

NECESSÁRIAS: REPENSANDO O PAPEL DAS UBS'S A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA AMAZÔNIA PARAENSE

NECESSARY: RETHINKING THE ROLE OF BASIC HEALTH
UNITS (UBS) THROUGH THE EXPERIENCES OF WOMEN IN
COMPREHENSIVE CARE IN THE PARÁ AMAZON

NECESARIAS: REPENSANDO EL PAPEL DE LAS UBS A PARTIR
DE LAS EXPERIENCIAS DE MUJERES EN LA INTEGRALIDAD
DEL CUIDADO EN LA AMAZONÍA PARAENSE

LEONARDO SILVEIRA SANTOS

● Doutorando em Sociologia e Antropologia pela Universidade Federal do Pará.

FLÁVIA CRISTINA SILVEIRA LEMOS

● Professora Titular da Universidade Federal do Pará.

RESUMO

Este trabalho analisa a necessidade de reescrever o papel das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na Amazônia, visando um atendimento mais inclusivo e intercultural para os grupos sociais, sobretudo, as mulheres ribeirinhas, quilombolas, indígenas e da floresta. Embora a presença das UBS's represente um avanço significativo para a saúde coletiva, os modelos atuais carecem de uma abordagem que inter-relacione diferentes saberes plurais nas sociobiodiversidade em sua complexidade política, cultural, subjetiva, econômica e de expressões religiosas. O artigo destaca a necessidade de pensar os territórios-corpos de mulheres que destinam suas vidas ao cuidado comunitário nas práticas de cura diversas e propõe que seus saberes e memórias sejam escutados com atenção pelo sistema de saúde por meio da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa colaboração é essencial para promover um atendimento que respeite e valorize os modos de vida no cotidiano ao deslocar as lógicas excludentes no sistema de saúde brasileiro por meio da integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Unidade Básica de Saúde; mulheres; saberes; Diálogo; Integralidade SUS.

ABSTRACT

This study examines the need to redefine the role of Basic Health Units (UBS) in the Amazon, aiming for a more inclusive and intercultural approach to healthcare for social groups, particularly riverine women, quilombola women, Indigenous women, and forest dwellers. While the presence of UBS represents a significant advancement for collective health, the current models lack an approach that interrelates diverse forms of knowledge within the sociobiodiversity's political, cultural, subjective, economic, and religious complexities. The article highlights the necessity of considering the territories-bodies of women who dedicate their lives to community care and diverse healing practices, proposing that their knowledge and memories be attentively heard by the healthcare system through equity within the Unified Health System (SUS). This collaboration is essential to promote care that respects and values everyday ways of life, challenging the exclusionary logic of the Brazilian healthcare system through comprehensive care.

Keywords: Basic Health Unit; women; knowledge; dialogue; SUS comprehensiveness.

RESUMEN

Este trabajo analiza la necesidad de reescribir el papel de las Unidades Básicas de Salud (UBS) en la Amazonía, buscando una atención más inclusiva e intercultural para los grupos sociales, sobre todo, las mujeres ribereñas, quilombolas, indígenas y de la selva. Aunque la presencia de las UBS representa un avance significativo para la salud colectiva, los modelos actuales carecen de un enfoque que interrelacione diferentes saberes plurales en la sociobiodiversidad en su complejidad política, cultural, subjetiva, económica y de expresiones religiosas. El artículo destaca la necesidad de pensar en los territorios-cuerpos de mujeres que destinan sus vidas al cuidado comunitario en las prácticas diversas de sanación y propone que sus saberes y memorias sean escuchados con atención por el sistema de salud a través de la equidad en el Sistema Único de Salud (SUS). Esta colaboración es esencial para promover una atención que respete y valore los modos de vida en lo cotidiano, desplazando las lógicas excluyentes en el sistema de salud brasileño mediante la integralidad del cuidado.

Palabras clave: Ultramontanismo; Catolicismo; Anticlericalismo

INTRODUÇÃO

O texto a seguir faz parte de uma pesquisa que envolve a escuta das experiências de mulheres nas biografias etnográficas do cuidado comunitário, desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Pará. Este estudo possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)¹ e colaboração do Laboratório e Museu Digital: Antropologia da Religião na Amazônia, da Universidade do Estado do Pará.

Ao longo de nossas experiências etnográficas, tivemos a oportunidade de aprofundar o contato com diversas realidades e interagir com grupos sociais distintos na Amazônia paraense, incluindo pescadores(as) artesanais, ribeirinhos(as), povos indígenas e comunidades quilombolas. Este estudo, em particular, analisa nossas inquietações e interpretações situadas em uma multiplicidade de diagramas (Marcus, 1995), a partir de pesquisas de campo realizadas em três localidades, sendo duas no Nordeste do Pará: Combu (Região Metropolitana de Belém), Itapuá (Microrregião do Salgado Paraense) e Bonifácio (Microrregião Bragantina no Nordeste do Pará).

Para tanto, este artigo conta com a colaboração de três mulheres, cujas práticas de cuidado estão profundamente enraizadas às tradições comunitárias com saberes e dinâmicas locais. Plantas, animais, encantarias, astros, santos, rezas, orações, ladainhas, fardos, curas, proteções, adoecimentos, xaropes, macerações, puxações, benzimentos, medicamentos sintéticos, entre outros aspectos se envolvem em semelhantes práticas terapêuticas entre elas.

As semelhanças não estavam limitadas ao modo como essas mulheres compreendiam as formas de cuidado, suas falas convergiam em críticas dolorosas ao atendimento à saúde oferecido pelo Estado, especialmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A similaridade de suas falas chamava nossa atenção e nos convidava a refletir sobre o papel desses equipamentos de saúde e de que maneira os saberes locais podem contribuir para o bem-estar coletivo. Dessa forma, este escrito baseia-se justamente nessa relação entre mulheres que cuidam e as Unidades Básicas de Saúde de suas respectivas localidades.

A estruturação deste trabalho fundamenta-se na abordagem etnográfica multissituada, conforme delineada por George Marcus (1995), que busca entender e interconectar fenômenos sociais análogos que emergem e se reconfiguram em diferentes contextos. Entre os anos de 2022 à 2024, nossa prática etnográfica foi acompanhada por um conjunto de ferramentas metodo-

¹ Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 72292123.0.0000.0018; Parecer de aprovação nº 6.760.361.

lógicas – incluindo cadernos de notas, diário de campo, câmera fotográfica e gravador de voz. Cada uma dessas técnicas foi previamente apresentada aos(às) interlocutores(as), juntamente com uma explicação sobre o trabalho realizado e os propósitos de nossa presença no campo.

RESULTADO E DISCUSSÕES

MULHERES NECESSÁRIAS E CONSAGRADAS

Em nossas vivências entre Combu, Itapuá e Bonifácio, emergiram de forma recorrente o protagonismo das mulheres em práticas de cura, benzeduras, puxamentos, partos, além da preparação de chás, xaropes e garrafadas. A centralidade das mulheres no cuidado físico, espiritual e social é uma característica marcante entre os grupos sociais que compõem esta análise no artigo ora apresentado. No entanto, cabe destacar a presença de homens também envolvidos em práticas locais de cuidado. Exemplos disso incluem um senhor em Bonifácio, que já realizou mais de dez partos, além de um comerciante de garrafadas e de um rezador na Ilha de Itapuá-PA. Esses casos ilustram como, embora o cuidado seja amplamente associado às mulheres, há homens que transitam nas práticas de cuidado pertencentes a esses grupos sociais.

No campo acadêmico, as pessoas reconhecidas em suas comunidades por sua experiência, habilidades ou sabedorias em práticas de cuidado são frequentemente categorizadas sob o termo ‘especialistas locais’. Embora esse conceito seja prático para agrupar a diversidade de etno-expressões do cuidado, a consideramos limitada por sua tendência à generalização. Designar alguém como ‘especialista’ implica uma competência específica, como no caso da cura que ainda traz marcas biomédicas e de lógicas hierarquizadas de sociedade.

Contudo, uma análise mais aprofundada revela que essas mulheres não se limitam a um domínio especializado, mas articulam um conhecimento holístico que abrange múltiplos aspectos de suas vivências e práticas. A mesma mulher que cura é a que protege, que planta, que pesca, que tece, que cozinha, que comercializa e que cuida; como Cora Coralina nos ensina em seu poema “Todas as Vidas”, há muitas vidas coexistindo dentro da mulher.

A ampla gama de saberes e práticas evidenciadas por essas mulheres revela que seus papéis sociais transcendem à especialização em uma única área. Ao invés de utilizar o ter-

mo ‘especialistas’, podemos nos apoiar no pensamento de Antônio Bispo (2023, p. 12), que sugere uma denominação mais significativa: ‘necessárias’. Como o autor afirma, “O termo que tem valor para nós é necessário. [...]. As pessoas necessárias são aquelas cuja ausência é sentida, que fazem falta. São indivíduos cuja presença é imprescindível, a quem se recorre” (Bispo, 2023, p.12).

Esse conceito ressalta que, pensando para além de um conhecimento técnico ou específico, essas mulheres ocupam um lugar central nas relações entre seus grupos sociais, desempenhando diversos papéis vitais, inclusive, aqueles que permeiam as esferas do cuidado.

VERBETES BIOGRÁFICOS

O diálogo com as mulheres foi constituído a partir das falas com grupos sociais que indicaram pessoas que eram reconhecidas por suas práticas no cuidado. O encontro com elas foi a possibilidade de nos conhecermos e de conversar sobre temas que envolvem saúde, plantas, religião, ambientes diversos, entre muitos outros. Dessa relação dialogal foi possível elaborar verbetes biográficos de cada mulher, tendo como base suas falas a respeito de si mesmas e suas percepções sobre a atenção à saúde coletiva em suas localidades.

Seguindo as palavras de Flávio Gomes, Jaime Lauriano e Lilia Schwarcz (2021, p.16) este escrito não se trata de inventar heroínas ou enumerar vítimas, muito menos de construir narrativas subalternas ou subalternizadas. Trata-se de registrar as falas de mulheres que dedicaram suas vidas ao cuidado de uma ou várias pessoas, até dezenas ou centenas, e que, com a entrada mais efetiva do poder público nos territórios, se encontram escamoteadas, invisibilizadas e até silenciadas. Seus saberes foram reduzidos ou classificados como complementares a terapias baseadas em saberes externos, aplicadas de forma generalizada e sem considerar os saberes locais.

Dona Mariquinha, na Ilha do Combu, Dona Creuza, na Ilha de Itapuá, e Baruca, na Vila pesqueira do Bonifácio, nos ajudam a contar um pouco do cenário das práticas do cuidado e das lutas destas mulheres para manter de forma dinâmica os seus saberes.

Dona Mariquinha

Na comunidade Boa Esperança, localizada na interseção dos rios Guamá e Acará e da baía do Guajará, Dona Mariquinha, ou simplesmente a ‘Vovó’ é a moradora mais antiga, com 81 anos. Ela se destaca como curandeira, parteira, remedieira e benzedeira, expressando assim a diversidade de suas práticas de cura. A vida de Mariquinha está profundamente entrelaçada com essas tradições, que, por sua vez, revelam aspectos de sua biografia e da própria história da ilha. Na cabeceira do igarapé do Combu, Mariquinha participava de pajelanças, onde conviveu com pajés e encantarias, além de aprender diversas práticas de cuidado.

Até o final deste escrito, é importante destacar que Dona Mariquinha, embora não se considere “crente”, mantém uma rotina de frequentar duas igrejas pentecostais onde seus filhos mais novos congregam. Esse fato estabelece uma dinâmica onde práticas pentecostais de cura são envolvidas e modificadas em seus saberes. O Combu enfrenta mudanças sociais, culturais e ambientais significativas, que impactam diretamente a maneira como as doenças são percebidas e tratadas. Dona Mariquinha, ainda ativa em suas práticas terapêuticas, observa: “hoje em dia, o povo só quer saber de médico”.

No entanto, essa realidade não é condenada; ela mesma realiza consultas regulares com profissionais da medicina convencional. Entretanto, Mariquinha enfatiza que esses cuidados não podem ser dissociados da “cultura da ilha”. Para ela, o uso de medicamentos ou recomendações médicas deve considerar as práticas, os interditos e os rituais que permeiam a vida na comunidade. A relação de Mariquinha com a Unidade Básica de Saúde (UBS) é marcada por tensões. Ela expressa insatisfação, afirmando que “lá não tem medicamento que preste”. Por isso, prefere se consultar com um médico na Região Metropolitana de Belém, devido a maior estrutura e pelo fato desse profissional ser mais aberto ao diálogo, como ela coloca: “ele é bom de conversa”.

Dona Creuza

Na ilha de Itapuá, próxima ao centro de Vigia, vive Dona Creuza Leal, uma senhora de 74 anos, que se destaca por sua relação com as plantas e com o catolicismo. Embora não se identifique com títulos como parteira, benzedeira ou curandeira, ela prefere não adotar uma denominação específica para suas práticas, seu nome é amplamente mencionado pelos moradores de Itapuá. “Vai lá, que ela tem muita planta”, comentou um pescador da ilha, ressaltando

o reconhecimento local de seus conhecimentos. Ao chegar à casa de Dona Creuza, o que se destaca de imediato é seu vasto quintal, repleto de uma densa diversidade botânica. Para olhos destreinados, a distribuição e a quantidade de plantas parecem um mundo caótico, mas Dona Creuza, com sua sabedoria, identifica cada espécie e conhece suas propriedades terapêuticas e alimentícias. Dentro de sua casa, a diversidade continua, mas desta vez, santos e santas católicos coabitam um espaço de devoção.

Entre eles, destaca-se São Benedito, que, apesar de não ser o padroeiro dos pescadores e nem de Itapuá, possui grande devoção na ilha. Moradores frequentemente deixam velas e orações ao santo, pedindo de intercessão na saúde e na proteção, especialmente em relação à vida na pesca. Além de seus conhecimentos sobre plantas e sua devoção religiosa, Dona Creuza também tem um passado de envolvimento com a saúde pública local. Ela fez parte da primeira equipe da Unidade Básica de Saúde de Itapuá, atuando no cadastro e acolhimento de pacientes. Atualmente, Dona Creuza raramente frequenta a unidade de saúde local em Itapuá, lamentando a ausência de atendimento regular: “O médico aqui não dá nem as caras, só vem na quinta e quando vem”. Em vez disso, ela prefere buscar atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Castanhal, localizada a cerca de 76 km de sua residência, ou consultar-se com uma médica cubana que já trabalhou na UBS de Itapuá e agora possui um consultório particular na cidade de Vigia. Esse comportamento reflete sua insatisfação com o serviço de saúde local e a busca por um cuidado mais eficiente e constante, ainda que distante de sua comunidade. A trajetória de Dona Creuza reflete o entrelaçamento entre sua sabedoria e o que ela entende ser o melhor atendimento para sua saúde.

Dona Baruca

No Bonifácio, uma vila pertencente à cidade de Bragança e localizada dentro dos limites da Resex Caeté-Taperaçu, reside uma senhora de grande experiência como parteira e benzeadeira. Baruca, de 84 anos, cujo apelido dados por seus pais o acompanha até hoje, construiu uma sólida reputação ao longo de décadas. Com mais de cinquenta partos realizados, ela não apenas desempenhou um papel fundamental no partejo, mas também se consolidou como uma figura central no cuidado à saúde de forma mais ampla. Segundo Baruca, ser parteira não significa atuar exclusivamente na prática do parto, mas envolve outras ações que vão desde o nascimento até o desenvolvimento da criança. Chás, rezas e benzeções são algumas de suas práticas do cuidado.

Na frente de sua casa, as plantas marcam forte presença e diversidade, é o espaço onde Dona Baruca planta, cuida e colhe. Essas plantas dão boas-vindas e marcam um modo de vida que é diferente da maioria das outras residências. Em sua sala, as plantas naturais dão lugar às artificiais. Ao lado delas, ou melhor, misturadas a elas, está um oratório com várias imagens de santos e santas católicos. A dualidade entre as práticas tradicionais de cura e a devoção religiosa revela um sistema de crenças profundamente enraizado nos modos de vida de Dona Baruca.

Além disso, o oratório também abriga representações de animais, como tatus e pássaros, criando uma composição que remete a uma floresta. Nesse cenário repleto de simbolismo, santos e santas, plantas, animais e pessoas coexistem, oferecendo um horizonte onde há uma conexão profunda e indissociável entre a religião, a religiosidade e os entes florestais.. Essa relação também é um aspecto de como Dona Baruca entende a vida e suas práticas de cuidado, sempre relacionando plantas, parte de animais e religiosidade.

Por outro lado, sua relação com outro sistema voltado à saúde, a medicina de Estado, carece de harmonia. Apesar de sua residência ser vizinha à Unidade Básica de Saúde (UBS) de Ajuruteua-PA, Baruca prefere deslocar-se até a cidade de Bragança para receber atendimento médico. Esse comportamento evidencia uma tensão latente entre os saberes locais e a medicina oficial. A escolha por buscar tratamento fora da comunidade, mesmo com a UBS ao lado de sua casa, sugere uma insatisfação com o atendimento oferecido pela estrutura pública local, que pode ser vista como insuficiente ou distante das necessidades de seu modo de vida.

A UBS COMO PORTA BLOQUEADA

Ao analisar suas biografias vamos perceber que há elementos que se inter cruzam como doenças, plantas, terapias, crenças, religiosidade, atividades econômicas e sentido de pertencimento ao lugar. Entretanto, neste escrito iremos nos deter na investigação de dois pontos nevrálgicos na relação dessas mulheres com as UBSs: As críticas à medicina de Estado e a vivência com os profissionais de saúde cubana.

Antes de adentrarmos nesses aspectos, é importante destacar que as Unidades Básicas de Saúde foram criadas para serem a porta preferencial de entrada ao Sistema Único de Saúde. O objetivo desses espaços é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que

haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais². Nos campos deste artigo a partir da pesquisa realizada, as UBSs começaram a se instalar nos anos 90 e início do século XXI, o que foi um importante avanço significativo à saúde, principalmente pelas campanhas de imunização, algo constantemente lembrado pelos habitantes do Combu, Itapuá e Bonifácio.

Para Mariquinha, a UBS é o último lugar de acolhimento à saúde a que ela pretende ir. Sua presença no local só é possível após muitas conversas e tensionamentos com a família. “Eu só vou quando meus filhos e filhas me perturbam. Depois que eu vou, eles ficam passando vergonha comigo, porque eu começo a apontar o que está errado”, conta a senhora ao relatar que, ao chegar à UBS, não mede críticas, principalmente aos medicamentos ineficazes, à limpeza do ambiente e à falta de atenção. São problemas que a fazem buscar no continente um tratamento mais humanizado.

Dona Creuza destinou 36 anos de sua vida trabalhando na saúde pelo município; boa parte desse período foi na UBS de Itapuá, que ela, inclusive, ajudou a fundar. Hoje, o local é visto por ela como algo que faz mal à saúde. “Ninguém olha na tua cara, o médico então é um preguiçoso que só trabalha na quinta”, nos revela essa senhora. Um quadro preocupante, mas que infelizmente é a realidade em muitos lugares. No Combu, por exemplo, as consultas ocorrem pela manhã, de segunda a quinta. Durante a campanha de imunização contra a Covid-19³, Dona Creuza mostrava sua indignação com o modo como as vacinas eram aplicadas: “O senhor viu como essas enfermeiras estão aplicando a vacina? É muito despreparo, não tem um pingão de carinho”.

No Bonifácio, Dona Baruca, ao explicar sua relação com a UBS de Ajuruteua, expressa uma fala que, à primeira vista, parece inusitada: “O povo de lá é fofoqueiro.” Certa vez, essa senhora, com fortes dores abdominais advindas de uma gastrite nervosa — doença diretamente ligada a fatores emocionais — buscou na UBS de Ajuruteua uma forma de aliviar o sofrimento. Ocorre que, de algum modo, a notícia se espalhou pela comunidade, e no outro dia “todos” sabiam que Dona Baruca estava doente, fato que a deixou bastante irritada e agravou ainda mais o seu quadro clínico.

² Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/o-que-tem-na-ubs>>. Acessado em: 21 de jan. de 2023.

³ Infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. Disponível em: << <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19>>>. Acessado em: 31 de outubro de 2024.

O fato de o grupo social vê-la como doente significava uma forma de exclusão para essa senhora. Os olhares lançados a ela carregavam pena, desconforto e certo afastamento. Essa percepção a colocava em uma posição marginalizada, afastando-a das interações cotidianas e limitando seu espaço de pertencimento. Cada olhar reafirmava sua condição de “diferente” ou “fragilizada”, contribuindo para uma sensação de isolamento e dificultando que fosse vista além da condição de “doente”.

Estar na UBS é estar doente e colaborar para o processo de escamoteamento social, sobretudo, de silenciamento das mulheres e das pessoas de comunidades tradicionais que têm seus saberes desconsiderados e não escutados. Por outro lado, buscar a presença de Dona Mariquinha, Dona Creuza ou Dona Baruca não significa uma ligação direta à doença. Novamente evocando Bispo (2023), podemos entender que essas senhoras são pessoas a quem se recorre; são mulheres que aconselham, que compartilham saberes e vivências.

Pensar em seus papéis voltados ao cuidado é envolver uma gama de procedimentos que não estão diretamente relacionados ao preparo e à distribuição de medicamentos naturais. Suas práticas podem inter-relacionar diversos elementos — como plantas, medicamentos sintéticos, minerais e interditos — mas também se caracterizam pela oralidade e pelos sábios conselhos. O cuidado que elas apresentam ao receber as pessoas é crucial para conhecê-las e assim proporcionar a melhor indicação e orientação de cuidado. Não medem esforços para realizar o cuidado, nem que isso envolva deslocamentos até as pessoas atendidas; são mulheres que cuidam 24 horas por dia e, em muitos casos, representam o primeiro contato do grupo social com a medicina e outras ciências do âmbito da política de saúde instituída nos equipamentos de saúde do Estado.

A falta de um acolhimento semelhante, com respeito às pessoas e, principalmente, ao fato de elas também atuarem no campo da saúde, são fatores que favorecem a construção de um muro invisível, mas sólido, que as impede ou rejeita suas presenças nas UBSs de suas respectivas localidades. Nesse ponto, é importante destacar que essas tensões são quebradas quando o corpo técnico das UBSs é categorizado como “bacana.” O ser “bacana ou bom/boa”, constantemente revisitado por elas, é o cerne que qualifica como adequado um atendimento e um relacionamento. A equipe era bacana, ou o médico, a enfermeira era bacana ou bons comigo. O interessante neste caso é que grande parte das pessoas que recebiam essa qualificação eram “os de fora”, no caso, os(as) cubanos(as).

OS(AS) MÉDICOS(AS) CUBANOS(AS)

As tensões evidenciadas nas falas dessas senhoras sobre as UBSs contrastam com um outro momento que elas lembram: a chegada dos(as) médicos(as) cubanos(as). Nessa parte do texto vamos nos deter nas vivências de Dona Creuza e de Dona Baruca, senhoras que conviveram com profissionais de saúde cubana em suas respectivas localidades. Para nos auxiliarem nessa elaboração vamos propor um texto que dialogue com autoras decoloniais, por entender que a partir deles podemos ter uma visão crítica sobre as colonialidades no Estado e a luta pelo fortalecimento dos saberes locais.

Em 2013, foi criado o programa “Mais Médicos” pelo governo federal, a proposta previa enfrentar o problema histórico da falta de médicos(as) e para aprimorar a Atenção Básica no Brasil, principalmente nas regiões que foram alvo de expropriação econômica e política dos chamados grandes projetos desenvolvimentistas com baixo impacto positivo para a população. Os(as) profissionais de saúde, integrados(as) ao programa, eram das equipes de saúde da família nas UBSs⁴. A proposta se notabilizou pelo acordo firmado com a Organização Pan-Amazônica de Saúde - OPAS⁵, o que proporcionou a integração de médicos(as) cubanos(as) em vagas não preenchidas pelos(as) médicos(as) brasileiros(as).

Franco (*et al.* 2018) ao investigar a integralidade das práticas médicas cubanas, no âmbito do programa mais médicos, destacaram o bom relacionamento interpessoal, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a qualidade de atenção. Algo bastante similar no discurso de Creuza e de Baruca. Ao rememorar lembranças afetivas desses(as) profissionais cubanos(as): “Quando eu não podia ir, ele vinha aqui em casa me examinar” (Baruca), “Aquela médica era muito bacana, muito gente boa. Ela até me perguntava sobre as plantas que eu fazia remédio” (Creuza). Um ponto interessante dessa relação é o interesse dos(as) médicos(as) cubanos(as) em aprender com elas sobre suas práticas de cura e os seus diagnósticos culturais sobre as enfermidades e sobre a vida no cotidiano de seu andar.

Nas consultas, não havia uma verdade absoluta, ou uma ciência verdadeira e falsa, não havia uma hierarquia de saberes, mas diálogo e respeito às pessoas. Os(as) profissionais cubanos(as)

4 Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/>> Acessado em: 02 de jan. de 2023.

5 A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) trabalha com os países das Américas para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações. Fundada em 1902, é a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/brasil>>. Acessado em 23 de jan. de 2023.

expressavam interesse em aprender sobre as singularidades que compreendem, antropológica-mente, os grupos sociais de uma Amazônia heterogênea. Os ritos, os mitos, as práticas e os entes botânicos faziam parte das consultas e não eram tratados(as) em tons jocosos ou como algo sem credibilidade, que já foi superado por uma ciência dita oficial, acadêmica.

Em antagonismo a essa interação, em grande maioria, os(as) médicos(as) brasileiros(as) carregavam traços de mágoa e revolta no discurso das protagonistas deste estudo. Ficava evidente uma hierarquia e uniformização na forma de realizar a produção da saúde, uma diferença abissal na forma que eram conduzidos os atendimentos pelos(as) cubanos(as). Pelo pensamento de Santiago Castro-Gómez (2005) é possível pensar que há uma violência epistêmica que é fomentada pelo Estado, na medida em que ele busca entender como a esfera em que todos os interesses encontrados na sociedade podem chegar a uma “síntese”, isto é, uma espécie de denominador comum que pode ser válido a todos que a ela pertencem.

Todas as políticas e as instituições estatais (a escola, as constituições, o direito, os hospitais, as prisões, etc.) serão definidas pelo imperativo jurídico da “modernização”, ou seja, pela necessidade de disciplinar as paixões e orientá-las ao benefício da coletividade através do trabalho. A questão era ligar todos os cidadãos ao processo de produção mediante a submissão de seu tempo e de seu corpo a uma série de normas que eram definidas e legitimadas pelo conhecimento. (Castro-Gómez, 2005).

Desse modo, a saúde ofertada pelo Estado parece seguir a mesma orientação, com um agravante, a formação acadêmica dos(as) médicos(as) apresenta uma disparidade, quando comparada aos(às) cubanos(as), não no que tange seus conhecimentos sobre a medicina, mas principalmente no modo de compreender e se relacionar com a alteridade. Ressalto que este texto não é uma espécie de manifesto contra os(as) profissionais de saúde do Brasil, há, por essas senhoras, recordações de grande valia também aos(às) trabalhadores(as) da saúde brasileiros(as), mas que se apresentam de forma esporádica. O que pretendemos demonstrar aqui é como a medicina cubana, baseada na interculturalidade de conhecimentos entre médico(a) e paciente, está mais afeita ou mais aberta ao diálogo às práticas terapêuticas locais quando comparada à formação médica brasileira.

Acredito que cada localidade possui formas diferentes de diagnosticar, entender e enfrentar uma adversidade, são biomas (várzea, mangue e terra-firme) e pessoas que interagem de diferentes formas, e isso influi diretamente no modo de entender uma terapia. Para o Estado, como estratégia sanitária, nessas áreas que também são consideradas de populações tradicionais de pescadores(as) e ribeirinhos(as), as UBSs se apresentaram como instrumentos de colonização, isto é, subalternizando saberes locais em prol de uma medicina “verdadeira”. Mignolo (2008), nos ajuda a pensar que os saberes locais são negados pela sua base de pensamento não eurocentrada e, por isso, não é vista como racional.

Em comunidades indígenas há, mesmo com as diversas críticas, uma preocupação maior em oferecer uma medicina interrelacionada ao modo de vida dessas populações. Trazemos ao debate um trabalho organizado por Augusto Santos e Rita Lewkowicz (2020), sobre as memórias e reflexões de Domingos Santa Rosa, uma liderança indígena da Aldeia Kumarumã que se notabilizou pelo seu protagonismo no movimento indígena do Oiapoque - Norte do Amapá. Dentre as tantas reflexões trazidas sobre os conhecimentos ancestrais, problemas ambientais, gestão da terra, educação e a relação com órgãos federais, como a FUNAI⁶ (à época denominada Fundação Nacional do Índio e atual Fundação Nacional dos Povos Indígenas⁷), destacamos os pontos relacionados à saúde.

Para Santa Rosa, a contratação de técnicos(as) e o abastecimento das enfermarias não são o bastante; é preciso afinidade com os povos tradicionais. Desenvolver um trabalho improvisado pode ser mais perigoso do que a própria doença. Esse pensamento se alinha ao que as protagonistas deste trabalho expressaram: embora os(as) profissionais cubanos(as) não tivessem essa afinidade, demonstravam interesse em buscar e compreender os grupos tradicionais e suas particularidades.

Catherine Walsh (2005), ao tratar do conceito de interculturalidade, nos permite imaginar uma medicina diferente — uma medicina intercultural, que busca desenvolver uma interação entre pessoas, conhecimentos e práticas culturalmente diversos. Essa ciência tem como base o diálogo, as negociações e as trocas culturais na busca da interação entre pessoas, conhecimentos e práticas que se diferenciam culturalmente.

6 Criada pela Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967, a Funai é a principal executora da política indigenista do Governo Federal. Sua missão institucional é proteger e promover os direitos dos povos indígenas no Brasil. Disponível em: <<https://www.gov.br/funai-pt-br/aceso-a-informacao/institucional/institucional>>. Acessado em: 03 de jan. de 2023.

7 Medida Provisória nº 1.154, de 1º de janeiro de 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/mpv/mpv1154.htm. Acessado em: 21 de jan. de 2023.

Talvez, esse seja o melhor caminho para incluir as protagonistas deste trabalho como parte importante dos processos de saúde, assim como ocorreu em seus encontros com os(as) médicos(as) cubanos(as). É um debate inicial que expõe várias lacunas e a necessidade de aprofundamento de categorias de análise e diferenciação fundamentais para uma compreensão mais detalhada do tema, como a questão étnico-racial, por exemplo.

Nas UBSs, observa-se que há um padrão entre a maioria dos médicos que atuam nessas unidades: são homens, brancos, jovens, recém-formados e de classe média, em contraste com os(as) médicos(as) cubanos(as), que costumam ser de ambos os sexos, negros(as), mais experientes e com menor poder aquisitivo. Esse contraste pode refletir no modo de se relacionar com as pessoas, resultando em uma interação de maior proximidade entre médico(a) e paciente.

Ressalto que o objetivo aqui não é apontar uma crise na diversidade; ao contrário, pretendo mostrar que os(as) médicos(as) cubanos(as) “se assemelham” mais às populações locais por possuírem uma cultura diferente, mas sem desigualdades em termos hierarquizados das existências. O modo inclusivo de tratamento e relação ultrapassa a barreira da língua e facilita a aceitação de determinados tratamentos.

Essa “semelhança”, evocada neste estudo, transcende os fatores fenotípicos. Zuma Palermo (2019) nos ajuda a compreender o que é racialização, destacando que reduzir o debate ao aspecto fenotípico leva algumas dessas dimensões étnico-raciais a serem enxergadas como exclusivamente marcadas pela ferida colonial. Em Itapuá e Bonifácio, por exemplo, as mulheres que são referência no cuidado são brancas. Do ponto de vista étnico-racial, as relações que estabelecem com os(as) médicos(as) da cidade que trabalham nas UBSs são apáticas, sem vida, e completamente diferentes do contato com os(as) médicos(as) cubanos(as), com quem havia diálogo e troca horizontal de saberes. Assim, dialogando com Palermo (2019, p. 52), se entendermos “a racialidade como uma perpetuação dos dispositivos da colonialidade que controla a todos nós, podemos olhar para além da determinação da ‘cor’ ao compreender as diferenças”.

A partir desse entendimento sobre racialização, podemos avançar para compreender um modelo de colonialidade. Há, de ambos os lados — tanto das mulheres das comunidades quanto dos(as) médicos(as) —, uma inegável relação de poder, mas essa relação é mais intensa do lado brasileiro. Isso se deve ao modelo de formação adotado no país e às relações sociais construídas ao longo da vida de profissionais brasileiros(as). Guariente et al. (2020), ao analisar o perfil sociodemográfico e educacional do(a) estudante de medicina, constatou, por meio

de análise documental, um predomínio de brancos(as) e de padrão socioeconômico mais elevado em comparação com outros cursos da área. Vale ressaltar que, em 2013, pela primeira vez desde 2004, houve um aumento na porcentagem de ingressantes com renda familiar entre 1 e 3 salários-mínimos, um resultado das políticas federais de inclusão. Como Palermo ressalta, não devemos analisar esses dados apenas pela ótica fenotípica, mas eles ajudam a oferecer uma visão geral, mesmo que superficial, do quadro. A medicina cubana é conhecida pela vocação comunitária, sendo um curso voltado ao bem-estar social e semelhante ao modo de trabalho das protagonistas deste estudo.

Outro ponto relevante é o fundamento do pensamento. A relação mais fluida e o respeito às diferenças melhoram o atendimento e a aceitação de novas terapias por Mariquinha, Creuza e Baruca. As mulheres possuem uma intimidade botânica e religiosa e, nessa dinâmica, incorporam outros elementos, como medicamentos sintéticos. Isso já foi observado por Maués e Angélica Motta-Maués em seus estudos com comunidades pesqueiras na Região do Salgado Paraense. Contudo, esse pensamento e ação interligados criam um “lugar-outro”, como define Zuma Palermo (2019, p.6): “Esse lugar decorre da união entre os saberes apreendidos da cultura de pertença e daqueles outros incorporados em múltiplos entrecruzamentos migratórios ao longo do tempo.” A chegada dos(as) médicos(as) cubanos(as) e sua medicina aberta a novos conhecimentos fortalece ou gera esse “lugar-outro”, um pensamento que dialoga com as expressões culturais locais, tornando sua interação marcante e repleta de saudosismo para Dona Mariquinha, Dona Creuza e Dona Baruca. É um contraste inegável com outros tipos de formação que negam a presença ou a geração de conhecimentos locais fora do ambiente acadêmico, recusando, portanto, o pensamento decolonial.

A posição de interação entre culturas na criação de novos saberes não é novidade, partindo do pressuposto de que não existe uma cultura pura. Ainda assim, é importante reconhecer a relevância dessas investigações para a vida coletiva, como um meio de emancipação ou decolonização de pensamentos coloniais. Nelson Maldonado-Torres (2016) aborda o tema da transdisciplinaridade decolonial como forma de combater disciplinas e métodos guiados por vieses modernos-coloniais. Quando trabalhada com atenção, essa abordagem cria um processo de subjetividade decolonial que busca descolonizar, dessegregar e desgenerar o poder, o ser e o saber — um contraponto à consciência moderna, que reforça as bases ontológicas e seculares do pensamento moderno-colonial.

Ao levar o pensamento de Maldonado-Torres (2016) para o campo desta pesquisa, percebemos que a transdisciplinaridade decolonial pode fortalecer as práticas terapêuticas locais e construir novos saberes, uma nova forma de se relacionar e respeitar a diferença. A medicina cubana ou as práticas das mulheres não devem ser vistas como superiores à medicina acadêmica brasileira, pois isso nos levaria à mesma violência colonial. Na verdade, são modos diferentes de pensar e agir.

Julieta Paredes (2019), pertencente ao povo Aimará, relata pontos positivos (como a biblioteca atualizada e com grandes obras) e negativos (metodologia e relação acadêmica entre os estudantes) de sua experiência em uma academia europeia. A intelectual feminista destaca que, na educação acadêmica recebida na Europa, havia pouco aprofundamento em temas políticos e ideológicos, com interações mínimas. A posição de Julieta Paredes lembra a forma como as senhoras se relacionam com as UBSs: é comum questionarem os efeitos dos medicamentos e determinados procedimentos. O debate amplo favorece o fortalecimento e a reestruturação desse “lugar-outro.”

Contudo, assim como ocorreu com Julieta Paredes e com as protagonistas deste artigo, uma postura crítica que foge da “normalidade” é vista com estranhamento. Walter Mignolo (2008) explica que processos hegemônicos e eurocêtricos moldam nossa forma de ver, compreender e agir, e qualquer desvio dessa lógica causa resistência e estranhamento. O autor trabalha a ideia de conhecimentos de fronteira, isto é, uma resposta crítica a esse pensamento por meio de epistemologias subalternizadas, pensamentos que a racionalidade eurocêntrica nega.

Levar o pensamento de Mignolo (2008) para o campo desta pesquisa permite perceber que os conhecimentos das mulheres são observados com distanciamento e sem a devida compreensão pelo Estado e sua medicina. Esse comportamento reforça barreiras e cria uma zona de exclusão para Dona Mariquinha, Dona Creuza e Dona Baruca devido às diferenças culturais nas terapias e nas relações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo que foi descrito, e visando atender melhor as demandas locais, é evidente a necessidade de reescrever o papel das UBSs, repensando seu modelo de atendimento em direção a uma saúde pública verdadeiramente inclusiva e intercultural. A presença dessas

unidades de saúde representa um grande avanço para a saúde coletiva das populações tradicionais da Amazônia, oferecendo um importante canal para cuidados básicos de promoção à saúde. No entanto, o modelo ainda se mostra limitado em alcançar as necessidades locais de maneira a realizar a integralidade do cuidado.

Para isso, é fundamental desenvolver práticas que integrem, de forma horizontal, diferentes saberes e experiências. Incorporar o conhecimento dessas senhoras — que dedicaram suas vidas ao cuidar do grupo social — ao sistema de saúde fortalece o atendimento e o torna mais sensível às particularidades dos povos amazônicos. Essas mulheres, com sua sabedoria e profunda conexão com a cultura local, representam uma rica fonte de conhecimento, que vai além da medicina convencional e inclui saberes sobre plantas medicinais, espiritualidade e práticas de cura tradicionais. Ao participarem dos processos de cuidado, elas oferecem uma alternativa mais humanizada, que pode complementar e enriquecer as práticas da saúde pública.

Assim, propõe-se que o Estado não apenas reconheça, mas integre oficialmente essas mulheres aos sistemas de saúde locais, transformando o atendimento oferecido nas UBS's. Bem verdade, algumas propostas parecem caminhar nesse sentido, como é o caso do recém restabelecimento da Rede de atenção às mulheres e crianças que era nomeado anteriormente como Rede Cegonha, disponibilizando atendimento de pré-natal, onde parteiras são integradas e compartilham saberes entre elas e profissionais da saúde do Estado. Este modelo colaborativo contribui para superar a exclusão e promover o respeito às diferenças dos modos de vida, possibilitando um atendimento mais completo e acolhedor para as populações tradicionais. Dessa maneira, ao inter-relacionar conhecimentos e práticas, o sistema de saúde pode construir, junto às comunidades, um bem-estar coletivo, baseado na valorização mútua e na inclusão dos saberes locais.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BISPO DOS SANTOS, Antônio. *A terra dá, a terra quer*. São Paulo: Ubu, 2023.

CASTRO-GOMEZ, S. *Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da 'invenção do outro'*. In L. Edgardo (Org.), *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais, perspectivas latino-americanas*. (pp. 87-95). Buenos Aires: Clacso, 2005.

FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis; GIOVANELLA, Lígia. *A Integração das Práticas*

dos Médicos Cubanos no Programa Mais Médicos na Cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Pública, 34 (9), 2018.

GOMES, Flávio dos Santos; LAURIANO, Jaime; SCHWARCZ, Lilia Moritz. *Enciclopédia Negra*. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

GUARIENTE, Suzana Maria Menezes; GUARIENTE, Maria Helena Dantas de Menezes;

MALDONADO-TORRES, Nelson. *Transdisciplinaridade e Decolonialidade*. Revista Sociedade e Estado. v. 31, n. 01, 2016.

MARCUS, George Edward. *Ethnography in/of The World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography*. Annu. Rev. Anthropol, p. 95-117, 1995.

MIGNOLO, Walter. D. *La opción decolonial: desprendimiento y apertura. Un manifiesto y un caso*. Tabula Rasa, Bogotá, Colómbia, n. 8, p. 243-282, 2008.

MORAES, Aluana. *Perfil Sociodemográfico e Educacional do Estudante Ingressante no Curso de Graduação de Medicina de 2004 a 2013: análise documental*. Revista Médica de Minas Gerais, n. 30, 2020.

PALERMO, Zuma. *Zuma Palermo: a opção decolonial como um lugar-outra de pensamento*. In T. Spyer (Org.), H. Leroy (Org.) e L. Name (Org.). *Epistemologias do Sul*, v. 3, n. 2, p. 44-56, 2019.

SANTOS, Augusto Ventura; LEWKOWICZ, Rita Becker. *Para Cuidar da Terra Indígena: memórias e reflexões de Domingos Santa Rosa*. São Paulo: IEPÉ, 2020.

WALSH, C. *La educación intercultural en la educación*. Lima: Ministerio de Educación, Mimeografado, 2005.