

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ALYNNE MENDONÇA SARAIVA

**PRÁTICAS TERAPÊUTICAS NA REDE INFORMAL
COM ÊNFASE NA SAÚDE MENTAL: HISTÓRIAS DE
CUIDADORAS**

JOÃO PESSOA-PB

2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ALYNNE MENDONÇA SARAIVA

**PRÁTICAS TERAPÊUTICAS NA REDE INFORMAL COM ÊNFASE NA
SAÚDE MENTAL: HISTÓRIAS DE CUIDADORAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, área de concentração em Enfermagem na Atenção à Saúde, inserida na linha de Pesquisas Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Oliveira Ferreira Filha.

João Pessoa-PB

2008

Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa desde que citada a fonte.

S 243p Saraiva, Alynne Mendonça.
Práticas terapêuticas na rede informal com ênfase
na saúde mental: Histórias de cuidadoras./ Alynne Mendonça
Saraiva. – João Pessoa, 2008.
92 p.
Orientadora: Maria de Oliveira Ferreira Filha.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.
1. Saúde Mental – 2. Mulheres-Saúde Mental.

UFPB/BC

CDU: 613.86 (043)

ALYNNE MENDONÇA SARAIVA

**PRÁTICAS TERAPÊUTICAS NA REDE INFORMAL COM ÊNFASE
NA SAÚDE MENTAL: HISTÓRIAS DE CUIDADORAS**

Aprovada em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Maria de Oliveira Ferreira Filha – UFPB

Prof^ª Dr^ª Violante Augusta Batista Braga – UFC

Prof^ª Dr^ª Maria Djair Dias – UFPB

Prof^ª Dr^ª Antônia Oliveira Silva – UFPB

João Pessoa – PB

2008

DEDICATÓRIA

Ao Meu Deus, fonte de toda força que existe em mim! “... Então minha alma canta a Ti Senhor: Quão grande és Tu!”.

Ao meu querido irmão Carlos César (in memoriam), que mesmo na brevidade de sua vida me deixou grandes lições de determinação.

Às mulheres cuidadoras, guerreiras que iluminaram esse trabalho com suas histórias de vida.

AGRADECIMENTOS

Minha busca pelo mestrado sempre foi mais necessidade pessoal do que propriamente um sonho. Tinha arraigado, em mim, o desejo de aprender, seja este aprendizado através de conhecimentos empíricos ou das experiências de vida. Ao entrar no mestrado, mal sabia eu que haveria de aprender muito mais do que esperava.

*Posso dizer que o caminho que percorri, nesses dois anos, foi bastante difícil e doloroso. Durante o último mês, que antecedeu à apresentação da dissertação, perguntei a mim mesma, várias vezes: “como eu consegui chegar até aqui?”. E, mesmo estando entre os muros da universidade, a resposta para essa pergunta eu fui encontrar dentro de mim, onde **Deus** se fez e se faz presente a cada instante.*

*Continuar a seguir, no caminho, não foi fácil. Por muitas vezes, cansei, parei e chorei. Mas, nesses momentos, **Deus** se manifestou em minha vida, através de pessoas admiráveis, as quais eu jamais poderia deixar de expressar minha gratidão, como...*

***Meus pais** queridos, que andaram comigo durante o percurso e que, por alguns instantes, tive que carregá-los no colo. Percebi, neste momento, que o cuidado não é unilateral, mas uma troca;*

***Meus irmãos Renata e Carlos César** (in memoriam), que me ensinaram o valor e a intensidade da palavra UNIÃO. Seja em caminhos ou em lugares diferentes, perto ou longe, descobri que somos inseparáveis;*

***À minha grande família**, por ser a árvore frondosa que existe na minha estrada, onde eu posso me apoiar e descansar;*

*À minha tão estimada orientadora, professora e amiga **Maria Filha**, por me escolher, me acolher e me ensinar muito mais do que eu poderia aprender com os livros;*

*Aos meus professores, que foram como borboletas no caminho, a quem eu aprendi a admirar, são eles: **Prof^a Djair**, pela sua espiritualidade e humanidade, aos professores **César e Ana Tereza**, por me fazerem entender um pouco mais sobre a concretude que é a vida e às professoras **Wilma, Neuza, Solange e Antônia**, pelas sábias orientações.*

*Não poderia deixar de falar das flores, que se deixaram brotar no canteiro da estrada, e que me contagiaram com seu perfume, o perfume da amizade. Aos meus amigos **Anna Luiza, Márcia, Luciana, Érika**. Dentre as flores, algumas eu colhi para levar comigo, como **Karla, Diana, Carolina, Naldo e Magda, Graziela e Rejane**;*

*No percurso, também encontrei passarinhos encantadores. Uns me acompanharam desde o começo, outros voaram para longe e alguns apareceram de surpresa: **Sandra, Felipe, Marcos, Luís, Rafaela**;*

*Aos queridos funcionários do **PPGEnf: Dona Luzinete, Sr. Ivan, Luciene e Dona Maria**, que foram como uma brisa suave a tocar minha face e secar meu suor nas horas de sufoco;*

*A **CAPES**, por ser a grande financeira desta pesquisa. Afinal, é necessária uma ajuda dessas, para colocar a mochila nas costas e botar o pé na estrada.*

*Porém, jamais teria conseguido chegar ao fim, dessa jornada, se não fossem as estrelas que iluminaram esse estudo. **Às mulheres cuidadoras**, que trabalham no AFYA e que compartilharam comigo as suas histórias e, principalmente, seus conhecimentos.*

Por fim, mais uma etapa concluída, mais um caminho percorrido. Difícil, cheio de desafios, alegrias e aprendizado... Assim, como são os caminhos da vida...

Verão de 2008

EPÍGRAFE

A opção de apresentar as práticas não convencionais (...) voltadas para a integralidade, parte do pressuposto de que as racionalidades médicas alternativas podem ser complementares à medicina convencional e não as suas opositoras (Pinheiro e Luz).

RESUMO

O uso de práticas terapêuticas não alopáticas, em saúde mental, cresce a cada dia como uma forma diferenciada de prestar cuidado às pessoas que sofrem de algum transtorno psíquico, uma vez que os serviços de saúde da rede oficial ainda não são suficientes para garantir atendimento à demanda de pessoas com necessidade de saúde mental e também porque neles ainda predomina o paradigma biomédico cujo recurso terapêutico utilizado com maior frequência, vem sendo a terapia medicamentosa. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, através do qual objetivou-se conhecer as histórias de cuidadoras da rede informal de saúde que usam práticas não alopáticas no cuidado com a saúde mental das pessoas. A metodologia utilizada foi a história oral, com base em Meihy. O estudo foi realizado no Centro Holístico de Cuidado da Mulher – AFYA, no município de João Pessoa – Paraíba, com nove mulheres que atuam como cuidadoras. O material empírico foi produzido através de entrevistas. Na análise, foram extraídos das narrativas, dois eixos temáticos: 1) Em busca de cuidado: a cuidadora que se cuida resgatando a auto-estima; 2) A falência do modelo biomédico e a busca por práticas acolhedoras. Dentre os principais resultados evidenciados observou-se que algumas dessas mulheres tiveram uma maior aproximação com essas práticas devido a algum sofrimento pelo qual estavam vivenciando, outras se tornaram cuidadoras pela necessidade de aprendizado, socialização e de ter um ofício, um serviço fora do lar. De acordo com as cuidadoras a maioria das pessoas, busca as práticas terapêuticas, não alopáticas, por não encontrarem respostas satisfatórias no sistema de saúde formal, que ainda é fragmentado e centrado na doença e medicalização. As cuidadoras, além de perceberem mudanças no estado de saúde das pessoas que utilizaram os recursos não alopáticos, relatam que as mesmas passam por um processo de reconstrução de suas identidades, através do resgate da auto-estima. É necessário considerar que as práticas não alopáticas não seriam uma alternativa ao modelo biomédico, pois têm seus próprios métodos de diagnósticos e tratamentos, podendo ser inseridas dentro de um eixo mais amplo de complementaridade. Porém, pode-se perceber que esses recursos terapêuticos trazem sentimentos e emoções positivas, importantes para o cuidado com a saúde mental, tanto de quem recebe como de quem pratica.

Descritores: saúde mental, mulheres

ABSTRACT

The use of therapeutic practices not allopathics in mental health, grows every day as a way of providing differentiated care to people suffering from a mental disorder and the health service of the network official are still not sufficient to ensure the attendance demand of people in need of mental health and also because therein still the is dominant paradigm biomedical whose appeal therapeutic used more frequently, has been the therapy with drugs. This is a study of a qualitative nature, through which it was aimed to know the stories of caregiver of the informal network health using practices not allopathics in care of the mental health of people. The methodology used was the oral history, based on Meihy. The study was conducted at the Holistic Centre of Attention to Women – AFYA, in the city of Joao Pessoa - Paraíba, with nine women who serve as caregivers. The empirical material was produced through interviews. In the analysis, were extracted from narratives, two thematic axes: 1) Seeking the care, the caregiver who cares rescuing the self-esteem; 2) The failure of the biomedical model in the search for practical cosy. Among main results that were shown was observed that some of these women had a greater rapprochement with such practices due to a suffering lived, others became caregivers by the need for learning, socialization and to have a job, a service outside the home. According to the caregivers, most people will seek the therapeutic practices, not allopathic, because not find satisfactory answers in the formal health system, which is still very fragmented and focused in the disease and medicalization. The caregivers, in addition to realize changes in the health status of people who used the resources not allopathic, lives a process of reconstruction of their identities, to redeem the self-esteem. It is necessary to consider that the practices not alopáticas would not be an alternative to the biomedical model, because they have their own methods of diagnoses and treatments and can be inserted into a wider axis of complementarity. However, you can see that these resources therapeutic can bring positive feelings and emotions, and are important to the care of the mental health, both to whom receives as for those who is practicing.

Key words: mental health, women

APRESENTAÇÃO

O cuidado como objeto do conhecimento humano se faz presente no ato e nas relações que estabelecemos socialmente. A prática, por sua vez, é o próprio ato de cuidar traduzido em ações. As práticas terapêuticas são ações de cuidado desenvolvidas por profissionais ou pessoas comuns que desejam a melhoria do estado de saúde do outro e, para isso, utilizam o conhecimento científico e/ou popular de saúde. Conhecer essas práticas terapêuticas, no Brasil, tem um importante significado, por este país ser pioneiro no reconhecimento das práticas terapêuticas, quer sejam tradicionais, alternativas e/ou complementares, no Continente (DIAS; FERREIRA FILHA, 2006).

A presente investigação está vinculada ao projeto: PRÁTICAS DE CUIDAR NA REDE FORMAL E INFORMAL DE SAÚDE, que vem sendo desenvolvido junto ao Grupo de Estudos e Pesquisas Saúde e Sociedade – GEPSS vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal da Paraíba (DIAS; FERREIRA FILHA, 2006).

Fundamenta-se metodologicamente em uma abordagem qualitativa, com a utilização da técnica da História Oral à Luz de Meihy.

Tem como finalidade, conhecer as práticas terapêuticas utilizadas no cuidado à saúde mental, desenvolvidas por cuidadoras, na rede de cuidados informal de saúde.

Espera-se que os resultados advindos desta pesquisa possam disseminar conhecimentos para subsidiar ações de promoção e recuperação da saúde, bem como inovações no campo da saúde mental comunitária.

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRACT	x
APRESENTAÇÃO	xi

1. REFLEXÕES INICIAIS	01
1.1 DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO.....	02
1.2 OBJETIVOS.....	08
1.2.1 Objetivo Geral.....	08
1.2.2 Objetivos Específicos.....	08
2. REFERENCIAL TEÓRICO	09
2.1 A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: A BUSCA PELA INTEGRAÇÃO COM A REDE INFORMAL.....	10
2.2 O CUIDADO, OS CUIDADORES E AS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS NO CONTEXTO HISTÓRICO E SOCIAL.....	13
3. PERCURSO METODOLÓGICO	23
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
3.2 O CENÁRIO DA PESQUISA.....	24
3.3 AS COLABORADORAS.....	26
3.4 A APROXIMAÇÃO COM O CENÁRIO DE ESTUDO E A PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	26
4. RESULTADOS: MULHERES QUE CUIDAM- CADA TOQUE UMA HISTÓRIA	30
5. DISCUSSÃO: EXPERIÊNCIAS DE CUIDADORAS- AS HISTÓRIAS E SEUS SIGNIFICADOS	58
5.1 EM BUSCA DE CUIDADO: A CUIDADORA QUE SE CUIDA RESGATANDO A AUTO-ESTIMA.....	59
5.1.1. Em busca do ofício sagrado e da liberdade de ser.....	65
5.2 A FALÊNCIA DO MODELO BIOMÉDICO E A BUSCA POR PRÁTICAS ACOLHEDORAS.....	67
6. REFLEXÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
APÊNDICES	86
ANEXO	90

*“A real viagem de descobrimento
não consiste em visitar novas paisagens,
mas em olhar com novos olhos.” (Marcel Proust)*



1. REFLEXÕES INICIAIS

1.1 DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO

No início dos tempos, o processo saúde-doença estava intimamente relacionado com a existência de forças espirituais. Com o desenvolvimento das ciências naturais, as doenças passaram a ser estudadas sob o prisma do paradigma biológico. Nascia assim, a medicina hipocrática, que enfatizava a relação homem-ambiente.

Paralela à medicina hipocrática, ocidental, advinda da Grécia, desenvolvia-se também a medicina oriental, embasada na concepção de que o organismo humano é um microcosmo de universo (CAPRA, 1982). Estas duas medicinas, com concepções distintas, sobre o processo saúde doença, permaneceram divorciadas durante muito tempo.

O sistema hipocrático durou até a Idade Média, quando os dogmas do catolicismo passaram a responsabilizar o homem pelo aparecimento das doenças. A doença era vista como “castigo” de Deus pelos pecados cometidos. Ao médico, cabia apenas o papel de cuidar do corpo (TROVO; SILVA; LEÃO, 2003).

A partir dos séculos XVI e XVII, com as descobertas de Galileu sobre o sistema solar, houve um declínio dos dogmas da Igreja. Com a revolução científica feita por Descartes e Newton, o corpo humano passou a ter um enfoque reducionista e as doenças começaram a ser vistas e tratadas de forma isolada (CAPRA, 1982).

A falácia mecanicista advinda da concepção de Descartes sobre o homem, influenciou o modelo biomédico, criando uma dicotomia entre corpo e mente. Desta forma, não se atribuiu à saúde mental a mesma importância dada à saúde física. O modelo biomédico priorizou o estudo e tratamento das patologias, considerando a influência prioritária do ambiente físico natural. Nessa perspectiva, os transtornos mentais foram estudados, priorizando-se mais os sintomas corporais do que as emoções: a dor e o sofrimento expressados pela subjetividade, ou seja, a dor da alma.

Os transtornos mentais, em sua maioria, são representados por sentimentos de frustração, diminuição da auto-estima, raiva, medo, ansiedade e insegurança. Na maioria das vezes, são desencadeados pelas recorrentes mudanças sócio-políticas

econômicas e culturais na sociedade, que acabam por gerar agravamento dos problemas sociais.

Desde o século XX, com o acelerado desenvolvimento das cidades, devido à industrialização, houve um aumento na oferta de empregos, via tecnicismo, aguçando no ser humano o desejo de melhorar de vida. Entretanto, o processo de industrialização também foi responsável por gerar desempregos devido à substituição da mão-de-obra desqualificada e considerada desnecessária pelos avanços da maquinaria.

Priorizando-se a política de desenvolvimento industrial, faltou uma política agrícola de fixar o homem no campo. O fenômeno do êxodo rural foi mais evidente, a partir da metade do Séc. XX. No nordeste brasileiro, famílias inteiras deixaram suas casas, sua terra, sua gente na esperança de conquistar um emprego e uma vida mais digna.

Em busca de espaço para morar, em consequência do grande contingente populacional das cidades, essas famílias foram, aos poucos, se amontoando em morros e favelas, se distanciando de sua cultura, desenraizando-se e fragilizando o sentimento gregário. Pode-se observar, principalmente nas grandes cidades, o reflexo dessa situação. Pessoas vivendo em condições desumanas, habitando casebres e cortiços nas periferias das cidades, pais desempregados, crianças órfãs de uma estrutura familiar, jovens se arriscando nos caminhos da marginalidade.

Apesar de avanços obtidos pela política econômica, no que diz respeito aos índices de empregos, escolaridade, melhoria do sistema de saúde, e de benefícios gerados pelas políticas sociais, ainda pode-se encontrar pessoas vivendo em condições de extrema pobreza. Já é conhecido o apelo das organizações internacionais, a exemplo da Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde – OMS/OPS (1997), a qual vem chamando a atenção dos países, para a falta de políticas de inserção social mais abrangente, pois o desemprego, a falta de moradia, saúde, educação e aceitação social, também são considerados como principais fatores de desajustes e desequilíbrios familiares e individuais e, conseqüentemente, desencadeadores de transtornos e sofrimentos psíquicos. Os transtornos psíquicos não são restritos a classes sociais baixas. O acúmulo de trabalho, as exigências do mercado competitivo, também resultam em sofrimento psíquico.

Os transtornos psíquicos acometem, a cada dia, um maior número de pessoas. Pesquisas feitas em populações ocidentais mostram que a prevalência destes transtornos está na faixa de 12,5% nos homens e 20% nas mulheres. Os transtornos mentais contribuem para um terço de dias perdidos por doença no trabalho e um quinto das consultas de atenção básica (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; OMS/OPS, 2001).

Os problemas familiares e econômicos, geralmente levam as pessoas a buscar os serviços de saúde com queixas variadas e imprecisas como nervosismo, preocupação, tristeza, cansaço, dores em vários locais do corpo, medo, ansiedade, desânimo, entre outros. Essas queixas revelam sinais de uma crise extensa e complexa, que perpassa pelos aspectos sociais, culturais e espirituais dos indivíduos e fornece um retrato aproximado do modo de pensar, sentir e adoecer da maioria da população brasileira. São sintomas para os quais o sistema de saúde não dispõe nem de recursos suficientes, nem de profissionais qualificados para a escuta e o cuidado relacionado com os mesmos. O resultado é a medicalização de problemas que não têm origem orgânica e, conseqüentemente, não diminuem o sofrimento da população (FERREIRA FILHA, et. al, 2002; VALLA, 2006).

Como conseqüência, as pessoas seguem em busca de outros recursos que atendam não só as necessidades físicas, mas também psicológicas e espirituais. Um exemplo disto se encontra no Nordeste, onde é comum observar romeiros em peregrinações, pagando promessas aos santos, em busca de cura para as dores da alma que Barreto (2005), define como sendo distúrbios de abandono, insegurança e baixa auto-estima.

Nesse cenário, acabam por emergir algumas maneiras de cuidado e tratamento, no intuito de dar uma resposta mais alentadora a dor e ao sofrimento emocional. Um exemplo disso é o arsenal de práticas terapêuticas que vêm sendo desenvolvidas na rede informal de saúde, por cuidadores que, muitas vezes, não são reconhecidos pelo sistema formal, são, portanto, excluídos. Entretanto, suas práticas de cuidado têm ajudado um número considerável de pessoas a encontrarem alento e, muitas vezes, até a cura para suas dores.

Denominam-se de práticas terapêuticas as ações de cuidado desenvolvidas por profissionais e por pessoas comuns que contribuem para a melhoria do estado de saúde do outro e, para isso, utilizam o conhecimento científico e/ou popular de

saúde. A terminologia práticas terapêuticas pode também ser entendida como práticas de cuidado.

São consideradas práticas terapêuticas: as práticas alopáticas, homeopáticas, as práticas alternativas, também denominadas de complementares, integrativas e as práticas tradicionais (CARNEIRO; SOARES, 2004).

As **práticas terapêuticas alopáticas** são terapias voltadas exclusivamente para a cura da doença e não do doente (QUEIROZ, 2000). As **homeopáticas** são de inspiração vitalista, em que o processo diagnóstico é centrado no enfermo – e não na doença (CORRÊA, A.D. *et al*, 2006).

As **práticas terapêuticas tradicionais** são práticas que fazem parte de um conjunto de conhecimentos e ações que constituem patrimônio cultural da população e são repassadas através da tradição oral (METCOLF; BERGER; NEGRI FILHO, 2006).

As **práticas alternativas ou complementares** são um conjunto de práticas que possuem uma abordagem holística e procuram uma coerência entre uma visão de mundo e a localização do ser humano nesse contexto. A designação “prática ou terapia complementar” conota um caráter de suporte à medicina alopática, embora alguns profissionais não aceitem a condição de complementaridade dessas práticas, pois afirmam que estas têm seu próprio campo de conhecimento (CARNEIRO; SOARES, 2004).

Apesar da diversidade de entendimento existente sobre essas práticas não alopáticas, é importante ressaltar que cada termo é revestido de sentidos e significados que pressupõe um *status* social e uma determinada concepção entre essas práticas e a prática médica, culturalmente dominante (CARNEIRO; SOARES, 2004).

Neste estudo será utilizado o termo práticas não alopáticas, pois apesar de cada um dos termos citados, ter um significado próprio, todos têm algo em comum: a visão do organismo como um todo em funcionamento, em interação com o meio, garantindo o equilíbrio entre mente, corpo e espírito. Essas semelhanças são percebidas e incluídas na visão holística da saúde, onde o conceito de ser humano integral é bastante disseminado.

O surgimento da abordagem holística na saúde está relacionado a diversas crises paradigmáticas: a fragmentação do conhecimento levando à construção de

modelos explicativos e reducionistas sobre o processo saúde doenças reducionistas; avanço e predominância do modelo tecnicista no tratamento e na recuperação da saúde; a maior valorização do ter em relação ao ser; objetificação do ser humano, nos aspectos econômicos, políticos e sociais, entre outras. Tudo isso, pode ter levado a humanidade a uma síndrome coletiva de mal estar, que resulta na perda de valores essencialmente humanos.

No campo da saúde coletiva, as práticas terapêuticas não alopáticas passam a ter um pouco de visibilidade, depois da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando o Ministério da Saúde/Brasil inclui na discussão temática a incorporação de tais práticas no âmbito dos serviços de saúde. Essa conferência é o marco histórico da busca pela superação do modelo reducionista na saúde (BRASIL, 2006).

Apesar dos avanços ocorridos nos serviços de saúde mental, pelo desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias de cuidado, priorizando o campo psicossocial, nestes últimos anos, os profissionais da saúde mental, ainda não conseguem dar respostas satisfatórias, minimizando o sofrimento provocado pelo adoecimento mental.

Na atualidade, a OPS/OMS, o Ministério da Saúde/Brasil, estados e municípios brasileiros já reconhecem a necessidade de avançar na construção do modelo coletivo de saúde mental, de base comunitária. Os fracassos acumulados impulsionam a busca pelo cuidado integral. Já não se discute mais a necessidade de que o ser humano venha a ser cuidado nas suas dimensões biopsicossociais, culturais e espirituais. A saúde se faz evidente nas interações entre corpo/mente e espírito, e entre o indivíduo e o ambiente.

O modelo comunitário deve ser inclusivo, buscando aproximação entre o saber científico e o saber popular. A interação do profissional com a comunidade pode ser um campo fértil de desenvolvimento de vínculos, onde as pessoas podem reencontrar sua identidade cultural, social e histórica, construindo redes de apoio social, visando melhorar as condições de saúde.

A enfermagem vem se interessando por essas novas concepções de saúde, principalmente ao abordar sobre o cuidado de uma forma holística. O conhecimento das práticas não alopáticas, pelos enfermeiros, talvez possa indicar uma maior

capacidade de humanização, além de proporcionar uma visão mais ampla sobre as possibilidades de cuidado.

O interesse da autora deste estudo por esta temática originou-se desde a graduação, por ocasião da elaboração do trabalho de conclusão de curso, e seguiu durante a especialização em Saúde Pública, onde foi investigado sobre os saberes populares aplicados ao cuidado com o recém nascido. Ao longo dessas experiências, como enfermeira, no campo da saúde comunitária, atuando na Estratégia de Saúde da Família, a própria vinculação com as famílias permitiu um maior conhecimento acerca dos costumes, crenças e estratégias utilizadas para o enfrentamento de problemas que afetavam a saúde de seus membros.

Toda essa vivência despertou uma série de questionamentos a respeito da influência da cultura, no processo saúde e doença das famílias, como também suscitou o interesse por práticas terapêuticas adotadas pela comunidade, frente às limitações do sistema de saúde vigente. Percebeu-se, também, a importância da utilização do saber popular, nas práticas que visam à promoção da saúde e cura das enfermidades.

Ao ingressar no mestrado, a autora deste estudo foi instigada a realizar uma pesquisa sobre as práticas terapêuticas encontradas na rede informal, como uma maneira de cuidado com a saúde mental, pois elas são pouco conhecidas e seus resultados pouco difundidos no meio acadêmico. Esta é uma tentativa de explorar o modelo comunitário de saúde, valorizando aspectos da tradição e da cultura que ainda permanecem como referência de cuidado na rede informal.

Entre os vários profissionais que trabalham com saúde mental, pode-se destacar o enfermeiro como um importante agente terapêutico no processo do cuidar. Com a expansão do campo de atuação do enfermeiro, este tem condições de explorar outras modalidades terapêuticas em função de melhorar a qualidade de vida de seus clientes.

A utilização de práticas terapêuticas demonstra novos tipos de estratégias frente às carências do sistema de saúde, principalmente em relação à saúde mental. E cada vez mais, a população tem buscado outros terapeutas, que nem sempre são profissionais graduados, para sanar os problemas vivenciados no cotidiano.

Tendo em vista o conhecimento a ser pesquisado, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: quem são os cuidadores que realizam práticas

terapêuticas na rede informal de saúde? O que leva as pessoas a procurarem esses cuidadores? Quais os resultados que foram evidenciados pelo cuidador, em relação ao estado de saúde das pessoas?

A relevância desse estudo apontou para a necessidade de integrar os cuidadores da rede formal com os da rede informal, tendo em vista que ambos buscam a melhoria da saúde daqueles que cuidam. Os cuidadores da rede informal, mesmo não tendo passado pela academia, podem contribuir com os profissionais de saúde em geral, em especial com o enfermeiro, que se beneficiará com uma visão da saúde e do cuidado de modo mais ampliado.

2 OBJETIVOS

Para responder as indagações foram delimitados os seguintes objetivos:

1.2.1 Objetivo geral:

- Conhecer histórias de cuidadoras da rede informal de saúde que usam práticas não alopáticas no cuidado com a saúde mental das pessoas.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Relatar histórias de cuidadoras da rede informal de saúde, buscando a revelação de suas características pessoais e como elas se tornaram cuidadoras;
- Identificar a partir do entendimento das cuidadoras, o que motivou a procura de práticas terapêuticas na rede informal de saúde;
- Salientar aspectos associados às práticas utilizadas e à condição de saúde das pessoas, relatadas pelas cuidadoras.

*"A alegria está na luta, na tentativa, no sofrimento envolvido.
Não na vitória propriamente dita." (Mahatma Gandhi)*



2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: A BUSCA PELA INTEGRAÇÃO COM A REDE INFORMAL

Uma nova proposta de atenção à saúde começou a ser debatida em várias partes do mundo, desde a Conferência de Alma-Ata em 1978, abordando cuidados primários em saúde. Pesquisas feitas pela OMS/OPAS (2001) revelam que os transtornos mentais têm maior prevalência em países da América Latina, como Chile e Brasil, mas também se apresentam em países desenvolvidos como França.

No Brasil, a discussão por cuidados primários impulsionou o movimento da Reforma Sanitária e a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde, que teve como pontos principais: o conceito ampliado de saúde, a saúde como direito e dever do Estado, a idéia para a formulação de um Sistema Único de Saúde – SUS, que mais tarde seria regulamentado pela Constituição Federal.

A criação desse sistema de saúde tinha como idéia central, a reorientação da atenção numa perspectiva individual e coletiva, além de preconizar ações de promoção e prevenção da saúde em nível comunitário.

Concomitante às transformações ocorridas no quadro sanitário brasileiro e impulsionadas pelos pressupostos da Reforma Sanitária, surgiam os movimentos vinculados à Reforma Psiquiátrica. Buscava-se a transformação do modelo clássico centrado na assistência hospitalar em um modelo preventivo e comunitário, porém sem substituir um referencial por outro (BARROS; EGRY, 2001).

Os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica levaram à busca por um novo conceito em saúde mental, que superasse a idéia de prevenção e tratamento dos transtornos mentais, para alcançar o projeto de promoção da saúde mental.

No Brasil, a prevalência de transtornos mentais está associada à urbanização e industrialização, acesso desigual aos cuidados de saúde, precárias condições de moradia, distribuição desigual de renda e desemprego, e altas taxas de violência e criminalidade (LOPES; FAERSTEIN, CHOR, 2003).

Os principais sintomas do sofrimento mental são os transtornos de ansiedade, depressão, insônia, estresse, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Os transtornos são mais frequentes no gênero feminino e nas pessoas idosas (COSTA, LUDEMIR, 2005).

Apesar da importância desses problemas, a maioria dos países subdesenvolvidos mostra relativa indiferença frente aos problemas de saúde mental. Os transtornos mentais já apresentam quatro das dez principais causas de incapacitação, em todo o mundo. Estima-se que 60% das pessoas que se consultam na Atenção Primária são por doenças associadas a transtornos mentais (CHERRES, 2005).

A inclusão da assistência à saúde mental dentro da rede pública mediante a oferta de ações locais, da potencialização de recursos comunitários e através da articulação das ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação psicossocial, vem sendo efetivada através da implementação de uma rede de serviços territoriais de saúde mental, substitutivos ao aparato hospitalar.

Com a proposta de descentralização dos serviços de saúde, faz-se necessário que os municípios integrem uma rede de saúde que possibilite a realização de ações de proteção, prevenção, promoção, assistência e recuperação em saúde mental. Nesta perspectiva foram criados os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e as Residências Terapêuticas.

Atualmente, estão sendo desenvolvidas estratégias com enfoque na saúde comunitária, com a tentativa de promover a saúde e prevenir enfermidades, além de integrar o saber científico com o saber popular na construção de redes de apoio social (CHERRES, 2005). Os recursos humanos e institucionais encontrados na comunidade (igrejas, escolas, associações de moradores, família, amigos, líderes etc), podem somar-se ao esforço da psiquiatria em prevenir e tratar e reabilitar as pessoas com transtornos mentais (BIRMAN; COSTA, 1994).

O papel da comunidade está vinculado à promoção da autonomia individual e da ajuda mútua em prol de mudanças na atenção em saúde mental. Neste aspecto destaca-se a importância crescente das organizações não governamentais, como provedoras de serviços sociais e de saúde, cobrindo muitas vezes as lacunas deixadas pelos serviços do sistema formal de saúde (VASCONCELOS, 1992; OMS, 2001).

A comunidade é um espaço de construção e reconstrução social, onde as pessoas descobrem e redescobrem sua identidade cultural, social e histórica. Através de apoio social encontrado na comunidade, surge a resiliência, ou seja, os indivíduos e as famílias encontram soluções para ajudar a superar as dificuldades da vida (BARRETO, 2005).

Serviços que oferecem formas terapêuticas, não alopáticas, se inserem no contexto do apoio social, através de ONG e grupos religiosos, grupos de auto-ajuda, favorecendo os relacionamentos sociais, ajudando o indivíduo a enfrentar as adversidades (VALLA, LACERDA, 2007).

Vasconcelos (1992) propôs alguns pontos para a articulação de experiências em saúde mental comunitária, como: o reconhecimento da cultura do povo, possibilidades de uma concepção ecológica em saúde mental, que leve em conta, além dos fatores psíquicos, os fatores sócio-econômicos da população, apoio às construções de associações e cooperativas autônomas em saúde mental e um programa estatal que dê suporte estratégico, teórico e financeiro, a essas associações e cooperativas.

A atenção na comunidade deve estar empenhada na emancipação de pessoas com sofrimento mental. Na prática, a atenção comunitária implica o desenvolvimento de ampla variedade de serviços em contextos locais e conta com a participação da própria comunidade, na busca de soluções para os sofrimentos vivenciados (VALLA, 1992).

Hoje, em diversas regiões do Brasil, vêm sendo desenvolvidas estratégias que enfoquem a saúde mental em base comunitária. Um dos exemplos mais atual é a Terapia Comunitária que se constitui em um espaço público, de ajuda mútua em uma abordagem grupal, onde se aborda o indivíduo dentro de seu contexto social, cultural e familiar, atuando na promoção da saúde e prevenção do sofrimento psíquico (BARRETO, 2005).

Outros serviços comunitários, também estão sendo desenvolvidos com o intuito de promover o cuidado integral ao indivíduo e à família. Espaços que oferecem tratamentos não alopáticos surgem como ferramentas de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

No município de Fortaleza, o Projeto Quatro Varas, que se desenvolve na comunidade de Pirambu, há mais de 20 anos, sendo conhecido nacionalmente e internacionalmente, vem oferecendo, continuamente, serviços terapêuticos não alopáticos, através da casa de cura, onde atuam massagistas e rezadeiras, cujos cuidados são voltados principalmente para o combate ao estresse. Na comunidade, também se realizam os encontros da Terapia Comunitária. Vale ressaltar que nesse espaço físico existe também uma Unidade de Saúde da Família da rede formal de

saúde, e os profissionais têm atuado conjuntamente com os cuidadores da comunidade (BARRETO; BOYER, 2003).

Certamente, existem outras experiências em distintos municípios brasileiros, onde o cuidado com a saúde física e mental vem sendo oferecido por pessoas voluntárias, com algum tipo de conhecimento, seja tradicional ou não, e que atuam em serviços informais ou mesmo em suas casas, no intuito de melhorar a saúde das pessoas. As rezas, os chás, bem como o uso de plantas medicinais, são tipicamente difundidas entre as pessoas de uma mesma comunidade, através da informação oral e são muitas as pessoas que recorrem a essas práticas terapêuticas como forma de buscar a cura ou o alívio da dor para seu sofrimento.

2.2 O CUIDADO, OS CUIDADORES E AS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS NO CONTEXTO HISTÓRICO E SOCIAL.

O cuidado é inerente ao ser humano desde sua existência e está na origem de todas as culturas. Boff (1999) define cuidado como uma atitude de ocupação que perpassa todos os momentos da vida.

A palavra cuidado, para alguns estudiosos, é derivada do latim *cura*, para outros ela se deriva de *cogitare*, que significa colocar atenção, zelo. Sendo assim, cuidar propõe mais que um ato, pois envolve um momento de atenção, ocupação, responsabilidade e envolvimento (BOFF, 1999).

Em todas as sociedades, as formas de cuidado desenvolveram-se sob a finalidade de assegurar a continuidade da vida e fazer recuar a morte. No decorrer do tempo, cada civilização desenvolveu suas próprias manifestações de cuidado, que foram influenciadas pela cultura local e repassadas, ao longo dos anos, através da tradição oral (COLLIÉRE, 2003).

Helman (2003) e Abreu (2003) apresentam que em toda sociedade é possível identificar três setores que disponibilizam práticas de cuidado: o setor informal, o setor popular e o setor profissional ou oficial. Cada setor tem sua maneira única de prestar cuidados e seus próprios cuidadores.

É no setor informal que as pessoas buscam o primeiro recurso para cuidarem de sua saúde. Aqui, estão incluídos a automedicação, os conselhos de vizinhos e

parentes, a busca por tratamentos em grupos de auto-ajuda. Neste setor, a mulher é a principal provedora de cuidados, ela é a responsável por diagnosticar as enfermidades comuns e tratá-las com os recursos disponíveis.

O setor popular é formado por pessoas que têm “o dom” de curar. São os curandeiros, as parteiras, os raizeiros, as benzedeadas. Essas pessoas ocupam uma posição entre o setor popular e o oficial. Geralmente, são procurados quando os recursos caseiros não obtêm o efeito esperado. Esses cuidadores não tratam apenas de enfermidades físicas, mas buscam tratar as doenças de cunho espiritual como “mau olhado”.

No setor profissional ou oficial, como é definido por Abreu (2003), é onde estão os profissionais e as terapêuticas reconhecidas e legitimadas pelo Estado. Nesse setor, pode-se encontrar profissionais de diversas formações e especialidades. Apesar de o setor oficial ser o hegemônico, muitas estratégias de integração de cuidadores populares, com os profissionais de saúde, estão sendo feitas como forma de dar assistência integral ao indivíduo, unindo os recursos do modelo biomédico com os conhecimentos das camadas populares.

Dessa forma, pode-se dizer que para compreender o processo saúde-doença, o cuidador deve estar atento aos significados que as pessoas dão a um determinado evento de adoecimento e cura, dentro de seus contextos culturais (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

Nos últimos tempos, a antropologia médica vem se apropriando das questões relacionadas ao processo saúde-doença, estudando as percepções e reações dos indivíduos às doenças e os tipos de tratamento a que recorrem, sempre valorizando os atributos culturais e sociais, aos quais estes indivíduos estão inseridos (HELMAN, 2003).

Ao discutir que a doença ultrapassa o processo patológico, no sentido biomédico, deve-se levar em consideração também os aspectos individuais e coletivos que são expressos em formas específicas de pensar e agir. Nesse sentido, a família assume um papel incontestável no equilíbrio pessoal do indivíduo (UCHÔA; VIDAL, 1994).

Grande parte dos cuidadores, inseridos na racionalidade do modelo biomédico, são influenciados pelo modelo cartesiano, tendo como foco principal de suas ações a doença, priorizando os métodos diagnósticos e a medicalização e se

distanciando, cada vez mais, dos reais motivos que levam a população à busca de ajuda.

Dessa forma, outros cuidadores, que nem sempre estão inseridos na rede formal de saúde, vão ganhando notoriedade ao abordar práticas de cuidado que leve em conta a integralidade do ser.

Lacerda e Valla (2006) revelam que o aumento da demanda por essas práticas de cuidados, não alopáticas, deve-se, em especial, a crise na saúde, culminada pelo capitalismo globalizado e pela mercantilização da medicina. Como resultado, acaba-se priorizando as alterações e lesões corporais, já que grande parte dos serviços é pautada em diagnóstico e tratamento de doenças, ficando pouco espaço para a atenção, acolhimento e atenção dos sujeitos e seus sofrimentos, gerando agravos psicossociais.

Muitas dessas práticas, não alopáticas, têm origem na cultura oriental. O sistema oriental de cuidado, pode-se assim dizer, tem um caráter menos intervencionista, pois valoriza a subjetividade de cada indivíduo, buscando compreendê-lo dentro de seus contextos, valorizando sua interação com o meio ambiente e buscando a verdadeira essência de cada ser humano, como um ser único e íntegro (SOUSA, VIEIRA, 2005; QUEIROZ, 2000).

As civilizações do Oriente sempre tiveram uma maneira muito peculiar de ver o processo saúde-doença. Apoiadas no paradigma vitalista, estes povos acreditam em uma dinâmica vital que está muito além do corpo físico (SOUSA, VIEIRA, 2005). Nessas culturas tradicionais, o homem faz parte do Universo e este se manifesta no homem através do mundo material e espiritual.

Para a Medicina Oriental Chinesa, por exemplo, a doença é fruto de um desequilíbrio da energia vital de cada indivíduo. Esta energia integra o corpo, a espiritualidade, a natureza e as forças do universo. O desequilíbrio em uma dessas forças provoca uma desordem energética que causa a doença (KIDSON, 2006).

Ao contrário do que ocorre no Oriente, a medicina ocidental se baseia em um conjunto de sinais e sintomas físicos que cada indivíduo possa apresentar. Esta maneira mecanicista de ver o ser humano teve início com as descobertas de René Descartes e Isaac Newton e influencia até hoje o modelo biomédico, dando ênfase à doença e não ao indivíduo doente.

As implicações desse modelo reducionista estão entrando em declínio, pois não conseguem atender as necessidades do homem, nem compreendê-lo em sua forma integral.

Dessa forma, nos últimos anos, tem-se evidenciado um aumento na procura por práticas terapêuticas não alopáticas, principalmente aquelas advindas do Oriente, que possuem uma visão holística do homem. Com a Segunda Guerra Mundial, se intensificaram as imigrações de famílias orientais para a Europa e América, levando assim o conhecimento dessas práticas terapêuticas à civilização ocidental (LUZ, 1997).

Após a guerra, o movimento da contracultura, iniciado nos anos 60, teve seu auge. Esse movimento social pregava a paz mundial, a liberação sexual, a liberdade de expressão e maneiras "naturais e alternativas" de viver a vida sem censura. Os recursos terapêuticos, vindos principalmente da China e da Índia, foram difundidos pela Europa e América (LUZ, 1997).

Nos países latino-americanos, essas práticas tiveram maior notoriedade durante o final da década de 70. Embora, aqui no Brasil, já se praticasse terapêuticas não alopáticas difundidas pela cultura africana e indígena, com o movimento da contracultura, além de se disseminar os recursos vindos do Oriente, as práticas, aqui já realizadas, ganharam mais adeptos (CARVALHO, 2007).

Um dos primeiros eventos que se destacou na construção de políticas que envolvessem recursos não alopáticos, no Brasil, foi um convênio feito entre a UFRJ, FIOCRUZ, INAMPS e o Instituto Hahnemaniano com o objetivo de instaurar a homeopatia na rede pública de saúde (BRASIL, 2007).

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o tema sobre a integração de terapêuticas não alopáticas nos serviços de saúde, foi posto em pauta como uma maneira democrática dos usuários escolherem sobre o tratamento a ser utilizado no cuidado com a saúde (BRASIL, 2007).

Em 1988, uma comissão composta por secretários do Ministério da Saúde, Previdência e Assistência Social, Trabalho e Educação, denominada Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação-CIPLAN, formulou diretrizes para a implantação de algumas práticas não alopáticas, como: a homeopatia, Acupuntura, Termalismo e Fitoterapia, na rede formal de saúde. Todavia, de acordo com Queiroz (2000), embora estes eventos buscassem o reconhecimento oficial dessas práticas,

estas só poderiam ser exercidas por profissionais médicos o que dificultou, por algum tempo, a implementação das mesmas.

Com a expansão das práticas não alopáticas no SUS, após a reunião da CIPLAN, se fez necessário um maior controle e regulamentação dessas práticas de forma a assegurar a qualidade dos serviços e dos produtos dessas medicinas oferecidas à população. Dessa forma, em 1995, foi instituído no âmbito da Secretaria de Vigilância Sanitária, o Grupo Assessor Técnico-Científico, com os objetivos de implementar medidas que garantissem a qualidade e possibilitassem o acesso seguro a essas práticas não alopáticas (BRASIL, 2007).

Durante a X Conferência Nacional de Saúde foi aprovada a incorporação de práticas como: Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia no Sistema Único de Saúde. Dois anos depois, foi recomendada a incorporação dessas práticas na atenção básica (BRASIL, 2007).

Em 2000, foi criada a Associação Brasileira de Medicina Complementar e Estratégias Integrativas em Saúde, que tem como principais objetivos: promover o desenvolvimento de estratégias, não alopáticas, visando uma maior eficácia do tratamento clássico; promover trocas de experiências entre os médicos e cuidadores; esclarecer e informar a população sobre o uso dessas práticas como recurso terapêutico (ANDRADE, 2006).

Desde 2003, o Ministério da Saúde tenta elaborar uma política de integração que realmente efetive a inclusão e regulamentação de práticas não alopáticas no SUS. Em maio de 2006, foi publicada a portaria sobre a consolidação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, com o intuito de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências, que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de alguns estados e municípios, entre as quais destacam-se a Acupuntura, homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo-Crenoterapia (BRASIL, 2006).

Hoje, as práticas terapêuticas não alopáticas podem ser encontradas em diversas regiões. Algumas já foram incluídas no sistema oficial de saúde e reconhecidas pelo modelo biomédico, outras são praticadas nos segmentos populares da sociedade ou em clínicas especializadas nessas terapêuticas.

Um exemplo de uma prática terapêutica que vem sendo inserida no sistema formal de saúde e foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina é a **Acupuntura**. Esta técnica tem origem na Medicina Tradicional Chinesa e visa a

inserção de agulhas em determinados pontos do corpo, situados nos trajetos dos canais de energia, e pode ser utilizada de forma isolada ou integrada com outros recursos terapêuticos, como massagem, dietas alimentares, ervas medicinais (PALMEIRA, 1990).

De acordo com a Medicina Tradicional Chinesa, a doença se manifesta através da obstrução do fluxo de energia no organismo, essa energia é conhecida como Qi. Os chineses definem Qi como a energia vital que perpassa por todas as coisas animadas e inanimadas. Essa energia circula pelo corpo humano através de meridianos (KIDSON, 2006).

O tratamento por Acupuntura tem por finalidade desobstruir o fluxo de energia que se manifesta, em forma de doença, nas partes do organismo irrigadas pelo meridiano afetado. Os pontos de cada meridiano têm funções específicas em relação à transferência de energia (KIDSON, 2006).

Embora seja uma prática milenar, somente em 1980, a Acupuntura foi legitimada no Brasil, mesmo com várias discussões sobre a formação de profissionais médicos e não médicos. Em 1992, a Acupuntura foi reconhecida como ato médico, mas podendo ser praticada também por profissionais técnicos e por outros profissionais da área de saúde (NASCIMENTO).

Mesmo sendo mais utilizada para o alívio da dor, a Acupuntura é um recurso terapêutico eficaz no tratamento de diversas patologias e também atua na prevenção do estresse e ansiedade.

A prática da **Massagem** veio como herança da cultura oriental e começou a ser usada para desfazer bloqueios de energia que possam estar causando alguma enfermidade no corpo. Sousa e Vieira (2005) descrevem que as técnicas de massagem mais conhecidas e difundidas dentro do paradigma vitalista, em que se baseia a medicina oriental são: Massagem Oriental, Reflexologia.

Os benefícios da massagem oriental englobam as dimensões físicas, mentais e espirituais do ser humano. Além de promover o relaxamento dos músculos, melhorar a circulação, a massagem combate o estresse, reduz angústias e aumenta a defesa imunológica. Na dimensão espiritual, a massagem favorece o contato com outras pessoas, restabelece a harmonia e equilíbrio entre a mente e o corpo (AFYA, 2007).

Todavia, apesar desses benefícios, a aplicação da massagem tem suas restrições, principalmente entre pessoas portadoras de neoplasias, doenças infecto-

contagiosas, problemas nas articulações, infecções, osteoporose, pois a massagem pode disseminar a enfermidade para outras partes do corpo ou provocar fraturas (PESSOA, 2004).

Sendo assim, a conversa estabelecida entre o profissional e o cliente, antes da aplicação da massagem, se torna fundamental, pois além de promover uma maior interação entre ambos, o massoterapeuta tem a oportunidade de ouvir as queixas do cliente, além de orientá-lo acerca da massagem.

A massagem não é somente empregada nos serviços da rede informal de saúde. Alguns lugares como, por exemplo, Rio de Janeiro e Ceará, já implantaram a prática da massagem nos serviços públicos de saúde.

No município de Sobral-CE, foi realizado um treinamento para profissionais que atuam na rede básica de saúde e voluntários que quisessem atuar utilizando a prática da massagem (SILVA, 2004). No Rio de Janeiro, a massagem vem sendo uma das práticas terapêuticas utilizadas nos serviços de saúde da zona da Leopoldina, através do Programa de Medicina Alternativa, que visa implementar não só a massagem, mas outras práticas não alopáticas na rede formal de saúde do Estado (SOUSA; VIEIRA, 2005).

Derivada da massagem, a **Reflexologia** é uma prática que também tem suas raízes no Oriente, porém aplicando outras técnicas de pressão em lugares específicos do corpo, como: mãos, pés.

De acordo com Lourenço (2002), esses lugares específicos são chamados de plexos nervosos, são caracterizados por terminações nervosas, que quando estimuladas corretamente enviam e recebem informações dos órgãos correspondentes à região afetada.

Os fundamentos da reflexologia se baseiam no princípio de que os bloqueios de energia no corpo humano são mais perceptíveis nas regiões dos pés, mãos e lóbulos das orelhas. Ao pressionar estas áreas específicas, os bloqueios podem ser detectados. Cada parte do pé ou das mãos corresponde a algum órgão do corpo (AFYA, 2006).

Pode-se, então, inspecionar os órgãos do corpo, tocando e pressionando os pontos de reflexos nos pés e sentindo a energia de cada um. A sensação de dor, em algum desses pontos, mostraram que órgãos sofrem de desequilíbrio energético. Essa prática, além de ser eficaz no tratamento contra o estresse, tensão, problema

de circulação, estimula o corpo a promover a auto-cura e age como método diagnóstico e preventivo.

A reflexologia atua eliminando o acúmulo de sangue nos plexos nervosos dos pés, pois quando há acúmulo de sangue em alguma zona de reflexo, verifica-se o comprometimento do órgão ao qual essa zona está ligada. Esse fato ocorre quando há problemas na comunicação do cérebro com o resto do organismo (LOURENÇO, 2002).

Embora esta técnica tenha todos esses benefícios, Sousa e Vieira (2005) descrevem que, na maioria das vezes, a reflexologia estava sendo empregada somente para alívio da dor local, não se fazendo referência às zonas de reflexos, ponto fundamental dessa técnica.

Outra prática bastante conhecida, nos dias atuais, é o **Reiki**. Acredita-se que desde a época de Cristo, a imposição das mãos era realizada como maneira de se obter a cura. Babenko (2004) descreve que muitos reikianos acreditam ter sido Jesus o primeiro a praticar a cura através do reiki.

O reiki, assim como outras práticas, tem seus pressupostos na energia vital que move tudo que existe no universo. Essa energia pode ser transmitida através das mãos diretamente sobre o corpo ou próximas a ele. No entanto, é necessário que aquele que aplique o reiki esteja preparado emocionalmente e espiritualmente (SARAIVA, XIMENES, 2004).

Cardoso (2001) revela que através do reiki pode-se tratar os desequilíbrios do corpo físico, mental e emocional, através dos chakras e da aura. Os chakras são centros energéticos, localizados no corpo, que estão sempre em movimento circulatório contínuo, e é por meio destes que o corpo troca energia com o meio. A aura é um campo de energia que envolve o corpo humano. Tanto a extensão da aura, como sua cor são fatores determinantes para se conhecer o estado emocional de uma pessoa.

O reiki foi difundido no Brasil na década de 80, onde teve o primeiro curso de reiki e foi criada a Associação Brasileira de Reiki. O curso geralmente é dividido em quatro módulos. Estima-se que atualmente mais de 6000 pessoas, no Brasil, cursem o nível I do reiki (BABENKO, 2004).

Pesquisas já foram feitas sobre a utilização do reiki e demonstraram que são vários os benefícios trazidos, como: relaxamento físico e mental, redução de estresse e ansiedade, alívio das dores, além de promover o sentido de auto cuidado,

no qual a pessoa assistida toma consciência da sua responsabilidade, no processo de cura (SALOMÉ, 2005).

O reiki além de promover a saúde, sugere uma maior integração comunitária, eleva a espiritualidade, desperta o sentimento de pertença com o mundo. Cardoso (2001, p. 23) afirma que:

o Reiki atua equilibrando e harmonizando o corpo, a mente e o espírito em si mesmo e em conjunto com o meio exterior, expandindo a consciência, clareando os pensamentos, aguçando os sentidos, liberando os sentimentos, permitindo que a energia vital e infinita do universo preencha nosso corpo, nossa mente e nosso coração, facilitando o caminho para a cura integral do ser.

Atualmente profissionais de saúde estão buscando conhecer mais sobre o reiki e aplicá-lo em seus clientes como uma maneira de desenvolver um cuidado integral frente à falência do modelo biomédico.

Outra prática, a **Terapia Floral**, vem sendo reconhecida como uma terapêutica holística de cuidado e pode ser empregada, não apenas para alívio do sofrimento, mas, também, como forma de intervir na qualidade de vida do indivíduo.

Os remédios florais foram criados pelo médico Edward Bach, que acreditava que as emoções constituem um elo fundamental para estabelecer o equilíbrio vital, pois os florais desencadeiam estímulos capazes de promover a cura, principalmente dos males psíquicos (SOUSA et al, 2007).

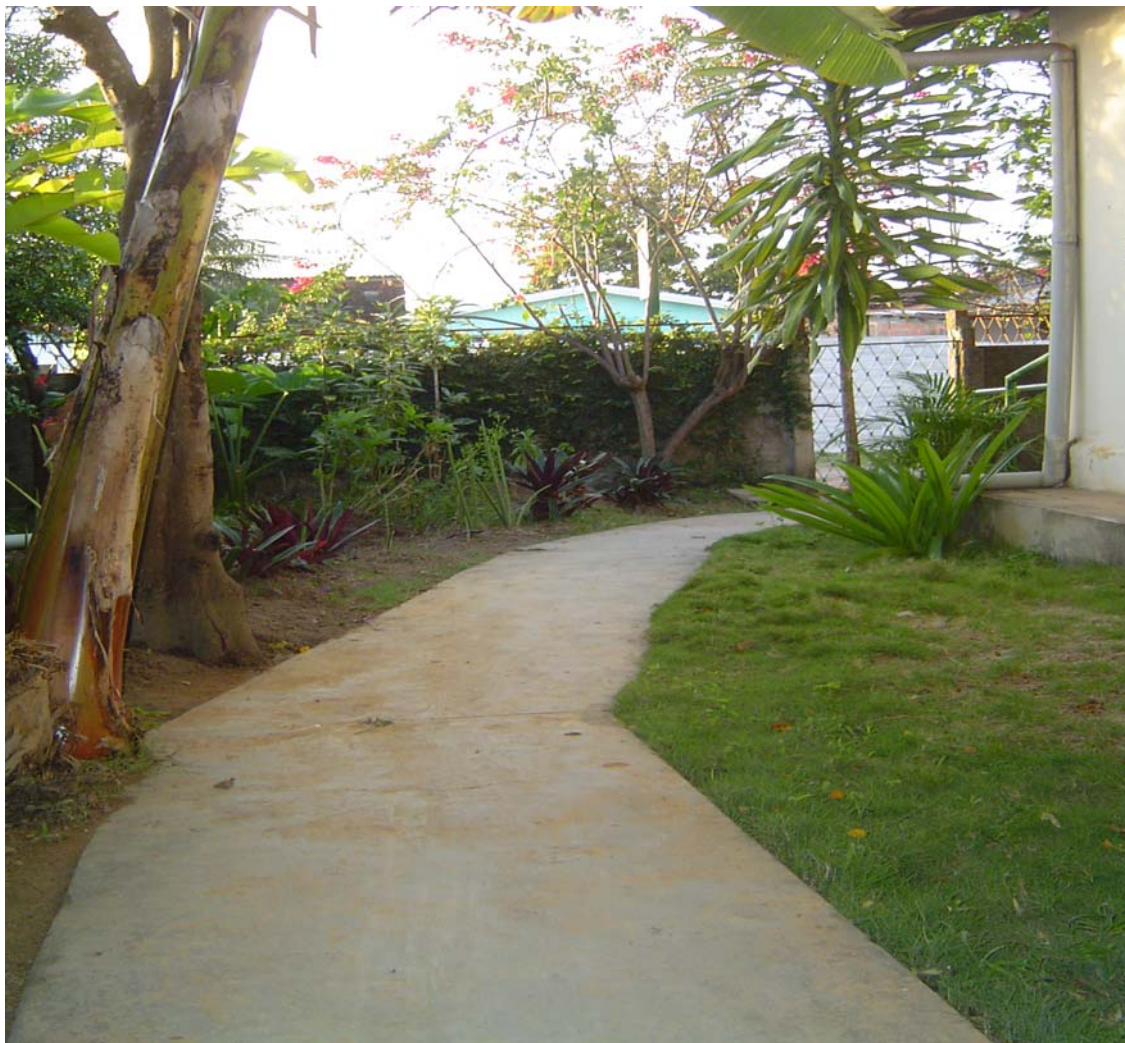
Existem 38 essências no sistema floral de Bach, que estão classificadas de acordo com as manifestações emocionais. A identificação dos florais depende do estado emocional que estiver mais evidente no indivíduo, no momento da entrevista ou do aconselhamento (RIBEIRO, 2003).

Depois da década de 80, impulsionados pelas pesquisas de Edward Bach, outros sistemas florais vêm sendo identificados e pesquisados em várias partes do mundo. Os Florais de Bach buscam chegar à raiz dos problemas e erradicar devidamente a causa dos desequilíbrios. As essências florais ajudam a trabalhar os conflitos internos, possibilitando a integração das emoções positivas e negativas à personalidade.

Além dessas práticas citadas anteriormente, existem outras. Laplantine (1989), em seus estudos antropológicos sobre **medicinas paralelas**, apresenta uma lista de mais de cem tipos de práticas terapêuticas e/ou diagnósticas, que foram

descritas pela OMS e publicada em *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*. O autor chama a atenção para o fato de esta não ser uma lista exaustiva e, ainda, para a dificuldade de classificá-las devido à heterogeneidade própria de cada uma. Para ele, este seria um trabalho de uma obra enciclopédica. Assim, pode-se esclarecer que não houve a pretensão, da autora deste estudo, de esgotar o assunto, mas apenas oferecer ao leitor uma pequena descrição das práticas, tidas como mais comuns em nosso meio.

*“... Cada um é um ponto de partida
em um número sem fim de caminhos,
sempre adiante, expandindo-se”. (William Glaser)*



3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa se insere em uma abordagem qualitativa, em face dos objetivos traçados. Foi utilizada a história oral como estratégia para valorizar o universo qualitativo e subsidiá-la. Por sua vez, está definida por Meihy (2005) e Chizzoti (2006), como um relato de experiências pessoais de indivíduos, que tenham características comuns, relativos a acontecimentos ou fatos significativos e constitutivos de sua experiência vivida.

Para tanto, foi necessário fazer a narrativa do conjunto de experiências individuais, suas proposições e suas verdades, permitindo mostrar a versão dos fatos, conforme a visão de mundo de cada pessoa entrevistada, tendo o pesquisador soberania para revelar ou ocultar casos, situações e identidades (Meihy, 2005).

Quando se utiliza a história oral é necessário que as experiências pessoais sejam contadas pelos seus próprios autores (que de acordo com esta metodologia, são denominados de colaboradores), por meio de sentimentos, gestos, idealizações, valorizando o papel histórico, social e humano das pessoas.

3.2 O CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado no **AFYA** – Centro Holístico da Mulher, localizado no conjunto dos motoristas, no Bairro Alto do Mateus, no Município de João Pessoa, na periferia da capital paraibana. Este Bairro abriga comunidades carentes, tem infraestrutura precária. O nome do mesmo surgiu devido à Igreja de São Mateus, construída no alto do morro. O conjunto dos motoristas surgiu em 1986 e foi assim chamado, pois o governador do Estado construiu algumas casas para os taxistas da região. Hoje, a comunidade é dividida em Conjunto dos Motoristas I, II e III.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (2007), o bairro faz parte do Distrito Sanitário I e conta com seis equipes de saúde da família, localizadas em duas unidades integradas, fazendo uma cobertura de aproximadamente 100% das famílias residentes, o equivalente a 15.588 pessoas.

O território é favorecido pela educação, através de 17 escolas, sendo três municipais e duas estaduais. Com relação a espaço para o lazer, os moradores referem que não há local para lazer ou esporte. O Alto do Mateus aparenta ser uma comunidade tranqüila que ainda guarda resquícios de cidade do interior. Pode-se observar as pessoas conversando na calçada, com tranqüilidade. No mês de junho, ainda se faz quadrilhas e as crianças brincam livremente nas calçadas.

Neste bairro carente, porém acolhedor está localizado o AFYA – Centro Holístico da Mulher, que é uma Organização Não Governamental (ONG), criada em 1998, por um grupo de mulheres. Sua sede se localiza em uma casa comum, de alvenaria, situada em uma rua sem saneamento básico. O interior da casa foi reestruturado, para melhor distribuição das atividades. Possui salas para massagem, para atendimento bioenergético, argiloterapia. Em volta da casa, encontra-se um jardim com plantas medicinais.

AFYA é uma palavra Swahili, a língua nacional da Tanzânia e da África Oriental, significa saúde. O trabalho no AFYA é desenvolvido, em sua prioridade, para o cuidado de mulheres e adolescentes. Dentre suas principais atividades, podem ser citados: cursos, oficinas, atividades de educação em saúde, desenvolvimento de terapias holísticas.

O AFYA tem como principais objetivos: a criação de um espaço que ofereça liberdade para que as mulheres possam partilhar suas histórias de vida; promover a sensibilização destas, sobre a importância da prevenção e tratamento das doenças, através de métodos naturais; estimular a criatividade das mulheres através da arte, exercícios, meditação, favorecendo o bem-estar físico e mental; estimular o autoconhecimento e a elevação da auto-estima, valorizando suas experiências e sabedorias (AFYA, 2006).

Além disso, o AFYA promove atividades de educação em saúde, através de cursos e oficinas sobre direitos sexuais e políticos das mulheres, sobre reciclagem, como também promove encontros de saúde mental, todas as quartas-feiras, onde se integra a espiritualidade no processo de cura, resgatando a auto-estima e o auto cuidado.

3.3 AS COLABORADORAS

Nos projetos de história oral, os participantes são chamados de colaboradores. O colaborador é definido como aquele que participa da pesquisa e que tem a liberdade para dissertar sobre sua experiência pessoal, colaborando com todo o processo do estudo (Meihy, 2005).

A seleção de colaboradores esteve vinculada à formação da colônia, ou seja, uma coletividade que tem objetivos comuns. Neste estudo, a colônia foi composta pelas nove mulheres que trabalham no AFYA - Centro Holístico da Mulher, desenvolvendo alguma prática não alopática.

A partir da definição dessa colônia, se formou uma rede, que correspondeu a uma subdivisão da colônia para dar início a este trabalho. Os critérios para a formação da rede basearam-se no vínculo diário e no tempo de atuação no AFYA.

A escolha das colaboradoras foi feita com base nas relações estabelecidas na colônia. Foi identificada uma colaboradora com um maior conhecimento da comunidade, para definir a entrevista ponto zero, que corresponde a entrevista central da pesquisa. Esta depoente indicou outros colaboradores que constituíram a rede.

3.4 A APROXIMAÇÃO COM O CENÁRIO DO ESTUDO E A PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Na tentativa de conhecer as mulheres, as atividades que realizavam e assim estabelecer um vínculo de confiança, a autora deste estudo começou a participar de alguns cursos promovidos pelo AFYA. Foi através do curso de reflexologia que houve o seu primeiro contato com esse universo terapêutico holístico fascinante.

A partir desse encontro, foram observadas as relações de convivência entre as mulheres, suas formas de atuar, as normas e rotinas do grupo. As mulheres não são apenas cuidadoras, são confidentes e companheiras. O clima de solidariedade é explícito e o acolhimento dado aos que chegam é estimulante.

Seu primeiro contato com o AFYA se deu em uma visita informal. Depois, para conhecer melhor as mulheres que lá trabalhavam e para que elas também pudessem conhecer a autora deste estudo, a mesma resolveu fazer um curso de reflexologia, oferecido em setembro de 2006. Foi durante este curso, que houve um aprendizado mais enfático sobre as práticas terapêuticas e fortalecimento de seu vínculo com as cuidadoras.

Todo esse processo de aproximação facilitou o desenvolvimento da pesquisa, pois quando foi apresentada a proposta da pesquisa, embora algumas mulheres se sentissem ainda intimidadas, aceitaram prontamente em participar do estudo.

Assim, o material empírico foi produzido com base nas entrevistas, guiadas por perguntas de coorte, que buscaram atender aos objetivos propostos.

As perguntas de coorte utilizadas, neste estudo, foram: Como você se tornou a cuidadora? Quais as razões que levaram as pessoas a procurarem essas práticas terapêuticas? Que mudanças foram observadas na condição de saúde das pessoas que você cuidou?

As entrevistas foram realizadas no próprio centro. A produção do material empírico foi feita através da entrevista, com a utilização do gravador. A entrevista teve como base a experiência das cuidadoras, que são as colaboradoras do estudo. Montenegro (2006) descreve que o ato de entrevistar é uma arte de fazer através do diálogo uma forma de aproximar as pessoas das verdades depositadas em cada um. Na história oral, a etapa da entrevista é dividida em três fases: Pré-Entrevista, Entrevista e Pós-Entrevista.

Na Pré-entrevista foi realizada a visita ao campo, a identificação dos depoentes, os esclarecimentos acerca do projeto e os objetivos da pesquisa. Assim, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada colaboradora, solicitando-lhe a autorização para o uso do gravador e respeitando o tempo e o local desejado.

Na etapa seguinte, aconteceu a realização da entrevista propriamente dita, no local e horário agendados. Antes de iniciar, cada entrevista, foi apresentado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para ser lido e assinado conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi também autorizada a divulgação de imagens e fotografias pelas colaboradoras, através da assinatura da Carta de Cessão. Dentre as imagens, só não foi inserida a fotografia de Maria da Guia, neste estudo, pois a mesma já não trabalhava mais no AFYA, na fase final da

pesquisa, quando foram tiradas as fotos.

Foram respeitadas as questões éticas que dispõem sobre as diretrizes e normas, que regulam pesquisas que envolvem seres humanos, resguardando os direitos da livre escolha de participar do estudo, bem como de desistir a qualquer tempo, sem qualquer punição, sendo garantido que a publicação do material coletado só ocorrerá mediante conferência e autorização da colaboradora.

Com relação ao anonimato, foi sugerida a criação de pseudônimos para resguardar o caráter confidencial das informações, porém as colaboradoras preferiram autorizar a divulgação dos seus nomes como consta no registro civil. Este aspecto foi devidamente descrito no Termo de Consentimento e na Carta de Cessão (Anexos).

Ao iniciar a entrevista foram registrados os dados de identificação, data e local do encontro e, em seguida, foram iniciadas as perguntas de coorte que perpassam todas as narrativas.

Na etapa da Pós-entrevista, as depoentes foram informadas que todo conteúdo seria transcrito e passaria por uma conferência, onde elas poderiam acrescentar ou retirar depoimentos, além de autorizar ou não a utilização das entrevistas.

Após a fase de construção do material empírico, realizada por meio das entrevistas, todo o material foi transformado em texto, sendo submetido às seguintes fases:

- **Transcrição:** as entrevistas foram escutadas e transcritas em seu sentido literal. As transcrições foram feitas logo após cada entrevista para evitar acúmulo de material. Foram retirados os excessos ou palavras repetidas, sem perder as características de cada narrativa. Também foram registrados momentos emotivos, ocorridos durante cada entrevista;
- **Textualização:** foram retiradas as perguntas de coorte e o texto ficou em forma de narrativa. Foi identificado o tom vital de cada entrevista, ou seja, o tema que tem maior força expressiva dentro do relato da colaboradora. O tom vital corresponde à frase que servirá de epígrafe, em cada narrativa;

- **Transcrição:** o texto foi recriado através da ordenação de parágrafos. Foram retiradas e acrescentadas algumas palavras e frases de acordo com observações e anotações, mas sem modificar o sentido do texto. Neste momento, foram utilizados elementos como: pontuação, interjeições e reticências, que expressam períodos narrativos ou dúvidas. A partir daí recriou-se a atmosfera da entrevista, procurando trazer ao leitor o mundo das sensações que compõem a história.

Logo após o término da transcrição, o texto foi levado às colaboradoras para a conferência do conteúdo. Os textos foram aceitos na íntegra, sem quaisquer modificações.

Após a conferência, cada colaboradora assinou a Carta de Cessão, autorizando a divulgação e publicação do texto, integralmente, ou em partes, conforme a decisão da pesquisadora.

A análise do material empírico foi guiada pelo tom vital das narrativas. Nesta fase, foi necessário recorrer ao procedimento de análise temática, onde foram encontrados os dois grandes eixos do discurso das narradoras: o primeiro deles reflete: **a busca pelo cuidado: a cuidadora que foi cuidada resgatando a autoestima, a busca do ofício sagrado e da liberdade de ser**. O segundo eixo revela: **a falência do modelo biomédico e a procura por práticas acolhedoras**.

A escolha desses eixos temáticos foi feita após leituras exaustivas, tentando compreender o universo das narrativas, no contexto temporal. Os eixos orientaram a análise triangular entre a pesquisadora, as colaboradoras e os estudiosos sobre o tema. Portanto, se incluem, nesse capítulo, diversas visões de mundo que não excluem outras. Entretanto, este é o ponto de vista da pesquisadora.

“A alma respira através do corpo, e o sofrimento, quer comece no corpo ou numa imagem mental, acontece na carne.” (Antônio Damásio).



4. RESULTADOS: MULHERES QUE CUIDAM – CADA TOQUE UMA HISTÓRIA

Eufrásia



Efu, como é conhecida por muitos, mora no Brasil há treze anos. É natural da Tanzânia, onde era professora de Biologia. Efu é uma negra com sorriso vibrante e carrega sua fala com um sotaque engraçado, o que a faz ainda mais simpática. Veio para o Brasil com um grupo missionário e resolveu se estabelecer por aqui. Já conhecia algumas terapias naturais, ou não alopáticas, e trabalhava com grupo de mulheres carentes, na África.

Com um alto astral contagiante, ela recebeu a autora deste estudo para a entrevista, que foi realizada no AFYA, e contou como surgiu a idéia de fundar o centro Holístico da Mulher. Com muito entusiasmo, Efu foi contando sua história...

“... Fico feliz em poder ajudar as mulheres a cuidar da saúde com essas práticas...”

Entrei no grupo missionário para fazer um trabalho mais ampliado. Saí da área acadêmica, mas levei meu conhecimento comigo para integrar ao trabalho social. Decidimos vir ao Brasil trabalhar com comunidades carentes.

Trabalhamos em Mandacaru, Baixo Roger, Tibiri, Marcos Moura, Cabedelo e outros. Então senti a necessidade de fundar o AFYA. Nós procurávamos um espaço e surgiu uma casa disponível aqui no Alto do Mateus.

O trabalho que nós fazíamos com os grupos de mulheres, nas comunidades, era mais voltado para a sexualidade, direito da mulher, gênero, nutrição e outras coisas que sempre tem a ver com a saúde. Mas foi por conta do sofrimento mental das mulheres, devido à violência, que fizemos um local assim, que pudesse conjugar tudo.

Por isso, privilegiamos mais a mulher, já que no meu ponto de vista ela sofre mais. Por exemplo, raramente encontra-se uma mulher que largou os filhos, o homem larga e a mulher fica com os

filhos e vai trabalhar, lavando roupa ou fazendo qualquer coisa para ajudar as crianças. A pobreza, o machismo, tudo atinge os nervos da mulher. Ela carrega a pobreza no corpo, na cabeça e na barriga dela, fora a violência física e psicológica que a maioria sofre.

Não quero que pensem que discrimino os homens. No AFYA atendemos homem também, mas damos prioridade à mulher, porque são as mulheres que vão transformar a sociedade, já estão transformando! A mulher tem essa potencialidade, pela natureza de ser mulher.

Em cada comunidade, sempre encontrávamos uma mulher ou duas que precisava de um tratamento mais aprofundado. Às vezes, encaminhávamos para o psicólogo. Mas, para isso, precisava de passagem, de alguém para acompanhar e nós não podíamos fazer tudo isso. A partir de então, escolhemos um espaço onde pudéssemos fazer esses trabalhos, para trazer o psicólogo, trabalhar com plantas medicinais... tudo no mesmo lugar, mas nós continuamos com o trabalho em outros locais, só que o AFYA virou o ponto de referência.

A maioria das terapias eu aprendi aqui. Na Tanzânia eu fazia apenas a reflexologia, as conversas de grupo, pra cada um contar sua história. Quando eu cheguei aqui no Brasil, aprendi alguns cursos, como o de plantas medicinais na Universidade, o curso de reiki, massagem, argiloterapia, alimentação saudável. Sempre que vou aprendendo, vou logo repassando para elas (mulheres que trabalham no AFYA). Estou fazendo agora o Curso de Somatoterapia, ainda não estou repassando. Todos os cursos que fazemos, aqui, eu vou procurar e depois trago pra cá.

Fundamos o AFYA em 1998, mas só foi registrado em 2000. No início, eu tinha o curso de plantas medicinais, massagem, alimentação saudável, sexualidade, saúde mental e espiritualidade. Depois fui acrescentando os outros.

Hoje, eu trabalho aqui com plantas medicinais, alimentação saudável, argiloterapia, reiki, massagem oriental, reflexologia, bioenergético. Tanto aplico individualmente como também ofereço cursos.

Atualmente, as pessoas estão procurando mais as práticas não alopáticas, porque estão vendo que funcionam! Não vou generalizar tanto. Existem dois tipos de pessoas que procuram as terapias: no primeiro grupo estão as pessoas que já tem algum conhecimento sobre essas práticas e sabem que o tratamento alopático tem muito efeito colateral. Toma um remédio para um problema de estômago e acaba com problemas nos rins! Essas pessoas sabem que muitas doenças estão ligadas à espiritualidade e integram a natureza junto à vida delas e vêm buscar uma maneira alternativa de cuidado; outro grupo de pessoas seria aquele que vai para o médico quando tem algum problema, toma todo tipo de remédio e não resolve. Depois de alguns anos, acaba cansando e procuram algo alternativo. Vem para o AFYA e muitas vezes resolvem. Depois começam a trazer o resto da família, para se tratar aqui, porque sabe que deu certo o tratamento alternativo.

Muitas pessoas chegam aqui com depressão, já tomando remédio e fazendo tratamento médico e sem resultado. O problema do nosso sistema é que o poder é do médico. A maioria deles (médicos) chega, nem fala direito, e dá logo uma receita. Muitas vezes, a pessoa nem acha o remédio ou ele é caro demais e não faz

feito. Quando essas pessoas chegam aqui, fazemos o exame bioenergético, para conferir o que realmente está acontecendo, explicamos passo a passo o que está acontecendo, como ela pode fazer o tratamento e o motivo do tratamento. Tem inclusive uma ficha que as pessoas assinam se responsabilizando pelo seu cuidado: “eu estou ciente, e vim para o AFYA para cuidar de minha saúde.” Essa é outra forma de tratamento. Quem vai cuidar de você não é o médico, mas você mesmo. Isso é um processo maravilhoso de cura. Na verdade a cura já começa quando a pessoa se responsabiliza pela sua própria saúde.

Aqui recebemos todo tipo de pessoa. Algumas já chegam e dizem assim:

- “olhe, estou muito tensa, nervosa, não consigo relaxar e aqui me disseram que vocês fazem uma massagem, eu queria fazer.”

Já vem querendo massagem ou querendo reiki. Mas nós não passamos logo, porque não sabemos o que exatamente está causando a ansiedade ou o pânico. Por isso, primeiro fazemos a consulta bioenergética, para constatar o que realmente a pessoa tem, descobrir os sintomas para depois passar o reiki ou a massagem.

Por exemplo, se uma pessoa está com problema de pânico, ou de repente começou a ter muito medo, a massagem nesse caso não vai resolver, o reiki vai ser melhor. Depois que trabalhar esse trauma é que podemos encaminhar para massagem para ajudar a relaxar. Os tratamentos têm que ser combinados.

Tem pessoas que chegam com problemas físicos, como dores nas costas. Antes de tudo temos que saber a causa, se foi por queda, ou tensão. Uma vez me pararam na rua e perguntaram:

- “ah, você trabalha lá no AFYA, meu pé está inchado e me disseram que massagem é muito bom para isso!”

Não é bem assim! Primeiro, tem que fazer o exame saber realmente se vai precisar de uma massagem ou se já é uma infecção. Na infecção, a massagem não é indicada porque ela vai espalhar essa infecção.

As pessoas nos procuram mesmo, principalmente para massagem e reiki. Às vezes, elas só querem deitar para relaxar, mas nós orientamos de forma mais ampla.

As mulheres geralmente chegam com problemas, às vezes, estão na menopausa e querem comer de tudo, se alimentam com muito carboidrato, mas o corpo dela não tem o mesmo metabolismo de antes, agora é mais lento. Quando elas chegam aqui as taxas de colesterol, triglicérides, ácido úrico, estão elevadas. Por causa disso, muitas vezes elas engordam uns dez quilos e acabam se sentindo mal com isso, começa com ansiedade, depressão, sem conseguir evacuar.

Primeiro, cuidamos da alimentação, depois fazemos a consulta bioenergética e ficamos fazendo o acompanhamento. Depois de uma semana, ela já fica muito feliz, mais animada. Com a continuação do tratamento, após quinze dias, a pessoa já vai perder peso, a auto-estima vai melhorar, as dores começam a diminuir e ela começa a se relacionar melhor com a família. Durante as semanas de tratamento, tem o reiki para ajudar a equilibrar as energias, tem a massagem que ajuda a diminuir as dores e tem a alimentação saudável para cuidar do corpo. Se o rim também estiver

comprometido, usamos a terapia com barro para ajudar na limpeza sanguínea.

Existe um conjunto de tratamentos, que vai dar um bom resultado. Por isso, fala-se em tratamento holístico. A partir do cuidado físico o espírito já melhora, tem um equilíbrio emocional, o sistema nervoso vai acalmando e a pessoa começa a ser responsável por ela mesma.

É uma sensação muito boa saber que eu posso ajudar as pessoas a terem uma vida melhor. Porque, às vezes, tem gente que chega aqui tão triste, chorando, deprimida e em sete dias nós já notamos uma melhora. Em quinze dias já chegam dançando nos corredores, mostrando que voltou a usar a roupa que estava guardada no armário. Isso me deixa feliz, é um crescimento e me incentiva a buscar mais. É um trabalho de muito sucesso, algo muito positivo não só para mim como para toda equipe.

Dona Lourdes Gomes



Aos 71 anos, tem a voz grave, tem muito conhecimento sobre plantas medicinais. É uma mulher disposta a ajudar. Durante a entrevista foi muito receptiva e simpática

Dona Lourdes não mora no Alto do Mateus, mas sempre está por lá cuidando de suas plantas ou aplicando reiki. Certamente, ela irá encantar a todos com sua história...

“...Não me sinto mais tão pequena. Porque sei de alguma coisa que leva o outro a se sentir bem. Isso é um dom de Deus!”

Antigamente eu trabalhava junto à Pastoral da Criança, mas já trabalhei na igreja, com o batismo, o dízimo e fazendo remédio natural. Foi aí que conheci o Padre Virgílio. Eu ia para a igreja e ele levava as pessoas doentes para conversar comigo. Isso tem tudo a ver com as obras de Deus!

Através de Padre Virgílio, foi que conheci o AFYA. Fazia um mês que Efu (Eufrásia) tinha chegado ao Brasil, ela foi à Mangabeira e conheceu Padre Virgílio e Dona Marlene, que fazia massagem. Eles logo disseram:

- “tem uma pessoa que vai lhe ajudar. Ela trabalha com plantas medicinais!”

Pouco depois, marcaram um encontro entre Efu e eu na igreja. Foi muito engraçado (risos), porque durante a missa eu me sentei logo atrás dela, sem conhecer, sem saber de nada. Quando terminou a missa, todos levantaram, mas ela continuou sentada e eu falei:

- “hei moça, não vai levantar?”

Ela olhou pra mim, com aquele jeito dela e disse:

- “não!”

Terminou a missa e ela lá sentada. Padre Virgílio e Dona Marlene chegaram perto da gente e disseram:

- “pronto Efu! A mulher que quer falar com você é Dona Lourdes, que está sentada aqui bem pertinho.”

Efu falou:

- “é... já chegou mandando em mim! (risos) Me dando ordem!”

Eu pedi desculpas, fiquei com tanta vergonha! Mas ela me convidou para trabalhar. Nós trabalhávamos nos colégios invadidos, nas associações, não era como aqui. Eu fui uma das primeiras mulheres a trabalhar com Efu. Comecei no grupo de mulheres e já faz oito anos que estou no AFYA.

Depois que vim para cá, aprendi a fazer reiki e reflexologia. Na verdade, eu nem queria fazer... mas Efu insistiu muito. Então, acabei deixando um pouco o trabalho da igreja, mas continuo a fazer farmácia natural onde me chamam. Já trabalhei no Espírito Santo, Alagoa Grande e em Caiana dos Crioulos, ensinando as mulheres a fazerem xarope, garrafadas, a plantar mudas pra depois fabricarem remédios, e assim fornecer um trabalho.

Aqui foi onde começaram os cursos de massagem, experiência somática e o bioenergético, que tem tudo a ver com as plantas medicinais! Sem as plantas medicinais, o bioenergético funciona, mas faltando uma parte.

Muitas pessoas, quando vem para o AFYA, chegam com problemas de cansaço, estresse, dores no corpo, problemas na família, tudo que atinge os nervos da gente. Às vezes, muito estresse ou coisas que nos deixam nervosas... Depende da maneira de como nos cuidamos. Tem muito estresse na vida da gente e as pessoas chegam falando:

- “ah meu Deus, eu estou agoniada, nem durmo direito!”

Nós conversamos e depois eu faço um reiki, que é muito bom porque relaxa bastante. Já a reflexologia é muito boa para idosos. Ali mesmo, durante a conversa, a pessoa vai fazendo um tricô e eu faço aquela massagem nos pés, que além de ajudar na circulação favorece o bem-estar das pessoas.

Quando as pessoas fazem sessões de reiki ou a reflexologia, eu noto que elas melhoram bastante, e chegam logo dando depoimentos:

- “eu dormi tão bem! Eu vi meu corpo sendo tocado!”

Outras vezes dizem assim:

- “eu estou com dor de cabeça!”

Então, nós trabalhamos mais na parte da cabeça. Às vezes, dizem que tem “quentura”, aí nós tocamos mais... Tem algumas mulheres que vem com problema de útero... No reiki, a gente aprende até qual o ponto certo de operar. Quinze dias depois, elas retornam e dizem:

- “Dona Lourdes, eu fiquei bem melhor daquelas cólicas!”

E eu respondo:

- “muito bem! Mas não fui eu, foi Deus que ajudou você!”

Quando chega alguém com problema de nervos, a gente coloca uma música bacana e indica que quando chegar em casa, para dormir, procure uma música religiosa que goste e fique à vontade para que aquele problema melhore.

Hoje, eu acredito que as pessoas procuram pelas terapias, porque aqui nós damos mais assistência, tem o aconchego de receber a pessoa e conversar com ela. Às vezes, tem médico que diz para ir ao hospital pegar uma ficha. Você vai, demora quinze

dias, um mês... Manda fazer um exame ali, faz outro e não dá certo. Isso é muito cansativo, principalmente para quem está doente.

Aqui é diferente! Tem os chás, o bioenergético, a alimentação saudável, que vão ajudando no bem-estar da pessoa. Eu acredito que se a gente se alimenta bem, a gente está bem!

No AFYA, tratamos o todo, por isso se chama holístico. Trata a mulher, a doença, o todo! E não um só ponto. O tratamento aqui é melhor e as pessoas estão conhecendo isso!

Hoje eu me sinto muito feliz, depois de todo esse conhecimento. Antes eu tinha receio de chegar para uma pessoa que tivesse um nível maior ou uma sabedoria maior do que a minha, como segundo, terceiro grau... porque eu não tenho isso. Sentia-me diferente! Mas agora não me sinto mais diferente de ninguém. Por mais rica que ela seja, por mais que ela tenha conhecimento, não me sinto mais tão pequena. Porque sei de alguma coisa que leva o outro a se sentir bem. Isso é um dom de Deus! A gente descobre dentro de nós mesmos, o dom de Deus, a essência da sabedoria!

Maria de Lourdes



Parece uma mulher pacata, mas à medida que vai sendo conhecida, percebe-se que não pára um instante. Sempre está trabalhando, seja com alimentação alternativa, seja no barro. Apesar da “correria” de seu dia-a-dia, Maria de Lourdes transmite tranquilidade, com sua voz mansa e seus olhos acolhedores. Então, eis sua história...

“.... nós temos muitas terapias que ajudam as pessoas a enfrentarem seus problemas....”

Eu trabalhei por algum tempo em uma creche. Certa vez, Carlinha, uma moça que mora na Rua do Rio, deu um curso de alimentação e eu fiz. Depois fiz um curso de alimentação alternativa, em outra creche, que fica no bairro de Cruz das Armas. Assim, eu já tinha mais ou menos uma idéia sobre alimentação saudável.

Mas foi em um curso de Medicina Alternativa que teve lá na paróquia de São Francisco de Assis, que começou a minha simpatia pelo trabalho com plantas medicinais, sabe? Eu continuava a trabalhar na creche, no Jardim Veneza, conheci Efu e recebi a proposta de vir para o AFYA, em 1998.

Quando cheguei aqui, havia apenas um grupo de mulheres. Eu não conhecia o método que hoje a gente trabalha. Tinha conhecimento das plantas medicinais e uma idéia da alimentação alternativa. Na verdade, eu comecei a trabalhar com alimentação alternativa e com plantas medicinais, quando eu vim para o AFYA. Foi quando comecei mesmo e estou até hoje.

Só que agora também faço massagem oriental, trabalho com argila, na argiloterapia e também trabalho com reiki, com a reflexologia, que nós temos também, e dou o curso de alimentação alternativa.

Hoje, as pessoas procuram mais pelas terapias, porque elas estão se conscientizando que o tratamento natural é melhor. Apesar de o tratamento natural ser mais devagar, mais lento, ele tem um efeito mais profundo.

Aqui é um local muito simples, mas nós temos muitas terapias que ajudam as pessoas a enfrentarem seus problemas, com menos dificuldade. Os tratamentos daqui têm um poder de cura muito positivo! Tem a terapia com argila, que é o barro, tem os chás, principalmente o chá verde e a alimentação, que está em primeiro lugar. Porque quando você faz a limpeza no organismo, a tendência da doença é estacionar. Quando faz o tratamento direito, com toda a norma, tem efeito.

Eu fiz um estágio, em Petrolina, foi então que criei uma simpatia muito grande pelo barro. Quando cheguei lá, tinha uma moça que estava desenganada. A família não tinha mais esperança que ela ficasse boa. Com o tratamento com o barro e a alimentação, depois de vinte e sete dias, ela já estava bem. Mês passado liguei pra lá e ela estava feliz da vida. Quando você faz o tratamento direito, tem resultado!

Hoje, a maioria das pessoas nos procura porque estão com estresse, muitos problemas em casa, na família... Então, isso vai acumulando e chega a um ponto que elas perdem o controle. As maiores doenças que chegam, aqui, é o câncer, câncer de pele, de útero e de mama.

As pessoas se queixam muito da baixa auto-estima, devido a problemas de saúde. Às vezes, acham que não tem solução. Então, elas chegam querendo fazer um tratamento natural, querendo ter conhecimento do tratamento. Primeiro, elas passam pelo bioenergético, que é um exame feito aqui. Depois desse exame, é que vai ver qual o tratamento que elas estão precisando.

Tem gente que precisa só do reiki ou de reflexologia, depende do problema de saúde. Ah, tem problema de saúde que a massagem oriental não pode ser feita, como no câncer. No câncer, a pessoa só pode receber reiki ou reflexologia.

A primeira coisa que fazemos, quando as pessoas vêm se tratar, é cortar o doce, ou seja, o açúcar. Pode ser apenas açúcar mascavo ou mel. Temos também o chá verde que ajuda a aumentar a defesa e a auto-estima. Eu acredito que tudo isso ajuda a limpar o sangue, o organismo.

Bom, falando indiretamente, hoje, as pessoas estão procurando mais essas terapias porque se queixam que não tem um bom atendimento no hospital, que o tratamento não é bem feito, que vivem gastando muito e não tem solução nenhuma...

Às vezes, você está com uma doença, faz um tratamento, não teve resultado... a pessoa começa a ficar desesperada, porque procurou um hospital, fez o tratamento e não teve jeito. Vai pra um hospital, vai para outro e assim fica. A pessoa vai atrás de uma solução e não encontra, fica sem saber pra onde ir. Então, o que acontece? A pessoa pega uma depressão, porque acha que não tem mais uma solução. E aí falam:

- "ah, ali tem uma clínica que trabalha com tratamento natural, com plantas medicinais, então, eu vou lá!"

E graças a Deus, quando elas chegam aqui, tem psicólogo, tem a experiência somática...

A experiência somática trabalha com os traumas da infância, dos maus tratos, a falta de compreensão dos pais, o jeito de tratar a criança. A gente vê muita criança “judiada”, isso vai acumulando e se torna um problema na família. Aqui se cuida disso, através da experiência somática, do psicólogo. Aqui as pessoas têm a oportunidade de conversar, desabafar os problemas, desde a infância, e quando a pessoa continua o tratamento, se liberta daquela depressão.

Às vezes, eu fico encantada, porque a pessoa chega tão caída, desanimada e, quinze dias depois, a pessoa já diz: - “Dona Lourdes, eu estou muito feliz, porque graças a Deus eu encontrei um lugar que me deu apoio!” Porque o que ela quer é atenção.

Nos hospitais, são muitas pessoas e os enfermeiros não podem dar atenção a todo mundo. Aqui, no AFYA, somos dez pessoas, fora àquelas que vieram doentes, se curaram e também nos ajudam. A gente tem mais tempo de dar atenção, de ouvir...

Até hoje, eu lembro da primeira pessoa que se internou aqui, que fez o tratamento com a gente. É uma senhora que até hoje eu encontro na rua. Mesmo a gente cuidando dela, ninguém achava que ela fosse viver esse tempo todo, já faz sete anos. Eu fico muito feliz, quando vejo ela passando e dando graças a Deus por estar viva.

Quando a gente cuida de uma pessoa, que ela fica bem, a nossa sensação é ficar feliz também. Pra mim, isso é muito gratificante!

Maria da Guia



Aos 41 anos, Da guia, como é conhecida pela maioria das pessoas, é uma mulher extrovertida e muito decidida em suas escolhas. Gosta muito de fazer massagem. Quando começou a contar sua história, apesar de ter ficado um pouco emocionada, Da guia estava muito orgulhosa por relatar sua história de superações. Sua narrativa deixará muitas emoções...

“...aqui me curei, aqui recuperei o gosto pela vida...”

Antes de trabalhar aqui no AFYA (Centro Holístico da Mulher), eu trabalhei com a produção e a organização de uma fábrica. Mas, com as terapias, só aqui no AFYA. Eu aprendi tudo com Efu (Eufrásia) e com outros professores que ela trouxe pra cá. Aqui, eu trabalho com massagem oriental, shiatsu, massagem da cadeira (massagem com a pessoa sentada na cadeira), que é uma massagem mais rápida. Ah... Também ajudo na argiloterapia.

Apesar de fazer tudo isso, foi a doença que me trouxe pra cá! Eu vim com um problema seríssimo de saúde: um problema renal. Fui internada no Hospital Edson Ramalho e o médico achou que um dos meus rins estava comprometido. O caso era muito grave e precisava de cirurgia. Mas, mesmo fazendo a cirurgia, eu corria o risco de não sobreviver. Passei quatro dias no hospital, no quinto dia, o anestesista faltou e eu desisti da cirurgia e fui embora.

Foi quando eu vim para casa... As pessoas que moravam perto de mim, viam como estava minha situação... Eu realmente estava muito inchada, muito doente e também muito deprimida. Era uma depressão muito grande... Eu olhava para mim e via meu estado!!! Aquilo me deixou muito deprimida.

Eu vim para o AFYA no ano de 2000, quando Aninha e Ricardo, que trabalhavam com o “Projeto da Beira da Linha”, me indicaram o AFYA. Fiz a consulta bioenergética, com Efu, e fiquei internada, em tratamento. Passei um mês e quinze dias recebendo compressas de barro, massagem, tratamento psicológico... Além de ter que fazer mudanças no meu hábito alimentar, que é a base.

Recebi compressas de argila, nos rins, e consegui expelir todos os cálculos. Dona Lourdes cuidava de mim e eu consegui ficar boa das enfermidades, que causaram as infecções nos rins.

Depois disso, eu não tive como pagar (o tratamento), porque meu esposo estava desempregado e eu tinha quatro filhos. Então, eu sugeri pagar, colaborando em alguma tarefa que eu pudesse fazer. Eu comecei a ajudar Dona Lourdes, a varrer, a limpar, fazer algumas atividades. Foi assim que elas viram meu desempenho, meu interesse em ajudar e perguntaram se eu gostaria de participar, fazer cursos... Eu disse que sim!

Através dos cursos que fiz, Efu viu que meu desempenho foi bom e fiquei trabalhando. Passei três anos como voluntária e o resto com carteira assinada.

A gente sabe que mesmo trabalhando como voluntária, não paga o que elas realmente fizeram por mim. Além de fazerem com que eu recuperasse minha saúde, elas também fizeram com que eu recuperasse o gosto pela vida, que eu já não tinha mais. Depois que passei esse período aqui, me tratando, recuperei tudo isso. Devo tudo pro AFYA.

Hoje, eu me sinto uma pessoa super responsável, principalmente na maneira de viver. Antes, eu tinha medo até de ir até o Centro, agora eu não tenho medo... vou até pra São Paulo (risos). Estou feliz porque elas me passaram essa coragem e isso não tem preço de jeito nenhum!

Quando meus vizinhos e meus amigos viram minha melhora, procuraram saber o que tinha acontecido. Eu procurei repassar para eles tudo o que eu aprendi. E as pessoas tiveram a curiosidade de vir, conhecer... Algumas delas vieram, conheceram, gostaram e fizeram a consulta bioenergética, participaram de algumas terapias e hoje, algumas, ainda, continuam aqui.

Têm pessoas que vêm pra cá, tomando remédio há muito tempo. Algumas têm problema renal, outras têm depressão... .A gente sabe que depressão é causada justamente por questões financeiras, familiares e outras coisas. Só o remédio não vai ajudar a sair da depressão. A pessoa tem que ter força de vontade tem que ir também pra grupos de apoio, para que possa tirar ela daquilo ali.

A maioria chega aqui com problemas de miomas e outros tipos de doenças, que a gente, às vezes, nem conhece. Mas nós pedimos para que elas não retirem a medicação que estão tomando ou sendo acompanhada pelo médico. Porque aqui nós trabalhamos com a prevenção.

Então, quando as pessoas vêm, nós tentamos ajudar, mudando o hábito alimentar, que essa é a base. Além de mudar o hábito alimentar, trabalhamos a questão emocional, onde a gente encaminha as pessoas para o atendimento psicológico ou para a experiência somática. E no retorno, já voltam bem melhor!

As pessoas procuram muito por reiki, massagem, compressas de barro e, agora, a experiência somática também está sendo muito procurada. Mas a maioria chega pedindo massagem e reiki. Claro

que todo mundo gosta de massagem, quem não gosta? Mas nem todo mundo pode receber. Por isso tem que passar pela consulta bioenergética, pra saber realmente qual tipo de massagem a pessoa precisa.

Muitas vezes, a pessoa tem um câncer incubado e, às vezes, nem sabe realmente se tem. Através do método bioenergético, a gente descobre que esta pessoa não pode receber uma massagem oriental, então, é preciso receber uma reflexologia, que não é massagem, é um trabalho com pressão!

Depois que as pessoas fazem as terapias, a gente percebe que elas criam aquele ânimo. Ânimo de viver! Muitas delas vêm tristes, achando que não vão ficar boas. Por exemplo, têm pessoas que vêm pra cá com depressão, depois que descobrem que têm câncer. Então, nós temos um grupo de apoio, formado por mulheres. Cada uma delas tem uma história pra contar. Elas são treinadas pra ajudar as pessoas.

Assim, elas ficam mais confiantes. Tomam a decisão de cuidar de si mesmo e encontrar realmente o que tanto procuram. Às vezes, elas estão tão perdidas que não sabem nem quem são e, quando se encontram, procuram fazer tudo o que acham de melhor.

Hoje, as pessoas entram muito em depressão por conta da violência que está um absurdo! Muitos pais perdem seus filhos para o mundo das drogas, da prostituição. As mulheres são abandonadas pelos seus parceiros, com três, quatro filhos e sem emprego. São essas coisas que fazem as pessoas ficarem deprimidas e procurarem ajuda, aqui no AFYA.

Porque hoje em dia os hospitais estão muito lotados, e para uma pessoa pobre, carente se deslocar de casa pra ir até um hospital, marcar uma consulta, tem que ser através dos agentes de saúde que trabalham no PSF. Em minha opinião, o PSF dificultou o acesso das pessoas aos hospitais.

Então, elas se sentem tão necessitadas, que procuram o tratamento natural, as terapias naturais. Mas a gente sempre avisa às pessoas que as terapias naturais trabalham com a prevenção. Se a pessoa tem um problema cardíaco ou um problema de câncer, tem que ser acompanhada pelo médico. Não dispensamos a orientação médica, de jeito nenhum!

Às vezes, a gente fala pra pessoa procurar um médico, uma clínica, um laboratório, fazer um exame pra ver se detectou câncer. A maioria dos médicos não é preparada pra chegar e dar uma notícia a você de uma forma que você não fique tão abatida.

Por isso, as pessoas nos procuram, porque grande parte dos médicos, não sabe sentar e conversar. Até pelo fato de muitos deles também estarem estressados, com dia-a-dia, e acabam não sabendo como se expressar diante de um paciente. Chega logo dando a notícia, como uma bomba! A pessoa acaba ficando com aquela depressão, aquele estresse, aquele medo. E quando chega aqui, a gente tenta ajudar, amar.

Nós conversamos com elas: - "olhe você foi a esse médico, ele falou dessa forma com você, então procure outro! Você não pode ficar só com um médico, tem que procurar outro médico, outro laboratório, outra clínica. Quem sabe você pode fazer um exame e de repente dá tudo negativo?"

Nós estamos sempre incentivando as pessoas, passando positividade e dizendo que tudo no mundo é possível! Tem um

versinho que diz assim: - “a diferença entre o possível e impossível está na determinação de cada um.” Quando você diz que uma coisa impossível é porque você criou aquilo dentro de sua cabeça, ao seu redor. Mas, quando você diz: “é possível o que eu vou fazer e vou conseguir, você consegue!” Feliz daquele que tem o que fazer! (risos)

É uma sensação muito boa saber que posso cuidar das pessoas. Porque eu não me formei em Medicina, mas a partir do momento que me dedico a sentar com a pessoa, conversar e escutar o que realmente ela tem a dizer... naquela hora, você pode não ter um instrumento pra ajudar, mas você se sente tão forte e responsável para ajudar, que acaba procurando apoio em outras pessoas, que realmente são profissionais e podem ajudar.

Eu me sinto assim, em uma situação muito satisfatória. Realmente isso me faz bem, me faz sentir uma pessoa importante. Não pelo dinheiro, mas pela sabedoria, conhecimento e pela prática, pelo amor que a gente tem e passa para o outro. Isso é o mais importante, trabalhar com amor!

Ana Maria



É uma mulher muito bonita, tem olhos negros, cabelos avermelhados e transmite muita serenidade. Sua história é marcada pela luta para combater o sofrimento causado por uma doença grave, apesar disso, Ana tem a aparência suave, demonstrou ser muito amável e acolhedora. Eis, então, sua trajetória...

“...os medicamentos não tratam as causas, apenas os sintomas....existem outras maneiras de se cuidar da saúde...”

Quando cheguei aqui, no AFYA, não me sentia muito bem de saúde. Eu tenho miastenia grave, é uma doença muito rara! Não estava dormindo direito, devido à falta de uma substância hormonal, mas nunca pude tomar medicação pra dormir. De repente, os médicos começaram a me passar muitos tranqüilizantes e eu não entendia o porquê, já que não podia tomar.

Há vinte anos, eu fazia uso de corticóide e outros remédios que serviam pra essa patologia. Minha vida já tinha se modificado bastante. Já fazia terapia e uma pessoa me indicou pra vir aqui, no AFYA.

Quando cheguei aqui, em 2004, Efu me atendeu. Comecei a fazer o tratamento com argila, a somar experiência e a participar do grupo de mulheres, nas quartas-feiras, além de passar pela consulta bioenergética. Como eu já tinha uma vida holística, uma alimentação mais natural e sempre estava na yoga, isso facilitou bastante todo o tratamento.

No ano seguinte, em 2005, após seis meses me tratando no AFYA, tive uma melhora e comecei a diminuir a medicação. A dose foi ficando bem baixinha, fui me sentindo melhor. Tenho a data anotada de quando parei de tomar o corticóide, foi em janeiro de 2005.

Nenhum dos médicos achava que eu iria conseguir ficar sem o corticóide, porque eu já tomava há uns vinte anos e o corpo acaba

se acostumando e ficando dependente da substância. Mas, fui ao meu neurologista e ele disse que eu estava muito bem!

Em fevereiro, comecei a trabalhar aqui, no AFYA, na parte de organização, fazendo a contabilidade e também no bioenergético. Na verdade, quando cheguei aqui, eu já tinha feito o Curso de Reiki I, na Universidade. Também fazia parte do grupo de meditação. O bioenergético foi acontecendo e eu fui fazendo e me especializando cada vez mais. Fiz a primeira etapa do curso de massagem, não cheguei a fazer as outras etapas porque outros trabalhos exigiram muito de mim. Realmente, aqui, no AFYA, eu me focalizei mais no reiki e no bioenergético.

Quando as pessoas vêm procurar o AFYA, elas chegam com queixas muito variadas. Mas o que acontece, com muita frequência, é a questão do estresse do dia-a-dia, da desorganização alimentar e a menopausa.

Chega uma idade que as mulheres vão acumulando muitas coisas na vida. Estão envolvidas com trabalho, com filhos e deixam muitas coisas pra depois. Elas não vão se cuidando e quando chegam à menopausa, elas têm que realmente parar um pouco, cuidar um pouco da saúde, da parte do emocional.

Outra coisa, também, é a questão dos medicamentos. Chegam muitas pessoas fazendo uso de medicação, sem ter conhecimento. Vão ao médico, tomam um remédio, tomam outro, vão somando os medicamentos e intoxicando o corpo. A gente sabe que os medicamentos cuidam, mas estão tratando somente os sintomas e isso não faz bem, cada vez mais, vai complicando a saúde das pessoas.

Têm pessoas que chegam aqui debilitadas e deprimidas, mas quando começam a fazer o tratamento, com um pouco, a saúde vai melhorando. Algumas delas se cuidam mesmo! Têm outras que fazem o tratamento, mas não realizam tudo. Nós recomendamos pra elas voltarem, porque, às vezes, elas querem fazer outra consulta sem terminarem o tratamento. E é importante fazer o tratamento todo para ter os resultados.

Já ouvi um depoimento muito bonito, de uma mulher que tinha hérnia, já tinha feito não sei quantas operações e quando começou a fazer o tratamento deu muito resultado, mudou muita coisa na vida dela. Ela tinha perdido peso, estava mais animada porque tinha resolvido um problema, que os médicos não davam mais esperança.

Então, as mulheres vêm, gostam daqui, se ligam no nosso espaço, se interessam pelas nossas atividades e, de vez em quando, retornam ou também vêm com outras queixas.

Mas os efeitos são maravilhosos realmente... Eu posso falar porque, na verdade, fiz parte desse processo. Nunca pensei que fosse me libertar do corticóide. Sempre que aumentava a crise de miastenia, aumentava o corticóide. Quando a crise vai passando, eu diminuía a dosagem. Como as crises de miastenia eram muito instáveis, eu estava sempre atenta pra ter o cuidado de diminuir a medicação. Mas têm pessoas que não tem esse cuidado e vão dependendo, cada vez mais, da medicação e isso vicia. Vai acumulando, intoxicando e debilitando o corpo e a mente da pessoa.

Enquanto a medicação está fazendo efeito, as pessoas vão se comprometendo. Mas, hoje, elas estão mais conscientes que os medicamentos não estão resolvendo seus problemas, não estão curando a essência da doença, são apenas paliativos.

Fico observando que as pessoas conversam muito, trocam idéias sobre como elas estão se tratando. Uma vez, eu estava no Trauma (hospital), com meu marido que tinha sofrido um acidente. Eu estava junto à cama dele e ele estava reclamando de dor. Na mesma hora, tirei meu anel, coloquei em cima da mesa e fiz um reiki no local onde ele estava sentindo dor. Uma enfermeira que estava ali perto veio conversar comigo depois. Ela disse assim:

- “você é reikiana?”

Eu disse: - “sou... você conhece o reiki?”

- “Conheço, eu sou reikiana!”

Então eu indaguei a ela:

- “você como enfermeira pode aplicar reiki?”

Ela respondeu: - “atualmente tem uma lei que diz que as pessoas podem usar reiki, na área hospitalar. Pode ser um dos tratamentos que vão ser incluídos na medicina.”

Eu fiquei surpresa: - “ah, que legal, eu não estava sabendo disso!”

Essa troca de experiências, pra mim, foi maravilhosa, porque foi uma novidade encontrar alguém ali dentro que conhecesse o reiki. São coisas assim que nos mostram, que as pessoas estão reconhecendo que as terapias naturais têm resultados. Há uma maior abertura para valorizar essas terapias. E tem um retorno muito bom!

Quando vem um vizinho, um amigo, um parente se queixando de algo, eu sempre dou um esclarecimento maior de como pode ser diferente, de como aquilo não está fazendo bem pro corpo dele.

Às vezes, tem muito a ver com a questão do câncer... já está provado que é a química e a alimentação que vão se acumulando e desencadeando essas doenças. As pessoas conversam, as revistas deixam bem claro que, todo processo químico pelos quais os alimentos passam, desencadeiam câncer nas pessoas.

Agora, quando a coisa aperta, pela dor mesmo, é que as pessoas vão percebendo que não podem continuar vivendo assim, e resolvem vir para o AFYA. Vem pra cá e para outros lugares também. Mas em especial o AFYA, porque aqui tem todo um conjunto de tratamento holístico, uma medicina alternativa, que oferece muitos caminhos. Tem a massagem, o reiki, a reflexologia. A massagem para o câncer não é bom, então já trabalha a reflexologia. Tudo tem um direcionamento, tudo tem um sentido.

Existem muitas maneiras de se cuidar da saúde e eu falo sempre quando as pessoas estão precisando. Nas oportunidades que tenho, eu sempre favoreço um conhecimento para que as pessoas possam ter um autocuidado maior com seu corpo. Pelo meu próprio estilo de vida, eu já me relaciono melhor com as pessoas.

Tem um exemplo de uma amiga, que ficou com encurtamento na cervical, e ela simplesmente disse pra mim que não se espreguiçava de manhã. Eu disse:

- “está vendo a importância de você fazer isso? Você alonga todo o seu corpo!”

- “Isso é um cuidado, uma coisa natural que você tem que ter ou procurar uma coisa que lhe agrade como yoga ou exercícios físicos.”

Agora, uma das coisas que sempre falo é da auto-estima. Ter um cuidado maior, respeitar seu limite, pra tudo na vida. Você pode

fazer tudo na vida, mas com limite de ver como está seu corpo, seu emocional, o que eu acho fundamental para uma boa saúde mental.

É muito fácil você passar anos a fio em uma cama, porque não teve a coragem de fazer os movimentos de andar, de fazer uma yoga, de ter um cuidado com seu corpo. Eu tenho uma concepção diferente, não é de hoje. Acho que a gente pode morrer em pé, estar com seu corpo em ordem, alongado, com saúde!

Que a gente vai morrer, todo mundo sabe, mas como a gente vai morrer, aí faz a diferença! Você pode se cuidar, fazer um movimento, pode se relacionar, ter uma longevidade com qualidade. Isso eu acho fundamental!

Maria José



Aos 39 anos, é uma mulher tímida e insegura, mas muito determinada e sensível. Tem estatura baixa e rosto queimado de sol. Mesmo com um pouco de receio foi contando aos poucos sua história de vida e se emocionou ao relembrar fatos do passado. Eis que, com aparente emoção, ela iniciou sua narrativa...

“... descobri o dom maravilhoso que tem dentro de mim... Hoje me sinto feliz...”

Moro aqui no Alto do Matheus, perto da “beira da linha”. Eu era muito deprimida, porque sofri muito na infância. Nunca tive a liberdade de brincar, ter uma vida boa... até porque eu perdi meu pai muito cedo e eu tinha um amor muito grande por ele. Depois que ele faleceu fiquei sofrendo muito, até mesmo depois de adulta.

Um dia Efu (Eufrásia) e Kátia, que é americana, apareceram perto de onde eu moro para dar um curso... só não lembro qual foi. Enfim, só que elas não conseguiram dar o curso direito porque tinha muita criança e faziam barulho, mal dava para ela nos escutar.

Tinha umas dez mulheres, nesse curso. A gente conversava com Efu, desabafava o que sentia. Como não deu certo continuarem com o curso lá, elas nos convidaram para vir ao AFYA. Eu e as outras mulheres viemos. Depois algumas desistiram, mas continuei a vir porque eu gostava das coisas que tinham aqui. As mulheres nos ensinavam a fazer remédio natural, como pomada, xampu do melão de São Caetano, massagens e outras coisas que eu aprendi.

Tinha semana que elas ensinavam a fazer alimentação alternativa. Nas quartas-feiras era massagem, faziam exercícios e até cantavam uma música que eu gosto muito, o hino do AFYA, que diz assim: - “Boa tarde sol, boa tarde céu, boa tarde mar...” (risos).

Mas meu marido começou a reclamar muito, dizia que não tinha mais mulher, não queria que eu fizesse os cursos. Ele bebia e gritava para eu fazer comida. Eu o deixava gritar bem muito e quando ele se calava, eu entrava em casa. No outro dia dizia pra ele:

- "eu não quero ser aquela mulher triste. Quero tocar minha vida para frente, quero aprender as coisas!"

Depois que eu conheci o AFYA, eu cresci! Conheci pessoas, aprendi a dar massagem, reiki... pra falar a verdade, ainda estou crescendo (risos). Tenho muito medo de falar, tenho vergonha. Quando eu ia fazer os cursos, tinha muita gente como médico, pessoas da universidade e isso para mim era um choque horrível. Muitas vezes, eu não queria participar dos cursos, por medo. Achava que o que eu dissesse, as pessoas iam ignorar. Eu pensava: - "meu Deus será que esta palavra que eu estou dizendo está certa?" Sofri muito para estar no meio das pessoas. Minha auto-estima era muito baixa (risos), mas agora estou crescendo. Ainda não sei ler, mas estou estudando, graças a Deus!

Faz cinco anos que estou aqui. Já fiz algumas terapias, como a experiência somática. Fiz também uns cursos como reiki, o bioenergético, curso de massagem oriental e massagem da cadeira, alimentação saudável e o curso de argila. (risos) De tudo um pouco eu sei fazer, mas hoje eu trabalho apenas com o reiki, o bioenergético e a massagem.

Antes, eu não sabia o que eram essas terapias. Aqui além de descobrir isso, eu descobri o dom maravilhoso que tem dentro de mim. Sempre gostei de terra, plantas, natureza. Na minha casa, sempre teve plantas. Mas eu ainda não tinha descoberto o dom de passar para as pessoas, a energia. Quando a gente aplica reiki, massagem, a pessoa se sente bem com a energia da gente.

Quando as pessoas chegam aqui, elas vêm com problemas para dormir, com depressão, ansiedade, estresse, baixa auto-estima. Então, primeiro ela passa pela consulta bioenergética e depois trabalhamos com a parte emocional, o espiritual para dar equilíbrio à pessoa.

Ao aplicar o reiki, a pessoa se sente bem, dorme, relaxa muito. Uma vez, apliquei reiki em uma senhora chamada Dona Rosa, que por sinal nunca mais a vi. Dona Rosa tinha uma dor na perna e quando eu ia aplicar o reiki, precisava colocar uma almofada embaixo da perna dela para não machucar. Depois do reiki, ela melhorou da dor e até me deu um presente! (risos) Hoje, a filha e o genro de Dona Rosa vêm fazer tratamento aqui.

As pessoas estão procurando muito por essas terapias, principalmente devido à má alimentação e ao estresse do dia-a-dia. A "correria" do trabalho mexe muito com a pessoa. Elas vão ao hospital, mas não estão ficando boa. Os médicos também não escutam direito os pacientes, não tem carinho. Às vezes, chegam deprimidas, precisando de uma palavra de apoio e tem médico que fala de modo grosseiro, não examina direito, não pergunta nem o que a pessoa tem. Algumas delas, chegam aqui doentes e só em conversar, elas já saem daqui mais animadas.

Depois que fazem as terapias, as pessoas mudam, ficam mais empolgadas, aumentam a auto-estima, saem mais alegre e renovada. Então, eu me sinto muito feliz quando aplico reiki e ligam pra mim dizendo:

- "Maria José eu já estou bem melhor daquele problema, consegui dormir... estou outra pessoa!"

O que de bom eu tenho dentro de mim, de paz, de saúde eu passo para outra pessoa... uma energia positiva. Hoje mesmo eu dei

massagem e, quando terminei, a mulher ficou dormindo. Quando fui chamá-la, levei água, e ela disse:

- "olhe, eu já fui a muitos lugares para receber massagem, mas nunca senti uma energia assim. Sua energia se entrosou com a minha. Me dê um abraço! Terça-feira estarei aqui de novo para você me dar massagem."

Gosto muito do trabalho que faço, dá até vontade de chorar...
(choro) Hoje eu me sinto feliz, sou uma mulher linda!

Maria Ventura



Tem pele morena, cabelos negros, um sorriso contagiante e é muito extrovertida. Inteligente, ultrapassou as dificuldades, foi à luta e conseguiu conquistar seu espaço. Hoje é uma pessoa livre!

Eis um pouco da história de Maria...

“...A maioria das mulheres chega aqui sofrendo, presas e sem liberdade... mas elas precisam se cuidar e serem livres...”

Há três anos trabalho no AFYA. Eu não saía de casa, me sentia muito presa, porque meu marido era muito ciumento. Um dia Dona Lourdes me convidou para participar do grupo de mulheres e eu comecei a pensar: - “meu Deus, o que eu quero da minha vida?” Estava em minhas mãos, então resolvi aceitar.

Depois, ela me chamou para ajudá-la na argiloterapia. Mesmo sem saber de nada, eu comecei a trabalhar com ela. Não precisou nem que eu fizesse curso, aprendi sozinha. Hoje, quando dona Lourdes sai, sou eu quem toma conta da sala para o tratamento com barro. Aprendi também a fazer alimentação saudável. Faço cada prato, só queria que você visse! Aprendi tudo isso, mesmo sem saber ler e agradeço a Dona Lourdes que me ensinou tudo.

Hoje eu trabalho aqui no AFYA com a aplicação de barro, trabalho com o bioenergético, nas segundas e quintas feiras, e faço o almoço nas quartas feiras. Quando alguém marca reflexologia ou massagem, eu geralmente faço, na terça-feira, à tarde. Agora, também estou com outra atividade, saio visitando as casas.

Dona Rosa e eu vamos fazer as visitas para falar sobre o aproveitamento do lixo e ensinando como fazer uma horta no quintal de casa.

Geralmente, quando alguém vem para a argiloterapia, vem se queixando de dores no corpo ou inchaço. Para a massagem,

muitas pessoas se queixam de dores nos pés e nas mãos. Mas aqui o que as pessoas se queixam mais é de problema de nervo.

A maioria das mulheres chega com depressão, estressada, chorando... eu acho que devido aos problemas de casa, da família, do marido. Deve se sentir muito presa, sem liberdade.

Quando essas mulheres vão ao médico, eles não conversam, só passam remédios. Não tem uma palavra de amor, por isso elas procuram o AFYA. Aqui nós conversamos, damos apoio, carinho e elas começam a se sentir melhor.

A gente leva para cama, faz massagem ou aplica barro... a pessoa relaxa e até dorme. O tratamento aqui é lento, não é só chegar e achar que vai ficar boa. Mas, geralmente, as pessoas melhoram muito, depois do tratamento, dizem até que não querem mais ir embora. Tem algumas delas que querem ficar trabalhando aqui. Sempre dizem que aqui é uma bênção, uma paz!

Eu fico muito feliz quando chegam falando para mim que não estão sentindo dor, estão conseguindo dormir. Para mim, as mulheres têm que se cuidar, não podem ficar presas ao marido, elas precisam de liberdade. Precisam arrumar um trabalho para ocupar a mente. Se ficarem sozinhas, em casa, entre quatro paredes, ficam como uma escrava. Hoje, eu tenho liberdade, meu marido não "empata" mais nada, graças a Deus!

Vera Lúcia



Aos 42 anos, Vera é uma mulher com um sorriso tímido, um olhar envergonhado. Tem os cabelos negros e a voz doce. Ficou um pouco receosa ao fazer a entrevista, mas foi muito atenciosa. Gosta do trabalho que faz e demonstra estar feliz no AFYA. Eis um pouco de sua história...

“...Fico muito feliz em ver quem chegou doente sair animada e sorrindo...”

Eu não conhecia o AFYA, apesar de morar pertinho. Sempre fui presa, só cuidava do marido e dos filhos. Até que minha vizinha me convidou para participar do grupo de mulheres na quarta-feira e eu vim. Dona Lourdes começou a conversar comigo e fui me entrosando no grupo.

Quando eu cheguei aqui, há seis anos, em 2001, eu vim só para conhecer, por convite da vizinha. Fiz consulta de bioenergético e isso me ajudou muito. Passei a conhecer muita coisa que eu não conhecia. Eu ouvia falar em massagem, mas não conhecia o bioenergético, nem reflexologia ou o reiki. Nenhuma dessas terapias.

Primeiro, fiz o curso de bioenergético, fiquei estagiando e comecei a trabalhar como voluntária. Depois fiz o curso de massagem e massagem da cadeira. Hoje, eu trabalho com o bioenergético, a massagem da cadeira, a reflexologia e também ajudo no serviço de casa.

Quando as pessoas chegam aqui, elas sempre vêm muito cansadas, estressadas com o dia-a-dia, com dor de cabeça... No bioenergético elas sempre se queixam de dor de cabeça, dor no estômago, nos rins, na coluna... então nós fazemos o bioenergético e depois encaminhamos para outras terapias.

Mas a maioria vem com problema de nervos... é bastante! Às vezes, a pessoa sente um problema no órgão, mas não é o órgão que está doente, é o sistema nervoso, que acaba atingindo outras partes do corpo.

Quando elas fazem alguma terapia, a gente sente uma boa melhora! Elas ficam agradecidas, porque antes eram tristes, não conseguiam dormir direito e depois passam a dormir melhor, ficam alegres e tudo passa a caminhar bem!

Esse tratamento natural é muito bom, sabe? Porque as pessoas vão ao médico com dor de cabeça, ele passa remédio para a dor e acaba atingindo o estômago. Ou seja, melhora da cabeça, mas piora do estômago! Melhoram de uma coisa e pioram de outra. Elas chegam aqui e falam:

- "olhe, eu fui ao médico, ele passou remédio para isso e atingiu o estômago!"

Por isso, elas nos procuram. A gente passa o tratamento natural e elas se sentem bem. Aqui tratamos tudo, o conjunto. Ficamos muito felizes de ver aquela pessoa que chegou doente, tão desanimada e está saindo daqui sorrindo, toda feliz com o tratamento.

É uma satisfação muito grande! Eu fico sem palavras... A pessoa fica bem e nos sentimos bem em poder ajudar.

Dona Rosa



Veio do interior do Estado da Paraíba-PB, tem um olhar carinhoso, mãos de quem já trabalhou muito na roça e um sorriso nos lábios.

A entrevista aconteceu em sua casa, em uma manhã de chuva. Aos 58 anos, Dona Rosa se mostra disposta a ajudar e diz que nasceu para isso. Então, foi assim sua narrativa...

“... A fé cura muita coisa, junto com alimentação, plantas naturais e o pensamento positivo. Tudo isso ajuda para que a pessoa fique boa...”

Antes do AFYA, essa casa era o local onde moravam as freiras. Eu ia lá todos os dias. Tinha muito contato com elas, já que eu participava da comunidade. Certo dia, estava eu e as freiras debaixo de uma mangueira, conversando, enquanto preparávamos uma celebração, quando chegou Efu e Core querendo comprar a casa para abrir um centro só para as mulheres.

Foi em 2000, quando eu comecei a participar do AFYA. Efu pediu para fazermos alguns cursos, para ficarmos habilitadas. Em 2001, fiz o curso de bioenergético e comecei a trabalhar.

Na segunda-feira, a minha responsabilidade, pela manhã, é tomar conta da sala de massagem, à tarde, estou no bioenergético. Na terça, pela manhã, eu ajudo no bioenergético e, à tarde, faço o trabalho missionário, visitando as famílias e falando sobre reciclagem, o que as pessoas fazem com lixo, se separam ou dão para outras pessoas. Na segunda e terça, se aparecer alguém, encaminhado para a reflexologia, eu faço. Quarta-feira tem o grupo de mulheres, onde sempre nos encontramos. Quinta, eu trabalho novamente com o bioenergético e na sexta, quando tem reunião, nós nos encontramos ou fazemos a limpeza da casa, se for haver curso no sábado.

As pessoas chegam aqui se queixando muito de estresse, devido à “correria” do dia-a-dia. Tem gente que vem com depressão, ansiedade e, às vezes, com dor de cabeça.

Depois que fazem a reflexologia, elas testemunham que se sentem muito bem, aliviadas. Mas acredito que seja também pela fé. A fé cura muita coisa, junto com a alimentação, plantas naturais e o pensamento positivo. Tudo isso ajuda para que a pessoa fique boa.

Eu acho que as pessoas estão tomando muita medicação e isso prejudica. A gente não pode desconhecer que até Deus já se consultou com os médicos. Só que as pessoas não podem ficar indo direto para os médicos ou tomando remédio, que é uma droga. Aquela medicação que a pessoa toma serve para uma coisa, mas prejudica outra. Eu conheço pessoas que tomam sete, oito comprimidos, por dia, e isso vai acumulando. Depois, partem para as plantas medicinais, que também foram criadas por Deus, para curar a doença de cada pessoa. Antes, não existia médico e as pessoas se curavam com plantas medicinais.

Minha vida é toda essa! Eu me sinto muito feliz em saber que eu posso ajudar. Eu nasci para ajudar as pessoas! Quando eu dou meu toque, o toque da massagem, da reflexologia, a outra pessoa se sente bem, se sente feliz e diz:

- “Dona Rosa, passou meu estresse, minha dor de cabeça. Estou aliviada! Vou sair daqui outra pessoa!”

Isso é que me dá força para continuar meu trabalho, é o que me deixa feliz!

A ostra e a pérola

"Uma ostra que não foi ferida não produz pérolas"...

Pérolas são produtos da dor;

*Resultados da entrada de uma substância estranha
ou indesejável no interior da ostra, como um parasita
ou um grão de areia.*

As pérolas são feridas curadas.

*Na parte interna da concha é encontrada uma substância
lustrosa chamada NÁCAR.*

*Quando um grão de areia a penetra,
as células do NÁCAR começam a trabalhar
e cobrem o grão de areia com camadas
e mais camadas, para proteger o corpo indefeso da ostra.*

Como resultado, uma linda pérola vai se formando.

*Uma ostra que não foi ferida, de algum modo,
não produz pérolas, pois a pérola é uma ferida cicatrizada...*



5. DISCUSSÃO: EXPERIÊNCIAS DE CUIDADORAS- AS HISTÓRIAS E SEUS SIGNIFICADOS

Ao resgatar as experiências de cuidadoras, que utilizam práticas terapêuticas, não alopáticas, no cuidado com a saúde mental, passa-se a refletir sobre o sofrimento humano, os limites de resolubilidade do modelo assistencial vigente, e a necessidade de políticas públicas que integrem essas práticas, na rede formal de saúde.

Os elementos encontrados na análise foram agrupados em dois eixos temáticos: 1) **Em busca de cuidado: a cuidadora que se cuida resgatando a auto-estima; em busca do ofício sagrado e da liberdade de ser.** 2) **A falência do modelo biomédico e a procura por práticas acolhedoras.**

As cuidadoras são mulheres de vida simples que foram cuidadas e que procuram sentido para suas vidas: um ofício sagrado. Identificou-se que três dessas mulheres tiveram uma maior aproximação com essas práticas devido a algum sofrimento pelo qual estavam vivenciando, o que deu origem a seguinte categoria:

5.1 EM BUSCA DE CUIDADO: a cuidadora que se cuida resgatando a auto-estima

Os relatos a seguir, extraídos dos textos das colaboradoras, trazem fragmentos de suas histórias, que revelam como elas se inseriram no Centro Holístico de Cuidado da Mulher – AFYA e os motivos que as levaram a tornarem-se cuidadoras, transformando seu sofrimento em fonte de competência:

Eu vim com um problema seríssimo de saúde...estava muito inchada... eu vi meu estado e isso me deixou em uma depressão muito grande... Passei quinze dias recebendo compressas de barro, massagem e tratamento psicológico [...] (Maria da Guia).

Eu era muito deprimida, porque eu sofri muito na infância... perdi meu pai muito cedo. Minha auto-estima era muito baixa...mas depois que eu conheci o AFYA, eu cresci! [...] (Maria José).

[...] Cheguei aqui no AFYA, não me sentindo muito bem de saúde... não estava dormindo direito... os médicos me passaram muitos tranqüilizantes... Após seis meses me tratando no AFYA eu tive uma melhora... comecei a diminuir a medicação [...] (Ana Maria).

Observa-se que o relato dessas cuidadoras tem algo em comum: todas estavam passando por um período de adoecimento, quando chegaram ao AFYA. O sofrimento em si leva as pessoas a buscarem recursos diversos para reconstituir a saúde e bem-estar.

O interesse dessas cuidadoras, por esse universo terapêutico, pode estar relacionado com o sucesso do tratamento, envolvendo as práticas não alopáticas.

Geralmente, ao serem acometidas por algum tipo de enfermidade física, as pessoas procuram por cuidados que, muitas vezes, não tem o efeito esperado, levando-as a um sentimento de frustração e sofrimento psíquico.

O processo de adoecimento sempre provoca alterações no curso da vida de uma pessoa, interrompendo suas atividades rotineiras e modificando sua forma de interagir com outras pessoas.

O sofrimento está diretamente relacionado ao modo como cada indivíduo percebe e reage aos eventos da vida, envolvendo-o de forma integral, não se restringindo apenas ao corpo físico, mas afetando também seu lado emocional e espiritual (LACERDA, VALLA, 2007):

[...] além do sofrimento e das complicações físicas e funcionais, do esforço de lidar diariamente com os sintomas e tratamentos, bem como seus custos econômicos, sociais e da produção de cuidados pelos outros, o adoecimento mais grave implica necessariamente um processo de angústia existencial e subjetiva que mobiliza inevitavelmente um enorme investimento psíquico... (VASCONCELOS, 2006, p. 225).

O relato de Maria da Guia pode servir de exemplo de como alguma enfermidade física pode prejudicar a saúde mental, principalmente se esta enfermidade afetar a imagem corporal. Mudanças no corpo, provocadas por alterações físicas e patológicas, podem levar o indivíduo a uma auto-imagem depreciativa e o surgimento de transtornos depressivos relacionados à baixa auto-estima.

O conceito de imagem corporal é descrito por Helman (2003) como sendo todas as formas com que o indivíduo conceitua e percebe seu corpo, sendo influenciado pelo contexto cultural ao qual está inserido.

Outro fator importante, elucidado na fala de Maria José, foi a relação do estado depressivo com a morte do pai ainda na infância. Quando laços de convivência são rompidos pela morte, sentimentos de tristeza e angústia invadem nosso interior, deixando muitas vezes sem perspectivas quanto ao futuro.

Abreu (2003) refere que o luto acarreta maior ansiedade nas mulheres do que nos homens e justifica esse fato à importância dada pelas mulheres às relações interpessoais, enquanto os homens se importam mais com a carreira e a realização pessoal.

Este fato pode também estar relacionado a uma maior exteriorização dos sentimentos pelo gênero feminino, e à cultura enraizada nas sociedades, onde “o homem não chora” deve ser forte e racional.

Mesmo sendo a morte a maior certeza que cada ser humano tem, a perda de um ente querido fragiliza qualquer pessoa, independente de sexo, idade ou classe social, e faz emergir sentimentos de impotência acompanhados por atitudes de revolta ou conformação.

Ao relacionar-se que as situações de sofrimento foram os motivos pelos quais essas cuidadoras buscaram ajuda no AFYA, considera-se que as práticas terapêuticas, lá utilizadas, restabeleceram o bem-estar, o que pode ter levado essas mulheres a buscarem conhecimento e aumentarem a sua crença no poder de cura das práticas não alopáticas.

Andrade (2006) corrobora com a idéia acima, quando diz que o alívio do sofrimento, seja ele físico ou mental, é o principal motivo que impulsiona pessoas comuns a se tornarem cuidadoras. Outro fator seria uma maior identificação com o processo de cura aliado à espiritualidade.

Outros aspectos que poderiam ser levantados são: pessoas que tiveram longa vivência com algum tipo de tratamento ou doença, como no caso de Ana Maria; parentes ou familiares de cuidadores que compartilharam alguma experiência juntos; organizadores de grupos de auto-ajuda ou integrantes de igrejas ou seitas de cura (HELMAN, 2003).

Quando se entende realmente a natureza dos sofrimentos, as pessoas são capazes de ajudar a outras e elas mesmas. Ao resgatar sua história, encontrando as

raízes do seu sofrimento, são capazes de transformá-lo em pérolas e diante da realidade encontrar soluções para seus problemas. As pessoas tomam a decisão de se tornarem cuidadoras porque reconhecem a experiência construída no interior do seu ser, valorizando as práticas de cuidados recebidas.

As práticas terapêuticas, não alopáticas, ao focalizarem o sujeito como um ser integral, valorizam não apenas seus aspectos físicos, mas também as emoções e a espiritualidade, proporcionando um cuidado mais tênue e menos racional, fruto de um vínculo afetivo e solidário entre cuidador e cliente.

As cuidadoras, além de perceberem mudanças no estado de saúde das pessoas que utilizaram os recursos não alopáticos, relatam que as mesmas passam por um processo de reconstrução de suas identidades, através do resgate da auto-estima:

Depois que fazem as terapias, as pessoas mudam, ficam mais empolgadas, aumentam a auto-estima, saem mais alegres e renovadas. Então, eu me sinto muito feliz quando aplico reiki e ligo pra mim dizendo: - "Maria José eu já estou bem melhor daquele problema, consegui dormir... estou outra pessoa"... (Maria José).

Primeiro, cuidamos da alimentação, depois fazemos a consulta bioenergética e ficamos fazendo o acompanhamento. Depois de uma semana, ela já fica muito feliz, mais animada. Com a continuação do tratamento... a auto-estima vai melhorar, as dores começam a diminuir e ela começa a se relacionar melhor com a família (Efu).

O próprio contexto no qual cada pessoa está inserida e estabelece suas relações pessoais pode funcionar como recurso terapêutico na reestruturação da auto-estima e da confiança.

A auto-estima é um sentimento desenvolvido ao longo da vida de cada pessoa, através das relações interpessoais, onde predomina a valorização do ser, fornecendo subsídios para o autocuidado. A auto-estima se desenvolve dentro de um contexto social que possa prover contingências positivas para a pessoa, favorecendo seu auto-reconhecimento (GUILHARDI, 2007).

As práticas não alopáticas valorizam a subjetividade do indivíduo, dando espaço para que as pessoas falem sobre seus problemas. Já diz Adalberto Barreto:

“quando o corpo fala, os órgãos saram!”. Durante o desabafo de suas inquietações, as pessoas compartilham experiências, têm oportunidade de serem ouvidas, de terem atenção.

A rede de apoio social favorece a troca de experiências, de enfrentamento dos problemas, gerando apoio mútuo e solidariedade, além de promover a criação de laços de amizade e confiança, favorecendo positivamente o resgate da auto-estima. Na narrativa abaixo, Maria de Lourdes fala da importância do acolhimento e do apoio no processo de cura:

[...] Aqui as pessoas têm a oportunidade de conversar, desabafar os problemas, desde a infância, e quando a pessoa continua o tratamento, se liberta daquela depressão. Às vezes, eu fico encantada, porque a pessoa chega tão caída, desanimada e, quinze dias depois, a pessoa já diz: - “Dona Lourdes, eu estou muito feliz, porque graças a Deus eu encontrei um lugar que me deu apoio!”. Porque o que ela quer é atenção (Maria de Lourdes).

As atitudes de cuidado, voltadas para o acolhimento e troca de experiências, trazem, também, sentimentos de pertença a um determinado grupo ou comunidade. Ser incluso em uma comunidade ou em uma rede de relações sociais, ajuda o indivíduo a reconstruir sua própria identidade, atribuindo novos sentidos e significados a sua vivência pessoal, como revela Maria Ventura: - “o tratamento aqui é lento, não é só chegar e achar que vai ficar boa. Mas, geralmente, as pessoas melhoram muito depois do tratamento, dizem até que não querem mais ir embora.” (Maria Ventura).

Ao se resgatar a auto-estima e a confiança, somos capazes de cuidar de nós mesmos. Luz (1997) afirma que os recursos não alopáticos permitem a vivência da subjetividade e da sensibilidade corporal, permitindo um autoconhecimento de si próprio, levando à busca de uma maior autonomia no processo de cura e na reconstrução da saúde:

Essa é outra forma de tratamento. Quem vai cuidar de você não é o médico, mas você mesmo. Isso é um processo maravilhoso de cura. Na verdade, a cura já começa quando a pessoa se responsabiliza pela sua própria saúde... A partir do cuidado físico o espírito já melhora, tem um equilíbrio emocional, o sistema nervoso vai acalmando e a pessoa começa a ser responsável por ela mesma (Efu).

Existem muitas maneiras de se cuidar da saúde e eu falo sempre quando as pessoas estão precisando. Nas oportunidades que tenho, eu sempre favoreço um conhecimento para que as pessoas possam ter um autocuidado maior com seu corpo (Ana Maria).

Nos relatos acima, observa-se que é através do cuidado integral que se pode reconstruir a autonomia do indivíduo, incentivando-o a retomar ativamente o controle de sua vida.

Ao focalizarem o indivíduo, em sua totalidade, como centro das práticas de cuidados, os cuidadores que trabalham com práticas não alopáticas vão incentivando o autocuidado, a autonomia, fazendo com que os indivíduos que busquem cuidados se tornem agentes ativos compartilhando das ações em busca da recuperação da sua saúde e de uma melhor qualidade de vida (LACERDA; VALLA, 2007).

Além de favorecer o empoderamento pessoal, as práticas não alopáticas trazem uma estreita aproximação com o universo espiritual. A fé em Deus redimensiona a vida trazendo força espiritual para o enfrentamento dos problemas vivenciados. O depoimento de Dona Rosa mostra a importância da fé no processo de cura: - “a fé cura muita coisa, junto com alimentação, plantas naturais e o pensamento positivo. Tudo isso ajuda para que a pessoa fique boa”. Dona Lourdes Gomes também menciona a crença no Divino, quando diz: - “quinze dias depois, elas retornam e dizem: - “Dona Lourdes, eu fiquei bem melhor daquelas cólicas!” E eu respondo: - “muito bem! Mas não fui eu, foi Deus que ajudou você!”.

Na fala de Dona Lourdes, ela se desapropria do ato de cuidar e coloca Deus como o responsável pela cura. Aqui também se observa que, muitas vezes, o ser humano se considera como instrumento nas mãos de Deus. No entanto, de acordo com Brustolin (2006, p. 446) a visão passiva que se tem do ser humano diante da vida está sendo ultrapassada, “o que se pretende é superar a visão da pessoa como mera administradora passiva da vida para entendê-la como protagonista desse dom maior...”.

Todos estes depoimentos reafirmam o que muitos estudiosos vêm descrevendo, em suas pesquisas, sobre a importância de se levar em conta o ser em sua totalidade, promovendo um cuidado integral, através de ações acolhedoras

que possam aproximar os profissionais da população, com o intuito de construir práticas integradoras que melhorem a qualidade de vida dessas pessoas.

5.1.1 Em busca do ofício sagrado e da liberdade de ser

O cuidador ou terapeuta se designa como aquele que zela, que dá atenção. Quando o humano é capaz de interessar-se pelo outro, pelo cosmos e agir de forma cuidadora, começa, então, a tornar-se mais semelhante do Criador (BRUSTOLIN, 2006).

Desse modo, o ato de cuidar traz em sua gênese um universo envolto pelo sagrado. Cuidar é uma arte capaz de aproximar o humano do Divino. Aquele que tem o cuidado como ofício sagrado, o faz não apenas por bondade, mas pela interação que o cuidado promove. Ao cuidar do outro, estamos cuidando de nós mesmos.

Nos próximos relatos, pode-se perceber que o interesse de algumas mulheres de se tornarem cuidadoras se deve à necessidade de aprendizado, socialização e de ter um ofício, um serviço fora do lar:

[...] eu dizia para meu marido: - "eu tenho que tocar minha vida para frente, tenho que aprender as coisas..." Depois que eu conheci o AFYA, conheci pessoas, aprendi a dar massagem, reiki [...]
(Maria José).

[...] me sentia muito presa, porque meu marido era muito ciumento... queria fazer um trabalho que eu gostasse... A mulher tem que ser livre... não pode ficar, em casa, entre quatro paredes... ela tem que arrumar um trabalho para ocupar a mente... Hoje, eu tenho liberdade! [...]
(Maria Ventura).

[...] sou muito tímida... vivia muito presa em casa, só cuidava dos filhos e do marido. Vim conhecer o AFYA, gostei e fiquei. Isso me ajudou muito... passei a conhecer muita coisa que não conhecia [...]
(Vera Lúcia).

Embora já tenham ocorridas várias transformações sociais no que se refere ao papel da mulher na sociedade, observa-se, nos relatos, que as mulheres de baixa renda ainda assumem prioritariamente funções domésticas. Em países subdesenvolvidos, a educação da mulher ainda se restringe às atividades do lar, criação dos filhos e obediência ao esposo.

Todavia, a responsabilidade pelo trabalho doméstico e as funções desempenhadas como mãe e esposa, não estão satisfazendo as mulheres. Estas, por sua vez, buscam novos caminhos que supram suas necessidades de aprendizado e cidadania.

Os múltiplos papéis, desempenhados pela mulher, podem vir a ter efeitos significativos no seu bem-estar. O aumento de sintomas depressivos foi observado em mulheres que assumem somente a função doméstica. A rotina das tarefas de casa, a falta de reconhecimento dessas atividades, a responsabilidade pelo bem-estar da família, são fatores que podem levar ao isolamento social e, conseqüentemente, ao desgaste emocional (HITA, 98).

A oportunidade de aprender coisas novas e se relacionar com outras pessoas podem ser aspectos significativos em favor do bem-estar da mulher, trazendo-lhe sentimentos de realização e competência, como se pode observar na fala de Dona Lourdes Gomes:

Antes eu tinha receio de chegar para uma pessoa que tivesse um nível maior ou uma sabedoria maior do que a minha, como segundo, terceiro grau... porque eu não tenho isso. Sentia-me diferente! Mas agora não me sinto mais diferente de ninguém. Por mais rica que ela seja, por mais que ela tenha conhecimento, não me sinto mais tão pequena. Porque sei de alguma coisa que leva o outro a se sentir bem. Isso é um dom de Deus! (Dona Lourdes Gomes).

A expressão: - “eu sou rico naquilo que o outro é pobre e sou pobre naquilo que o outro é rico” pode expressar, em poucas palavras, o relato dessa cuidadora, no qual observa-se que o conhecimento empírico, embora hegemônico na nossa sociedade, não pode ser considerado o mais importante. O saber popular traz em sua conjuntura um universo simbólico, cultural e social.

5.2 A FALÊNCIA DO MODELO BIOMÉDICO E A PROCURA POR PRÁTICAS ACOLHEDORAS

O modelo biomédico vem se caracterizando, ao longo do tempo, por dar ênfase aos aspectos físicos, ter uma visão fragmentada do ser humano e se colocar como saber hegemônico, frente ao saber popular. Estes fatos, mostram-se opostos à idéia de cuidado integral e acolhimento do ser humano.

Atualmente, algumas ferramentas de cuidado, não alopáticas, estão tendo uma maior notoriedade no cenário de saúde. São vários os motivos que levam as pessoas a buscarem ajuda em serviços que não se encontram inseridos na rede formal de saúde.

Nas próximas narrativas, percebe-se que muitas pessoas procuram o AFYA por não encontrarem respostas para os seus problemas no sistema de saúde vigente. Efu refere que: - “[...] as pessoas já vêm para cá com depressão... porque fazem o tratamento médico e não dá certo [...]”.

No depoimento de Maria de Lourdes: “[...] a gente escuta muita queixa... que no hospital não tem bom atendimento, o tratamento não é bem feito [...]” Percebe-se, também, uma crítica ao tratamento alopático. Outras queixas são pronunciadas, principalmente com relação à organização dos serviços de saúde, como refere Lourdes Gomes: “[...] o médico diz: “vai para tal hospital pegar uma ficha.” Você vai, mas demora quinze dias, um mês para ser atendida [...]”.

Mesmo com a criação do SUS e uma proposta de assistência universal, integral e descentralizada, os serviços de saúde da rede formal continuam sendo alvo de críticas e discussões, principalmente no que concerne ao atendimento, à atenção dada pelos profissionais, à estrutura organizacional e técnica.

Nos depoimentos acima descritos, as colaboradoras fizeram referência apenas aos serviços hospitalares. Este fato pode representar que mesmo com a descentralização das ações, os hospitais ainda são a primeira escolha do indivíduo, quando buscam por cuidados médicos.

Pinheiro (2006, p.74) justifica esse fato quando diz que:

[...] a preferência individual das pessoas pelo atendimento hospitalar faz parte da história passada e presente das políticas de saúde no país, que tem no itinerário da busca da população pela cura, a representação de que o hospital é o lugar que reúne todas as possibilidades de solucionar seus problemas de saúde.

Partindo desse pressuposto, de que o serviço hospitalar tem os recursos necessários para aliviar o sofrimento, pode-se considerar que a maior parte das pessoas que vão aos hospitais, na verdade estão buscando uma maneira de serem cuidadas integralmente.

No hospital, o cuidado recebido pelos usuários é um conjunto de pequenos cuidados prestados pela diversidade de profissionais que produzem a assistência à saúde. A procura por este tipo de serviço nos revela a crescente carência da população por cuidados que perpassem as dimensões físicas (CECILIO; MEIHY, 2007).

Na trajetória dessas pessoas, em busca de ajuda e soluções para seus problemas, acabam esbarrando na dificuldade de acesso aos serviços e na baixa resolubilidade dos tratamentos.

A dificuldade no acesso aos serviços de saúde está diretamente relacionada às camadas mais pobres da população. O nível de renda se torna um fator determinante na utilização e consumo desses serviços. Maria da Guia elucida esse fato na sua narrativa: “[...] os hospitais estão lotados... uma pessoa pobre se desloca de sua casa para ir ao hospital e quando chega lá ainda tem que marcar consulta [...]”

As pessoas mais carentes de cuidados são aquelas mais afetadas pelos fatores sócio-políticos e econômicos. O desemprego, miséria, violência, falta de educação, contribuem significativamente para o agravamento dos problemas de saúde e conseqüentemente para o aumento da demanda.

O crescente aumento na quantidade de pessoas que buscam pelos serviços de saúde acarreta à diminuição no tempo de duração das consultas e interfere na resolubilidade dos problemas, gerando conflitos e queixas freqüentes na relação profissional-cliente. O desgaste dessa relação é evidenciado no relato de Maria Ventura, quando ela diz que: “[...] o médico não tem uma palavra de amor... não senta para conversar [...]”. No discurso de Maria José percebe-se também a falta de acolhimento por parte dos profissionais de saúde, quando ela diz que: “[...] os

médicos quando vão tratar as pessoas não tem aquele carinho, não escutam direito... tem médico que fala arrogante, não lhe examina direito, nem pergunta o que você tem [...]”.

Durante todo o relato das mulheres, observa-se que as críticas giravam em torno do profissional médico. Não que os outros profissionais sejam passíveis de críticas. O fato se deve à conjuntura já existente em outras décadas e ainda predominante nesse modelo atual de saúde, que centraliza o atendimento e o cuidado na figura do médico, já que ele é quem estipula diagnósticos e prescreve tratamentos.

As queixas sobre a assistência prestada pelos profissionais de saúde, em especial os médicos, são freqüentes e se estabelecem como um dos principais problemas encontrados no funcionamento do SUS.

Pinheiro (2006) descreve que o principal fator que leva à deterioração da relação profissional-cliente é a não valorização das relações pessoais nas ações de saúde como uma ferramenta de cuidado.

Na realidade, a dificuldade dos profissionais de saúde em ouvir as queixas da população está relacionada com a dificuldade em lidar com a subjetividade de cada pessoa. Ao invés disso, os profissionais preferem lidar com a doença e intervir nas enfermidades corporais onde os resultados são “visíveis”. Isso leva a um verdadeiro desencontro entre o saber médico e o relato da população, onde o profissional, muitas vezes, não atento às histórias de vida de seus clientes deixa que fatos importantes passem despercebidos.

A gênese desse problema se inicia desde a formação médica, que privilegia as especialidades e coloca a doença como foco central da investigação. Maria da Guia fala indiretamente sobre este aspecto, quando descreve que: “[...] os médicos não são preparados para chegar e dar uma notícia ruim [...]”.

Como se não bastasse, a assistência centralizada na doença e a não valorização dos sentimentos, crenças, emoções das pessoas, os profissionais de saúde acabam não considerando os sinais de adoecimento psíquico, expressos por sintomas como ansiedade, depressão, estresse.

Luz (1997), Valla e Lacerda (2007) retratam que esses sintomas são conseqüências do aumento das desigualdades sociais, do desemprego, da pobreza e da violência, que acabam desgastando os laços sociais, provocando exclusão e perda da identidade cultural.

Trata-se, na verdade, de um círculo vicioso, já que atualmente a maior parte dos atendimentos de saúde está relacionada à síndrome da pobreza, como designa Luz (2006) e Barreto (2005). O aumento da demanda acarreta diminuição no tempo de consulta levando conseqüentemente a desgastes na relação profissional-cliente.

Esse conjunto de fatores, característicos do modelo biomédico, são os principais motivos que levam a população a buscarem por práticas não alopáticas de cuidado, como mostra o discurso de Ana Maria: “quando as pessoas vêm procurar o AFYA, elas chegam com queixas muito variadas. Mas o que acontece com muita freqüência é a questão do estresse do dia-a-dia [...]”. Outros discursos também apontam os mesmos motivos:

As pessoas estão procurando muito por essas terapias, principalmente devido à má alimentação e ao estresse do dia-a-dia... elas vêm com problemas para dormir, com depressão, ansiedade, estresse, baixa auto-estima [...]. (Maria José).

[...] hoje as pessoas estão procurando mais essas terapias por que se queixam que não têm um bom atendimento no hospital, que o tratamento não é bem feito, que vivem gastando muito e não tem solução nenhuma [...]. (Maria de Lourdes).

Muitas são as queixas que levam as pessoas à busca por tratamentos fora do sistema formal de saúde. Lourdes Gomes relata esse fato quando diz que: “muitas pessoas quando vêm para o AFYA, chegam com problemas de cansaço, estresse, dores no corpo, problemas na família, tudo que atinge os nervos da gente.”

Dona Rosa, ainda complementa: “as pessoas chegam aqui se queixando muito de estresse, devido à “correria” do dia-a-dia. Tem gente que vem com depressão, ansiedade e, às vezes, com dor de cabeça”.

A OMS (Organização Mundial de Saúde, 2001) estima que o agravamento dos problemas sociais e o envelhecimento da população serão os principais responsáveis pelo aumento de transtornos mentais no mundo.

As cuidadoras referem que problemas familiares, má alimentação e a vida corrida do cotidiano são um dos motivos que ocasionam os transtornos mentais. O ambiente familiar exerce uma grande influência na saúde mental das pessoas. De

acordo com Maturana (2005), a separação dos pais, discórdia familiar, violência ou morte de algum parente pode ser importantes fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno mental.

A má alimentação tem-se tornado um problema de saúde pública, atualmente, pois além de aumentar o risco de desenvolvimento de doenças crônicas como diabetes, câncer, hipertensão, traz consigo problemas que afetam diretamente a auto-estima e tem fatores influenciados por determinantes culturais de padrões de beleza.

Destaca-se, aqui, que doenças crônicas, podem causar sofrimento mental tanto para o indivíduo doente como para a família. As doenças incuráveis como câncer e AIDS além de afetarem o corpo, podem trazer conseqüências psicossociais no indivíduo, pois levam a um fato inevitável que é a morte. Maria de Lourdes retrata este fato em seu discurso: “[...] as pessoas se queixam muito da baixa auto-estima, devido a problemas de saúde. Às vezes, acham que não tem solução”.

A busca por outras maneiras de cuidado pode renovar a esperança e aumentar a confiança, como se pode perceber na narrativa de Maria da Guia: “[...] tem pessoas que vem pra cá com depressão depois que descobrem que tem câncer”.

A ocorrência de transtornos mentais está relacionada com a “correria do dia-a-dia”. Entende-se isso como a elevada carga de trabalho imposta hoje em dia para atender às demandas de um mercado capitalista. O aumento da carga horária semanal, o baixo salário, custo de vida elevado, principalmente das grandes cidades, fora os outros papéis desempenhados dentro da sociedade, fazem com que a maioria das pessoas trabalhe sobre excessiva carga emocional.

Entretanto, é importante ressaltar-se, aqui, que muitas vezes os próprios profissionais estão condicionados a fatores estressantes, ao se submeterem a cargas excessivas de trabalho, em condições insalubres e de baixa remuneração. Não se deve esquecer que o profissional de saúde é aquele que se propôs a cuidar, ou seja, ser um cuidador, embora muitos tenham se desviado desse caminho, os cuidadores também podem ser feridos e precisam ser cuidados.

Ao falar-se de sofrimento mental, o quadro se agrava mais quando visto pela questão de gênero. De acordo com as cuidadoras do AFYA a mulher desempenha muitos papéis e acabam se descuidando de sua própria saúde, como no relato de Ana Maria: “[...] as mulheres vão acumulando muitas coisas na vida. Estão

envolvidas com trabalho, com filhos e deixam muitas coisas pra depois. Elas não vão se cuidando [...]” e no relato de Maria Ventura: “a maioria das mulheres chega com depressão, estressadas, choram... eu acho que devido aos problemas de casa, da família, do marido [...]”.

Não só a multiplicidade de papéis, desempenhados pela mulher, pode atingir a sua integridade emocional. A violência, a pobreza e o machismo são apontados por uma das cuidadoras como fatores desencadeadores de sofrimento mental:

[...] raramente encontra-se uma mulher que largou os filhos, o homem larga e a mulher fica com os filhos e vai trabalhar, lavando roupa ou fazendo qualquer coisa para ajudar as crianças. A pobreza, o machismo, tudo atinge os nervos da mulher. Ela carrega a pobreza no corpo, na cabeça e na barriga dela, fora a violência física e psicológica que a maioria sofre (Efu).

Não só fatores hormonais influenciam no bem-estar da mulher, a discriminação e submissão ainda estão presentes na vida da maioria dessas mulheres, acarretando sofrimento emocional, através de sentimentos de insegurança, medo, ansiedade. Andrade, Viana e Silveira (2007) mostram que a maior prevalência de transtornos de ansiedade e afetivos estão associados ao sexo feminino, justificando que as mulheres têm uma maior aceitação cultural do medo.

Seja relacionado a fatores sociais ou de gênero, o aumento de transtornos mentais tem se tornado preocupante. Embora novas estratégias de enfrentamento desses problemas tenham sido desenvolvidas após a reforma psiquiátrica, a OMS (2001) revela que as verbas destinadas às políticas de saúde mental, na maioria dos países, representam menos de 1% dos gastos totais em saúde.

A maioria das pessoas que buscam por serviços de saúde com algum sofrimento mental acaba sendo medicada para problemas que não tem origem orgânica. A prescrição de psicofármacos vem aumentando a cada ano, principalmente para as pessoas mais pobres.

A prescrição abusiva de medicamentos caracteriza ainda mais um modelo de saúde centrado na cura da doença, o papel do médico neste contexto vai ficando cada vez mais banal, já que se reduz a maior parte do tempo às prescrições e solicitações de exames (ILLICH, 1975).

Outro problema evidenciado, pelas cuidadoras, em suas narrativas, é o alto custo das medicações e os efeitos colaterais provocados por essas drogas, que muitas vezes tem ação paliativa e não tratam a origem da doença em si:

Muitas pessoas chegam aqui com depressão, já tomando remédio e fazendo tratamento médico e sem resultado. O problema do nosso sistema é que o poder é do médico. A maioria deles chega nem fala direito e dá logo uma receita. Muitas vezes nem acha o remédio ou ele é caro demais e não faz efeito (Efu).

Chegam muitas pessoas fazendo uso de medicação sem ter conhecimento. Vão ao médico, tomam um remédio, tomam outro, vão somando os medicamentos e intoxicando o corpo. A gente sabe que os medicamentos cuidam, mas estão tratando somente os sintomas e isso não faz bem, cada vez mais vai complicando a saúde das pessoas... Mas hoje elas estão mais conscientes, que os medicamentos não estão resolvendo seus problemas, não estão curando a essência da doença, são apenas paliativos (Ana Maria).

[...] as pessoas vão ao médico com dor de cabeça, ele passa remédio para a dor e acaba atingindo o estômago. Ou seja, melhora da cabeça, mas piora do estômago! Melhoram de uma coisa e pioram de outra (Vera Lúcia).

Na caminhada, em busca de alívio para o sofrimento e resposta para suas angústias, muitas pessoas esbarram em profissionais descompromissados com a subjetividade humana. A falta de acolhimento e vínculo constituem as maiores barreiras encontradas nos serviços de saúde ofertados.

Não se pode dizer que a procura por práticas terapêuticas na rede informal esteja associada única e exclusivamente à fragilidade da biomedicina em lidar com questões subjetivas da vida cotidiana.

O capitalismo incorporado, a maior parte das sociedades atuais, é responsável por transformações intensas nas vidas dos indivíduos e das interações sociais, gerando a competitividade, exploração de mão de obra e o individualismo.

A solidão, o descaso, o desamor acabam se instalando pouco a pouco na vida cotidiana, trazendo sentimentos de insegurança, baixa auto-estima, tristeza. A busca pelo cuidado, seja ele alopático ou não, pode vir a ser um reflexo dessa

situação. Além das necessidades biológicas, todo ser humano precisa de atenção, de zelo, de cuidado, de uma palavra de conforto, de alguém que o acolha.

Não se trata de desprezar a tecnologia científica e os avanços do conhecimento médico, mas de perceber o limite do conhecimento racional e abrir espaço para que o afeto, a compaixão, a solidariedade e os diversos sentimentos relacionados ao cuidado façam parte da relação entre profissionais de saúde e paciente. (LACERDA; VALLA, 2007, p.192).

A humanização das ações e dos gestos torna-se necessária para o enfrentamento dos problemas e para a continuação da vida. Por isso, hoje, grande parte das pessoas busca outros tipos de cuidados, que favoreçam um acolhimento, proporcionem um vínculo, como revela a cuidadora Dona Lourdes: “hoje eu acredito que as pessoas procuram pelas terapias, porque aqui nós damos mais assistência, tem o aconchego de receber a pessoa e conversar com ela”. Outro relato que confirma a busca por um cuidado mais acolhedor é descrito no discurso seguinte:

Quando essas mulheres vão ao médico, eles não conversam, só passam remédios. Não têm uma palavra de amor, por isso elas procuram o AFYA. Aqui nós conversamos, damos apoio, carinho e elas começam a se sentir melhor (Maria Ventura).

Muitas vezes, o que leva à busca por cuidados médicos não se trata, em sua gênese, de uma patologia física. Os sinais e sintomas físicos de sofrimento podem ter sido originados em virtude de perdas de papéis sociais e de relacionamentos significativos. O profissional de saúde só poderá ajudar a aliviar o sofrimento se souber escutar e validar os relatos de seus clientes. Sem a escuta, o compromisso e a confiança, torna-se impossível de identificar a real situação que desencadeou o processo de adoecimento.

O cuidado se inicia a partir da escuta e do interesse pelo sofrimento do outro. A pessoa ao se sentir compreendida e acolhida terá confiança em expor seu íntimo, seu sofrimento e suas dúvidas. O vínculo estabelecido, entre o cuidador e a pessoa que recebe cuidados, é fundamental para o processo de reconstrução da saúde, onde ambos serão beneficiados pela troca de cuidados.

"Grandes realizações são possíveis quando se dá importância aos pequenos começos" (Lao Tzu)
"Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro



6. REFLEXÕES FINAIS

O progresso sócio-cultural, ocorrido nas sociedades, advindo das transformações dos sistemas políticos e econômicos, vem modificando a maneira de viver das populações e, conseqüentemente, afetando, de forma significativa, a qualidade de vida.

Se por um lado o desenvolvimento trouxe inúmeros benefícios, principalmente no que diz respeito à expansão do mercado de trabalho, ao desenvolvimento da educação, à introdução de novas tecnologias, inclusive no campo da saúde, por outro lado corroboramos com Luz (1997) quando ele diz que esta transformação acarretou a perda de valores humanos, através da valorização da individualidade, consumismo exacerbado e lutas pelo poder.

Como fruto desses desajustes sociais, os laços de identidade e cultura foram se rompendo e repercutindo na saúde física e mental das pessoas, ocasionando queixas como dores musculares, insônia, ansiedade, medo e depressão. Esses sintomas são vistos freqüentemente como as principais queixas que levam as pessoas a buscarem ajuda nos serviços de saúde.

A medicina, por sua vez, continua fragmentada e cada vez mais especializada, tornando-se limitada frente ao sofrimento da população. Diante da fragilidade do modelo biomédico e da busca incessante por cuidado que extrapole a dimensão física, a cada dia aumenta o número de pessoas em busca de recursos terapêuticos, não alopáticos, que possam oferecer um cuidado holístico que abranja os aspectos físicos, mentais e espirituais.

Para melhor compreender esse universo terapêutico, neste estudo houve a oportunidade de se conhecer as experiências de mulheres que usam as práticas não alopáticas como uma ferramenta de cuidado integral.

Durante os diálogos que permitiram o desenvolvimento dessa pesquisa, as colaboradoras expressaram alguns dos principais motivos que as levaram a tornarem-se cuidadoras: a vivência de algum sofrimento e a “cura” obtida através de algumas dessas práticas e o desejo de terem um ofício fora do lar que lhe permitissem expressar a liberdade de ser.

As histórias das cuidadoras, muitas vezes, se confundem com as histórias das pessoas que vão buscar cuidados no AFYA. São pessoas que não encontraram alívio para os sofrimentos nos serviços da rede formal e buscam uma forma de cuidado que possam lhe trazer mais acolhimento.

De acordo com o relato das colaboradoras, a depressão, a diminuição da auto-estima são os principais motivos que levam as pessoas a buscarem ajuda no AFYA. Além disso, se ouve freqüentemente relatos da insatisfação com os profissionais de saúde, principalmente médicos, e com o atendimento e a resolubilidade dos serviços.

Embora se tenha conhecimento que a relação profissional-cliente seja realmente um fator primordial na resolubilidade das ações, deve-se considerar também que na maioria das vezes o profissional de saúde faz seu papel em meio às exigências de uma sobrecarga de trabalho elevada, baixo salário e desmotivação com o próprio serviço.

Entretanto, não é apenas a falência do modelo biomédico que contribui para a proliferação das práticas não alopáticas. A população sofre na alma, por falta de escuta, de acolhimento, de carinho, de apoio, de amor. E esses recursos terapêuticos além de favorecerem o vínculo e a solidariedade através do apoio mútuo, promovem um maior contato com a espiritualidade, através da interação com o ser e com a energia universal.

É importante ressaltar que além dos aspectos positivos evidenciados na utilização das práticas não alopáticas, não se pode deixar de lado a importância dos avanços da medicina nos tratamentos e métodos diagnósticos e preventivos, principalmente em doenças que antes não tinham cura nem profilaxia. É necessário considerar que as práticas não alopáticas não seriam uma alternativa ao modelo biomédico, pois têm seus próprios métodos de diagnósticos e tratamentos, pode-se considerá-las dentro de um eixo mais amplo de complementaridade.

O Sistema Único de Saúde já estabeleceu essa possibilidade quando criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Apesar dessa estratégia só favorecer à inclusão de práticas já reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, como a Acunputura, Fitoterapia, Termologia, outros recursos terapêuticos não alopáticos como o Reiki, a Refexologia, a Argiloterapia, entre outros já são bastante utilizados e reconhecidos pela população.

A inclusão de outros praticantes de cuidados, como a rezadeira, o xamã, na rede oficial de saúde não é privilégio somente do Brasil. O México e outros países latino americanos como a Bolívia e Peru têm recuperado modelos de saúde e de práticas mais integrativas, respeitando-se a cultura como elemento indispensável na busca pela saúde. Aqui no Brasil, dentro do contexto do Sistema Único de Saúde, já

existem resultados positivos em muitos municípios que se interessaram e integraram as práticas, não alopáticas, junto aos métodos alopáticos.

A Estratégia de Saúde da Família já vem contando com esse tipo de experiência, em muitos municípios. As Unidades Básicas de Saúde, por serem serviços de cuidados primários e terem uma maior aproximação com a comunidade, podem fazer com que estas práticas sejam discutidas com a população, para que ganhem maior autonomia ao poder decidir junto com os profissionais da saúde, quais os recursos terapêuticos que podem ser utilizados, propiciando um melhor cuidado.

Alguns serviços de saúde mental como os CAPS também já incluíram algumas dessas práticas não alopáticas como ferramentas de cuidar. É importante que os CAPS, as residências terapêuticas e outros, instituídos pelo SUS, possam integrar essas práticas dentro de suas ações, já que estas favorecem o autocuidado, resgatam a auto-estima, proporcionam o autoconhecimento e a aproximação com a espiritualidade.

Outro fato importante a ser ressaltado é que nem sempre a pessoa que presta cuidados precisa ter uma formação científica. Deve-se entender que a experiência de vida, os valores culturais e o saber popular constituem também uma forma de conhecimento. Isso pode valorizar, merecidamente, esses cuidadores que se encontram fora da rede formal de saúde. O cuidado humanizado necessita da compaixão do outro e da sensibilidade pela dor do outro, pelo sofrimento humano.

Dentro dos três sistemas de saúde encontrados na sociedade: o sistema formal, o sistema popular e o sistema informal, pode-se encontrar cuidadores que utilizam uma forma peculiar de recursos que possam ajudar as pessoas a enfrentarem seus sofrimentos. Esses cuidadores, muitas vezes, são marginalizados pelo sistema oficial, porém estão mais próximos da população, através de laços de cultura, identidade, familiaridade e solidariedade.

Mesmo sendo formas distintas de cuidado, o ato de cuidar se faz com o propósito de um único objetivo: fazer com que as pessoas possam viver melhor.

Sentimentos de ajuda, de partilha e de acolhimento se encontram afastados da maioria dos serviços de saúde. O cuidado holístico, humanizado, seja individual ou coletivo, é a única forma de aliviar o sofrimento, favorecer a construção de vínculos sociais, na busca por melhores condições de vida.

Em virtude dos achados positivos encontrados neste estudo, é possível fazer recomendações sobre a utilização dessas práticas nos serviços de saúde, como também valorizar os cuidadores da rede informal que exercem seu ofício com solidariedade e espiritualidade, na busca de ajudar outras pessoas.

No Brasil, ainda não são muitas as pesquisas feitas sobre os benefícios das práticas, não alopáticas, sobre a saúde das pessoas. Nas pesquisas existentes, os benefícios físicos ou corporais são os mais elucidados, sem explorar os benefícios emocionais. Porém, pode-se perceber que esses recursos terapêuticos trazem sentimentos e emoções positivas, sendo importantes para o cuidado com a saúde mental, tanto de quem recebe como para quem pratica.

Seria interessante que a comunidade científica pudesse perceber o valor dessas práticas na saúde das pessoas. E é através de pesquisas e estudos que se pode disseminar a amplitude dessas práticas e a valorização desses cuidadores, como essenciais para a criação de um sistema realmente único, preocupado com a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população.

"O respeito mútuo, um respeito sem fingimentos e pequeno diante da sua aspiração, poderá servir de base, dentro da



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W.C. **Saúde, doença e diversidade cultural**. Instituto Piaget. Lisboa: Stória editores, 2003. 214p.

AFYA. Centro Holístico da Mulher. **Curso de Massagem Oriental**. Maio de 2007, João Pessoa.

AFYA. Centro Holístico da Mulher. **O que é reflexologia?** Curso de reflexologia. Setembro. 2006, João Pessoa.

ANDRADE, J.T de. **Medicina Alternativa e Complementar: experiência, corporeidade e transformação**. Salvador: EDUFBA, 2006.

ANDRADE, L.H.S.G. de; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Disponível em <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/43.html>>. Acesso em: 14 de ago. 2007.

BABENKO, P.C. **Reiki: um estudo localizado sobre terapias alternativas, ideologia e estilo de vida**. 2004. 114f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Federal de São Carlos. São Carlos. Disponível em <http://www.bdt.ufscar.br/tde_arquivos/6/TDE-2004-07-09T08:39:56Z-170/Publico/DissPCB.pdf>. Acesso em 14 de ago. 2007.

BARRETO, A.P. **Terapia Comunitária: passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BARRETO, A.P.; BOYER, J.P. **O índio que vive em mim: o itinerário de um psiquiatra brasileiro**. São Paulo: Terceira Margem, 2003.

BARROS, S.; EGRY, E.Y. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de Enfermagem Sub Judice**. Taubaté: Editora Universitária. 2001. p. 24-62.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In.: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivo/pdf/PNPIC.pdf>>. Acesso: 02 Ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2006.

BRUSTOLIN, L.A. A vida: dom e cuidado. **Antropologia Teológica e ética do cuidado**, Rio Grande do Sul, v. 36. n. 152. p. 441-460, jun.2006. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/teo/article/viewFile/1732/1265>>. Acesso em: 25 ago. 2007.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARDOSO, J. **Reiki**: Harmonia Universal. São Paulo: Tipo, 2001.

CARNEIRO, M.L.M.; SOARES, S.M. Holismo e saúde: uma abordagem ampliada. In.: GUALDA, D.M.R.; BERGAMASCO, R.B. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004. p.73-89.

CARVALHO, A.C.D. **Medicinas Naturais: Formação e história na saúde**. IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Salvador, 2007.

CECILIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In.: PINHEIRO R.; MATTOS, R.A de. (Org.); **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

CHERRES, P.V. Salud mental comunitária: hacia um cambio de paradigma em salud. In.: Governo de Chile/Ministerio de Salud. **Enfermaría en salud mental comunitaria: avances y desarrollos en la práctica**. Chile. Diciembre, 2005. p. 77-90.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006. p.101-109.

COLLIÉRE, M.F. **Cuidar... A primeira arte da vida**. Portugal: Lusociência, 1999. p. 3-199.

CORRÊA, A.D. et al. Similia Similibus Curentur: Revisitando aspectos históricos da homeopatia nove anos depois. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro v. 13, n. 1. p. 13-31, jan./Mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n1/02.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2006.

COSTA, A.G da; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 21, n.1, jan./Fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2005000100009&lng=pt>. Acesso em: 20 set. 2006.

FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira; SILVA, Ana Teresa Medeiros C. Saúde mental e reforma psiquiátrica: uma abordagem psicossocial. **Rev. Conceitos**. João Pessoa/ADUFPB. V. 5, n. 8 jul/dez, 2002.

GUALDA, D.M.R.; BERGAMASCO, R.B. Processo saúde-doença: evolução de um conceito. In.: GUALDA, D.M.R.; BERGAMASCO, R.B. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004. p. 25-37.

GUILHARDI, H.J. Auto-estima, auto-confiança e responsabilidade. Disponível em <http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Autoestima_conf_respons.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2007.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 49-262.

HITA, M.G. Identidade Feminina e Nervoso: crises e trajetórias. In: ALVES, P.C; RABELO, M.C. (org.). **Antropologia e Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1998, p. 179-213.

ILLICH, I. **A Expropriação da saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 1975.

JOÃO PESSOA. Secretaria de Saúde do Município. Coordenação de Atenção Básica. 2007.

KIDSON, R. **Acupuntura para todos**. Rio de Janeiro: Nova Era, 2006. p.11-154.

LACERDA, A.; VALLA, V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In.: PINHEIRO R.; MATTOS, R.A.de. (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p. 171-198.

LACERDA, A.; VALLA, V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In.: PINHEIRO R.; MATTOS, R.A. de (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LAPLANTINE, F.; RABEYRON P.L. **Medicinas Paralelas**. Brasília: Brasiliense, 1989.

LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde: **Caderno Saúde Pública**. v. 19, n. 6. Rio de Janeiro. Nov/dez, 2003.

LOURENÇO, O.T. **Reflexologia podal**: sua saúde através dos pés. São Paulo: Ground, 2002. p. 15-38.

LUZ, M.T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In.:PINHEIRO R.; MATTOS, R.A.de. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec. ABRASCO, 2006. p. 9-20.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 1997. p. 13-43.

LUZ, M.T. Políticas de descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In.: PINHEIRO R.; MATTOS, R.A. de (org.). **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec. ABRASCO, 2006. p.19-38.

MATURANA, E.S. Propuesta de intervención en nivel primario de atención. In.: Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. **Enfermería en salud mental comunitaria: avances y desarrollos en la práctica**. Chile. Diciembre, 2005. p. 11-21.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. São paulo: loyola, 2005

METCOLF; BERGER; NEGRI FILHO. Medicina tradicional e Medicina Alternativa. In.: DUNCAN, B.B; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª ed. 2006. p. 160-165.

MONTENEGRO, A.T. **História Oral e Memória: a cultura popular revisitada**. 5 ed. São Paulo: Contexto, 2003. p. 9-22.

NASCIMENTO, M.C.do. Da panacéia mística a especialidade médica: a cupuntura na visão da imprensa escrita. História, Ciência, Saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro. v. 5, n.1, mar./Jun. 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-9701998000100005&lng=pt. Acesso em : 14 ago. 2007.

OMS/OPAS. **Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos**. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. 1997. p 1-23, 347-351.

OMS/OPAS. **Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança**. Relatório sobre a saúde no mundo. 2001.

PALMEIRA, G. A acupuntura no Ocidente. **Caderno de Saúde Pública**. v.16. n. 2, Rio de Janeiro. Abr./jun, 1990.

PESSOA, L.M.P. **Análise da massoterapia na atenção básica de saúde no município de Sobral: uma visão dos massoterapeutas**. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Caderno de saúde pública**. V. 16, n.2, Rio de Janeiro. Abr./jun, 2000.

RIBEIRO, Z. **Qualidade de vida em saúde: Estudo de caso com uso da terapia floral para crianças portadoras de doenças crônicas atendidas numa unidade básica de saúde**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SALOMÉ, G.M. a Influência do reiki no equilíbrio físico e emocional dos profissionais de enfermagem. **Revista Nursing**. v. 83, n.8, São Paulo. Abr, 2005.

SARAIVA, K.V.O.; XIMENES, L.B. Terapias Alternativas/Complementares de toque e imposição de mãos: uma reflexão para a enfermagem. **Revista Nursing**. v. 74, n.7, São Paulo. Jul, 2004.

SILVA, R.N.N. **O brotar da massoterapia em Sobral: uma experiência singular**. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2004.

SOUSA, I.M.C.de.; VIEIRA, A.L.S. Serviços Públicos de Saúde e Medicina Alternativa. **Rev. Ciencia e Saúde Coletiva**. vol. 10. Rio de Janeiro. Set/Dez, 2005.

SOUSA, et al. **Uso de Florais de Saint Germain como terapia complementar no Programa Saúde da Família /Ipês – João Pessoa – PB**.

TROVO, M.M.; SILVA, M.J.P.da; LEÃO, E.R. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 11, n. 4. Ribeirão Preto. Jul./ago, 2003.

UCHÔA, E.; VIDAL, J.M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Caderno de saúde pública**. v. 10, n. 4, Rio de Janeiro. Out./Dez, 1994.

VALLA, V.V. A vida religiosa como estratégia das classes populares na América Latina de superação da situação de impasse que marca suas vidas. In.: VASCONCELOS, E.M. (org.) **A Espiritualidade no trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 265-295.

VASCONCELOS, E.M. Saúde e saúde mental-vicissitudes de um casamento instável: notas de avaliação da integração do Programa de saúde Mental no Sistema Único de Saúde no Brasil recente.: VASCONCELOS, E.M. **Do hospício à comunidade**. Belo Horizonte: Sociedade Editora e Gráfica de Ação. 1992. p. 81-108.

VASCONCELOS, E.M. Podemos ser curadores, mas sempre... também feridos! Dor, envelhecimento e morte e suas implicações pessoais, políticas e sociais. In.: VASCONCELOS, E.M. (org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 225-264.

"Ninguém pode conceber tão bem uma



APÊNDICES

APÊNDICE – A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Título da Pesquisa: PRÁTICAS TERAPÊUTICAS NA REDE INFORMAL COM ÊNFASE NA SAÚDE MENTAL: HISTÓRIA DE CUIDADORAS

Mestranda: Alynne Mendonça Saraiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Oliveira Ferreira Filha

Ficha Técnica:

Nome:

Idade:

Endereço:

Há quanto tempo trabalha como cuidador?

Quais as práticas terapêuticas que você realiza?

Há quanto tempo você realiza essa(s) prática(s)?

Questões de coorte:

Quais as práticas terapêuticas que você utiliza para cuidar da saúde das pessoas?

Quais as razões que levam as pessoas a procurarem as práticas terapêuticas?

Você já cuidou de pessoas com stress, ansiedade, depressão ou outros tipos de sofrimento mental?

Que mudanças você observou no estado de saúde das pessoas que você cuidou?

APÊNDICE – B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitulada: **PRÁTICAS TERAPÊUTICAS NA REDE INFORMAL COM ÊNFASE NA SAÚDE MENTAL: HISTÓRIA DE CUIDADORAS** está sendo desenvolvida por Alynne Mendonça Saraiva, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria de Oliveira Ferreira Filha.

O objetivo geral do estudo é: conhecer histórias de cuidadoras da rede informal de saúde que usam práticas não alopáticas no cuidado com a saúde mental das pessoas.

Informamos que não haverá nenhum risco para o entrevistado e que os resultados do estudo poderão resultar em benefícios no sentido de ampliar a discussão sobre as práticas terapêuticas no cuidado com a saúde mental.

De acordo com o que rege a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, será garantido: 1) acesso às informações e esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa; 2) a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa, sem que isto ocasione nenhum prejuízo.

Solicito sua permissão para que a entrevista seja gravada, como também sua autorização para a divulgação das fotografias e do meu nome como consta no registro civil. Autorizo também para apresentação em eventos e publicação em revista científica dos resultados obtidos neste estudo,

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou meu consentimento para participar da pesquisa e ainda autorizo a divulgação das informações prestadas integralmente ou em partes em qualquer meio científico de comunicação, sem restrições de prazos e citações.

João Pessoa _____ / _____ / _____.

Colaboradora

Pesquisadora

Testemunha

Tel. Contato: (83) 3216-7109.

APÊNDICE – C

CARTA DE CESSÃO

João Pessoa, _____ de _____ de 2007

Eu, _____,
(estado civil) _____ (RG), declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, transcrita, textualizada, transcrita e autorizada para que Alynne Mendonça Saraiva/PPGEnf-UFPB possa usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros para ouvi-la e usar citações, ficando o controle à pesquisadora, que tem sua guarda.

Declaro ainda estar ciente dos objetivos do estudo que compreendem Identificar as práticas terapêuticas realizadas na rede informal no cuidado com a saúde mental; conhecer as razões que levam as pessoas à procura de práticas terapêuticas na rede informal de saúde; evidenciar os resultados das práticas utilizadas pelos cuidadores. Autorizo a divulgação do meu nome assim como consta no registro civil, como também autorizo a divulgação de imagens fotográficas realizadas ao longo dos encontros.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, subscrevo a presente.

Assinatura do colaborador

Assinatura do pesquisador

Assinatura da Testemunha

*"Nada se assemelha à alma como a abelha.
alma traz a luz. " [Victor Marie Hugo]*



ANEXO
