercado 2000, o maior mercado popular de Santarém, e em outras casas de saúde alternativas, inclusive em outros municípios, graças às trocas realizadas entre elas.

Outros produtos, como os homeopáticos e florais de Bach, que não são preparados pelo próprio GCEM, são ministrados exclusivamente na casa por pessoas determinadas, que receberam formação terapêutica ofertada por instituições externas.

No caso da homeopatia, terapia criada no século XIX pelo médico alemão Samuel Hahnemann e reconhecida como especialidade médica no Brasil em 1980, sua incorporação pelo GCEM decorreu da atuação de uma freira que, no passado, prestou atendimentos na casa. Com uma abordagem global da saúde, concebida como um estado de equilíbrio físico e psicológico, o método terapêutico hahnemanniano fundamenta-se no entendimento de que as mesmas substâncias naturais capazes de provocar doenças podem curá-las, se usadas em pequeníssimas doses.

Os medicamentos homeopáticos, portanto, são obtidos por meio de diluições e apresentam-se na forma de glóbulos, pós e líquidos que chegam à Casa Chico Mendes por intermédio de instituições parceiras sediadas fora de Santarém. Na casa, apenas algumas terapeutas os prescrevem aos usuários.

Os florais de Bach também vêm de fora, especificamente de São Paulo, onde fica o Instituto Healing, antigo Instituto Transformar Cuidando, fundado em 2010 para conduzir as ações de responsabilidade social do grupo Healing. Apresentando-se, no seu *site* (Healings, n.d.), como um grupo que atua no mercado de práticas de saúde integrativas e complementares, ele desenvolve uma série de trabalhos relativos a terapias com florais: comercialização, capacitação, publicações e projetos que visam à disseminação da terapia formulada nas primeiras décadas do século XX pelo médico bacteriologista e patologista Edward Bach.

De acordo com esse médico, as doenças resultam de desequilíbrios emocionais que alteram a energia das pessoas. Tendo identificado trinta e oito desordens emocionais, Bach criou, para cada uma delas, uma essência floral. A elas acrescentou uma fórmula classificada como emergencial, para ajudar as pessoas a lidarem com situações críticas. Essas essências, bem como instruções sobre o modo de usá-las, passaram a chegar a Santarém em 2010 por intermédio do referido Instituto Healing, cuja presidente tinha estado em Faro, no oeste do Pará, quatro anos antes.

Na ocasião, ela ministrara um curso de capacitação em terapia floral para cerca de 30 pessoas, na maioria agentes comunitários de saúde. Com o sucesso da ação, em 2010, o instituto levou para Santarém o projeto Beth Bruno, que havia sido iniciado em 2002 no bairro Jardim Miriam, na periferia paulista, com apoio da paróquia local. O projeto, cujo nome homenageou uma das pioneiras na difusão dos florais de Bach no Brasil por meio de trabalhos sociais, também foi apoiado pela Igreja Católica no baixo Amazonas e fomentou a incorporação dessa nova terapia ao repertório de cuidados de saúde até então praticados na Casa Chico Mendes.



## PÊNDULOS E VARINHAS NA CASA VERDE, DO GRUPO ITAUAJURY ERVAS

Dados importantes para a compreensão das distinções entre a Casa Verde e a Casa Chico Mendes são as características e a condição do imóvel ocupado pela primeira. No prédio alugado pelo Grupo Itauajury, no centro da cidade de Monte Alegre, não existe quintal nem sequer canteiros onde plantas possam ser cultivadas. Os poucos exemplares existentes no local distribuem-se em vasos, nos corredores que ligam uma antessala às quatro ou cinco salas de atendimento e à cozinha. Assim, embora o grupo também trabalhe com fitoterápicos, dedica-se mais intensamente a outras modalidades terapêuticas. Nesse sentido, é a elas que se dará destaque nesta seção.

A escolha das terapias pode ser feita pelos usuários ou pelas próprias trabalhadoras da casa, após uma espécie de triagem que corresponde ao ato de entrada do sujeito no circuito de possibilidades terapêuticas de que o Grupo Itauajury dispõe. Essa triagem tem lugar na antessala da casa, que funciona como uma recepção. Nesse cômodo, uma trabalhadora atende àqueles que buscam informações sobre os tratamentos e auxílio para saúde. Uma boa conversa com os visitantes e usuários faz parte do ato de recepcionar e tem por objetivo levantar informações necessárias para indicar os caminhos a serem percorridos na casa, seja para diagnósticos seja para tratamentos.

As salas de atendimento são reservadas e em cada uma delas se realiza determinada técnica ou determinado tipo de tratamento. Algumas possuem estantes com livros e frascos contendo raízes, folhas, pílulas, florais e outros produtos. Outras exibem ferramentas como varetas e pêndulos, ou aparelhos como estetoscópios e esfigmomanômetros, respectivamente usados por médicos e enfermeiros para a ausculta respiratória e cardíaca, e para medir a pressão arterial. Há, ainda, salas dotadas de macas para massagens bioenergéticas

e reichianas. Portanto, ao transitar no corredor que dá acesso a cada uma delas, o usuário visualiza múltiplas formas de cuidar da saúde.

São cobrados valores inferiores pelos tratamentos em relação aos que são normalmente demandados em consultórios e clínicas de saúde. As trabalhadoras da casa justificam a cobrança em função do pagamento de aluguel pelo imóvel ocupado, mas são, elas próprias, voluntárias. Vendas de produtos fitoterápicos também são realizadas no local, e os rendimentos que elas proporcionam ajudam na manutenção da casa e das despesas com materiais necessários à oferta de múltiplas opções terapêuticas.

Os contatos com terapias tão variadas, como bioenergética, radiestesia, florais de Bach, homeopatia e massagem reichiana, atualmente praticadas na Casa Verde, aconteceram poucos anos após a criação do Grupo Itauajury Ervas. Com efeito, entre 1998 e 2010, por meio de parcerias com outras integrantes da rede de saúde alternativa do baixo Amazonas, a Pastoral da Saúde de Manaus, a Diocese de Santarém e a Paróquia de Monte Alegre, colaboradoras da Casa Verde, tiveram oportunidade de participar de diversas atividades de capacitação em terapias alternativas de saúde, inclusive no âmbito do já mencionado projeto Beth Bruno. Paulatinamente, a aquisição de novos conhecimentos resultou na agregação de técnicas, até então pouco conhecidas em Monte Alegre, aos tradicionais tratamentos à base de plantas.

A primeira inovação, incorporada no final dos anos 1990, foi a análise bioenergética, que uma trabalhadora da casa compara às “imagens em lâminas de laboratórios, que identificam e mostram todos os tipos de parasitas: vírus, fungos, protozoários” (M. A., comunicação pessoal, 07 ago. 2015). Ela também informa que a técnica, utilizada por diversas pastorais da saúde no Brasil<sup>15</sup>, foi ensinada em Monte Alegre pela “irmã Marialva, de Manaus, que realiza curso em todo o Brasil e até fora do Brasil” (M. A., comunicação pessoal, 07 ago. 2015).

<sup>15</sup> Uma busca simples na internet dá acesso a notícias, algumas delas polêmicas, sobre o uso da bioenergética em círculos e espaços da Igreja Católica em diferentes estados do Brasil.

O diagnóstico é realizado por duas pessoas com o auxílio de uma vareta de metal, que se crê ser capaz de detectar doenças. Na terapia bioenergética, a doença é entendida como um desequilíbrio energético e, sendo o metal um bom condutor de energias, a varinha o indicará. Uma das agentes responsáveis pelo diagnóstico, chamada intermediária, posiciona-se entre a examinadora e o examinando e, segurando a vareta com uma das mãos, encosta-a no peito deste último, enquanto faz um círculo com dois dedos da outra mão. Esse círculo é compreendido como um campo magnético, que será testado pela examinadora. Para tanto, esta última entrelaça dois dedos, em forma de anel, com os dedos do intermediário, e tenta romper o círculo. A abertura ou não do círculo indica as respostas dadas pelo corpo do examinando, que são interpretadas como positivas ou negativas.

Outra terapia oferecida na Casa Verde é a radiestesia, que uma trabalhadora define como “uma ciência ativada pelas ondas magnéticas” (M. A., comunicação pessoal, 07 ago. 2015). Trata-se de uma técnica diagnóstica em que um tipo de pêndulo é utilizado para indicar, entre os itens arrolados em uma tabela de apoio, aqueles que caracterizam o estado do examinando. Na prática, a examinadora indaga mentalmente ao pêndulo sobre a saúde da pessoa, e, conforme o objeto se movimenta, ela interpreta as respostas, elabora seu diagnóstico e determina os tratamentos. É o que ensina uma colaboradora da casa:

Esse meu pêndulo me diz o seguinte. Pergunto para ele: Qual é a resposta? Sim?! Ó [o pêndulo faz movimentos circulares]. A minha resposta é não?! Ó [o pêndulo faz movimentos lineares]. Não sou eu quem balanço. Com esse pêndulo aqui nós estamos tentando descobrir o remédio. Por exemplo, eu vou aqui, e pergunto, eu sei que o nome dela é Raimunda: “Dona Raimunda deve tomar essa homeopatia?”. Aquela que ele [o pêndulo] não me disser [sim], ela não [vai tomar]. Só se, por acaso, ele me responder que sim. Aí eu posso, eu sei que ela deve tomar (M. A., comunicação pessoal, 07 ago. 2015).

De acordo com essa técnica, o pêndulo funciona como uma extensão do corpo do examinador, porém a direção adotada pelo objeto é determinada pelas

ondas magnéticas, nunca pela pessoa que o manipula. Logo, no exato momento que o pêndulo se impõe e comanda as mãos de quem o utiliza, esta pessoa também é utilizada por ele, em um trabalho conjunto e harmônico. Nesse sentido, o pêndulo é um híbrido entre a natureza e a cultura, conforme Latour (1994). Situa-se entre o humano orgânico e a máquina dura e inorgânica; em outras palavras, habita a base de ontologias conectadas pelo ciborgue, cuja “. . . imagem. . . nos estimula a repensar a subjetividade humana [e cuja] realidade nos obriga a deslocá-la” (Haraway, 2000, p. 13). Agindo como uma ponte entre dois seres animados por substâncias, processos e energias diferentes, na “. . . heterogeneidade de que é feito o ciborgue – o duro e o mole – a superficialidade e a profundidade invalida a homogeneidade do humano tal como o imaginamos” (Haraway, 2000, p. 13).

No Grupo Itauajury, também há colaboradoras praticantes da homeopatia e da terapia com florais de Bach, cujos produtos são obtidos, muitas vezes, por intermédio do GCEM. Nas palavras de uma terapeuta formada pelo Grupo Itauajury, ambas as terapias – homeopatia e florais de Bach – servem, antes de tudo, para “acalmar as pessoas” (L. Santos, comunicação pessoal, 10 jul. 2013). Segundo ela, ambas derivam de uma mesma essência:

Usa-se a essência para fazer a fórmula, e dessa fórmula surgiu o floral e a homeopatia, que tem para tudo e quanto. . . . O gafanhoto, olha só, a gente espanta com a homeopatia, a gente não usa agrotóxico. Ele não faz mal para ninguém, como os venenos. Como a homeopatia. Passando no próprio animal, ele espanta os outros. São quatro vezes por dia. Eu estava pensando em fazer um composto, eu acho que dá de fazer um composto. Um composto da lagarta. . . . A borboleta senta na couve e deixa um ovinho, ele vira uma lagartinha. Queria fazer homeopatia de lagarta, mosquito e tudo. Até para terra tem homeopatia! Do gafanhoto, lagarta e borboleta (L. Santos, comunicação pessoal, 10 jul. 2013).

Ultrapassando as fronteiras municipais, os grupos de Santarém e Monte Alegre estabeleceram vínculos permanentes de cooperação a partir dos anos 2000,



criaram projetos em associação e passaram a praticar o intercâmbio de experiências em atividades regulares, constituindo efetivamente uma rede de saúde, conforme a própria definição. Em diferentes medidas, por meio da rede, as casas Verde e Chico Mendes estabeleceram relações de parcerias com outras instituições e alcançaram maior liberdade e autonomia em relação à Igreja Católica.

Nota-se que a opção dos grupos pela organização em rede reforça os sentidos nativos das trocas de conhecimentos e experiências realizadas, ao mesmo tempo que os sentidos socioantropológicos da noção de rede social, entendida como “. . . um sistema aberto em permanente construção, que se constrói individual e coletivamente” (Meneses & Sarriera, 2005, p. 54) e que “. . . utiliza o conjunto de relações que possuem uma pessoa e um grupo, e são fontes de reconhecimento, de sentimento de identidade, do ser, da competência, da ação” (Meneses & Sarriera, 2005, p. 54). Assim, vistos como pontos da rede, os participantes das casas de saúde ligam-se uns aos outros em múltiplas possibilidades de interações e relações, adensando-a. Sob outro prisma, em suas variadas relações para além da rede, expandem-na, constituindo-a como uma rede de redes ou uma malha de redes (Bott, 1976; Fontes, 2004).

Com efeito, as relações de cooperação entre membras do Grupo Itauajury e as do GCEM favorecem sobremaneira a transmissão e a agregação de conhecimentos, produtos e técnicas de saúde nas casas, e promovem, no plano terapêutico, elos análogos aos que as interações face a face alimentam no plano sociológico. Nesse sentido, pode-se argumentar que a organização em rede propicia, a quem as busca, o acesso a uma malha de tratamentos distintos, mas articulados à concepção global de saúde compartilhada e multiplicada pelas casas em sua área de abrangência.

Éramos nós aqui, só que agora somos todo o oeste do Pará, muitas comunidades, os indígenas, os povos indígenas também estão inseridos nesse projeto. Itaituba, Santarém, Alenquer, Monte Alegre, Óbidos, Oriximiná,

Aveiro, cachoeira do Maró, Pinhel, toda essa região. Nós tratamos o ser humano de maneira global: corpo, alma e mente. Com o espírito, então, é de modo geral (L. Santos, comunicação pessoal, 10 jul. 2013).

As passagens de um tratamento ao outro, assim como a contínua incorporação de diferentes modalidades terapêuticas nas casas, indicam que não há restrições quanto à natureza, à origem ou ao modo de cuidar e curar. Todos são considerados alternativos na medida em que se distingam da biomedicina, que, conforme a coordenadora da casa de Monte Alegre, “trata o ser humano por partes, todo despedaçado: uma parte trata só do fígado, outra só do pulmão, outra só da cabeça” (M. A., comunicação pessoal, 07 ago. 2015). No caso, distinção não quer dizer recusa de tratamentos biomédicos nem de medicamentos alopáticos. Estes podem ser combinados aos tratamentos ditos ‘alternativos’, de modos peculiares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos anos 1990, a carência de serviços oficiais de saúde, aliada à fecundidade das ideias cultivadas em círculos católicos engajados nas questões sociais que afligiam a população, estimulou a criação de diversas casas de saúde ditas ‘alternativas’ no baixo Amazonas paraense, entre as quais as casas Chico Mendes, mantida pelo Grupo Conquista de Ervas Medicinais, em Santarém, e Verde, mantida pelo Grupo Itauajury Ervas, em Monte Alegre. Tais casas foram concebidas como locais de aplicação e disseminação de conhecimentos tradicionais associados a recursos naturais, mormente as plantas, aplicáveis à cura de doenças. Desde sua criação, porém, elas diversificaram suas áreas de atuação, incorporando variadas terapias, e, mais recentemente, aproximaram-se de instituições de pesquisa e laboratórios farmacêuticos para prospectar e desenvolver medicamentos fitoterápicos.

A consolidação das casas e a ampliação do seu circuito de ação foram facilitadas pela forma de organização em rede que adotaram, em torno de uma ‘casa-mãe’ responsável por disseminar conhecimentos e práticas



terapêuticas e administrativas para uma série de 'casas-irmãs' que, como 'filhas', nela se inspiram. Constituiu-se, pois, uma rede de 'saúde alternativa' no baixo Amazonas, assim identificada pelo fato de assumir uma concepção global de saúde, que considera planos e elementos físicos, psicológicos e espirituais de modo integral, distanciando-se da biomedicina, caracterizada pela extrema especialização.

Todavia as casas não recusam medicamentos nem diagnósticos correntemente utilizados na biomedicina; antes, articulam-nos aos próprios métodos e produtos de saúde, alimentando um repertório terapêutico permanentemente aberto e em processo de formação e aprimoramento, que se distingue também das práticas tradicionais de cura e pajelança mencionadas por Galvão (1955). Por isso caracterizam-se como 'alternativas', adjetivo que maneja de modo a marcar sua posição singular. Se os tratamentos que as casas oferecem não são propriamente alternativos, posto que em grande parte são tradicionais, a rede em si é alternativa, pois ocupa uma posição invulgar no campo da saúde.

Se os usos medicinais das plantas, baseados em conhecimentos tradicionais inventariados em comunidades locais, caracterizaram a primeira fase da rede – sob forte influência da Igreja Católica – a incorporação de técnicas bioenergéticas, florais de Bach, homeopatia, radiestesia e outras terapias exógenas marcou a expansão da malha de redes formada pelos colaboradores das casas, ainda em franca cooperação com círculos católicos. Já a penetração de conhecimentos científicos nas casas tem sido favorecida pela aproximação de institucionalidades não religiosas, situadas nos campos da pesquisa e do mercado.

Na lógica que orienta a ação da rede e das casas, não há incongruência entre tradição e inovação, o que endossa a alegação de Cunha (2009, p. 302) quanto aos regimes de conhecimentos tradicionais, os quais, segundo ela, “. . . consiste[m] tanto ou mais em seus processos de investigação quanto nos acervos já prontos transmitidos pelas gerações anteriores”. Com efeito, os conhecimentos que dão suporte à ação das casas de saúde passam por um contínuo processo

de construção, reelaboração e atualização, favorecido pelas regulares interações em rede, por sua vez, norteadas por um sistema de dádivas que incita a dar, receber e retribuir: conhecimentos, mudas de plantas, receitas, remédios, contatos e trabalho. A tradição, portanto, demanda contínuas inovações que operam recortes conceituais no universo de possibilidades aplicáveis ao objetivo de obter e/ou manter a saúde integral. Logo, as inovações pressupõem escolhas, as quais, no contexto estudado, têm levado sucessivamente à ampliação e ao adensamento da rede, e gerado, dessa maneira, mais possibilidades de inovação. Ademais, as sucessivas escolhas feitas em cada casa são atos políticos de indivíduos e grupos comprometidos com a concepção de saúde integral que defendem, mais do que com qualquer sistema fechado de conhecimentos ou ideias. Por esse motivo, empenham-se em proporcionar o aprendizado social sobre a 'medicina caseira' por meio da “. . . transmissão, através das gerações, de um corpo de conhecimentos culturais sob a forma de uma tradição [que] consiste não no próprio comportamento, mas em um sistema de esquemas para gerá-lo” (Ingold, 2011, p. 16).

No campo etnográfico delimitado neste artigo, destaca-se que as referidas escolhas são, em regra, decisões administrativas e terapêuticas tomadas por mulheres que, como em outras regiões do Brasil, têm assumido o protagonismo na busca de soluções eficazes para os problemas vividos por grande parte da população de zonas rurais, ribeirinhas e periféricas. Nas buscas que essas integrantes da rede de saúde do baixo Amazonas têm empreendido, as noções de alternativo e tradicional combinam-se tanto no plano conceitual, quanto nas esferas de ação concreta das casas.

A regra das combinações de tradição com inovação, no caso, tem ignorado as rígidas divisões estabelecidas na ciência moderna, em que as especializações demarcam discontinuidades entre sujeitos e objetos, entre o biológico e o genético, a evolução e a história, o conhecimento e a informação (Ingold, 2011, 2010, 2012; Latour, 1994). As práticas de saúde realizadas nas casas seguem, antes, uma

lógica que hibridifica diferentes sistemas de tratamentos considerados eficazes, tornando-os alternativos a si mesmos. Essa lógica abre também perspectivas para uma verdadeira multiplicação de habilidades em processos coletivos de produção de conhecimentos, nas quais organismos e ambientes interagem em sistemas dinâmicos que propiciam não "... um suprimimento acumulado de representações, mas uma educação da atenção" (Ingold, 2010, p. 7).

## AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa recebeu financiamento do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (via Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC), e do Ministério da Educação, por meio do Programa de Extensão Universitária (Proext/MEC).

## REFERÊNCIAS

- Alvarenga, M. J. S. (2018). O candomblé começa na cozinha: alimentação, aprendizado e transformação. *Habitus*, 16(2), 275-292.
- Anderson, B. (2008). *Comunidades imaginadas: reflexões sobre a origem e a difusão do nacionalismo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Anjos, G. (2008). Liderança de mulheres em pastorais e comunidades católicas e suas retribuições. *Cadernos Pagu*, (31), 509-534. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332008000200021>
- Azevedo, C. R., & Apel, M. (2004). *Co-gestão: um processo em construção na várzea amazônica*. Manaus: ProVárzea.
- Bott, E. (1976). *Família e rede social*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Campos, C. (2003). As relações de gênero e o MST. In Setor Nacional de Gênero-MST, *Construindo novas relações de gênero: desafiando relações de poder* (pp. 7-31). São Paulo: ANCA.
- Cunha, M. C. (2009). Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico. In M. C. Cunha, *Cultura com aspas* (pp. 301-310). São Paulo: Cosac Naify.
- Da Matta, R. (1986). *O que faz o Brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco.
- Ferro, G. (2015). Cultivando a saúde: uma história de mulheres e fitomedicamentos num assentamento do MST no estado de São Paulo. *Revista Fitos*, 9(1), 1-72).

- Fontes, B. (2004). Sobre trajetórias de sociabilidade: a ideia de rede de saúde comunitária. In P. H. Martins & B. Fontes (Eds.), *Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas* (pp. 121-140). Recife: EdUFPE.
- Galvão, E. (1955). *Santos e visagens: um estudo da vida religiosa de Itá, Baixo Amazonas*. São Paulo: Nacional.
- Hall, S. (2011). *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Haraway, D. (2000). Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In T. T. Silva (Org.), *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano* (pp. 33-118). Belo Horizonte: Autêntica.
- Healing. (n.d.). Recuperado de: <https://healing.com.br/>
- Ingold, T. (1995). Building, dwelling, living: how animals and people make themselves at home in the world. In M. Strathern (Ed.), *Shifting contexts: transformations in anthropological knowledge* (pp. 57-80). London, England: Routledge.
- Ingold, T. (2010). Da transmissão de representações à educação da atenção. *Educação*, 33(1), 6-25.
- Ingold, T. (2011). 'Gente como a gente': o conceito de homem anatomicamente moderno. *Ponto Urbe*, 9, 1-24. doi: <https://doi.org/10.4000/pontourbe.1823>
- Ingold, T. (2012). Caminhando com dragões. In C. A. Steil & I. C. Carvalho (Eds.), *Cultura, percepção e ambiente: diálogo com Tim Ingold* (pp. 15-29). São Paulo: Terceiro Nome.
- Labate, B. C., & Goulart, S. L. (2005). *O uso ritual das plantas de poder*. Campinas: Mercado de Letras.
- Labate, B. C., & Goulart, S. L. (2019). *O uso de plantas psicoativas nas Américas*. Rio de Janeiro: Gramma.
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- Latour, B. (1994). *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)
- Leroy, J. R. J. (1989). *Uma chama na Amazônia* (Dissertação de mestrado). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Lévi-Strauss, C. (1989). A ciência do concreto. In C. Lévi-Strauss, *O pensamento selvagem* (pp. 15-49). Campinas: Papirus.
- Lévi-Strauss, C. (2004). *O cru e o cozido* (Mitológicas 1). Rio de Janeiro: Cosac Naify.

- Machado, J. S. (2012). *Lugares de gente: mulheres, plantas e redes de troca no delta amazônico* (Tese de doutorado). Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Mata, R. P. C. (2016). A igreja católica na Amazônia. *Revista Terceira Margem Amazônia*, 2(6), 257-275.
- Maués, R. H. (2010). Comunidades “no sentido social da evangelização”: CEBs, camponeses e quilombolas na Amazônia oriental brasileira. *Religião e Sociedade*, 30(2), 13-37. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-85872010000200002>
- Mauss, M. (2003). *Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas*. São Paulo: Cosac Naify.
- Meneses, M. P. R., & Sarriera, J. C. (2005). Redes sociais na investigação psicossocial. *Aletheia*, (21), 53-67.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2015). *Tecendo a saúde das mulheres do campo, da floresta e das águas: direitos e participação social*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Neves, D. P. (2009). Os ribeirinhos-agricultores de várzea: formas de enquadramento institucional. *Novos Cadernos NAEA*, 12(1), 67-92.
- Pulga, V. L. (2013). Contribuições do movimento de mulheres camponesas para a formação em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 11(3), 573-590. doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000300007>
- Rodrigues, M. L. (2014a). O “resgate” das plantas medicinais para “retirar” as mulheres de casa: a experiência da Comissão Saúde e Alimentação do Polo Sindical da Borborema, na Paraíba. *Vivência: Revista de Antropologia*, 1(43), 97-110.
- Rodrigues, M. L. (2014b, agosto). Misturando receitas: a circulação de saberes sobre plantas medicinais entre as “agentes do conhecimento tradicional” da Rede Fitovida (RJ) e as trabalhadoras rurais nos “arredores de casa” (PB). In *Anais da 29ª Reunião Brasileira de Antropologia*, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Sahlins, M. (1997). O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção. *Mana*, 3(1), 42-73. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-93131997000100002>
- Simão, L. M. (2019). A Casa da Memória da Rede Fitovida: estratégias associativas de grupos comunitários de saúde um busca do Registro de Patrimônio Imaterial. In K. C. A. Souza (Org.), *Utopias e Distopias da Ciência Política* (Vol. 1, pp. 42-51). Ponta Grossa: Atena.
- Sousa, R. V. (2002). *Campesinato na Amazônia: da subordinação à luta pelo poder*. Belém: NAEA.
- Teixeira, I. M. C., & Oliveira, M. W. (2014). Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas [Supl. 2]. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 1341-1354.
- Toniol, R. (2017). Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. *Anuário Antropológico*, (2), 267-299. doi: <https://doi.org/10.4000/aa.2330>
- Valla, V. V. (2002). Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 63-170. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100006>
- Van Gennepe, A. (2011). *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes.
- Vaz Filho, F. A. (2016). *Pájes, benzedores, puxadores e parteiras: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia*. Santarém: UFOPA.
- Wawzyniak, J. V. (2008). *Assombro de olhada de bicho: uma etnografia das concepções e ações em saúde entre ribeirinhos do baixo rio Tapajós, Pará-Brasil* (Tese de doutorado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.
- Wikipédia: a enciclopédia livre. (2020). *Santarém (Pará)*. Recuperado de: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Santar%C3%A9m\\_\(Par%C3%A1\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Santar%C3%A9m_(Par%C3%A1))

## CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

As autoras declararam participação ativa durante todas as etapas de elaboração do manuscrito.

