

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

“MESTRADO EM ANTROPOLOGIA”

PRÁTICAS SOCIAIS DE SAÚDE ENTRE
SERINGUEIROS E AGRICULTORES DO ESTADO
DO ACRE

ESTANISLAU PAULO KLEIN

RECIFE

1996

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM ANTROPOLOGIA**

“MESTRADO EM ANTROPOLOGIA”

**PRÁTICAS SOCIAIS DE SAÚDE ENTRE
SERINGUEIROS E AGRICULTORES DO ESTADO
DO ACRE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Antropologia da Universidade Federal de
Pernambuco, como parte das exigências para a
obtenção do grau de Mestre.

Mestrando: ESTANISLAU PAULO KLEIN

Orientador: RUSSELL PARRY SCOTT, PhD

RECIFE

1996

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM ANTROPOLÓGIA**

“MESTRADO EM ANTROPOLÓGIA”

**PRÁTICAS SOCIAIS DE SAÚDE ENTRE
SERINGUEIROS E AGRICULTORES DO ESTADO
DO ACRE**

BANCA EXAMINADORA:

Russell Parry Scott

Ricardo Ximenes

Sylvie Fougeray

Recife, 26 de abril de 1996

ACERVO: 172437

IV.06

Universidade Federal de Pernambuco
BIBLIOTECA CENTRAL
CIDADE UNIVERSITÁRIA
CEP. 50670-901 - Recife-Pernambuco-Brasil

2137/14/06/96

PE-00023866-5

Dados Catalográficos

K64p	KLEIN, Estanislau Paulo. <u>Práticas Sociais de</u> <u>Saúde Entre Seringueiros e Agricultores do</u> <u>Estado do Acre.</u> Recife: UFPE/CFCH/Mestrado em Antropologia, 1996.186p.Dissertação (Mestrado em Antropologia) Universidade Federal de Pernambuco, 1996. 1. Antropologia - Saúde - Acre. 2 Organização da Produção.-Acre. 3. Prevenção de Doenças.- Acre. I.título CDU 572:614.4 (811.2)
------	---

**Dedico este trabalho a minha companheira
Raimunda Bezerra, aos filhos Daniel e
Samora com quem tenho o privilégio da
convivência.**

Em memória:

**À minha mãe Wilma como exemplo
de perseverança.**

**Ao camarada Chico Mendes como
exemplo de vida dedicada a sua
gente, na tenacidade e eloquência
pela defesa da floresta Amazônica.**

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi realizado com a soma do esforço de muitas pessoas que de várias formas contribuíram com trabalhos imprescindíveis para o estudo nas suas várias fases. Aqui quero expressar os meus sentimentos de gratidão e apreço especialmente para:

A minha amada companheira Raimunda Bezerra pela tolerância, pela contribuição na correção dos textos e por todo o apoio;

Aos queridos filhos Daniel e Samora pela paciência nas minhas ausências;

Ao Orientador, Antropólogo Scott, pela contribuição dos seus conhecimentos, pela sua paciência, pelo seu profissionalismo;

Aos três Agentes Comunitários de Saúde Sr. Simplício, Sr. Raimundo e Dona Zelinda por estarem sempre dispostos nos seus trabalhos, pela sua solidariedade e principalmente pelos seus ensinamentos de que é possível cuidar da saúde das suas comunidades;

Aos professores do Departamento de Ciências da Saúde da UFAC, Universidade Federal do Acre pelo trabalho de equipe durante a minha ausência;

À professora Maria de Fatima Andrade e Silva e sua Equipe da Coordenadoria de Apoio à Pós Graduação da UFAC pelo apoio recebido;

À equipe de Professores e auxiliares do Mestrado de Antropologia da UFPE, ao seu coordenador Professor Roberto Motta por tudo o que o mestrado somou aos meus conhecimentos;

À Janaina pelo dedicado trabalho de traduzir as gravações das entrevistas;

Ao profissionalismo de Washington Maia (de Rio Branco-Acre) pelo trabalho de digitação dos textos;

Ao técnico Marcos Araújo do IMIP de Recife pela contribuição, também de digitação;

À grande amiga, a Educadora Maria Edite Cunha pelo seu apoio em Recife, pela sua contribuição de discussão do trabalho;

À amiga Rosa Cristina de Recife por todo apoio recebido;

Aos auxiliares de pesquisa que percorreram muitos caminhos para aplicar as questionários nos domicílios pesquisados. São Eles: Os agentes de saúde Sr. Raimundo e D. Zelinda e os Professores; Antonio F. da Silva e João Batista S. da Silva;

Aos auxiliares que colaboraram mostrando caminhos, conduzindo pacotes, identificando famílias. São os amigos Sebastião (do Seringal São Pedro), Rosenildo (do Seringal Nazaré), Wilson Erisaldo e Sebastião Firmino (ambos de Rio Branco);

Ao CNPQ pelo apoio da bolsa de estudo;

A todas as famílias das três comunidades pela colaboração, pela atenção, pela hospitalidade.

RESUMO

Este é um estudo das práticas sociais de saúde em três comunidades no Estado do Acre, uma de seringueiros e duas de agricultores. O estudo levantou semelhanças e diferenças, das práticas sociais de saúde entre as comunidades bem como relacionando estas semelhanças com organização da produção. produção.

O trabalho parte dos contextos sociais das comunidades, das suas particularidades e especificidades para aprender igualmente as particularidades das práticas sociais de saúde em cada comunidade, os seus modos de enfrentar e/ou resolver os seus problemas de saúde. Ao mesmo tempo o estudo procurou verificar a dimensão preventiva de doenças destas práticas sociais de saúde.

A investigação foi realizada com a participação em encontros e reuniões das comunidades, nas atividades cotidianas dos respectivos postos de saúde, com entrevistas de Agentes Comunitários de Saúde e usuários dos postos, lideranças, rezadores, parteiras, bem como visitas, entrevistas e observações nos domicílios.

O estudo verificou que as práticas sociais de saúde se diferenciam em certa medida com as diferenças na organização da produção e a história das comunidades. Ao mesmo tempo estas práticas apresentam semelhanças por envolverem a vida social onde participam lideranças, famílias, organizações sociais, articulações dentro e fora das comunidades.

A prevenção de doenças está presente de forma ampla na efetivação das práticas sociais de saúde em torno das quais há uma mobilização de esforços das comunidades claramente perceptíveis.

ABSTRACT

This is a study of the social practices of health in three communities in the state of Acre, one of rubbertappers and two of agriculturists. The study detected similarities and differences of the social practices of health among the communities as well as relationing this similarities and differences with organization of production.

The work begins from the social contexts of the communities, from their particularities and specificities to learn equally the particularities of the social practices of health each community, their ways of facing and/or to solve their problems of health. In the same time the study tried to verify the preventive dimension of the these social practices of health.

The investigation was realized with the participation in encounters and meeting of the communities, in the quotidian activities of the respective post of healt with interviews of community agents of health and users of the post, leaders, midwives, praving people, as well as visits, entreviews and observation in the domicilies.

The study verified that the social health practice differ in certain form with the differences in the organization of production and the history of the communities. In the same time these practices present similarities involving the social life where take part leaders, families, social organizations, articulations inside and outside of the communities.

The prevention of the illnesses is present in a wide form in the effertivation of the social health practices and around them there is an effort mobilization of the communities clearly perceptive.

SUMÁRIO

	PG
1. INTRODUÇÃO	01
1.1. A origem Deste Trabalho, seu Tema e Objetivos	01
1.2. A Construção do Campo Conceitual	05
1.3. Metodologia	
Vivenciar Uma Pesquisa	08
1.3.1. O Marco Conceitual da Prática Social de Saúde	10
1.3.2. Desenvolvimento de Pesquisa	12
1.3.3. A Metodologia de Análise, Interpretação e Tratamentos dos Dados e Informações	16
2. AS TRÊS COMUNIDADES ESTUDADAS	21
2.1. Comunidade e Aspectos do Contexto Regional	21
2.1.2. Aspectos Diferenciados da Articulação Política das Comunidades	26
2.1.3. A Comunidade do Seringal São Pedro	
*Localização Geográfica da Comunidade	29(a,b,c e d)
2.1.4. O Contexto Histórico do Seringal São Pedro	31
2.1.5. A Produção e a Reserva Extrativas	34
2.1.6. A Festa de Santa Luzia no Seringal São Pedro	40
2.2. A Comunidade do Posto de Saúde Santa Luzia da Estrada Velha de Brasileia	45
2.2.1. Lideranças e Grupos Familiares	46
2.2.2. Produção e Renda na Estrada Velha	48
2.2.3. Os Antigos Seringais, As Fazendas e os Agricultores	54
2.3. A Comunidade do Ramal do Cascalho, BR 364, Km 157,	

no Sentido do Rio Branco A Porto Velho, Lado Direito	57
2.3.1. A Produção e o Projeto RECA	61
2.3.2. Os Grupos Familiares	63
2.3.3. A Escolaridade no Ramal do Cascalho	65
2.4. Uma Síntese dos Principais Aspectos Semelhantes e Diferentes as Comunidades	66
3. ANTROPOLOGIA DA SAÚDE COMO CAMPO DE ESTUDOS COM ESPECIFICIDADES E DIVERSIDADES	69
3.1. Uma Afirmação na Experiência da Antropologia Voltada para a Saúde	72
3.2. A Observação Direta como Base	73
4. AS PRÁTICAS SOCIAIS DE SAÚDE, SUAS SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS NOS NAS TRÊS COMUNIDADES	80
4.1. Os Agentes de Saúde e os Postos de Saúde do São Pedro e Estrada Velha	81
4.1.1. O Funcionamento do Posto	86
4.1.2. Práticas Terapêuticas Diferenciadas	90
4.1.3. O Posto e Agente de Saúde do Ramal do Cascalho	92
4.1.4. Semelhanças e Diferenças nos Postos de Saúde e suas Práticas Sociais de Saúde	97
4.1.5. Agente Comunitário de Saúde: Um Ator Social	102
4.1.6. Parametros Comparativos de Aspectos Individuais dos Agentes Comunitários de Saúde e Atividades do Respectivo Posto de Saúde nas Três Comunidades.	106
4.1.7. A Medicalização no Ambiente dos Agentes de Saúde	107
4..2. As Intepretações da Saúde e da Doença, pelos Agentes Comunitários de Saúde e Usuários dos Postos de Saúde	110

4.3 A Prevenção de Doenças e Práticas Sociais de Saúde	113
4.3.1. Definição e Conceitos sobre Prevenção de Doenças, Saúde Preventiva, saúde Pública	113
4.3.2. Prevenção de Doenças e Práticas Sociais de Saúde na Comunidade do Seringal São Pedro	118
4.3.3. Prevenção de Doenças e Práticas Sociais de Saúde na Comunidade da Estrada Velha	126
4.3.4. Prevenção de Doenças e Práticas Sociais de Saúde na Comunidade do Ramal do Cascalho	132
4.4. As Práticas Sociais de Saúde das Parteiras	138
4.5. As Semelhanças nas Práticas Sociais de Saúde	145
4.6. As Diferenças nas Práticas Sociais de Saúde Relacionadas Com as Diferenças na Organização da Produção	146
4.6.1. Uso da Água	146
4.6.2. A Diferença nos Postos de Saúde e Recursos Terapêuticos	147
4.6.3. A Busca de Alternativas de Produção e as Tentativas de Assistência a Mulher	148
 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	 150

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela	PG
01 - Média Anual de Produção de Borracha entre as Famílias do Seringal São Pedro	35
02 - Média Anual da Produção de Arroz, Para a Venda ,entre Famílias do Seringal São Pedro	36
03. Média Anual da Produção de Feijão, Para a Venda, entre as Famílias do Seringal São Pedro	36
04. Média Anual da Produção de Farinha, Para a Venda, entre as Famílias do Seringal São Pedro	37
05. Síntese, por Percentuais, da Produção Agrícola da Comunidade do Seringal São Pedro. (Pela Média da Produção)	37
06. Média Anual da Produção de Arroz, Para a Venda, entre as Famílias a Estrada Velha, com a Média de Renda Anual por Família.	49

07. Média Anual da Produção de Feijão, Para a Venda, Entre as Famílias da Estrada Velha, com a Média de Renda Anual por Família.	50
08. Média Anual da Produção de Farinha, Para a Venda, Entre as Famílias da Estrada Velha.	50
09. Média Anual de Venda de Gado, Entre as Famílias da Estrada Velha, Com a Média de Renda por Família	51
10. Média de Renda Familiar, na Comunidade da Estrada Velha, Considerando a Média dos Principais Produtos Vendidos	52
11. Tipos ou Modos de Organizar ou Executar Trrabalhos na Produção da Comunidade da Estrada Velha	56
12. Média Anual da Produção, Para Entre as Famílias da Ramal do Cascalho, Com a Média de Renda Anual por Família	58
13. Produção de Arroz	58
14. Renda em Dinheiro, Anual	58
15. Fontes de Água na Comunidade do Seringal São Pedro	122
16. Possibilidades da Contaminação das Fontes de Água por Águas de Enxurradas na Comunidade do Seringal São Pedro	122

17. Número De Pessoas Por Idade e Sexo nos domicílios do Seringal São Pedro, Em Novembro De 1994.	125
18. Fontes de Água na Comunidade da Estrada Velha	129
19. Possibilidades de Contaminação das Fontes de Água por Águas de Enxurradas na Comunidade da Estrada Velha	130
20. Número de Pessoas, Por Idade e Sexo, nos Domicílios na Estrada Velha em Outubro de 1994	131
21. Fontes de Água na Comunidade do Ramal do Cascalho	135
22. Possibilidades de Contaminação das Fontes de Água por Águas de Enxurradas na Comunidade do Ramal do Cascalho	135
23. Número de Pessoas por Idade e Sexo nos Domicílios do Ramal do Cascalho em Setembro de 1994	137

1. INTRODUÇÃO

1.1 - A ORIGEM DESTE TRABALHO, SEU TEMA E OBJETIVOS

O presente trabalho não iniciou exatamente com os requisitos do Mestrado de Antropologia. Há aproximadamente seis anos em meus trabalhos no Centro de Saúde Souza Araújo, situado no Km10 da BR364 em Rio Branco-AC e em continuidades nos trabalhos de extensão na Universidade Federal do Acre eu colocava indagações e observava que, no cotidiano das pessoas e comunidades, as práticas de cuidar da saúde se diferenciavam em alguns aspectos conforme os diferentes contextos das pessoas e comunidades. Repetidas vezes me chamou a atenção como muitos usuários do Centro de Saúde procuravam o serviço em busca de medicamentos, denotando uma certa dependência do consumo dos medicamento.

Na localidade Vila Santa Cecília, próxima ao citado Centro de Saúde eu realizava muitas visitas domiciliares como parte do serviço de saúde. Neste trabalho eu observava que não se reduzia o quadro de morbidade mesmo num evidente consumo de medicamento.

Igualmente próxima, na Vila Albert Sampaio eu observava algumas peculiaridades nas famílias onde se praticava a agricultura. Nestas famílias a procura por medicamentos era com menos insistência do que nas famílias onde não se praticava a agricultura.

A partir destas indagações e constatações segui os trabalhos de elaboração do projeto de pesquisa, o desenvolvimento da investigação até a produção do presente trabalho.

Tendo presente que as práticas sociais de saúde se diferenciavam em contextos diferentes, procurei formular um projeto de pesquisa para possibilitar a percepção destas diferenças. A partir de informações prévias de que eu dispunha sobre a fitoterapia e a homeopatia praticados numa comunidade do projeto RECA. Este projeto faz parte das atividades de uma associação de agricultores. Esta é uma organização social bastante peculiar na região (como se verá no trabalho). Devido a esta característica considerei fundamental estudar esta comunidade. Para viabilizar uma pesquisa procurei na literatura as possibilidades diversas até chegar a formulação do estudo comparado entre três comunidades diferentes.

A comunidade do seringal S. Pedro foi escolhida por ser formada por famílias de seringueiros que há décadas têm no extrativismo da borracha natural a sua principal atividade produtiva. É também uma comunidade onde líderes como Simplicio e Vicente Lira participam das atividades do Conselho Nacional dos Seringueiros e do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Xapuri, cujas atividades de buscas de alternativas econômicas para os seringueiros são conhecidas por encontros como os Encontros Nacionais dos Seringueiros, por divulgação como o Boletim Informativo do Conselho Nacional dos Seringueiros, bem como divulgações de livretos educativos do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Xapuri. Por vários motivos tive interesse em conhecer uma comunidade de seringueiros pelas suas peculiaridades de habitantes da floresta. Já a Estrada Velha de Xapuri a Brasília conheci através de trabalhos de alfabetização de adultos feitos por uma organização não governamental a mais de 5 anos. Na oportunidade o posto de saúde do Sr. Raimundo já era muito conhecido nesta comunidade. A comunidade é formada por agricultores que possibilitaria um estudo comparado com a comunidade de seringueiros.

Tendo em conta as indagações iniciais sobre as diferentes práticas sociais de saúde em diferentes contextos, estas três comunidades têm uma série de diferenças entre si que motivaram o estudo das mesmas: a Estrada Velha é formada predominantemente por agricultores praticantes de agricultura tradicional da chamada lavoura branca como arroz, feijão, macaxeira, milho. O seringal S. Pedro continua com o tradicional extrativismo da borracha, com os seringueiros morando nas suas colocações ao longo de varadouros (os tradicionais caminhos abertos na floresta). O Ramal do Cascalho foi formado por iniciativa do INCRA, através de um projeto de colonização para assentamento de ex-seringueiros e agricultores de outros Estados. Os lotes de terra têm em média 80 hectares. Atualmente a produção desta comunidade tem como objetivo principal a implantação de sistemas agroflorestais para a produção de espécies perenes com potencial econômico para a produção de polpas de frutas, palmitos e outros derivados. Com estes indicativos iniciais de diferentes organizações da produção e as diferentes maneiras das comunidades em se organizar encontrei motivos para iniciar a investigação das práticas sociais de saúde nestas diferentes comunidades.

Os objetivos da pesquisa foram formulados, e com as observações do orientador, foram adequados para compor um conjunto onde as práticas sociais de saúde e o trabalho como um todo se constituísse num estudo antropológico.

- Objetivo Geral:

Verificar em que medida as práticas sociais de saúde são prevenções de doenças e processos mórbidos, bem como estas práticas estão inseridas e são

desenvolvidas no cotidiano das pessoas e comunidades nos diferentes contextos sociais e de produção.

- Objetivos específicos:

- Levantar informações sobre a autonomia ou a dependência externa das comunidades na manutenção da sua saúde;

- Estudar comparativamente as três comunidades para verificar em que grau a economia familiar agrária ou extrativa possibilita uma qualidade de vida compatível com a manutenção da saúde;

- Identificar os modos como são operadas e concebidas as práticas populares de saúde, as práticas terapêuticas e as preventivas;

- Examinar as interpretações sobre o processo saúde/doença presentes nas comunidades.

Todo o processo de elaboração, passando pela pesquisa de campo até a redação, procurei o campo teórico que segundo Minayo. “A essência de uma teoria consiste na sua potencialidade de explicar uma gama ampla de fenômenos através de um esquema conceitual ao mesmo tempo abrangente e sintético.” (Minayo, 1993:92)

O estudo das três comunidades significou um trabalho “in loco” para apreender e conhecer as práticas sociais de saúde a partir do campo de conhecimento da Antropologia, onde segui os pressupostos principais do “estranhamento”; conforme é dito por Laplantine.

“ apenas a distância em relação a nossa sociedade (mas uma distância que faz com que nos tornemos extremamente próximos daquilo que é longínquo) nos permite fazer esta descoberta: aquilo

que era evidente é, de fato; cultural; aquilo que era evidente é infinitamente problemático. Disso ocorre a necessidade; na formação antropológica, daquilo que não hesitarei em chamar de “estranhamento” (depaysement), a perplexidade provocada pelo encontro das culturas que são para nós as mais distantes, e cujo encontro vai levar a uma modificação do olhar que se tinha sobre si mesmo. De fato, presos a uma única cultura, somos não apenas cegos à dos outros, mas míopes quando se trata da nossa.” (Laplantine, 1991:21).

Todo o estudo procurou aplicar os pressupostos colocados pelo autor na medida em que as comunidades foram abordadas com as particularidades da sua vida social e não a partir de parâmetros fixos no certo e errado. Neste sentido a prática de campo foi educativa para mim enquanto participante observador, e mais que isto alguém que procurou entender o sentido dos acontecimentos, dos discursos, das ações. Daí o sentido de todo o trabalho não é meu, e sim também dos sujeitos pesquisados.

1.2 - A CONSTRUÇÃO DO CAMPO CONCEITUAL

Os trabalhos de campo me mostraram a complexidade da vida social, mesmo em pequenas comunidades. A prática mostrou a aplicabilidade de conceitos e idéias, como por exemplo a conceituação de Berger e Luckmann sobre a “institucionalização” se aplicam para festa de Santa Luzia que acompanhei no seringal S. Pedro. (esta festa será descrita no capítulo 2).

“A institucionalização ocorre sempre que há uma tipificação recíproca das ações habituais por tipos de atores. Dito de maneira

diferente, qualquer uma destas tipificações é uma instituição. [...] As tipificações das ações habituais que constituem as instituições são sempre partilhadas. São acessíveis a todos os membros do grupo social particular em questão, e a própria instituição tipifica os atores individuais assim como as ações individuais.” (Berger & Luckmann, 1991:79)

A partir deste campo conceitual foi possível compreender com melhor alcance como os atores sociais concretos formam a realidade social com toda sua complexidade.

Em outra parte da mesma obra os autores colocam um esclarecimento sobre o “universo socialmente construído”.

“ A realidade é socialmente definida. Mas as definições são sempre encarnadas, isto é, indivíduos concretos e grupos de indivíduos servem como definidores da realidade. Para entender o estado do universo socialmente construído em qualquer momento, ou a variação dele com o tempo, é preciso entender a organização social que permite, aos definidores, fazerem sua definição.” (Idem:157).

A leitura destes conceitos nortearam a pesquisa no sentido de apreender aspectos do “universo socialmente construído”, bem como da organização social, conforme (Cardoso 1988), procurando “um movimento de aproximação que se pode desvendar sentidos ocultos e explicitar relações desconhecidas”.

Em seguindo a autora amplia a questão da prática de campo como:

“ A prática de pesquisa que procura este tipo de contato precisa valorizar a observação tanto quanto a participação. Se a última é condição necessária para um contato onde afeto e razão se

completam, a primeira fornece as medidas das coisas. Observar é contar; descrever e situar os fatos únicos e os cotidianos, construindo cadeias de significação. Este modo de observar supõe, como vimos, um investimento do observador na análise de seu próprio modo de olhar. Para conseguir esta façanha; sem se perder entretanto pela psicanálise amadorística, é preciso ancorar as relações pessoais em seus contextos e estudar as condições sociais de produção dos discursos. Do entrevistador e do entrevistado.”(Cardoso,1988:103).

Na prática da investigação procurei estabelecer relações de participação para conhecer os significados tanto da morbidade dos sujeitos pesquisados como dos modos de reagir, de se comportar. Repetidas vezes, durante a investigação ficou claro para mim que é necessário tempo para ouvir e relacionar o conteúdo da fala com o ambiente ao qual este conteúdo se refere para perceber o seu significado. Isto aconteceu com Dona Geralda, no seringal S.Pedro, quando me explicou como ela cura as cólicas entéricas de um recém nascido. Foi necessário ouvir, olhar a planta utilizada na cura, como é preparada, como é ministrada à criança. O mesmo aconteceu na colocação Nova Aldeia onde Dona Raimunda Lira falou, entre outros assuntos, da água utilizada na sua casa. Foi necessário, além da atenção à fala de Dona Raimunda olhar o Igarapé para compreender que a água é considerada de boa qualidade para o consumo. D. Raimunda considera a abundância da água, a presença de peixes, de bananeiras e árvores como fatores de boa qualidade da água. Os gestos apontado para o igarapé e as palavras são parte do modo de expressão.

“A água aqui é favorável de inverno a versão. O senhor acredita, tem chavascal que é uma verdadeira beleza nesse baixo de igarapé, é

bom de peixe. Pode amanhã botá anzol que o senhor pega peixe nesse igarapé". (Raimunda)

1.3 METODOLOGIA

Vivenciar uma Pesquisa

Desde o início desta pesquisa tive presente que a vivência de campo seria fundamentalmente para a investigação, por constituir-se como parte do trabalho antropológico no conjunto de orientações do "corpo teórico e procedimentos metodológicos. A experiência vivencial de campo é maior e coloca questões de difícil previsão, ou que não estavam em atenção. Neste trabalho por exemplo, eu não previa participar de uma festa religiosa, no entanto quando estava fazendo a pesquisa de campo na comunidade do seringal S. Pedro estava acontecendo a festa de Santa Luzia. Como se trata de um acontecimento que envolve um grande número de famílias, faz parte da vida social e da história da comunidade, se fez necessário incluir esta festa neste trabalho como expressão da vida social da comunidade do seringal S. Pedro. Isto não estava na previsão inicial como objeto de estudo. No sentido prático aconteceu neste trabalho o que é dito por Geertz.

" O que o Etnógrafo enfrenta, de fato [...] a uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas as outras, que são simultaneamente, estranhas, irregulares e inexplicitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar. E isso é verdade em todos os níveis de atividade do seu trabalho de campo, mesmo

o mais rotineiro: entrevistar informantes. Observar rituais, deduzir os termos de parentesco, traçar as linhas de propriedade, fazer o censo doméstico. escrever o seu diário.”(Geertz,1989:20)

Como afirmei no início deste capítulo o objeto e problematização desta pesquisa já foram objetos da minha atenção por um tempo relativamente longo. Neste sentido o campo teórico foi constituído visualizando os aspectos empíricos da pesquisa. O fundamental do trabalho foi dar conta do problema colocado. Dito de outro modo, no seguinte pensamento: “O modelo teórico escolhido deve então propor uma solução original para a situação problemática que constitui o objeto do estudo projetado. Se um modelo teórico já foi objeto de publicação, é possível que seja preciso adaptá-lo e modificá-lo, para incluir todas as facetas da questão estudada.” (Contandriopoulos et alli,1994:29).

Partindo das observações e indagações iniciais do trabalho, (citados acima) o projeto da pesquisa foi construído colocando o seguinte problema:

Em que medida e em que forma as práticas sociais de saúde se constituem efetivamente em ações de prevenção de doenças e de processos mórbidos? Como a organização social e de produção em contextos de comunidades diferentes se constituem em motivadores de formas específicas de cada comunidade, responder aos problemas de saúde?

Retomando o pensamento de Contandriopoulos et alli, é necessário “uma solução original para a situação problemática.” Neste sentido o núcleo do problema está em conhecer as formas específicas de cada comunidade em responder aos problemas de saúde. Como uma extensão desta questão está a prevenção de doenças e processos mórbidos. Os aspectos preventivos são vistos a partir das práticas sociais de saúde, na compreensão dos sujeitos pesquisados, e, conforme o projeto de investigação, são colocados paralelos

com algumas produções científicas atinentes, a prevenção de doenças, ao saneamento do meio e a epidemiologia. A comparação do estudo está no contraste entre as três comunidades, nas suas práticas sociais de saúde, verificando semelhanças e diferenças, bem como estabelecer paralelos com as definições científicas. Estas comparações têm como base as orientações de Laplantine que colocam a característica comparativa da Antropologia Médica (ou a Antropologia da Saúde). “Não existe antropologia médica sem comparação.” (Laplantine,1991:39). No caso das práticas sociais de saúde implementadas por pessoas e comunidades em contextos sociais diferentes a comparação entre as comunidades esclarece as particularidades, tornando viável o esclarecimento do objeto do estudo.

Na fase de projeção da pesquisa o problema foi explicitado com o propósito de buscar soluções e conhecimento efetivos pela investigação.

1.3.1 O MARCO CONCEITUAL DA PRÁTICA SOCIAL DE SAÚDE

O Conceito Práticas Sociais de Saúde perpassa o presente trabalho por constituir parte do tema central do mesmo. Este conceito é adotado para definir as ações terapêuticas dos agentes comunitários de saúde, suas atuações de orientação à saúde das comunidades, para definir o trabalho das parteiras, para as atividades consideradas pelas comunidades como prevenção de doenças. (como exemplo o uso da água nos domicílios, cuidados com a habitação, com os alimentos), os rituais de reza com finalidade de curar pessoas doentes, trabalhos de limpeza e conservação das moradias.

Para unificar a compreensão das práticas sociais de saúde colocarei dois níveis conceituais freqüentemente presentes na literatura pertinente.

No primeiro nível estão as práticas desenvolvidas nos postos de saúde, pelos respectivos agentes comunitários de saúde, estas, são denominadas por “atenção primária de saúde”. Este termo, segundo (Novaes, 1990:27) “foi introduzido em 1920, por Dawson dentro do sistema regional” de saúde. Ainda segundo o mesmo autor a atenção primária de saúde foi proclamada pela Conferência Internacional de Saúde de 1978 em Alma-Ata como forma de implementar “Saúde Para Todos no Ano 2.000”.

O trabalho de (Donnangelo, 1979:33), aborda o mesmo tema, definindo as “ações coletivas de saúde” que objetivamente são enumeradas “como medidas de saneamento do meio, esquema de imunização, programas de educação para a saúde e outros”.

Com suas peculiaridades e adequações as atividades dos agentes de saúde das comunidades estudadas, inclusive suas práticas terapêuticas, estão no âmbito da “atenção primária de saúde”, ou então nas “ações coletivas de saúde”.

Conforme Cantillano, (1983:204) “a atenção primária de saúde constitui uma expressão concreta da prática social”.

No segundo nível estão as práticas de âmbito domiciliar relacionadas e voltadas para as pessoas como assistir as mães no parto, cuidar e prover água na casa, manutenção da moradia, cuidados com a alimentação, tornar os espaços de convivência adequados para as pessoas. Estas práticas não se referenciam e não têm como objeto de atenção doença ou saúde. Há nelas um interesse para com os seres humanos semelhantes a definição de (Silva 1995:49) sobre a fundamentalização da Enfermagem de Nightingal que “aponta explicitamente o interesse da enfermagem para com os seres humanos doentes

e sádios, ao invés da doença e da saúde”. Havendo, portanto, uma aplicabilidade conceitual nas práticas sociais das comunidades.

A partir deste delineamento a unificação do conceito Práticas Sociais de Saúde é uma demanda do próprio estudo. Isto, também, pela razão dos fenômenos saúde-doença e as práticas a eles relacionadas não se reduzem a uma evidência “orgânica”, “natural” e “objetiva”. Os fenômenos saúde-doença e as práticas a eles relacionadas estão intimamente relacionados às características de cada sociedade onde tanto a concepção de saúde-doença é construída, como o doente é uma personagem social (Minayo e Souza, 1989:82). Nesta relação dos fenômenos saúde - doença com as características da sociedade os rituais de reza com a finalidade de cura também serão tratados como práticas sociais de saúde.

1.3.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Todas as informações preliminares usadas para projetar a investigação foram fundamentais para conduzir os trabalhos de campo.

Os primeiros contatos com as comunidades foram esclarecedores para identificar as famílias pertencentes a cada comunidade. Os agentes de saúde, Sr.Raimundo da Estrada Velha, Sr. Simplicio do seringal S. Pedro e Sra. Zelinda do Ramal do Cascalho prestaram informações para listar as famílias consideradas no alcance dos serviços dos postos de saúde. Estas informações foram conferidas e acrescidas em detalhamentos nas atividades comunitárias onde participei como a reunião sindical na localidade de Guajará na Estrada Velha, na reunião da comunidade de base do Ramal do Cascalho e no encontro dos seringueiros na colocação Bom Levar do seringal S. Pedro. Desse modo tanto os agentes de saúde como as pessoas presentes nas reuniões forneceram

informações para o trabalho. Além disso a permanência nas casas de famílias como do Sr. Otacilio, de Dona Aldenha complementaram as informações. Tudo isso para confirmar a delimitação do universo da investigação. A forma de estabelecer uma referência de delimitação das famílias pesquisadas foi a participação nos pontos de saúde.

O levantamento destas famílias chegou aos seguintes números em cada comunidade: Seringal S. Pedro 35 famílias, Estrada Velha 54 famílias, Ramal do Cascalho 24 famílias. No capítulo 2 cada comunidade será descrita em suas particularidades.

Uma vez estabelecidas as listagens de famílias de cada comunidade identifiquei os caminhos, estradas e varadouros de maneira a localizar com clareza o nome da família com o lugar da moradia.

A investigação das práticas sociais de saúde se deu em cada posto de saúde, acompanhando diretamente os trabalhos dos agentes com seus atendimentos, suas orientações aos usuários. Entrevistei os agentes e dois usuários de cada posto de saúde abordando suas práticas e suas concepções de saúde X doença. A previsão mínima de permanência em cada posto foi de dois dias, mas na prática este tempo foi de três a quatro dias. Em todas as famílias elencadas foram aplicados questionários para levantar os seguintes aspectos: Identificação com o nome dos titulares da família . Total de pessoas por faixa etária e sexo. Seguindo o questionário perguntou o tempo de moradia. No tópico 3, escolaridade. Tópico 4 a produção e ocupação da família, financiamento da produção, principais alimentos produzidos. No tópico 5 estavam as características da moradia. No 6, fontes de água, tipos de fontes e aspectos do saneamento básico. No item 7 estava a alimentação. Se a alimentação é de produção própria ou comprada, quais os principais alimentos.

No item 8 estava a morbidade sentida pelas famílias. Isto é, a ocorrência de agravos da saúde na interpretação das famílias. Também foi perguntado sobre possíveis condutas da família diante de doenças, situação de vacinas das crianças menores de 12 anos e por último a ocorrência de mortes durante o ano de 93 até junho de 94.

Inicialmente foi feito um teste com os questionários para depois ser aplicado no levantamento. O levantamento domiciliar foi realizado com a ajuda de quatro auxiliares a saber: na comunidade do Ramal do Cascalho a agente de saúde Sra. Zelinda Zordi; na comunidade da Estrada Velha o agente de saúde, Sr. Raimundo Souza dos Santos. No seringal S. Pedro tive a ajuda de Antônio Ferreira da Silva e João Batista Santos de Araújo. Os dois são professores da escola da colocação Itapissuma, junto ao posto de saúde do seringal S. Pedro.

Todos os auxiliares foram orientados previamente. Meu trabalho foi maior para aplicar o questionário na comunidade da Estrada Velha pelo reduzido tempo do auxiliar e pelas dificuldades de transporte, principalmente na época das chuvas em que a pesquisa foi realizada. A maior parte dos caminhos foram percorridos a pé e eventualmente com o carro a boi do Sr. Raimundo.

Conforme foi projetado em cada comunidade foram sorteados cinco domicílios para uma visita na qual seria entrevistada uma ou eventualmente duas pessoas que na família mais se identificavam com ações e cuidados de saúde. Mediante a pergunta de quem na família assim se identificava a pessoa era entrevistada. Estas entrevistas semi-estruturadas levantaram as práticas de saúde destas famílias e as observações foram fundamentais para perceber as famílias no seu cotidiano (conforme segue no capítulo 4). Os sorteios desses domicílios foram feitos em oportunidades em que aconteciam reuniões nas

comunidades: no Ramal do Cascalho foi na reunião do grupo religioso. Na Estrada Velha o sorteio foi numa reunião do Sindicato dos Trabalhadores Rurais. No seringal S. Pedro o sorteio foi na casa do Sr. Simpício onde se encontrava um grupo de usuários do posto de saúde. As relações dos nomes das famílias foram numeradas, cada número foi escrito num pedaço de papel, depois dobrado para em seguida uma pessoa presente retirar os cinco domicílios. Os números sorteados foram conferidos com os nomes correspondentes nas listas e relacionados para a visita posterior. Os procedimentos foram iguais nas três comunidades. Apenas uma família na Estrada Velha argumentou estar com a casa muito precária para mostrar. Em outras palavras, a sua moradia não seria em exemplo para ser visto. Neste caso foi realizado um novo sorteio para completar os cinco domicílios desta comunidade, porém não houve recusa para responder o questionário. Além dos agentes de saúde e dos 15 domicílios foram entrevistadas 2 parteiras na Estrada Velha. No Ramal do Cascalho e São Pedro 1 parteira em cada comunidade e por coincidência estas parteiras pertencem as mesmas casas sorteadas. Como parte das informações sobre os serviços de saúde entrevistei o Secretário Municipal de Saúde do Município de Xapuri e o Coordenador dos postos de saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Acre. Todas as entrevistas estão gravadas e transcritas. As anotações foram feitas num diário de campo.

Como parte do campo empírico providenciei livros e material de estudo dos agentes de saúde. Nas fontes de informação também estão os documentos do Conselho Nacional dos Seringueiros, uma organização não governamental representativa desta categoria de trabalhadores. Documentos do Sindicato dos

Trabalhadores Rurais de Xapuri. O Anuário Estatístico do Acre, 1990. O V.2 de A Organização do Espaço na Faixa da Transamazônica do IBGE.

No projeto da investigação não estava previsto a entrevista de lideranças comunitárias para completar o estudo de cada comunidade. Como no desenvolvimento dos trabalhos percebi a falta de informações sobre lideranças, relações de parentesco e informações sobre a história das comunidades, realizei entrevistas com uma liderança de cada comunidade para chegar a estas informações.

1.3.3 A METODOLOGIA DE ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS E INFORMAÇÕES

Após ter reunido todo o material levantado no campo empírico procedi uma leitura geral e repetida para “apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos-chaves de sua existência sobre o tema.” (Minayo,1993:235).

Seguindo o trabalho, procedi à classificação de temas ordenando os assuntos de acordo com os significados atribuídos pelos sujeitos pesquisados. Ao mesmo tempo relacionei as informações colhidas com as observações realizadas, utilizei sempre o material adequado para o sentido desenvolvido no trabalho. Nem todos os materiais reunidos foram incorporados. Conforme Becker: “Todavia, está claramente fora de questão publicar todas as evidências.” (Becker,1994:63). A seqüência de capítulos e tópicos foram organizados de maneira a possibilitar a colocação do problema e contrastar as semelhanças e diferenças das comunidades estudadas. Ao mesmo tempo procurei colocar as informações mais esclarecedoras sobre as práticas sociais de saúde, principalmente sobre as variações destes fenômenos nas distintas

comunidades de maneira a colocar a possibilidade da verificação das hipóteses, no sentido expresso por Minayo. “ Na abordagem qualitativo, as hipóteses perdem a sua dinâmica formal comprobatório para servir de caminho e de baliza no confronto com a realidade empírica.” (Minayo,1993:95).

Embora com algumas variações esta idéia já estava presente no trabalho de Malinowski onde a realidade empírica adquire especial importância.

“ O investigador tem que se esmerar na constituição, ampliação e articulação, de seu quadro teórico. É esse referencial que lhe permite estabelecer perguntas fundamentais para compreensão da realidade empírica. Porém, deve conservar uma abertura e flexibilidade capazes de, apesar da teoria, descobrir as particularidade da realidade empírica.” (Malinowski in: Minayo,1993:93).

Na verificação das hipóteses também levei em conta que “ Na realidade social nunca temos um único fator atuante destacável com facilidade.” (Demo,1989:164). Contudo as hipóteses levantadas se confirmam na medida em que, dentro da complexidade social, as práticas sociais de saúde são diferenciadas, em grande medida com as diferenças da organização da produção, (o que será detalhado durante o trabalho). Metodologicamente procurei seguir a orientação de Demo, quanto a agrupação de fatores relevantes levantados na investigação para formular afirmativamente a relevância das práticas sociais de saúde no contexto das comunidades. Foi (e continua sendo) fundamental agrupar “fatores relevantes”, destacar variáveis diferenciadoras para possibilitar um “manuseio” de todos os dados, informações e materiais da investigação. Isto tem uma aproximação com o “processo de controle”, dito por Demo.

“ Para o processo de controle é necessário, primeiro, saber quais são os fatores relevantes é, depois, em que forma e em que intensidade tais fatores serão mantidos constantes em sua atuação. Assim sendo, antes de mais nada, é mister por algum meio, indagar quais são os fatores relevantes em determinada situação (...) Não existe uma técnica decisiva para a seleção dos fatores relevantes dentro do quadro dos condicionamentos múltiplos do experimento social.” (Demo 1989:165-166).

Ainda com a finalidade de tornar perceptível as semelhanças e diferenças entre as comunidades, incluindo as respectivas práticas sociais de saúde adotei como base metodológica as orientações de (Lakatos & Marconi 1992:230) em estabelecer “ relações assimétricas existentes entre as variáveis (...) que relaciona propriedades, na qualidade de variáveis independentes, com disposições ou comportamentos, parecendo como variáveis dependentes.” Entendendo, neste caso como propriedades as características de uma e outra comunidade, o modo de concretizar uma ou outra prática social de saúde. Como “disposição” concordo com a conceituação da mesmas outras: “ Por sua vez, disposições ou comportamentos repousam em atitudes, valores traços de personalidade, impulsos, opiniões, hábitos ou habilidades, qualidades pessoais ou “capacidade” e, para sua manifestação, dependem se certos estímulos ou de presença de determinadas condições.” (Lakatos & Marconi, 1992:231)

Todos estes aspectos estão presentes na construção do cotidiano dos agentes comunitários de saúde, bem como nas práticas sócias de saúde no contexto comunitário onde a interação das famílias acontece em vários aspectos.

A pesquisa de campo levantou, como se verá a seguir, a organização do posto de saúde coincide com outras formas de organização social como grupos religiosos, escolas, delegacias sindicais. Nas três comunidades a participação dos grupos de parentesco é marcante, nestas organizações. Uma liderança de um grupo famílias é também liderança em algum tipo de organização como a organização sindical, escola, cooperativa. Nas comunidades estudadas apenas uma agente de saúde não tem um grupo de parentesco na comunidades, restringindo-se as relações de parentesco ao grupo domiciliar. É o caso de D. Zelinda no Ramal do Cascalho. No seringal S. Pedro e na Estrada Velha os agentes de saúde fazem parte de grupos familiares, muito expressivos nas comunidades. Todos os três agentes de saúde têm participação direta em atividades religiosas da Igreja Católica. Para estas atividades participam de treinamentos promovidos por esta Igreja. Por serem pessoas atuantes no âmbito das duas comunidades assumem atividades tanto religiosas como de saúde.

Simplicio e Raimundo do seringal S. Pedro e Estrada Velha respectivamente são do movimento sindical de Xapuri há mais de 17 anos, quando a liderança de Chico Mendes afirmou a organização dos seringueiros por suas terras e este movimento teve relações com a Igreja Católica, a partir da criação das comunidades de Base em cujo âmbito a discussão sobre a permanência dos seringueiros nas suas colocações foi a questão fundamental para a comunidade. Nas declarações de Simplicio a ênfase é a tomada de atitude para a organização da comunidade.

“comecemo tomar uma atitude da gente caminhar com as pernas da gente ou é de 77, por aí assim começou se organizar, [...] a criar as comunidade de base, de evangelização e daí pra frente comecemo a

organizar o sindicato dos trabalhadores, e dessa partida, dessa criação do sindicato, a Igreja, comunidade que começou discutindo que nós deveria procurar ficar ali mesmo”. (Simplicio)

A ameaça de perder as colocações significava para os seringueiros perder a sua própria sobrevivência.

A busca de serviço de saúde foi incorporada pelos seringueiros no contexto das reivindicações dos sindicatos para os serviços públicos, com isso em 1983 a secretaria de saúde iniciou programas para agentes de saúde em Xapuri.

D. Zelinda do Ramal do Cascalho tem uma relação com a Igreja Católica mais afeta ao Projeto Reca (que será abordado abaixo) onde aconteceram vários apoios da Igreja, inclusive para o financiamento principal da implantação do Projeto. No contexto do Projeto Reca atuou a Irmã da Pastoral da Saúde organizando os grupos religiosos da Igreja com trabalho de saúde. A pastoral da saúde que esteve presente no Ramal do Cascalho, não esteve presente no S. Pedro e Estrada Velha. Os trabalhos modalidade específicos de “Pastoral de saúde” fora desenvolvidos com ênfase na região da Vila Nova Califórnia. Nas comunidades de base como do S. Pedro e Estrada Velha a problemática da saúde era tratada no contexto geral dos problemas das comunidades, daí o Sindicato ter uma participação na formação dos postos de saúde no sentido de ir até o serviço público de saúde e nestas duas comunidades não ter havido um trabalho específico de “Pastoral de Saúde” por parte da Igreja Católica.

Antes de descrever cada comunidade é fundamental analisar questões e situações comuns às três comunidades de maneira a estabelecer um perfil de semelhança entre as mesmas. Ao mesmo tempo vou analisar questões que não encontram semelhança nas três comunidades.

2 - AS TRÊS COMUNIDADES ESTUDADAS

2.1. Comunidade e Aspectos do Contexto Regional

O presente estudo aconteceu em três comunidades distintas: Seringal S. Pedro no rio Xapuri; Estrada Velha, a comunidade do posto de saúde Santa Luzia, no estado do Acre e Ramal do Cascalho próximo à Vila Nova Califórnia na BR364 na área de litígio de fronteiras entre Acre e Rondônia. Todas inseridas na realidade amazônica onde o extrativismo da borracha foi a atividade produtiva principal. Segundo Garrido Filha “a atividade econômica mais difundida e maior fonte de renda no estado” do Acre até 1975 foi a extração vegetal; “abrangia 63% da área destinada às atividades rurais que ocupavam apenas 28% do Estado” (Garrido Filha, 1989:192).

Em cada delimitação de comunidade identifiquei as famílias a partir das informações dos respectivos agentes comunitários de saúde, para então estabelecer que famílias formariam parte do estudo em cada comunidade. A delimitação foi facilitada pelo bom conhecimento dos agentes de saúde de cada família que está próxima, e/ou, se relaciona com o posto de saúde. Nos três casos fiz listas dos nomes das famílias conforme os trechos de estradas e caminhos de modo a localizar espacialmente cada comunidade. A área geográfica se definiu, em cada caso, pela participação nos serviços do posto, porém tive em conta as informações iniciais do agente e a complementação destas informações pelas lideranças das comunidades.

O conceito de base referencial que tive em conta no trabalho foi fundamental para perceber as comunidades, principalmente pela sua clareza.

" as aglomerações humanas situadas numa base territorial instituem uma comunidade na medida em que a organização do cotidiano leva à criação de canais particulares de expressão, assim como cria relações que, de modo limitado, cumprem diversas funções. A comunidade é o cotidiano dos indivíduos e grupos que partilham de condições sociais comuns e face elas, organiza o seu ambiente de relações dentro de uma dinâmica própria." (Souza, 1991:66)

Nesta definição estão presentes idéias trabalhadas num estudo de comunidade amazônica de (Wagley 1957) onde este autor aborda a idéia de "tradição histórica particular" da comunidade, "variações espaciais do modo de vida regional" no sentido de relacionar os vários aspectos da vida social na idéia central de comunidade. A base territorial e as variações espaciais tem significados semelhantes nestes dois autores.

O meio de chegar até as comunidades foi através dos postos de saúde.

As comunidades contíguas aos postos de saúde com as suas organizações e articulações como as famílias, lideranças, escolas, grupos religiosos, delegacias sindicais, sua áreas de produção agrícola e outros vínculos, têm também suas articulações e vinculações com estes postos de saúde.

A base territorial referida por Souza e as variações espaciais de Wagley têm um sentido semelhante e na compreensão de comunidade adotada neste trabalho a base territorial está relacionada com a vinculação ou identificação das famílias com o posto de saúde. Ao mesmo tempo a liderança do agente de saúde também está relacionada com outros aspectos comunitários como as organizações recém citadas.

Existem razões políticas e econômicas no contexto regional que afetam a vida das famílias desta comunidades, principalmente quanto a apropriação de extensões de terra por grupos ou indivíduos.

O artigo "Estrutura Fundiária, Modos de Produção e Meio Ambiente na Amazônia", elaborado por Costa aponta as principais razões políticas do período pós governos militares para exclusão dos seringueiros e agricultores dos programas de desenvolvimento aplicados na Amazônia.

"As grandes empresas e os fazendeiros têm em comum a relação com a terra como fonte de riqueza ou enquanto um meio de produção a ser acionado na obtenção de lucro operacional ou enquanto forma de acesso de rendas sociais, captadas no Brasil por peculiares mecanismos manejados pelo Estado. (...) As elites regionais, ocupando o poder estatal precocemente em relação ao fim da ditadura (o PMDB vai ganhar as Amazonas), vai tratar de ordenar a política de incentivos fiscais em seu favor, impondo dois movimentos: um econômico de fortalecimento de oligarquias regionais de velha estirpe e outro político de reassentamento do poder de elite ao nível do município, fortemente limitado, pelos mecanismos da ditadura. Estes dois movimentos (para os quais a própria ditadura vai contribuir ainda por ocasião da eleição de 1982) vão conduzir ao privilegiamento, no plano das políticas regionais, dos fazendeiros, antigos e novos, preferencialmente mas não exclusivamente de origem local em detrimento das grandes empresas latifundiárias onde reina o "Paulista" e, desde sempre, dos camponeses. O que está em andamento desde então é um processo de (re)oligarquização do agrário regional isto é, de

(re)estabelecimento de um poder de elite que, ao nível local, possa se contrapor aos avanços das classes populares no campo, num contexto em que os mecanismos de controle e subalternização dessas classes deverá se fazer no quadro de uma democracia parlamentar."
(Costa 1992:4-9,10)

Neste contexto do reordenamento político regional as três comunidades estudadas têm em comum a dificuldade em vender seus produtos, com baixos preços, ausência de apoio financeiro, tecnológico, transportes. Mesmo quando programas oficiais como a colonização do INCRA estão presentes isto não representa uma integração econômica e produtiva de contexto maior que torne viável a produção. Os compradores de borrachas são poucos e os preços são baixos. Na comunidade de S.Pedro, mesmo com o esforço da Cooperativa Agroextrativista de Xapuri, o nível de renda dos seringueiros é baixo. Os produtos agrícolas são transportados em pequenas quantidades, por tração animal, exigindo grandes esforços por caminhos precários. Um saco de arroz produzido na estrada velha, após todo o trabalho de produção, é transportado a cavalo ou carroça durante uma hora e meia a duas horas até a Estrada para então ser transportado entre 45 a 50 km até Brasília. Todo este transporte é por conta do agricultor. Situações semelhantes ocorrem com os agricultores do Ramal do Cascalho. Neste ramal, como em todo o projeto de colonização do antigo seringal Santa Clara, a infra-estrutura de um projeto de colonização do INCRA, como estradas, escolas, postos de saúde não foi construída para a realização do assentamento das famílias dos agricultores. O precário ramal existente foi feito aos poucos pelos serviços do Estado do Acre na Vila Nova Califórnia. A escola do Ramal do Cascalho foi construída pela comunidade e as duas professoras foram contratadas pela Secretaria de Educação do Acre

depois de muitas negociações da comunidade. Esta mesma ausência de infraestrutura acontece na Estrada Velha e neste sentido é semelhante ao seringal S. Pedro onde, de certo modo, o transporte pelo rio Xapuri é uma via adequada para o transporte. Nas três comunidades o transporte animal é muito utilizado. Para os seringueiros é o animal de montaria, ou até cargas amarradas no lombo de bois, e para os agricultores nos ramais ou estradas é uma carroça de 2 rodas tracionada por boi.

Outro aspecto fundamental de semelhança entre as três comunidades são os grupos de parentesco.

No seringal S. Pedro os grupos familiares são do Srs. Otacílio e Simpício. As colocações próximas do rio Xapuri até a metade do seringal são, na maioria, povoadas por filhos, genros ou sobrinhos do Sr. Otacílio. Do centro do seringal até o início do seringal Nazaré estão as colocações do grupo do Sr. Simpício. A povoação das colocações, como estão atualmente, se estabeleceu a partir de 1976, quando se firmou o seringal com a recuada do fazendeiro conhecido na região por Vilela.

Na Estrada Velha, são três grupos familiares: o grupo dos Facundos, localizados na margem da estrada, o grupo dos Marçal e o grupo Dias de Lima. Sendo estes últimos da área do igarapé Guajará. Os Facundos são os filhos, netos e bisnetos do Velho patriarca Facundo, de origem Cearense. Os outros dois grupos são moradores na região há aproximadamente sete anos. Todos ocupam áreas de terra próximas entre si, e estes últimos formam 14 domicílios.

A comunidade do Ramal do Cascalho é formada praticamente pelos grupos familiares Nogueira e Caitano. Várias atividades comunitárias como escola, saúde, conservação da estrada, grupo religioso são articuladas no âmbito destes grupos de parentes.

A partir do tópico 2.3 - vou descrever cada comunidade, detalhando aspectos relevantes da história e formação das mesmas.

2.1.2 ASPECTOS DIFERENCIADORES DA ARTICULAÇÃO POLÍTICA DAS COMUNIDADES.

As articulações de lideranças e as articulações políticas para fazer frente aos problemas de cada comunidade são trabalhadas de maneira bem distintas em cada uma das três comunidades estudadas.

Na comunidade do seringal S. Pedro a permanência dos seringueiros nas suas colocações mantendo o extrativismo da borracha é motivo para a mobilização da comunidade desde 79 e 80, quando o proprietário do Seringal paralisou as atividades enquanto empresa. A comunidade manteve vínculos com o movimento sindical de Xapuri para garantir os seringueiros em torno da posse da terra. Com a permanência dos seringueiros na floresta a comunidade procurou trazer o posto de saúde e a escola do Projeto Seringueiro. Este projeto foi uma iniciativa do Centro dos Trabalhadores da Amazônia, uma organização não governamental. Saúde e Educação formam serviços para firmar os seringueiros nas suas posses. As lideranças de Simplicio, Vicente Lira e Otacílio, desde as primeiras iniciativas comunitárias até a atualidade, estão presentes. Articulações com o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Xapuri, com a Cooperativa Agroextrativista, com o Centro dos Trabalhadores da Amazônia são constantes da Comunidade do S. Pedro.

No Ramal do Cascalho a situação fundiária, com o loteamento das terras do antigo seringal, partiu da política do INCRA para a colonização das margens da BR364. A comunidade aceitou esta mudança de seringal para lotes para agricultura com certa tranquilidade. Os grupos familiares, Nogueira e Caitano

já moravam na área muito antes do projeto de colonização. Os lotes do INCRA foram incorporados como suas propriedades pelos seringueiros, a pesar da nova proposta de organização da produção não ocorreram modificações os padrões de renda das famílias. Com o projeto de colonização algumas famílias do Estado do Amazonas, das proximidades com o Acre, vieram ocupar os lotes demarcados pelo INCRA e apenas 3 famílias de outros estados ocuparam lotes. Daí os habitantes mais antigos da região serem a maioria nesta comunidade.

Pela ausência de projetos oficiais para o desenvolvimento econômico das comunidades do projeto de colonização, estas, iniciaram um movimento para a busca de alternativas econômicas. Com isso foi formado o projeto RECA envolvendo várias comunidades dos ramais próximos à Vila Nova Califórnia (como se verá a seguir). Na comunidade do Ramal do Cascalho várias famílias participam deste projeto.

As discussões comunitárias aconteciam em torno de problemas do cotidiano, e com isso o projeto RECA passou a ocupar-se com a problemática da saúde, estabelecendo parcerias com a Pastoral da Saúde da Paroquia São José da Vila Extrema, da qual a Igreja da Vila Nova Califórnia faz parte. Esta parceria para trabalhos de saúde acompanhou a preocupação ambientalista do projeto RECA adotando a Fitoterapia e a Homeopatia tanto nos cursos para agentes comunitários de saúde, bem como nos postos de saúde nas comunidades. Estes postos não ocupavam prédios especiais para o seu funcionamento, como acontecia com os postos de saúde de outras comunidades. Também não houve participação direta dos serviços públicos de saúde nesta organização. Cada agente comunitário de saúde, a exemplo do Ramal do Cascalho, passou a trabalhar com atendimentos às pessoas doentes e

preparar produtos homeopáticos, bem como plantas medicinais nas suas próprias casas.

Os recursos de investimento para a criação do Projeto RECA tiveram como financiador uma organização não governamental estrangeira, porém estes recursos não contemplaram a criação dos postos de saúde.

Em toda a mobilização para a criação do projeto RECA e em todos os trabalhos a ele relacionados ou levantados, como a criação de escolas nas comunidades, incluindo o Ramal do Cascalho, não desenvolveram um movimento sindical rural, como é o caso da comunidade do seringal São Pedro e Estrada Velha.

A comunidade da Estrada Velha passa da forma do seringal tradicional para agricultura com a ação do INCRA com o projeto rápido de colonização do seringal Santa Fé, como se verá no tópico 2.2.3. Algumas famílias de seringueiros concordam com a demarcação do INCRA, em 1980-81 ocupam os lotes demarcados. Na negociação da divisão do seringal participa a representação da Confederação dos Trabalhadores na Agricultura. A partir da ação do INCRA os lotes para agricultura são marcados ao longo da Estrada Velha e os seringueiros que queriam continuar sua atividade tradicional ocuparam a chamada área de reserva onde não deveria ocorrer desmatamento por ser a reserva de uma fazenda. Com a crescente vinda de famílias de outros estados, principalmente de seis anos até o presente, a reserva vem sendo transformada em área de Agricultura, onde alguns seringueiros vendem suas posses para os migrantes ou mudam de atividade produtiva, do extrativismo da borracha para a agricultura. A presença sindical nesta comunidade é no sentido de firmar a posse tanto de agricultores como de seringueiros em qualquer área que ocupe. O posto de saúde e as escolas foram instaladas a partir de 1982 e

1983 mais pela presença do técnico da Secretaria de Saúde do Estado. A exceção, como iniciativa da comunidade é a escola na área do Guajará onde o C.T.A. incorporou a escola da comunidade.

Como diferenças básicas nas mobilizações, movimentos e iniciativas políticas das três comunidades se destaca o seguinte: Na comunidade do seringal São Pedro houve uma mobilização para a manutenção do seringal com suas colocações e estes não ser transformado em fazenda. Os seringueiros organizaram um movimento sindical para a defesa dos seus interesses e junto com este movimento os serviços de escola e saúde passaram a ser tratados no âmbito comunitário.

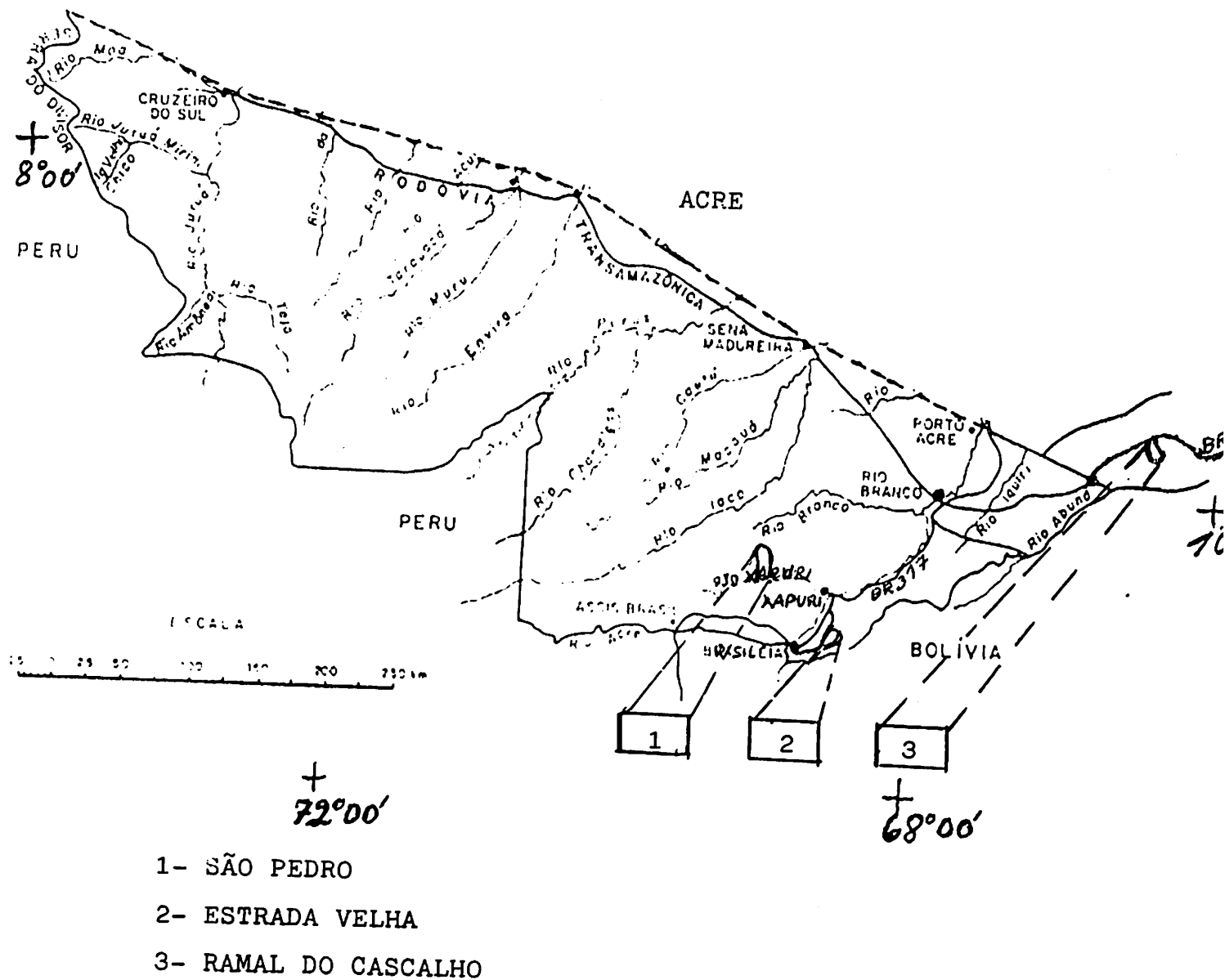
Na Estrada Velha, já pela construção da estrada, o desmatamento foi modificando colocações de seringueiros em lotes agrícolas. Tanto seringueiros e agricultores formam um movimento sindical para garantir as posses de terra onde pecuaristas pretendiam instalar suas fazendas. O posto de saúde e as escolas foram criados a partir da presença de técnicos dos serviços públicos e depois incorporados pela comunidade.

No Ramal do Cascalho, como em toda área próxima, a mudança de seringal para um assentamento do INCRA é aceita sem restrições aparentes. A comunidade aos poucos se mobiliza para enfrentar seus problemas decorrentes de toda uma conjuntura envolvendo produção, estrutura de apoio, mercado para produtos agrícolas. Não houve a formação de movimento sindical.

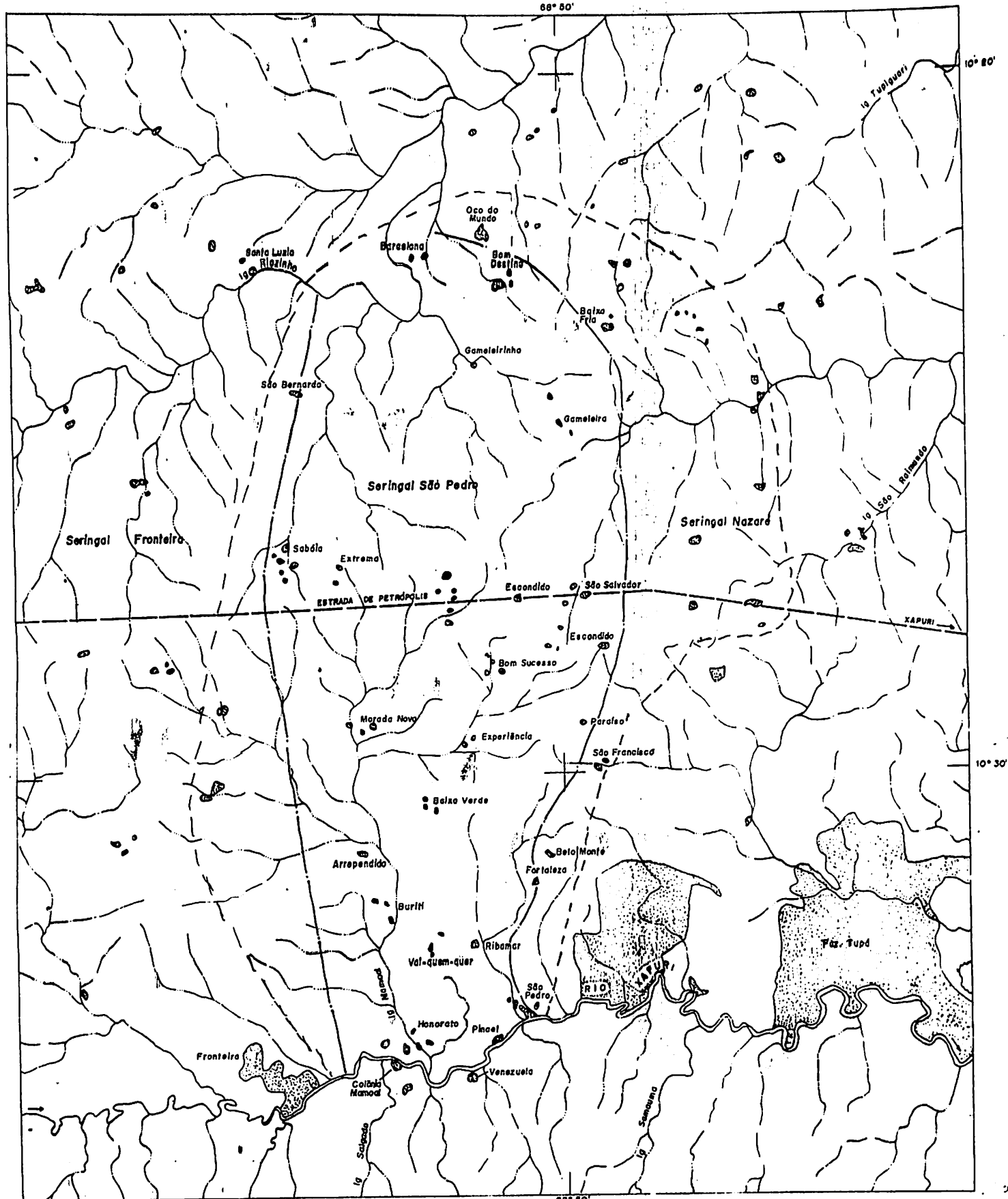
2.1.3 A COMUNIDADE DO SERINGAL S.PEDRO

A comunidade do seringal S.Pedro é importante para este estudo por ser formada por famílias de seringueiros tradicionalmente ocupados com o

LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DAS COMUNIDADES



SERINGAL SÃO PEDRO

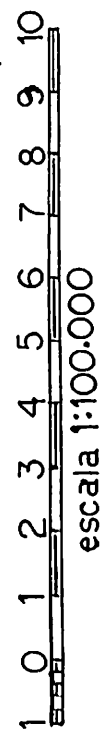
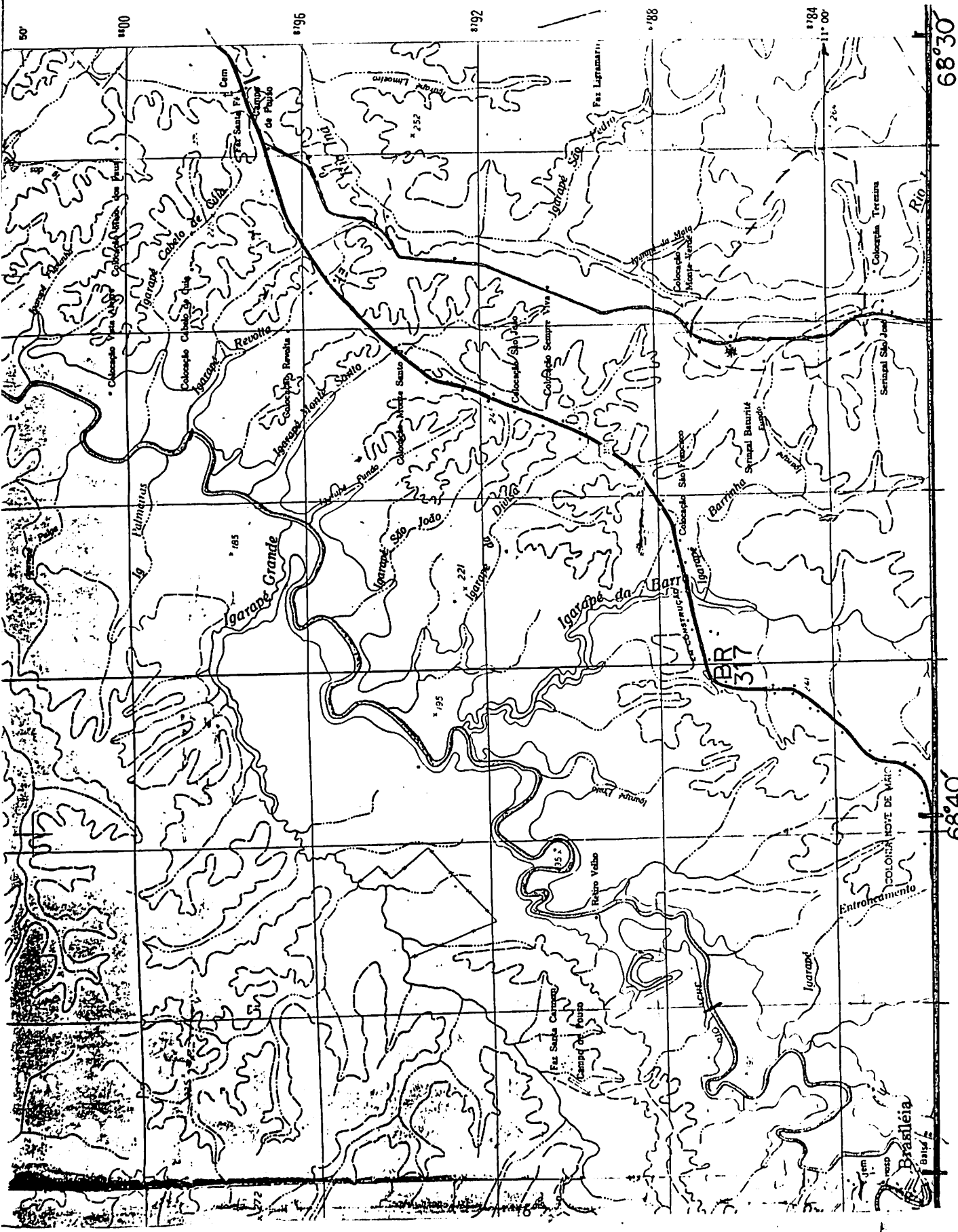


LIMITES DO SERINGAL S. PEDRO

LIMITES APROXIMADOS DA
COMUNIDADE ESTUDADA

Esc. 1:100.000

Fonte: Carta do OSG e imagem
de satélite Landsat TM5
de 1989 - DSR-FUNTAC



- ★ posto de saúde
- - - limites apro da comunidade
- == estrada velha

extrativismo da borracha e a coleta da castanha. A ocupação da terra é pela tradicional colocação de seringa onde a moradia da família é rodeada pelas estradas de seringa e os roçados para a agricultura de subsistência. A estrada de seringa é o caminho aberto no meio da floresta para proceder o corte na casca da seringueira e a coleta do látex.

O agente comunitário de saúde do S.Pedro é o Sr.Simplicio, uma liderança de um grupo familiar que teve uma atuação fundamental para a não transformação do seringal em fazenda. Simplicio, Otacílio, Vicente Lira e outros seringueiros trabalharam para a manutenção das colocações do seringal desde a desativação da antiga estrutura do patrão do seringal em 1975 e 1976. A comunidade tem tradicionalmente duas colocações de referência para os dois grupos familiares: nas proximidades da margem do rio Xapuri a colocação Bom Levar do Sr. Otacílio e sua esposa Dona Raimunda é a referência para filhos e netos de um grande grupo familiar que segundo o próprio Sr. Otacílio é praticamente a metade do seringal S.Pedro. Como a Bom Levar é um ponto convergente de várias outras colocações foi onde a comunidade construiu a escola que atende as proximidades da margem do rio Xapuri. A outra colocação de referência para a comunidade do S.Pedro é a Itapissuma do Sr. Simplicio e sua esposa Dona Geralda, é uma grande colocação com duas moradias, sendo uma moradia do genro do Sr. Simplicio. Desde 1977 que a Itapissuma é a referência da comunidade como o lugar onde o posto de saúde do Sr. Simplicio atende os doentes. Junto com a escola, o posto de saúde, esta colocação é também o lugar de encontros religiosos, sindicais e festas como a festa de Santa Luzia.

Com os atuais recursos de mapeamento, o seringal S. Pedro é visível até os detalhes de muitas colocações, conforme demonstra o mapa a seguir. As colocações com pequenas clareiras na floresta não são visíveis. A estrada de Petrópolis é apenas um traço no mapa e um projeto abandonado. Ao longo do que restou da estrada que iniciava em Xapuri e deveria ir até o seringal Petrópolis no alto rio Iaco, somente existe um varadouro mantido pelos seringueiros até o S. Pedro.

2.1.4 O CONTEXTO HISTÓRICO DO SERINGAL S. PEDRO

O Seringal São Pedro teve o seu início e formação semelhante aos demais seringais na região de Xapuri. Como nos demais, o extrativismo da borracha acontecia mediante uma determinada empresa com características peculiares. Para este trabalho adoto a definição de seringal de acordo com Costa Sobrinho. Este autor conceitua o seringal enquanto Unidade Produtiva, contemplando vários aspectos relevantes de um seringal.

" O seringal, unidade de produção da economia extrativista da borracha, localizava-se quase à margem do curso do rio principal em terra firme. A primeira condição assegurava acesso às necessidades de consumo, e permitia o escoamento a produção para os outros exportadores. A segunda condição evitava que as instalações centrais da empresa fossem afetada pelas enchentes no período das chuvas (...). Essas instalações eram constituídas pelo barracão central, depósitos auxiliares e ainda residências para o

patrão e o pessoal que trabalhava e permanecia no núcleo. O barracão central era o principal ponto de venda de mercadorias para o consumo do interior da empresa, escritório para administração dos negócios e local e recepção de toda borracha produzida no seringal. A esse complexo administrativo que usualmente denominou-se de "margem" ainda se poderiam agregar atividades agrícolas, de prestação de serviços e de transporte, vinculando-se a essas atividades diferentes trabalhadores na condição de empregados, diaristas e autônomos. A unidade produtiva dita da produção da empresa extrativista foi chamada de centro. No centro, interior do seringal, estavam localizadas as colocações. A colocação como local de moradia e posto de trabalho do seringueiro: nela se encontravam instaladas duas construções básicas, o "tapiri" que lhe servia de moradia e para a guarda de alguns instrumentos de trabalho. A barraca de paxiuba na qual instalava-se o defumador, e, completando a subunidade produtiva, a estrada ou estradas onde se localizavam as árvores para o corte e extração do látex." (Costa Sobrinho, 1992:26-27).

Esta estrutura organizativa de seringal funcionou no S.Pedro até 1978. Com o decréscimo do extrativismo da borracha aconteceu o que se repetiu em toda a região "O seringalista, após perder o interesse pela exploração da borracha abandonou o seringal, este foi, em geral, ocupado por seringueiros que têm agora sobre ele o direito de posse e o usufruto da pequena renda que o seringal gera com seu trabalho." (Loureiro, 1992:48)

A permanência dos seringueiros e suas famílias nas suas colocações após a desativação da estrutura de seringal, se deu pelo trabalho da comunidade em manter abertos os varadouros do seringal para permitir o acesso ao rio Xapuri para a venda da borracha e compra de mantimentos. Ao mesmo tempo cresce a importância dos roçados da agricultura de subsistência. Neste mesmo período as lideranças como Vicente Lira, Simplicio, Otacílio e outros participam do movimento sindical de Xapuri para mobilizar os seringueiros no sentido de permanecerem no seringal. O posto de Saúde e a primeira escola do Projeto Seringueiro do Centro dos Trabalhadores da Amazônia foram para afirmar a continuidade das famílias dos seringueiros nas colocações.

Em outros seringais do rio Xapuri como a Lua Cheia, Tupá e Nazaré a instalação da pecuária foi imposta com grandes devastações na floresta e muita violência sobre os seringueiros. O maior desmatamento desta área foi da empresa “Bordon” no seringal Nazaré. Somente em tempos recentes a empresa “Bordon” vendeu sua fazenda de Xapuri. A fazenda mais próxima do seringal São Pedro é a Lua Cheia, considerada uma derrubada pequena na região. Atualmente com a decretação da reserva extrativista Chico Mendes as derrubadas para pecuária estão paralisadas, contudo na viagem pelo rio Xapuri observei amontoados de madeira de lei na margem do rio. Esta retirada de madeira é clandestina e segundo os moradores próximos, esta é uma prática freqüente em toda região.

2.1.5 A PRODUÇÃO E A RESERVA EXTRATIVISTA

O levantamento domiciliar na comunidade do seringal S. Pedro somou 35 famílias. Os limites do seringal não são os mesmos da comunidade, por essa razão algumas famílias nos limites dos seringais Lua Cheia e Nazaré fazem parte destas 35 famílias usuárias do posto de saúde do São Pedro. A distribuição das famílias dentro do seringal segue ao longo de duas linhas de varadouros que são os caminhos no interior da floresta. Dos varadouros principais partem alguns secundários, chamados “mangas” para chegar nas colocações mais afastadas do trajeto principal. O levantamento também constatou que das 35 famílias 26 realizam comércio com a Cooperativa Agroextrativista de Xapuri.

O caminho principal para a cidade de Xapuri é o rio Xapuri. Por terra o caminho para a cidade é a estrada Xapuri - Petrópolis aberta na década de 70. Atualmente esta estrada é apenas um varadouro mantido aberto pelos seringueiros que fazem uso do mesmo. A caminho da colocação Itapissuma até a cidade de Xapuri demora em média um dia e meio. Pelo rio a viagem demora um dia, com barco a motor, para a subida. Durante o período do chamado verão na região, quando diminuem drasticamente as chuvas, principalmente em julho, agosto e setembro a água do rio é menor, formando cachoeiras, dificultando em muito o transporte. Somente as canoas podem transitar e em três ou quatro pontos é necessário descarregar toda a carga do barco, subí-lo vazio e então seguir a viagem. Com estas operações a viagem demora mais do dobro do período chuvoso.

A produção principal desta comunidade é a borracha. Das 35 famílias somente 1 declarou não produzir borracha. No quadro a seguir foram agrupadas as 34 famílias que produzem borracha.

Média Anual da Produção de Borracha Entre as Famílias do Seringal São Pedro, com a Média de Renda Anual.

Nº de Famílias	Média em Kg produzido p/Família	% de famílias entre as 34 ocupadas no extrativismo da borracha.	Média de Renda Familiar Anual.
08	500	23,52	R\$470,00
21	750	61,76	R\$705,00
05	1.000	14,70	R\$940,00

* Levantamento Domiciliar nov.94.

* Preço da Borracha R\$0,94

Embora a produção agrícola na comunidade do seringal São Pedro tenha uma importância principal para a manutenção da alimentação básica familiar o levantamento domiciliar apurou informação de uma pequena produção voltada para a venda. Esta produção complementa a renda de um pequeno grupo de famílias.

Nas tabelas a seguir estão resumidas as informações desta produção.

**Média Anual da Produção de Arroz Para Venda, Entre as Famílias do Seringal
São Pedro, com a Média de Renda Anual Por Famílias.**

Nº Famílias	Média de sacas produzidas.	% de famílias entre as 35 ocupadas na agricultura (em parte)	Média de renda anual p/família (pela média e arredondo de 12,5 p/13 sacas)
08	0 - 10	22,85	R\$ 75,00
02	10 - 15	5,71	R\$ 195,00
01	15 - 20	2,85	R\$ 270,00

* Levantamento Domiciliar em nov.94

* Preço do Arroz no seringal São Pedro R\$ 15,00

**Média Anual de Produção de Feijão, Para Venda, Entre as Famílias do Seringal
São Pedro Com a Média de Renda Anual Por Família.**

Nº de Famílias	Média de sacas produzidas.	% de famílias entre as 35 ocupadas na agricultura (em parte)	Média de renda anual p/família. (considerando a m/ produzida) Obs: arredondando de 2,5 - 3 etc.
09	0 - 5	25,71	R\$ 75,00
01	5 - 10	2,85	R\$200,00

* Levantamento Domiciliar em nov.94.

* Preço do Feijão no seringal São Pedro R\$ 25,00.

Média Anual da Produção de Farinha Para Venda, Entre as Famílias do Seringal São Pedro.

Nº de Famílias	Média de sacas produzidas	% de famílias entre as 34 ocupadas na agricultura (em parte)	Média de Renda por família (considerando a média produzida). Obs: arredondando de 2,5 - 3 etc.
05	0 - 5	14,70	R\$ 45,00
03	5 - 10	8,82	R\$120,00

* Levantamento Domiciliar em nov 94.

* Preço da farinha no seringal São Pedro R\$ 15,00

Vendas diferenciadas

1 família vendeu 4 ovelhas durante 1 ano,

1 pessoa na comunidade é assalariada do serviço público.

Numa Síntese por percentuais, da Produção Agrícola da Comunidade do Seringal São Pedro (pela média da produção)

Produto	% de Famílias	Nº de sacas produzidas	Média de renda p/ Família.
Arroz	25	8	R\$ 120,00
Feijão	28	5	R\$ 125,00
Farinha	23	6	R\$ 90,00

* Levantamento Domiciliar em nov.94.

Com o número reduzido de famílias da comunidade do seringal São Pedro que vendem sua produção agrícola a renda desta venda não se estende

ao conjunto das famílias. É evidente que esta agricultura se configura como de subsistência. Nela toda a família é envolvida no trabalho permanente de produzir os alimentos para a sua manutenção. Nisto se inclui a coleta da castanha que é um alimento importante em todas as casas. Economicamente a castanha não é importante como fonte de renda no seringal S. Pedro, pelo baixo preço e as dificuldades de transporte.

Os trabalhos de cooperação entre vizinhos com trocas de dias de trabalhos também ocorrem para a formação dos roçados. Tarefas pesadas que exigem cooperação são vencidas pelo esforço de várias famílias.

Conforme observei numa reunião da comunidade na colocação Bom Levar, a cooperativa Agroextrativista de Xapuri, em convênio com uma Universidade Austríaca, está acompanhando a implantação de sistemas agroflorestais em algumas colocações do seringal S. Pedro, bem como em outras comunidades. Estes sistemas agroflorestais são cultivos sistemáticos e consorciados de espécies vegetais da região com potencial econômico como o cupuaçu, (*theoboma grandiflorum*), o açaí, (*euterpe oleracea*), para a produção de sucos e palmitos. Estes sistemas agroflorestais são ainda experiências iniciais, mas com perspectivas de continuidade. Pela presença de seringueiros de colocações distintas, com mais de 5 horas de marcha para participar da reunião da Cooperativa, fica evidente o interesse em torno das atividades da mesma. Lideranças como o filho do Sr. Otacílio, o Tatá, o Sr. Dalmo e o próprio Sr. Simplicio estavam presentes nesta reunião onde, também se discutiu como aconteceu a construção de duas escolas da comunidade: uma na colocação Bom Levar e a outra na Itapissuma.

Todo este trabalho comunitário com o apoio de convênios com instituições de outros países se estabelece no contexto da reserva extrativista a

qual a comunidade do S. Pedro faz parte. A reserva extrativista é definida pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais nos seguintes termos:

Na lei está escrito assim: "As Reservas extrativistas são espaços territoriais destinados à exploração auto-sustentada e conservação dos recursos naturais renováveis por população extrativista".

Vamos tentar entender o que quer dizer isso. Primeiro: a reserva extrativista pode ser formada por um seringal ou muitos seringais juntos, como a Reserva Extrativista Chico Mendes, por exemplo. Esse é o tal "espaço territorial". Para poder ser reserva extrativista nós temos de respeitar a natureza. Temos de trabalhar sem destruir, para que os nossos filhos, netos, tataranetos possam viver na floresta, trabalhando e tendo uma vida cada vez melhor. Isto é o que colocaram na lei como "exploração auto-sustentável e conservação dos recursos naturais". E o uso da floresta tem de ser por quem sempre viveu na floresta, que tem prática para usar a floresta sem destruir, isso é o que chamamos de "população extrativista". (Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Xapuri:2-3)

Em outro documento a Reserva Extrativista é definida desta forma: "A Reserva Extrativista é uma proposta estratégica para a alternativa do desenvolvimento auto-sustentável da região, baseado no respeito da relação entre homem e natureza, tradição já presente entre a população amazônica". (Conselho Nacional dos Seringueiros).

De fato a Reserva Extrativista tem importância para além das comunidades de Xapuri. O reconhecimento maior desta proposta se deu com a decretação, ou legalização da Reserva Extrativista Chico Mendes. O total da

área desta reserva é de 970.570 h. O Decreto NR.99.144 de 12 de março de 1990 oficializa a Reserva.

"Art. 1º - Fica criada nos municípios de Xapuri, Rio Branco, Brasília e Assis Brasil, no estado do Acre, a Reserva Extrativista Chico Mendes, com área aproximada de 970.570 ha (novecentos e setenta mil, quinhentos e setenta hectares), que passa a integrar a estrutura do Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis- IBAMA, autarquia vinculada ao Ministério do Interior, compreendida dentro do seguintes perímetro..." (DOU, 12-03-90)

Mesmo com a baixa renda e as dificuldades enfrentadas pelo extrativismo, as famílias dos seringueiros estão demonstrando a intenção de continuidade e renovação do seringal.

2.1.6 A FESTA DE SANTA LUZIA NO SERINGAL S. PEDRO

O trabalho do seringueiro de extrair o látex das seringueiras, com a posterior preparação deste látex em pelas de borracha fumada envolvem tarefas onde a visão é muito exigida ou é afetada por agressões como a fumaça corrosiva feita no final de cada dia de trabalho para coagular o látex. Somente recentemente a pela fumada foi substituída pelo método da coagulação do látex com ácidos para formar blocos de borracha coagulada.

A visão também é exigida quando o seringueiro segue pela "estrada" de seringa para proceder o corte das seringueiras de madrugada iluminando o caminho com a poronga, que é uma luz a querosene colocada sobre a cabeça.

Da vivência do trabalho cotidiano do seringueiro existem várias relações com a Santa Luzia. Situações onde a santa é invocada para vencer dificuldades ou curar enfermidades afetas à visão, promessas são feitas para serem pagas no dia da Santa. Quando acontece a festa esta se compõe basicamente em três momentos: primeiramente um devoto da Santa oferece um jantar para os convidados. Quando todos estiverem alimentados se inicia o segundo momento que é a queima de fogos com a reza do terço, relato de promessas atendidas e entoação de cantos. O terceiro momento é a festa dançante que se estende até a madrugada, inclusive com uso de bebidas alcóolicas.

Em dezembro de 94, na noite do dia 13 e dia 14 acompanhei a festa de Santa Luzia na Colocação Itapissuma do Seringal. Neste ano o dono da festa foi o Sr. Poguite. O dono da festa é o devoto que faz uma promessa para a Santa, promove a festa e é o seu anfitrião. No entardecer do dia 13, pessoas de toda a vizinhança da colocação Itapissuma vão chegando para a festa. Logo na chegada os homens se dirigem até o igarapé próximo para um banho e vestir roupa limpa trazida em mãos. O mesmo tipo de roupa que se usa para eventos sociais em geral, ir na cidade. As mulheres procedem sua higiene próximo da cozinha da casa e trocam de roupa num reservado da casa. Os convidados, banhados e alinhados são recebidas pelo anfitrião da festa na sala da casa. Todos são cumprimentados e vão se acomodando na sala. As mulheres, na sua maioria entram pela porta da cozinha onde participam dos preparativos do jantar. Durante todo o dia as tarefas de preparar o jantar ocupa toda a família e algumas pessoas que prestam sua colaboração. Desde cortar a lenha para o fogo, descascar o arroz no pilão, abater o carneiro, para o preparo da carne, todas as tarefas são intensas durante todo o dia para preparar o jantar da festa.

Enquanto os preparativos finais para o jantar acontecem na cozinha, os homens vão formando grupos de conversa, como o Sr. Saboia e o Sr. Dalmo contam histórias engraçadas para o sorriso geral. As mulheres poucas vezes se fazem presentes na sala.

Quando o jantar estava pronto o anfitrião da festa chamava as pessoas em grupo de oito a dez de cada vez para se dirigirem até a cozinha onde cada um recebia a refeição servida numa mesa. A medida que um grupo saía o outro entrava, conforme os talheres estivessem desocupados e lavados. Praticamente todas as mulheres se ocupavam nas tarefas do jantar ou no cuidado com as crianças.

Os alimentos servidos consistiam de carne de carneiro, arroz, feijão, a tradicional farinha de macaxeira. O prato servido podia ser repetido ou acrescentado por um dos alimentos isoladamente, conforme a vontade do convidado, para tanto bastava solicitar as pessoas da cozinha.

Após o jantar todos os convidados se dirigiram para a sala, ou nos espaços próximos. Eram setenta e quatro pessoas acomodadas nos bancos ao longo das paredes, sentadas no assoalho, ou em pé. Quando o Sr. Simplicio anunciou o início da reza do terço foi realizada a queima de fogos. Nos momentos antecedentes da reza é o tempo certo para a queima dos fogos. Conforme a promessa o devoto queima uma quantidade de fogos, em geral três ou seis cada um. O dirigente da reza faz estas atividades em torno de dez anos, já participou de muitos treinamentos na paróquia católica de Xapuri para dirigir atividades religiosas na comunidade, para tanto sabe utilizar livros e folhetos impressos como roteiro das suas atividades. Segundo fui informado a reza principal seria mesmo no dia de Santa Luzia e nesta noite logo se iniciou a festa dançante que se estendeu até o clarear do dia.

O dia de Santa Luzia amanheceu com os participantes da festa se dirigindo até a casa do Sr. Simplicio. A distância entre a casa da festa e a casa do Simplicio é de 5 a 8 minutos de caminhada, com um pouco de lama perto do igarapé. O jantar, o terço e a festa foi numa casa, mas a reza do dia de Santa Luzia é na casa do Sr. Simplicio o Centro da colocação, e a referência da comunidade do seringal S. Pedro onde o posto de saúde e a escola são uma referência e encontros da vizinhança, principalmente para encontros religiosos e sindicais.

Enquanto as pessoas vão chegando havia uma procura imediata para amarrar as redes na espaçosa varanda da escola ou nas salas do prédio do posto de saúde. Qualquer lugar era válido para dormir por algum tempo até a hora da reza. Algumas pessoas vão se agrupar na cozinha para um cafezinho, uma conversa e no caso das mulheres cuidar da comida, principalmente das crianças. Um grupo de seis rapazes vão até a fonte da água para um banho, buscar água para a cozinha. Algumas pessoas, como o Sr. Saboia retornaram para casa e não participaram da reza. Por outro lado algumas pessoas, como a Sra. Valdeci e suas filhas não participaram da festa vieram cedo para participar do terço de Santa Luzia.

Aos poucos as pessoas eram convidadas para a primeira refeição do dia. Até às 10:00h da manhã todos haviam sido chamados das suas redes, passar pelo desjejum e se dirigir até a sala para dar início ao terço de Santa Luzia. Tanto o Sr. Simplicio como sua esposa, Dona Geralda convidavam as pessoas a participarem da refeição e, depois da reza. O ritual da reza inicia com a queima de fogos, não tantos como na noite anterior, em torno de vinte peças queimadas. Próximo ao centro da casa, na entrada da sala de visitas estava uma mesinha com o quadro de Santa Luzia rodeado por muitas velas, formando um

ambiente de muita luz. Após o sinal da cruz Simplicio começa o relato de graças alcançadas pela invocação de Santa Luzia. Também lembra a importância da visão e como a santa livra as pessoas de muitos males da visão. Dona Raimunda Lira relatou o caso do seu neto que apresentava um problema nos olhos e foi curado por Santa Luzia. Para pagar a promessa D. Raimunda caminhou seis horas da sua casa até a Itapissuma. Após os relatos de curas e graças alcançadas é entoado um cântico, logo em seguida inicia a reza do terço. Algumas pessoas ficam ajoelhadas ao redor da mesa da Santa, enquanto a maioria fica em pé em atitude de muita atenção. Terminado o terço Simplicio falou de problemas da comunidade, como a retirada de madeira por parte de alguns madeireiros. A palavra foi facultada aos presentes, mas as falas não foram extensas. Logo em seguida a reza foi concluída com um sinal da cruz é a retirada do quadro de Santa Luzia da mesa, depois foi cuidadosamente devolvida ao Sr. Poguete para ser recolocada no seu lugar na casa deste senhor. O quadro da Santa tinha sido trazido da casa da festa até casa do Sr. Simplicio muito discretamente pelo Sr. Poguete no amanhecer do dia. Na retirada da Santa D. Geralda e D. Raimunda comentam sobre a beleza do quadro e o realismo da imagem. Este é o motivo do traslado da Santa do Sr. Poguete para as rezas nas duas casas. Aproximadamente às 12:30h terminam as atividades da festa de Santa Luzia na colocação Itapissuma do seringal S.Pedro.

2.2 A COMUNIDADE DO POSTO DE SAÚDE SANTA LUZIA DA ESTRADA VELHA DE BRASILÉIA

O posto de saúde de Santa Luzia é uma referência para a comunidade onde os serviços do agente comunitário de saúde Raimundo de Souza dos Santos, o Mundinho, há oito anos se dedica a esta comunidade na Estrada Velha.

Foi em torno deste posto de saúde que delimitei a comunidade de Santa Luzia levando em conta as informações do Sr. Raimundo (o Mundinho), do Sr. Antônio Ascole, líder do grupo religioso de Santa Luzia, bem como informações da delegacia sindical do Guajará reunida no dia 21 de Agosto de 1994, onde estive presente. Houve concordância entre todas as informações quanto à delimitação da comunidade e ao mesmo tempo confirmei as expectativas contidas no projeto da pesquisa: principalmente a população é de agricultores, ex-seringueiros que mudaram de atividade produtiva, como agricultores vindos de outras regiões do país, bem como de seringueiros que permanecem com sua atividade de extrativismo da borracha e coleta da castanha.

A comunidade Santa Luzia ficou assim delimitada: tomando a Estrada Velha no sentido Brasiléia a Xapuri inicia no km 46 e termina no km 54. Neste trajeto da estrada a margem para a Bolívia está incluída a área do Seringal Santa Fé, por um lado a linha onde moram o Sr. José, conhecido como Velho do Rio, o Sr. Ilmar e o Sr. Valcacio, indo até a escola do Guajará e a área do Guajará inclui os lotes das famílias chegadas do Mato Grosso. Do Guajará, retornando até a estrada foi considerada a linha do Varadouro (o tradicional

caminho da floresta), que termina na propriedade do Sr. Osmar no km 54 da citada estrada. Todas as casas destes caminhos foram visitadas, por mim ou por meu auxiliar, sendo que pessoalmente andei em todos os caminhos a pé, a cavalo ou de carro-de-boi e sempre conferi as informações recebidas.

A pesquisa encontrou 54 domicílios da relação inicial de 58 feita na reunião do Guajará no dia 21 de agosto de 1994. Esta diferença se deu pelo fato do Sr. Raimundo relacionar duas famílias cujos filhos moram na mesma propriedade dos pais, uma família que mudou de residência e a quarta família estava numa distância grande e não tem mais procurado o posto de saúde.

2.2.1 LIDERANÇAS E GRUPOS FAMILIARES

O grupo familiar mais numeroso da comunidade é o grupo dos Facundos. São os filhos, genros e netos do velho patriarca que somente na Estrada Velha ocupam doze domicílios. A liderança do falecido patriarca foi transmitida para o seu genro: o Sr. Osmar.

" O velho falava e a gente tudo atendia ele falá. É o conselheiro da família era o velho. Aí quando o velho morreu o próprio Bastião, que é o filho do velho disse: agora o chefe aqui é o padrinho Osmar, a gente qualquer coisa assim, vem consigo (...). É sempre é isso, viu Paulo, e até pro pessoal da área, quando eu morava lá em cima o pessoal todo aqueles companheiros de perto, no tempo em que era monitor da igreja é, era delegado sindical na área. Então tudo aquilo era comigo, então tem uma época aí até senti mal porque mandava era eu, se eu mandasse, se eu mandasse, se eu não mandasse, não

fazia (...) eu entendi que eu tava sendo até mau pra comunidade. E desse jeito a comunidade, pra mim ela não andava com seus próprios pés, tava andando com e pela minha cabeça. Isso eu acho que é muito ruim quando na comunidade a gente se torna dono da coisa, sabe. Isso não é bom não, isso. Na comunidade é bom quando todo mundo é consciente, que sabe pensar com sua própria cabeça, é andar com seus próprios pés". (Osmar).

Osmar mantém uma prática de apoio entre o seu grupo familiar. Se houver casamento o novo casal recebe um apoio para se estabelecer com sua moradia e terra para trabalhar por meio deste apoio. Osmar afirma.

" É o seguinte por mim existe. Eu mesmo já tenho filha casada dentro da minha área da minha propriedade, e se por acaso uma filha minha só, se um filho meu casar ele fica dentro da minha própria área de terra. Se batê para arrumar lugar, se eu tenho lugar ele tá agasalhado, porque eu já tenho dois filho, uma filha e um filho casado morando dentro da arezinha da gente". (Osmar)

Na comunidade de Santa Luzia há um grupo significativo de migrantes vindos principalmente de Minas Gerais. Do total de 54 dos domicílios desta comunidade o estado de origem dos pais e mães de famílias é o seguinte: Acre, apenas 20; Minas Gerais, 15; Mato Grosso e Ceará, 5 dos estados ; Pará, Espírito Santo e Paraná, 2 de cada; Rio Grande do Sul e Santa Catarina, 1 de cada. A concentração maior dos migrantes está na localidade do Guajará que pela demarcação do INCRA seria uma reserva florestal da fazenda Filipinas, contudo a abertura de novas áreas para a agricultura tem modificado as tradicionais colocações de seringueiros. Conforme o Sr. Joaquim Marçal, uma liderança dos migrantes, os grupos não vem juntos "sempre um vem na frente,

depois os outros vêm atrás". O grupo de parentesco do Sr. Joaquim é de 7 irmãos e nas proximidades tem mais um grupo de sete irmãos. Juntos são 14 domicílios no Guajará que mantêm uma ou outra afinidade de parentesco com os Marçal. Ainda segundo o mesmo informante a igreja do Guajará "é o lugar central onde o pessoal se reúne". A escola construída ao lado da Igreja foi uma iniciativa do mesmo grupo. Não muito distante fica a segunda escola do Guajará nas proximidades da casa do Sr. Valdomiro. Este senhor é um seringueiro natural deste lugar, desde 1983 é professor na comunidade e atualmente é líder sindical do Guajará. Na reunião sindical do dia 04 de Dezembro de 94 em que participei o Sr. Valdomiro lembrou para os presentes dos seus trabalhos com a alfabetização na comunidade que iniciaram em 1980.

2.2.2 PRODUÇÃO E RENDA NA ESTRADA VELHA

Dos 54 domicílios da comunidade de Santa Luzia da Estrada Velha, 51 famílias declararam ter na agricultura a sua atividade principal e apenas uma família a produção de borracha como sua atividade principal. Uma família se mantém como assalariado rural. Uma família se declarou pequeno pecuarista. Um outro pequeno grupo tem rendas complementares como diaristas. Três famílias têm salários do serviço público. Como é visível em toda a área da comunidade a derrubada da floresta é para mudar a produção da borracha para a agricultura. Contudo, esta mudança de atividade produtiva não significa boas condições produtivas. O relato de um agricultor ilustra algumas das dificuldades enfrentadas pelas famílias nas suas atividades produtivas, principalmente no baixo valor dos produtos e nas perdas dos mesmos.

"É o que acontece. Perde muito sim até chegar na venda, inclusive esse ano eu perdi muito café e o ano passado foi pior: café não tinha preço né, agora até que esse ano aproveitei mas houve muita perca. Ainda arroz nós nem plantamo que não tem comercialização, não tem comercialização, né, do arroz difícil de colher, difícil de colher, difícil de transporte né, pra levar até a secadora em Xapuri né, então perde muito, então nós nem planta é esse motivo de nós não plantar".(Antônio)

As quantidades da produção são baixas numa comunidade onde a agricultura é a atividade principal. Nas tabelas a seguir agrupei os produtos pela média produzida pelas famílias, com a média de renda obtida com cada produto.

**Média Anual da Produção de Arroz, Para Venda, Entre as Famílias
da Estrada Velha, Com a Média de Renda Anual Por Família.**

Nº de Famílias	Média de sacas produzidas.	% de famílias entre as 51 ocupadas na agricultura.	Média de Renda anual p/família (considerando a média produzida)
04	0 - 10	7,84	R\$ 75,00
03	10 - 20	5,88	R\$ 225,00
06	20 - 30	11,76	R\$ 375,00
08	30 - 40	15,68	R\$ 525,00
07	40 - 50	13,72	R\$ 675,00
06	50 - 60	11,76	R\$ 825,00
02	60 - 70	3,92	R\$ 975,00
04	70 - 80	7,84	R\$1.050,00
02	80 - 90	3,92	R\$1.275,00
02	90 - 100	3,92	R\$1.425,00

* Levantamento Domiciliar em dez 94.

* Preço do arroz na Estrada Velha R\$15,00.

Média Anual de Produção de Feijão, Para Venda, Entre as Famílias da Estrada Velha, com Média de Renda Anual Por Família.

Nº de Famílias	Média de sacas Produzidas.	% de famílias entre as 51 ocupadas na agricultura.	Média de Renda Anual p/família (considerando a média produzida).
31	0 - 10	60,78	R\$ 125,00
08	10 - 20	15,68	R\$ 375,00
01	50	1,96	R\$1.250,00

* Levantamento Domiciliar em dez 94.

* Preço do Feijão na Estrada Velha R\$25,00.

Média Anual de Produção de Farinha (produto regional), Para Venda, Entre as Famílias da Estrada Velha.

Nº de Famílias	Média de sacas produzidas (50kg)	% de famílias entre as 51 ocupadas na agricultura.	Média de Renda Familiar(considerando a média produzida).
03	até 10	5,88	R\$ 75,00
04	10 - 20	7,84	R\$225,00
01	20 - 30	1,96	R\$375,00

* Levantamento Domiciliar em dez 94.

* Preço da farinha na Estrada Velha R\$ 15,00 a saca.

**Média Anual de Venda de Gado, Entre as Famílias da Estrada Velha,
com a Média de Renda por Famílias.**

Nº de Famílias	Média de cabeças de gado vendidas.	% de família entre as 51 ocupadas na agricultura.	Média de Renda Anu - al p/família(arredon - dando a média de 2,5 - 8 etc.
02	0 - 5	9,52	R\$ 540,00
02	5 - 10	9,52	R\$1.440,00
00	10 - 15	0,00	R\$ 0,00
01	15 - 20	4,76	R\$3.240,00

* Levantamento Domiciliar em dez 94.

* Preço da cabeça de gado na Estrada Velha R\$180,00

Outros produtos em menor quantidade:

3 famílias, num percentual de 5,88% das ocupadas na agricultura obtém uma renda média anual de R\$415,00 com a venda de galinhas.

1 família, 1,96% (idem) obtém renda anual de R\$350,00 com a venda de porcos.

Considerando os números das tabelas, tomando por base o percentual maior de famílias em cada produto e a média maior das quantidades produzidas o quadro a seguir compõe a média de renda de uma família da Estrada Velha.

**Média de Renda Familiar na Comunidade da Estrada Velha, considerando a
média dos principais produtos vendidos.**

Produto	Quantidade	Valor Anual
Arroz	40 sacas	R\$ 600,00
Feijão	12 sacas	R\$ 300,00
Farinha	05 sacas	R\$ 75,00
Gado	02 cabeças	R\$ 360,00
Total		R\$1.335,00

*** Levantamento Domiciliar em Dez/94**

A venda dos produtos é feita no longo da Estrada Velha, principalmente nas entradas dos varadouros do Guajará, como na casa do Sr. Osmar, e do Sr. Antônio Áscole. Os comerciantes passam com seus veículos para comprar os produtos. Como a maioria das famílias não mora na margem da Estrada o transporte é feito por animais, carregando com montarias ou em carroças de duas rodas. A média de tempo deste transporte até a Estrada Velha é de 45 minutos a 1 hora e mobiliza 3 a 4 pessoas. Eventualmente o agricultor vai até Xapuri ou Brasília para acertar o preço dos produtos e contratar a venda com o transporte. Após estes acertos o comerciante vai até a estrada apanhar os produtos. Nestes casos o transporte da casa do agricultor até a estrada é com animais de carga, cavalos geralmente. No período da coleta da castanha a cooperativa de Xapuri compra a maior parte da produção da castanha, contudo

este movimento da castanha acontece apenas no período da safra em janeiro e fevereiro. Contudo a renda da castanha foi insignificante na última safra.

A realidade de produção, comercialização, preço, financiamentos e outros componentes na agricultura guarda muitas semelhanças em todo o contexto regional. Para contextualizar a realidade regional é fundamental analisar alguns trabalhos a este respeito. O trabalho de Loureiro coloca a problemática da Amazônia enquanto parte do projeto de desenvolvimento regional. Neste sentido a autora aponta que o desenvolvimento regional previa um processo de industrialização que seria um elemento dinamizador da economia, criando um mercado para a produção regional.

"Do ponto de vista teórico, o projeto desenvolvimentista regional pressupunha que a transferência de capitais privados apoiada pela infra-estrutura de responsabilidade governamental, resultasse na dinamização da economia em termos mais gerais, com as conseqüências positivas esperadas no que se refere à renda, ao emprego e à relação de vida e consumo das comunidades regionais" (Loureiro, 1992:86).

Especialmente a problemática dos projetos de colonização o trabalho "A Ocupação Desordenada da Amazônia". de Magalhães coloca a frustração da agricultura na região.

"Além de todas as dificuldades para produzir, o colono ainda enfrentava a pior de todas: colocar no mercado seus produtos ou armazená-los adequadamente. Após tanta luta para produzir alguma coisa, o colono tinha dificuldade em armazenar seus produtos (...). Por mais cuidado que o colono tenha, seus métodos de armazenamento não são adequados, e isso contribui para uma

grande perda de sua produção. Afora esse problema, outro maior o esperava: a colocação de sua produção no mercado. As estradas vicinais em época de chuvas eram intransitáveis. Na época da seca não havia transporte regular para escoar a produção. Assim, o colono ficava na dependência de favor de terceiros que dispunham de transporte para levar a sua produção ao mercado. Não conseguindo favor, teria que arcar com o alto custo do transporte rodoviário particular, para alcançar os distantes centros consumidores" (Magalhães, 1990:52-53).

2.2.3 OS ANTIGOS SERINGAIS, AS FAZENDAS E OS AGRICULTORES.

A comunidade da Estrada Velha, relacionada com o posto de saúde Santa Luzia, ocupa parte do antigo seringal Santa Fé e parte do antigo seringal Porvir. Estes seringais tiveram histórias diferentes quando o extrativismo da borracha e a coleta da castanha foram substituídas pela pecuária e agricultura. O Santa Fé foi vendido para um fazendeiro de outra região, conhecido por Semi, para implantar uma grande fazenda de gado. Com a implantação da fazenda ficou uma área de floresta na propriedade chamada de "reserva". Além disso o INCRA ao regularizar a área loteou alguns lotes para posseiros próximos das estradas. Os seringueiros da chamada "área de reserva" continuaram nas suas colocações como posseiros. Estas posses dos seringueiros foram, em grande parte, vendidas para famílias vindas de outros estados, como é o caso do grupo familiar dos Marçal que praticam agricultura em antigas colocações dos seringueiros.

O seringal Porvir pertencia a um médico de tradicional família de Xapuri que não passou sua propriedade para fazendeiros. As terras deste seringal, foram gradativamente passando para a atividade agrícola e pecuária. Segundo Raimundo Souza tanto a desvalorização da borracha como a abertura da estrada na década de 60 e início de 70 somou para a mudança na produção. O INCRA atuou na negociação das terras entre posseiros e proprietários, sendo que parte do Porvir foi transformada em médias fazendas de gado (em torno de 300 a 500 hectares).

Pelo lado dos trabalhadores nos dois seringais a organização da comunidade foi fundamental para a permanência nas suas posses. Lideranças como Osmar Facundo, Raimundo Souza (o agente de saúde) Valdomiro e mesmo Pedro Rocha, que não mora mais na área, atuaram na organização sindical para a garantia das posses de terra.

Atualmente na área do Santa Fé a posse da terra continua não resolvida. Além dos obstáculos para desenvolver sua agricultura em condições adversas os agricultores dessa área vivenciam a problemática fundiária das terras dos antigos seringais. Enquanto isso a parte do Porvir apresenta problemas de outra ordem, como grandes desmatamentos e concentração fundiária com a saída de pequenos agricultores para dar lugar à fazendas.

A produção agrícola na Estrada Velha é uma iniciativa de cada família isoladamente, contudo há uma prática de cooperação entre vizinhos, parentes ou eventuais contratação de ajudantes. Com as informações do levantamento domiciliar nas 52 famílias obtive o seguinte quadro:

**Tipos ou Modos de Organizar ou Executar Trabalhos na Produção da
Comunidade da Estrada Velha.**

Nº de Famílias	Trabalhos e Executores	% entre o total de famílias
49	Os trabalhos são executados pelas pessoas da casa.	94,23
09	Regularmente são contratadas pessoas p/trabalhar.	17,30
14	A participação dos filhos é importante nos trabalhos.	26,92
32	A mulher trabalha na agricultura com muita freqüência.	61,53
22	A mulher está muito mais voltada para os trabalhos domésticos.	42,30
07	Normalmente os parentes ajudam nos trabalhos.	13,46
22	É freqüente a troca de dias de trabalho entre os vizinhos.	42,30

* Levantamento Domiciliar em Out. 94.

Como se vê 49 famílias executam seus trabalhos com as pessoas da casa. Apenas 9 contratam pessoas para trabalhar. No item cooperação entre os vizinhos, onde 22 famílias adotam esta prática, estão envolvidas tarefas que demandam maior cooperação como derrubadas da floresta, a coivara que é o ajuntamento dos restos das madeiras após as queimadas. A participação das

mulheres no trabalho agrícola foi confirmada em 32 famílias. Ao mesmo tempo 22 famílias consideraram a mulher mais voltada para o trabalho doméstico, evidenciando que as mulheres estão envolvidas, na grande maioria, nos trabalhos domésticos e da agricultura, evidenciando duplicidade de trabalhos com uma sobrecarga.

2.3 A COMUNIDADE DO RAMAL DO CASCALHO, BR364, KM157, NO SENTIDO RIO BRANCO A PORTO VELHO, LADO DIREITO.

A comunidade do Ramal do Cascalho tem uma população com duas procedências bem distintas: os seringueiros acreanos e amazonenses, descendentes de nordestinos e os migrantes recentes de outros estados do país. Este encontro de populações é decorrência, também das mudanças ocorridas na Amazônia. A colonização promovida pelo INCRA ao longo da BR 364, modificou o seringal Santa Clara em projeto de colonização. Mesmo em tempo relativamente recentes, 1985 esta colonização pretendia colocar a agricultura na Amazônia como proposta viável, contudo as famílias do Ramal do Cascalho estão numa produção de subsistência. O quadro abaixo mostra que a produção é extremamente baixa. Das 24 famílias as declarações sobre a produção vendida durante o ano foram as seguintes:

**Média Anual da Produção de Feijão, Para Venda, Entre as Famílias, da
Ramal do Cascalho, Com a Média de Renda Anual p/Família.**

Nº de Famílias	Média de sacas produzidas.	% de família entre as ocupadas na agricultura.	Média de Renda anual p/família (considerando a média produzida) arredondando de 2,5 - 3.
01	0 - 5	4,16	R\$ 75,00
02	5 - 10	8,33	R\$ 200,00
00	10 - 15	0,00	R\$ 0,00
01	15 - 20	4,16	R\$ 450,00

* Levantamento Domiciliar em Out. 94.

* Preço do feijão no Ramal do Cascalho R\$25,00

Produção de Arroz

Nº de Famílias	Quantidade	% entre as famílias ocupadas na agricultura.	Renda Anual
01	15 sacas	4,16	R\$225,00

* Levantamento Domiciliar em Out. 94.

* Preço do arroz no Ramal do Cascalho R\$15,00

Renda em Dinheiro Anual

Nº de Famílias	Valores	% de famílias entre o nº total
01	R\$3.000,00	4,16
01	R\$3.600,00	4,16

* Levantamento Domiciliar em out. 94.

Os demais produtos declarados foram:

1 família, 4,16 no conjunto, 200 kg de borracha = R\$188,00.

1 família, 4,16 no conjunto, 1000 kg de cupuaçu = R\$400,00.

Sobre o levantamento da renda na comunidade do Ramal do Cascalho é necessário ter em conta que o levantamento domiciliar ter sido feito no início da produção dos sistemas agroflorestais, sendo esta época um período em que as famílias estavam com menos renda para uma nova fonte de renda: a venda dos produtos dos sistemas agroflorestais. Estes sistemas foram implantados a partir de um projeto com a finalidade de criar alternativas econômicas. (o projeto será descrito a seguir).

O meu conhecimento com a comunidade do Ramal do Cascalho iniciou em 1991, através das Sras. Aldenha e Zelinda nos encontros do projeto Reca na Vila Nova Califórnia. Desde então fiquei atento aos trabalhos de saúde desta comunidade onde a agente de saúde usa a homeopatia e fitoterapia em seus trabalhos de saúde, mantendo uma estreita ligação com o projeto Reca.

O projeto é uma iniciativa dos próprios agricultores que não tinha na agricultura tradicional de feijão, arroz, milho e macaxeira nem uma possibilidade de sobreviver, principalmente pela ausência de compradores nos ramais do INCRA. Os agricultores procuraram assessoria e informações nas instituições do governo como EMBRAPA, EMATER e outros onde a proposta da implantação de sistema agroflorestais para o cultivo de espécies vegetais que tenham potencial economicamente produtivo.

O início do projeto teve a participação de lideranças como o Sr. Sérgio da Vila Nova Califórnia, Sr. Silvino e Dona Aldenha do Ramal do Cascalho. Estas e outras lideranças procuraram o apoio da Igreja pela absoluta ausência de programas oficiais de apoio à agricultura. Como constatei na comunidade

estudada, o Projeto Reca tem como regra freqüentes reuniões para discutir os vários assuntos da sua pauta, desde aspectos técnicos de cultivo e manutenção dos sistemas agroflorestais até possibilidades de mercado para a venda dos produtos, principalmente as polpas das frutas.

Até Janeiro de 95, apenas dois agricultores do Ramal do Cascalho haviam vendido sua produção de cupuaçu para a agro-indústria do Projeto. Estes dois agricultores se mostraram muito satisfeitos pelo início destas vendas e a perspectivas desta agro-indústria que fica instalada na Vila Nova Califórnia é de transformar a produção agrícola e colocá-la no mercado.

Em todas as famílias do Ramal há uma expectativa de continuar os sistemas agroflorestais do Projeto Reca e as famílias visitadas, ainda não participantes, mostraram-se favoráveis ou interessadas nesta forma de produção.

Em junho de 94 iniciei os contatos com a comunidade para o presente estudo. Já de início participei dos encontros comunitários que acontecem regularmente no Chapéu de Palha que é o centro de encontros do todo o Ramal do Cascalho. O chapéu de palha é uma construção circular, coberto de palha; cercado apenas com uma cerca de 1,20m de altura, rodeada de um banco onde as pessoas se acomodam em círculo durante os encontros e reuniões. O chapéu de palha se localiza ao lado da casa da Dona Aldenha e nas proximidades da escola; é um lugar de cruzamento da Travessa Euclides da Cunha com o Ramal do Cascalho onde facilita a vinda das pessoas.

As duas pessoas que se destacam nos encontros da comunidade são Dona Aldenha, a professora e membro ativo do projeto Reca e a Dona Zelinda, que é à agente de Saúde e dirigente das atividades da Igreja Católica na comunidade. Todas as iniciativas nas reuniões são de uma destas duas mulheres. As

atividades religiosas são dirigidas por D. Zelinda e as discussões sobre a manutenção das estradas, atividades do projeto Reca, escola são iniciadas por dona Aldenha. Das reuniões da comunidade em que participei sempre teve a participação de pessoas de todo o ramal, até os mais distantes como é o caso do Sr. Valmi e o Sr. Raimundo que são os mais distantes no ramal.

A pesquisa foi feita em todo o Ramal e a parte inicial da Travessa Euclides da Cunha, próximo da escola. A comunidade é formada por 24 famílias, no total de 127 pessoas. Diferente da previsão inicial de que a maioria das famílias seria de migrantes vindos de outros Estados do país, a pesquisa mostrou que a maioria são ex-seringueiros naturais do Acre, ou das proximidades do Amazonas.

2.3.1 A PRODUÇÃO E O PROJETO RECA

A agricultura é a atividade principal para a maioria das famílias, 21 entre as 24. Uma família se declarou agro-silvicultora (na implantação dos sistemas agroflorestais). duas famílias tem uma renda como assalariados no serviço público. Uma família tem uma pessoa aposentada. Há atividades secundárias em que algumas famílias obtêm renda como diaristas, e 13 famílias pequenos trabalhos de extrativismo de borracha. Conforme observei a produção da borracha é realizada pelos jovens para obter alguma renda pessoal.

Dez famílias declararam ter recebido apoio do projeto Reca, mas a implantação dos sistemas agroflorestais pode se dar em maior número pelo fato das famílias poderem se associar no projeto. Sobre o projeto RECA e o

contexto onde está a comunidade do Ramal do Cascalho, o Sr. Marcílio Sordi, presidente do RECA, fez importantes esclarecimentos numa palestra publicada pela CNDDA - Companhia Nacional de Defesa e pelo Desenvolvimento da Amazônia, uma entidade civil do Rio de Janeiro.

"O Projeto Reça fica em Nova Califórnia (...). Em 1985 houve a colonização. Nova Califórnia se chamava então um seringal; mas, depois, passou a ser Seringal Santa Clara. Como em toda história da exceção do INCRA em Rondônia, foi feita dentro de Nova Califórnia uma demarcação de terra para os agricultores que estavam ali, com seleção feita, mas sem conseguir terra em Rondônia, onde fossem assentadas. Esse pessoal foi trazido para Nova Califórnia em 86/87. Os colonos foram trazidos para a beira da BR e os seringueiros que estavam ali é que ensinaram aos agricultores migrantes como chegar às suas parcelas, que o INCRA havia demarcado (...) O INCRA marcou as terras e os colonos chegaram. Estavam a 350 quilômetro de Porto Velho e a 150km de Rio Branco, sem qualquer assistência, sem estrada, nem podendo escoar sua produção (...). O projeto Reça surgiu em face da situação que aconteceu em Nova Califórnia, em 1987. Era um projeto de agricultores, com um plano para poder ali sobreviver (...). A gente aqui está vendo a continuidade de derrubadas em Nova Califórnia. Vou lhes dizer porque acontecem as derrubadas: com a colonização do INCRA foram dados títulos definitivos para o pessoal, e, devido à carência, o pessoal não conseguiu pagar os títulos. Agora o INCRA pressionou para que os títulos fossem pagos, porque essa terra pertence à União. Então pode haver uma intervenção da Polícia Federal, em

face do não pagamento dos títulos e as pessoas despejadas. O preço do título está na base de 60 a 70 milhões. Em vista disso o povo está vendendo as terras, porque não consegue pagar, tanto mais que o preço é corrigido de acordo com a inflação. O pequeno produtor não tem como pagar isso. Então, os latifundiários estão comprando até dez lotes de 25, 30 milhões, o que para eles é muito pouco" (CNDDA nº 21: 71-72).

A comunidade do Ramal do Cascalho é uma parte do projeto RECA. Os sócios do projeto estão em todos os ramais próximos da Vila Nova Califórnia.

2.3.2 OS GRUPOS FAMILIARES

Os grupos familiares desta comunidade são muito antigos na região. Segundo D. Aldenha a família Caitano da Silva mora na região há 50 anos e a família Nogueira Bezerra mora há quase 40 anos. Estes dois grupos familiares têm, segundo a informante, 12 domicílios, todos de parentes próximos. O terceiro grupo familiar é de Raimundo Freire.

O Ramal do Cascalho difere da maioria dos ramais da colonização do antigo seringal Santa Clara, onde colonização do INCRA aconteceu com todas as precariedades relatadas pelo Sr. Marcelino. Neste ramal os antigos seringueiros continuaram morando nas suas posses mesmo após a demarcação do INCRA. Ou quando saíam da colocação de seringa passavam para um lote demarcado nas proximidades.

O levantamento domiciliar constatou que apenas 3 famílias de outros estados chegaram com a colonização. As 4 famílias que são do estado do

Amazonas são da região limítrofe com este estado e estas 4 famílias são dos grupos de parentesco do Ramal do Cascalho.

O relato de Dona Aldenha, coloca aspectos relevantes dos grupos familiares, onde se evidencia como nos vários domicílios as famílias mantêm sua afinidade de parentesco. As mobilizações da comunidade no enfrentamento de problemas como a conservação da estrada, manutenção da escola, melhoria da produção, vendas dos produtos, problemas de saúde têm na liderança de D. Aldenha e na afinidade dos grupos de parentesco convergências nos interesse da comunidade, como é a própria organização do projeto Reça.

"Em alguns fatores é muito importante a gente ter este parentesco, agora assim como o movimento comunitário, alguns igual colaboram e até mesmo ajudam a assimilar a semente, em alguns serviços comunitários. Agora como exemplo de parentesco por parte do lado do meu esposo nós temos o exemplo da Francisca Caitano da Silva Bezerra, casada com Raimundo Nogueira Bezerra, nosso vizinho aqui. É uma família que quando surgiu o trabalho comunitário e a comunidade eclesial de base aqui eles se desenvolveram muito, eles são um casal que se desenvolveu muito, né. Pessoas que entre todos os parentes são um casal muito, que realmente desenvolveu um trabalho né, e se bem que o João Batista e a esposa dele, Damiana, se tem que salvar os homens, eu acho que eles cresceram bastante também. São pessoas que sempre colaboraram. Agora os outros, né, colaboram, mas nunca assim como Raimundo Nogueira e a Francisca Caitano, mas assim no geral todo mundo colabora ."
(Aldenha)

Dona Aldenha, enquanto professora e líder do projeto RECA, manifestou em todas as reuniões comunitárias em que participei o seus apelos para "A colaboração de todos no movimento comunitário". Nestes apelos estava incluído o trabalho de saúde de D. Zelinda que é uma iniciativa não vinculada ao serviço público de saúde. A manutenção deste serviço depende do voluntariado da agente e da participação das famílias.

2.3.3 A ESCOLARIDADE NO RAMAL DO CASCALHO

Logo nos primeiros contatos com a comunidade do Ramal do Cascalho, na participação de uma reunião, ficou evidente a liderança de D. Aldenha. Observando sua liderança em articular encontros onde são discutidos assuntos como conservação da estrada, projeto RECA, problemas de saúde, há uma participação na eloquência de suas falas em público, onde o papel de professora da comunidade certamente é um componente nesta liderança. O fato de ser membro de um grupo de parentesco também se soma a este papel de liderança.

Com esta particularidade de liderança e professora no Ramal do Cascalho procurei informações sobre a escolaridade da comunidade no sentido de contextualizar a liderança e a escola na comunidade. Esta contextualização também tem sua importância pela relação das práticas sociais de saúde desenvolvidas por Dona Zelinda em conjunto e participação da liderança de Dona Aldenha. Tanto a escola como as reuniões da comunidade fazem parte destas práticas sociais de saúde.

O Ramal do Cascalho tem uma escola onde trabalha D. Aldenha e a sua filha como professoras e mais uma casa onde um agricultor apresentado colabora com a comunidade ensinando 12 crianças dos vizinhos. Nos dois casos o ensino termina na 4ª série. Quarenta e cinco crianças estão estudando da 1ª a 4ª séries. Apenas 2 pessoas na comunidade têm o 1º grau completo. Uma pessoa iniciou o 2º grau, mas não terminou. 28 adultos não sabem ler. Por outro lado constatei na reunião da comunidade, como foi no dia 14 de agosto de 94, que as pessoas estão muito interessadas em aprender tecnologias práticas como a tintura hidroalcoólica de vegetais para fins terapêuticos. Há um grande interesse nas famílias em ampliar o uso de plantas medicinais. Repetidas vezes este assunto foi levantado durante as pesquisas nas famílias. Por exemplo, na casa do Sr. João Tavaizinho, evidenciando como as práticas sociais de saúde no âmbito domiciliar tem certas referências nas lideranças da comunidade.

2.4 UMA SÍNTESE DOS PRINCIPAIS ASPECTOS SEMELHANTES E DIFERENTES ENTRE AS COMUNIDADES.

A comunidade do seringal São Pedro tem na continuidade de seringal tradicional um importante aspecto da sua história. É uma vontade da comunidade em manter o seringal com os seus varadouros ligando as colocações de seringa onde as famílias moram em casas típicas construídas com materiais da floresta onde poucas vezes são utilizados pregos ou outros materiais industrializados.

A agricultura de subsistência tem uma importância na manutenção das famílias, também são mantidos animais para transporte, montaria e em algumas famílias são mantidas pequenas criações de gado leiteiro.

A comunidade se manteve desse modo com uma contribuição de lideranças, pela articulação das famílias onde a organização sindical e da Comunidade de Base foram fatores importantes na manutenção das famílias nas suas colocações, e com isso a manutenção do seringal.

A criação do posto de saúde, as duas escolas, a participação na cooperativa agroextrativista são forma da comunidade defender os seus interesses e manter as características de seringueiros.

A comunidade da Estrada Velha tem a sua história marcada por várias mudanças com a desativação dos seringais, abertura da, vinda de famílias de outros Estados, incremento de atividades agrícolas. Das atuais famílias um grupo passou do extrativismo da borracha para a agricultura. Outro grupo de famílias são migrantes vindos de outros estados do país e das famílias mais antigas um pequeno número mantém a sua atividade de extrativismo.

A mobilização e organização das lideranças e famílias teve e tem um grande objetivo de garantir a posse da terra para as famílias, de modo que tanto os lotes dos agricultores como as poucas colocações de seringa venham a ser ocupadas pela pecuária.

Cada família de agricultores tem uma autonomia na sua produção. O comércio dos produtos agrícolas é direto ao comerciante na estrada ou, eventualmente, a venda é contratada na cidade, principalmente em Epitaciolândia e Brasília. (Epitaciolândia é um município novo, cuja área urbana é contínua com a área urbana de Brasília).

Ocorre com frequência a cooperação nos trabalhos agrícolas na forma de trocas de trabalhos diários e pagamento de diárias. Na Estrada Velha não há associativismo, nem para a produção, nem a comercialização de produtos.

A comunidade do Ramal do Cascalho tem na sua história um marco definidor da saída do extrativismo da borracha para produção agrícola que é o projeto de assentamento agrícola aplicado pelo INCRA. Os lotes de terra foram ocupados pelas famílias já moradoras na área e em pequeno grupo de famílias de outros estados do país.

Outro marco da comunidade é a busca da alternativas de produção com a implantação de sistemas agroflorestais: onde o associativismo foi a forma de cooperação para viabilizar uma nova proposta de produção, onde também estão presentes a preservação do meio ambiente e novas modalidades de aproveitamento dos recursos florestais.

Nas articulações das famílias e lideranças desta comunidade se destacam duas líderes femininas: Dona Aldenha e Dona Zelinda.

Nas atividades destas duas lideranças a comunidade estabelece articulações com organizações fora da comunidade como trabalhos de educação e saúde no âmbito local.

3. ANTROPOLOGIA DA SAÚDE COMO CAMPO DE ESTUDOS COM ESPECIDADES E DIVERSIDADES.

O tema específico da Antropologia da Saúde ou Médica é considerada recente com estudo acadêmico. (Alves & Mimayo, 1994.9). Por outro lado Saúde e Doença perpassavam em vários aspectos da vida human. Conforme (Sontag 1984:57 e seg.) as próprias noções de doença produzem idéias como a doença Castigo ou a doença resultante da vontade do indivíduo. Com a abrangência de implicações de Saúde e Doença para a Vida e o seu caráter social é evidente a importância da temática a ponto de estar repetidamente presente em estudos antropológicos. Alguns estudos enfocam problemas específicos no sentido de enfrentá-los, por serem também problemas de saúde pública. Como é o caso de um recente estudo de Barreto et. all. "Uma Concepção Popular Sobre a Esquistossomose Mansônica: Os Modos de Transmissão e Prevenção na Perspectiva de Gênero."

"O controle da esquistossomose é concebido para intervir na população e no meio ambiente. No que concerne à população, temos o tratamento dos infectados e as ações educativas. As atividades de educação implicando diretamente mudanças de hábitos ou prescrições comportamentais devem-se conformar, levando em conta conhecimentos, valores e práticas dos segmentos populares (...). As parasitoses constituem enfermidades de alta prevalência no Brasil, atingindo ambos os sexos, em todas as idades. As variações na prevalência da esquistossomose podem ser explicadas pelos comportamentos culturais, sobretudo aqueles que implicam

exposições dos indivíduos às coleções de água próxima aos locais de moradia ou trabalho.” (Barreto et ali., 1995:115-116).

A problemática colocada pelos autores relacionando os aspectos culturais com a prevalência de uma parasitose requer um conhecimento antropológico para apreender a problemática.

Por um lado, este estudo coloca uma especificidade de um tema de saúde, por outro lado um grande número de estudos antropológicos foram uma diversidade de temas relacionados ou tratando assuntos saúde-doença. Num estudo de Canesqui são enfatizadas as contribuições destes estudos no campo da saúde.

“Antropologia da saúde, antropologia nutricional, antropologia da ou/e saúde e medicina, antropologia medica, o desvio, as aflições, perturbações físico-morais, pessoa, corpo, sob as quais configuram-se rdistintos enfoques das relações da antropologia com as ciências médicas, ou interpretações sobre a doença. (...) De toda forma, o esforço antropológico tem sido sempre assentado no trabalho de investigação, com avanços e vitalidade no campo de conhecimento”. (Canesqui, 1994:17).

Com o desenvolvimento de trabalhos onde as ciências da saúde e a antropologia (e por vezes a sociologia) interagiram em estudos, as diferenças nos campos de conhecimentos acarretaram dificuldades concretas.

“Diferenças na abordagem dos problemas, na concepção do mundo e na metodologia. (...) Os sanitaristas estavam interessados em resolver problemas concretos das comunidades, e assim exigiam um levantamento de dados bastante descritivos. Os antropólogos e sociólogos, por sua vez, tratavam de discutir problemas de níveis de

maior abstração, tais como estrutura de poder nas comunidades onde trabalhavam". (Nunes, 1992:27-28).

Na interação entre campos de conhecimento há uma maior ou menor ênfase de especificidade das ciências da saúde presentes em estudos antropológicos. Em outras palavras: a organização metodológica do estudo deve contemplar aspectos de conhecimentos das ciências da saúde. No estudo de Maues & Maues, 1987 sobre hábitos alimentares numa comunidade amazônica, os autores organizaram o estudo com o objetivo de apreender o "modelo de reíma" que esta população adotaria para classificar os seus alimentos.

"Num primeiro momento, há uma série de critérios que indicam para se chegar a eles, é preciso considerá-lo em si mesmo, antes de ser preparado para o consumo, isto é, em estado natural [...] Num segundo momento, a decisão a respeito de um dado alimentar (se reimoso ou potencialmente reimoso) deve levar em conta o estado da pessoa que vai consumi-lo. [...] Passado o segundo momento em que se levou em conta o estado da pessoa que vai consumi-lo, os alimentos podem agora ser divididos em 3 grupos: os reimosos, os não-reimosos e potencialmente reimoso. (Maues & Maues, 1987:126 e seg.).

Para os estudos das práticas sociais de saúde tive em conta o trabalho recém citado para perceber o sentido operante destas práticas nos contextos domiciliar e comunitário, ou seja, a apreensão enquanto objeto de estudo. Porém não segui o modelo teórico destes autores porque a vivência de campo demonstrou uma grande diversidade de práticas sociais de saúde que não seriam agrupáveis em modelos delimitados. As práticas sociais de saúde

implicam em relações de abrangência comunitária nos modos de cuidar da saúde sendo, portanto, muito diferenciado de hábitos alimentares.

3.1 UMA AFIRMAÇÃO NA EXPERIÊNCIA DA ANTROPOLOGIA VOLTADA PARA A SAÚDE.

Na formulação do presente estudo tive em conta a consolidada experiência dos conhecimentos antropológicos em estudos específicos de saúde-doença. Em nosso país esta abordagem tem uma história importante. Conforme (Maio, 1995:230-231) Nina Rodrigues já se ocupava em relacionar os seus estudos de medicina legal com conceitos antropológicos da época.

A pesquisa antropológica objetivamente voltada para a aplicabilidade dos serviços de saúde tiveram um momento importante na criação da fundação SESP, conforme demonstra (Nunes, 1992). Estas pesquisas tiveram sua aplicabilidade relacionada com a Educação em Saúde, ampliando a interdisciplinaridade dos estudos.

“No caso brasileiro, Charles Wagley - que se encontrava neste país desde 1939 a convite do Museu Nacional - realizou estudos na região amazônica, para a instalação do Serviço Especial de Saúde Pública, onde permaneceu até 1946, tendo iniciado, e inclusive assumido, a direção da Divisão de Educação Sanitária. Juntamente com um consultor americano, define as primeiras diretrizes para um programa de educação sanitária dirigido aos escolares, aos setores populares das áreas rurais e das periferias urbanas” (Nunes, 1992:28).

Para a presente investigação os trabalhos estudados foram um aporte formador de conhecimentos que viabilizou a própria investigação, possibilitando visualizar no conjunto do material de campo uma atinência antropológica. Para esta tarefa tive em conta uma orientação presente em (Alves e Minayo, 1994:9 e seg.) quando estes afirmam que a prática da investigação antropológica é uma contribuição na formação de conhecimentos, inclusive fora do ambiente da antropologia.

3.2 A OBSERVAÇÃO DIRETA COMO BASE

No presente trabalho centrei a atenção em estudos onde os conhecimentos antropológicos colocam fundamentos efetivos para a prática de campo. Neste sentido procurei articular o problema colocado pelo trabalho de modo a efetivar melhor a prática de campo. Um exemplo é o seguinte:

“A abordagem antropológica de base, a que todo pesquisador considera hoje como incontornável quaisquer que sejam, por outro lado suas ações teóricas, provem de uma ruptura inicial em relação a qualquer modo de conhecimento abstrato e especulativo, isto é, que não estaria baseado na observação direta dos comportamentos sociais a partir de uma seleção humana”. (Laplantine, 1991:149).

O trabalho procurou ser objetivo em torno do problema colocado a partir da formulação do projeto. Este problema foi assim expresso: em que medida e em que forma as práticas sociais de saúde se constituem efetivamente em ações de prevenção de doenças e de processos mórbidos? Como a organização social e de produção em contextos de comunidades diferentes se

constituem em motivadores de formas específicas de cada comunidade responder aos problemas de saúde? Estudar as práticas de saúde significou efetivar uma observação direta e também verificar se estas práticas significam algo efetivo na vida social e no enfrentamento de processos mórbidos.

Para o estudo comparativo tive como base outro conceito do trabalho de (Laplantine, 1991) que se refere ao estudo comparado: “não existe antropologia médica sem comparação”. No conjunto todo, este estudo procura a comparação.

Conforme já foi explicado no tópico sobre a metodologia deste estudo, é fundamental retomar os aspectos comparativos do trabalho. As práticas sociais de saúde das pessoas e comunidades estudadas são comparados com os conceitos e parâmetros cientificamente produzidos. Ao mesmo tempo as três comunidades são comparadas entre si para levantar em que medida as diferentes configurações sociais determinam diferentes práticas sociais de saúde.

Qualquer parâmetro de comparação tem presente não sobrepor o domínio do saber científico ao saber das comunidades. No trabalho de (Carrara, 1994:34 e seg.) chama à atenção que recentes trabalhos de Antropologia da Saúde estudam Sistemas Alternativos de Saúde, procurando se deslocar das culturas não-ocidentais e não-modernas. Neste sentido o presente estudo procura também entrar no âmbito da causalidade biológica e perceber que as práticas sociais criam o seu próprio curso, usando conhecimentos produzidos, em grande parte, fora do âmbito popular.

No trabalho de pesquisa encontrei nas comunidades variados materiais de estudo entre os agentes de saúde: o Manual de Medicina Homeopática de Cairo, um manual para a prática homeopática, do IPESP. A Cura Pelo

Semelhante - é um par complementar de repertório e matéria médica homeopática voltada para o uso popular. Encontrei dois manuais de Augusti e de Werner que apresentam um elenco de orientações e roteiros de procedimentos para agentes de saúde, bem como de uso em geral. Outros dois compêndios de Brüning e da Diocese de Ji-Paraná tratam de fitoterapia e naturoterapia com variadas orientações para o uso de recursos naturais em tratamentos de saúde.

Ouvindo o discurso dos agentes de saúde e observando os seus trabalhos nos postos de saúde verifiquei a relação entre as condutas propostas nos livros, com as condutas dos agentes no atendimento das pessoas que os procuram. O livro "Onde Não Há Médico" foi folheado e lido pelo Sr. Simplicio dentro do seu posto. O Sr. Raimundo costuma ler o mesmo livro em sua casa, principalmente no final da tarde. Dona Zelinda repassa conhecimentos, como o uso terapêutico da terra para as pessoas que a procuram. Este uso é recomendado por Brüning no seu livro - A Cura pela Natureza.

Desse modo, ocorre uma apreensão de conhecimentos pelos agentes de saúde e repassados para as comunidades. Os depoimentos, nas entrevistas feitas nos domicílios, apontam para a semelhança de algumas práticas de saúde com os conteúdos dos livros.

Eventos semelhantes de incorporação de novos elementos em práticas sociais de saúde estão presentes no estudo etnográfico sobre Personalidade entre os Kulinas do Oeste do Brasil de Pollack. Este grupo étnico incorporou os antibióticos nas suas práticas sociais de saúde. O mesmo autor também descreve várias maneiras de povo Kulina tratar doenças. Estes tratamentos

incluem plantas medicinais, Xamanismo e também o uso de fármacos industrializados.

“As técnicas terapêuticas diferem em espécies de acordo com a distinção das doenças internas e externas, mas são idênticas para ambas, em crianças e adultos dentro das categorias internas e externas. (...) Doenças externas, em ambos: crianças e adultos são tratadas pela prática tradicional Kulina com folhas de plantas. (...) Os Kulinas acreditam da mesma maneira fortemente no potencial curativo dos medicamentos injetáveis, a maior parte destes, eles denominam penicilina, oriundo do termo português penicilina. A eficácia destas drogas deriva do fato delas serem injetadas através da pele. (...) As técnicas de cura Xamanísticas entre os Kulinas envolve a extração por sucção da substância causadora da doença, uma prática de cura conhecida na América do Sul e em outras partes”. (1) (Pollack, 1985:72).

Outro trabalho com especificidade na abordagem no tema saúde/doença é o trabalho de (Duarte, 1988). Neste estudo de compartilhar de idéias entre um indivíduo e um grupo social maior. Há uma semelhança entre o “compartilhar de idéias” apresentado por Duarte com o compartilhar de idéias dos agentes de saúde com a sua comunidade. Embora o autor se refira a uma mulher em um contexto diferente do contexto dos agentes de saúde a interação dos agentes com a sua comunidade é efetiva.

(1 Pollack no seu original

Therapeutic techniques differ in kind according to the external/internal illness distinction, but are identical for both child and adult illness within the external and internal categories (...) External illness, both child adult, is treated in traditional Culina practice with plant leaves. (...) Culina likewise believe strongly in the curative potencial of injectables medications, most of which they call penicillin from the portuguese tem for penicillin. The effectiveness of these drugs derives from the fact that are injected though the skin. (...)

Shamanistic curing techniques among the Culina involve the extraction by sucking of the illness causing substance, a curing practice well known in South America and elsewhere.

“Ela compartilha, porém, com todos seus vizinhos - e com um amplo segmento da sociedade nacional - de um código específico para falar dos infinitos embaraços de sua prática de vida, do embate cotidiano entre valores e situações, valores e valores, situações e situações. Esse código é muito complexo, o que lhe permite ser eficaz, é muito embutido nas representações gerais, o que lhe permite ser intenso; é muito flexível, o que lhe permite ser abrangente. E é assim como em toda linguagem: abrangente, intensa e eficaz; ao mesmo tempo instaurando e conduzindo a significação e sustentando os sujeitos em sua prática social. Como toda linguagem também guarda solidariedade com uma cultura específica e tem fronteiras de permanência e sentido que lhe são homólogas. (...) De uma introdutoriamente imprecisa, poderia dizer que me voltei sobre tudo o que expressava nesses espaços culturais a área das “perturbações” - de todas as categorias com que se designava os sinais do que “não vai bem” com as pessoas; e para onde tais sinais apontavam, de onde pareciam fluir e como se entrelaçavam e se interdefiniam.” (Duarte, 1988:26).

Sendo este trabalho de Duarte de Antropologia da Saúde, ou no campo da saúde ele se caracteriza marcadamente por sua peculiaridade, sua especificidade. Visto ao lado do trabalho de Pollack, ambos retratam as peculiaridades das realidades estudadas. Cada trabalho tem em si um campo teórico “com capacidade de explicar uma gama de fenômeno através de um campo conceitual”. (Minayo, 1993:92) Este campo conceitual antropológico possibilita apreender e compreender cada realidade social estudada dentro das suas peculiaridades. No caso do presente trabalho a ênfase está nas práticas

sociais de saúde que foram estudadas contemplando implicitamente o pressuposto básico e fundamental na antropologia que é a “observação direta dos comportamentos sociais”. (Laplantine, 1991)

Para chegar na formulação dos significados das observações e dos conteúdos passados pelos informantes no sentido de sequenciar os relatos para estabelecer a relação de um com o outro, e com o conjunto do trabalho tive em conta, principalmente os trabalhos de Duarte e Pollack. Por exemplo quando Duarte se refere a uma das mulheres entrevistadas e afirma que ela “partilha com seus vizinhos e com um amplo segmento da sociedade nacional de um código específico para falar dos infinitos embaraços de sua prática de vida”.

De maneira análoga Pollack coloca as influências da população envolvente sobre as práticas de saúde dos Kulinas e coloca isto no conjunto do seu estudo.

Ainda retomando a questão do compartilhar de idéias percebidas no trabalho de campo é fundamental colocar onde e como isto ocorreu.

No caso da Estrada Velha a observação direta, e certamente não seria possível de outra forma, me permitiu apreender como o cotidiano da vida familiar tem um conjunto de práticas com a finalidade objetiva de manter a saúde. Nas casas do Sr. Geraldo e Dona Margarida, do Sr. Joaquim Guedes e Dona Silvalinda, do Sr. Joaquim Marçal as mulheres sabem com clareza que a alimentação, a água, a limpeza dos espaços de convivência têm relação com a saúde. D. Silvalinda faz questão de mostrar seus filhos vestidos com roupas limpas, mostrar o terreiro de casa varrido, falar do cuidado com a água de uso na casa, apresentou inclusive uma mesa com alimentos. Tudo isto foi expresso às vezes verbalmente e às vezes mostrando crianças banhadas, casa lavada, utensílios de casa muito limpos. Dona Silvalinda mostrou como a sua

organização doméstica está ocupada em manter a saúde da família. São os modos de cuidar da casa, dos espaços, da alimentação, da água, tudo se constitui em práticas sociais de saúde onde a particularidade de cada ação tem uma relação com a saúde da família.

Nesta comunidade as famílias estão voltadas para a agricultura em pequenos lotes de terra. O tamanho dos lotes é menor do que o padrão da colonização do INCRA por ser de iniciativa das próprias famílias. A produção agrícola tem no núcleo familiar a sua base organizativa, que igualmente, como a posse da terra depende do trabalho de cultivos, principalmente de arroz, macaxeira para farinha, feijão, milho. Portanto a terra trabalhada e ocupada mantém a família e a posse.

A área do antigo seringal Santa Fé, mais do que o Porvir, a comunidade mantém uma organização sindical voltada para a manutenção da posse da terra, que apesar dos lotes serem a continuação das antigas colocações do seringal, o INCRA ainda não reconheceu estas posses.

O agente de saúde, Sr. Raimundo participa nos encontros sindicais juntamente com outras lideranças como o Sr. Valdomiro, o Sr. Joaquim, como parte do seu trabalho de saúde na comunidade para as suas orientações às famílias.

4. AS PRÁTICAS SOCIAIS DE SAÚDE, SUAS SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS NAS TRÊS COMUNIDADES.

Neste capítulo vou apresentar as práticas sociais de saúde das três comunidades estudadas, analisando as semelhanças e diferenças destas práticas, relacionando as mesmas com os modos de organização da produção presentes nas comunidades tendo em conta o tópico 1.3.1 onde está a definição de Práticas sociais de Saúde adotada neste trabalho.

Para tornar as práticas sociais de saúde factíveis de apreensão, no sentido de estabelecer as semelhanças e diferenças estou considerando-as como um conjunto onde seja possível destacar uma e outra prática, de maneira também, a considerar estas determinadas práticas como variáveis. Por exemplo, a maneira de uma família cuidar da sua água de uso é considerada uma prática social de saúde; a modalidade terapêutica aplicada pelo agente de saúde utilizando medicamentos industrializados é considerada outra prática; a terapêutica com fitoterápicos é considerada igualmente uma prática diferente. O trabalho das parteiras em assistir as mulheres durante os partos é igualmente uma prática social de saúde.

Nesta compreensão de variáveis sigo o conceito de Korn sobre variáveis apresentado e discutido por Lakatos & Marconi. “Variável é o aspecto discernível de um objeto de estudo; são aspectos individuais que podem assumir valores distintos a serem medidos para testar a relação enunciada por uma proposição” (Lakatos & Marconi, 1992:159). Além deste conceito de variáveis é necessário retornar à questão levantada no primeiro capítulo deste trabalho quanto a “relação assimétrica existente entre as variáveis”. Dessa

maneira compreendo ser possível discernir variáveis para estabelecer as comparações tanto das práticas sociais de saúde quanto das próprias comunidades. Ao mesmo tempo a investigação das práticas sociais de saúde foi no sentido de compreender a natureza social destes fenômenos (Carrara, 1994:39) onde o cuidar da saúde é compartilhado socialmente pelos sujeitos sociais onde estes fenômenos acontecem.

4.1 OS AGENTES DE SAÚDE E OS POSTOS DE SAÚDE SÃO PEDRO E ESTRADA VELHA.

Os postos de saúde São Pedro e Estrada Velha são resultado de articulações comunitárias para a criação de serviços com o fim de desenvolver práticas sociais de saúde no âmbito comunitário, mantendo relações com o serviço público estadual. Em 1983 houve uma coincidência de interesses entre a ampliação dos serviços públicos de saúde do estado do Acre no município de Xapuri e as comunidades dos seringueiros pelo seu movimento sindical. Também tem sido marcante a mobilização das comunidades de Base da Igreja Católica que em seus encontros discutem problemas atinentes a estas comunidades. Os agentes de saúde enquanto lideranças participavam no Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Xapuri para efetivar a criação de postos de saúde nas comunidades.

A criação dos postos de saúde em Xapuri, após 1983, aconteceu dentro da sistemática abordada por Rosas de que os serviços públicos objetivam extensão e coberturas permanentes e simplificadas, bem como a regionalização, hierarquização e descentralização dos serviços, com o aproveitamento total da capacidade instalada do setor público. (Bodstein & Fonseca, 1989:81 e seg.).

A proposta da extensão de cobertura, ainda segundo este autor, teve uma formulação, a partir da V Conferência Nacional de Saúde de 1975, onde o posto de saúde com o agente comunitário estava presente na organização estrutural do serviço.

O modelo de posto de saúde, atendido por um agente popular de saúde, enquanto um elemento que a rigor não está no campo dos conhecimentos médicos foi criado com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Este programa foi implantado em áreas determinadas do Nordeste brasileiro a partir de 1976 e a proposta do posto de saúde a cargo de um agente comunitário foi ampliado para outras regiões do País. As bases conceituais da proposta do PIASS foram trabalhadas por Bodstein e Fonseca.

“A rápida extensão de cobertura proposta pelo PIASS assentava-se na criação de módulos básicos compostos de postos de saúde, para comunidades rurais entre 500 a 2000 habitantes e de Centros de Posto de Saúde, situados na sede do município (2000 a 6000 habitantes). O posto, operacionalizado por auxiliares de saúde, executava as seguintes atividades: cuidados primários, controle de doenças transmissíveis, primeiros socorros, tratamentos padronizados, controle de egressos, referência a unidades mais complexas, coleta de amostras, visitas domiciliares, apoio a partearas e curiosas com assistência à gestante, puerpera e ao recém-nascido, educação e desenvolvimento comunitário, coleta de dados, suplementação alimentar”. (Bodstein & Fonseca, 1989:84)

Neste contexto de proposições e formação de serviços de saúde é necessário recuperar a origem destas propostas que a V Conferência Nacional de Saúde e o PIASS retrabalharam e adequaram para colocar em prática num

dados momento da organização dos serviços de saúde. Tanto a V Conferência quanto o PIASS utilizaram os conceitos de hierarquizada de unidades prestadoras de serviços de saúde, com unidades de maior e menor complexidade tecnológica. Estes conceitos iniciaram na Inglaterra a partir de 1920, conforme demonstra Novais, (1990:21 e seg.). Em 1920 o médico inglês Bertrand Dawson a pedido do Conselho Consultivo Médico produziu um relatório onde estavam colocadas todas as bases da organização dos serviços de saúde objetivando o atendimento de grandes contingentes populacionais. Aí estavam os aspectos gerais de: acessibilidade, distribuição geográficas do serviço, com as suas interligações, custo e benefício, pessoal técnico, etc. No período mais recente o Ministério da Saúde produziu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Segundo documentos deste Ministério de 1993 e 1994 o PACS “foi elaborado a partir de experiências concretas já implantadas nos estados do Ceará, Goiás, Pernambuco, Maranhão” (Ministério da Saúde, 1994:2).

Segundo o mesmo documento o programa está presente em 761 municípios da região Norte e Nordeste, não sendo o caso do município de Xapuri. Também se destaca no documento que mesmo havendo na base do programa os Agentes Comunitários de Saúde deverão ser profissionalizados na qualificação de Auxiliares de Enfermagem.

Para estas duas comunidades seus postos de saúde não se instalam conforme a integral das propostas elaboradas pelo serviço público. Na prática as articulações de lideranças e afirmações de grupos familiares estão presentes na escolha dos interlocutores com o serviço público, na escolha do local para o posto de saúde, bem como na agilidade para a construção do posto. De um

modo e outro a criação deste serviço de saúde tem uma influência da comunidade.

No seringal São Pedro o agente de saúde é líder de um grupo familiar, líder sindical e líder do grupo religioso, ou seja, da comunidade de base da Igreja Católica. Na Estrada Velha este mesmo quadro se repete, apenas a atividade sindical e religiosa foi recentemente passada para outra pessoa. Nestes dois casos os agentes são lideranças com vários papéis na comunidade.

Na criação destes dois postos de saúde também contribuiu a mobilização das Comunidade Eclesiais de Base onde os assuntos comunitários são tratados em seus encontros.

O Posto de Saúde da comunidade de São Pedro foi recentemente feito com recursos de um convênio da Cooperativa Agroextrativista de Xapuri com uma Universidade da Áustria.

A localização do posto é entre a escola e a casa do Agente de Saúde na colocação Itapissuma, na área do centro do seringal. Centro tem o significado de ser afastado da margem do Rio Xapuri. Nos seringais o centro é a área afastada do barracão e da margem do rio. A colocação Itapissuma é a moradia do Sr. Simplicio desde 1977 constituindo-se em referência para permanência das famílias no seringal e evitar a transformação do seringal em fazenda. A Comunidade Eclesial de base foi, a partir daí, um meio para os seringueiros se encontrarem em torno do seus problemas, procurando solução para os mesmos. Quando as atividades de saúde passaram a ser tratadas pela comunidade, logo o Sr. Simplicio foi escolhido agente de saúde e a sua moradia, a colocação Itapissuma, local do posto. Isso aconteceu ao mesmo tempo em que o serviço de saúde pública do estado através da pessoa do Dr. Heitor, que a partir de 1983, implementou programas de saúde no município de

Xapuri onde alguns postos de saúde, entre os quais no seringal S. Pedro e Estrada Velha, foram criados.

Mesmo em municípios distantes como Xapuri as políticas públicas de saúde estão presentes. Com maior intensidade em determinado momento político como em 1983, quando a organização dos serviços de saúde tiveram um momento de expansão, porém estes serviços não chegam a marcar uma presença permanente enquanto proposta técnica e as comunidades vão adequando proposta técnicas, bem como adaptando as práticas sociais de saúde a seu modo. Em momentos de retração das políticas públicas, conforme atesta o próprio secretário de saúde do município, as comunidades passam a ser os efetivos protagonistas das práticas dos postos de saúde.

Na Estrada Velha a criação e a localização do posto de saúde não se relaciona tão diretamente com o agente de saúde como no S. Pedro. Na época da criação do posto de saúde a construção do prédio se deu nas terras do Sr. Pedro Rocha, onde também se encontravam a escola e a igrejinha. Foram preparados dois agentes de saúde para esta comunidade: a Sra. Alberina, esposa do Sr. Pedro Rocha e o Sr. Raimundo.

A Sra. Alberina também se dedicava ao trabalho de professora e com isso o Sr. Raimundo atuava mais como agente de saúde. No início de 1989 a família do Sr. Rocha mudou de residência e o Sr. Raimundo assumiu todas as atividades do posto de saúde, mantendo a sua residência costumeira que fica a três quilômetros de distância.

4.1.1 O FUNCIONAMENTO DO POSTO

A própria organização das secretarias estadual do Acre e municipal de Xapuri não definem como devem ser conduzidos os trabalhos dos postos de saúde. O veículo empregatício dos agentes é com a secretaria de saúde do estado, o fornecimento de medicamento é feito pela secretaria do município e as demais atividades pertinentes como supervisão, acompanhamento, vinculação hierarquizada a um centro de saúde tecnologicamente mais complexo não existem. O secretário municipal de saúde de Xapuri classificou a saúde no município como “um sistema caótico e falido”.

“A saúde municipal necessita de que se faça uma total reestruturação no sistema. O sistema hoje, nosso, infelizmente é caótico, falido. Nós não temos é nenhum trabalho em pesquisa, em extensão e em nada. A coisa está parada, é o que eu lhe falei, nós estamos limitados a dar medicamentos pro agente que já tem uma certa noção, um treinamento, pra que ele repasse pra comunidade dentro dos critérios. Isso é, como eu disse, alguns postos são meros supermercados de medicamentos”. (Francisco Vendo, Sec. Mun. de Saúde de Xapuri)

Observando o funcionamento dos dois postos de saúde estudados constatei que todo o trabalho depende da iniciativa dos agentes de saúde e das respectivas comunidades, com exceção da pequena quantidade de medicamentos passados sem regularidade pela Secretaria de Saúde do Município e do salário pago aos agentes pela Secretaria do Estado. O coordenador dos postos de saúde do Estado do Acre é claro quanto as limitações da Secretaria no seu trabalho com os postos de de saúde.

“Hoje praticamente nós temos uma relação é boa, mas essa relação ela não tá sendo ainda na prática naquilo que nós augejariamos e nós poderíamos até dizer a você que em termos de material, de medicamento que hoje seria suprido praticamente pela Secretaria de Saúde, nós não estamos em condições ideais de colocar esse mecanismo, esse material de consumo para que seja realizado essas ações como nos desejariamos”. (Borges)

Do mesmo modo como o representante governamental reconhece os limites dos serviços de saúde das comunidades, estas sentem os limitações destes serviços. O Sr. Antônio Gonçalves da comunidade da Estrada Velha foi muito claro em colocar algumas limitações do postos de saúde, porém coloca estes problemas como não sendo causados pelo agente de saúde.

“ A questão da saúde aqui nós temos problemas, aqui é sério inclusive a respeito, não é culpa do agente de saúde a culpa aqui é aqui dá muito problemas que falta, falta o medicamento nos postos né, não são atendido, os atendimento não são correto devido esse problema né. Quem mora distante né, lá do Centro né, fica difícil então é o que funcionário também do, dos postos de saúde também reclama muito né, aquele mal atendido e a gente sofre por isso também né”. (Antônio)

Para os agentes fica claro a pouca articulação e organização dos serviços de saúde e o caráter praticamente local do seu trabalho.

“O meu trabalho, ele funciona, mais não funciona muito bem porque pra ele funcionar bem teria que ter alguma ajuda, ajuda que fosse municipal, estadual do órgão que eu trabalho, que se interessasse

**por a gente, que a gente trabalha bem dizer só nesse sentido”.
(Raimundo)**

No entendimento do agente de saúde, Sr. Simplicio o trabalho de saúde é uma responsabilidade de quem o assume.

“Quando uma pessoa assume uma responsabilidade junto à comunidade ele tem a função de ter continuidade nos trabalhos pra não ficar sempre emperrado. [...] Um trabalho que a gente vá ver o futuro e o presente mais na frente, não só por nós que já somos de idade, mais sim por essa juventude, por esta criançada que tão todas aí se criando”. (Simplicio).

Ao mesmo tempo em que as características e iniciativas pessoais do agente de saúde são importantes para o funcionamento do posto as articulações e cooperação das famílias viabilizam trabalhos na comunidade que somados evidenciam uma relação entre o funcionamento do posto de saúde e as outras iniciativas da comunidade. No relato do Sr. Otacilio sobre a comunidade do São Pedro há uma explicação sobre vários trabalhos da comunidade onde a cooperação entre as famílias foi fundamental. Segundo esta liderança há uma ajuda das famílias nos trabalhos de interesse da comunidade.

“Eles ajudam de outro tudinho,, negocio desta escola eles vieram ajudá com carregá madeira, tudo eles ajudaram, eles trabalhô no varadouro todo junto em grupo, é [...] serviço de cooperativa, aquele armazem grande, é de trabalhá também carregando madeira né, mais aquela cazinha foi feita em grupo, no inverno que chovia todo dia, que foi no mês de fevereiro”. (Otacilio)

A atividade predominante dos postos de saúde é a consulta individual. Fora do posto os agentes prestam esclarecimentos sobre problemas de saúde

em reuniões da comunidade, principalmente após as rezas das Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica. O Sr. Raimundo amplia, este trabalho com conversas informativas para os alunos da escola. Quanto aos procedimentos das consultas estes agentes de saúde são muito semelhantes. Nesta região, com suas grandes distâncias, é comum o agente de saúde prescrever medicamentos básicos.

Nestes dois postos os procedimentos de consulta observados consistem em ouvir as queixas do doente, o agente pergunta detalhes dos sintomas e, dependendo do caso, é feito um exame físico. Após isso é feita a prescrição, com a orientação, tanto sobre o uso dos remédios como condutas para o doente seguir. Quando ocorrem casos de difícil resolução os agentes encaminham o doente até a cidade. Há casos em que são organizados mutirões para conduzir o doente em rede até a cidade.

Outro procedimento de consulta observado foi de um parente do doente vir ao posto relatar os sintomas do doente que ficam em casa e o agente de saúde prescrevem os medicamentos para serem aplicados ao doente na sua casa.

Cada pessoa atendida nos postos de saúde deveria ter uma ficha para as anotações dos sintomas, dos medicamentos prescritos e as orientações. Pela programação inicial dos postos de saúde estas fichas seriam fontes de informação para os serviços de saúde do município e do estado. Com o passar do tempo os mecanismos de coletar as informações geradas a partir dos postos de saúde foram desativados pela Secretaria de Saúde. Do mesmo modo o acompanhamento geral dos postos de saúde não mais ocorre os agentes não utilizar os registros dos fichários. Durante a pesquisa observei que os agentes de saúde utilizavam apenas um único documento solicitado pela Secretaria de

Saúde do Município de Xapuri que da retirada dos medicamentos e o mapa para postos.

4.1.2 PRÁTICAS TERAPÊUTICAS DIFERENCIADAS.

Nas comunidades do seringal S. Pedro e da Estrada Velha, as práticas sociais de saúde voltadas para a terapêutica estão centradas nos postos e agentes de saúde, contudo observei práticas sociais de saúde diferenciadas das condutas ordinárias do posto de saúde. Tive uma oportunidade muito propícia no S. Pedro. Enquanto o Sr. Simplicio executava o seu trabalho no posto a sua esposa, D. Geralda, ensinava para uma jovem mãe como preparar um remédio para curar as cólicas intestinais de um recém-nascido. D. Geralda mostrou com detalhes as folhas do trevo roxo, uma planta cultivada por ela. Mostrou como se procede a trituração de três folhas desta planta, juntamente com dez sementes de gergelim colocadas num pedaço de pano em forma de trouxa para bater com ferro até sair de três a quatro gotas do suco das folhas e sementes. Este suco é colocado para a criança beber e deve curar as cólicas intestinais. Enquanto esta cura era ensinada na cozinha, uma outra cura era realizada na sala da casa. O Sr. Raimundo Madeira rezou numa criança para curar um mal chamado “vento caído”. Segundo o costume da região, a criança com vento caído, apresenta-se fraca, respiração acelerada, não aceita alimentação, ou quando aceita é em pequenas quantidades, apresenta-se irritada e triste. Nestes casos a reza para “vento caído” é indicada. No ritual que presenciei, a reza foi formulada em silêncio, enquanto o rezador agita um galho de uma planta chamada vassourinha sobre a cabeça da criança doente. O sentido de direcionar o vegetal é em forma de cruz e descendo da cabeça aos

pés demonstrando uma varredura de cima a baixo, contudo é um ritual rápido. A fórmula da reza é segredo e só pode ser ensinada para a pessoa que vai continuar os trabalhos de cura.

O ritual de reza tem um envolvimento entre rezador e doente onde é visível um esforço de gestos para proceder a cura. Segundo Laplantine & Rabeyron estes rituais são assim definidos:

“Trata-se aqui de um grupo de práticas que se inscrevem no âmbito de uma consulta terapêutica, isto é, de uma relação dual entre um indivíduo portador de doença e um indivíduo capaz de curá-la. O curador ou benzedor é um homem que “trata”, “benze”, “cura”, esconjura, recorrendo essencialmente a um segredo que lhe foi legado por um parente, um amigo ou um vizinho quando de uma iniciação que o leva a respeitar textualmente um ritual fixado por uma tradição”. (Laplantine & Rabeyron, 1989:52).

Para o ritual de cura em questão alguns aspectos são fundamentais: a aproximação do rezador do doente para que o rezador possa perceber o seu estado. No caso citado acima o diagnóstico foi “vento caído. Durante o ritual acontece uma alteração visível no vegetal utilizado. Esse vegetal perde sua vitalidade com um murchar geral. Quando este fenômeno for intenso o ritual deve ser repetido até o vegetal não mais murchar. Outro aspecto fundamental para o rezador é de ser procurado repetidas vezes. Quando isto acontece é uma comprovação do bom resultado das rezas e o rezador torna-se conhecido pela sua capacidade de cura.

“Quando a gente tá rezando, quando a doença da criança tá forte né, o quebrante tá forte, ou vento caído ele vira, mucha a folha mucha a folha aí quando a gente termina de rezar, quando o

bichinho não tá sentindo mais nada aí não muita não, aí quando a pessoa, a criança ficou boa né. A pessoa fecha a cura também". (Raimunda)

Nesta oportunidade em que acompanhei os trabalhos do agente de saúde aconteceram simultaneamente três práticas de saúde distintas: O agente de saúde consultando no posto, receitando medicamentos industrializados, Dona Geralda ensinando o uso de plantas com finalidades terapêuticas e o Sr. Raimundo Madeira rezando para curar uma criança, mediante o uso de um vegetal como instrumento de ritual.

O uso de plantas medicinais também ocorre com outras variações nas famílias do Seringal São Pedro onde problemas como tosse são resolvidos com preparados de várias plantas.

"Bom eu agora mesmo, meus filho tava, tudo gripado e fiz Xarope né. Eu fiz da folha do limão, quatro folinha de limão, três folha de algodão, dois galho de alfavaca, dois galho de alfavaca. Bom eu não sei se o senhor conhece jambú, pois é, é um galinho de jambú, pois é, aí o açúcar, que graças a Deus tão tudo melhor. Essa daqui coitadinha tava até cansada, mais graças a Deus. Vai pegar lá o Xarope que eu fiz meu filho, tá ali perto do defumador". (Maria Lice)

4.1.3 O POSTO E A AGENTE DE SAÚDE DO RAMAL DO CASCALHO.

A comunidade do Ramal do Cascalho não tem um posto de saúde nos moldes propostos pelos serviços oficiais de saúde. A instalação deveria ter sido

feita quando as terras do antigo seringal Santa Clara foram desmembradas pelo INCRA em lotes de terra para agricultura. Mesmo que os programas de colonização do INCRA coloquem na sua previsão a abertura de estradas, construção de escolas, postos de saúde e outros equipamentos em projetos de colonização, a comunidade do Ramal do Cascalho não recebeu os benefícios previstos nos programas de colonização.

A comunidade do Ramal do Cascalho, como várias comunidades, nos ramais, que são estradas menores, próximos à Vila Nova Califórnia, vem procurando soluções para seus problemas, tanto no âmbito da produção como em saúde, educação, estradas. Exemplos da busca destas soluções é o projeto RECA, o atendimento da saúde em âmbito comunitário, a participação das comunidades nas escolas e outros serviços.

No contexto da procura de soluções para resolver os problemas da comunidade estava também a problemática da saúde, principalmente pelo fato desta área de colonização apresentar uma alta endemia de malária. Neste sentido se estabeleceu uma cooperação entre o projeto RECA e a Pastoral da Saúde da paróquia S. José, a qual pertence à Igreja da Vila Nova Califórnia, para enfrentar os problemas de saúde na área de abrangência do projeto RECA, onde está incluída a comunidade do Ramal do Cascalho.

Por parte da Pastoral da Saúde, a Irmã Amabili organizou cursos de Homeopatia para preparar agentes comunitários de saúde nas comunidades dos ramais. Conforme D. Zelinda, há mais de cinco anos a comunidade do Ramal do Cascalho iniciou sua participação nos trabalhos de saúde.

No final de 1988 as atividades de saúde foram intensificadas no projeto RECA com a participação também de D. Aldenha que atuava como liderança do mesmo projeto e juntamente com D. Zelinda a comunidade do Ramal do

Cascalho iniciou o seu trabalho de saúde. Dona Zelinda enquanto liderança da Comunidade de Base e tendo sua proximidade com a pastoral da saúde foi escolhida para agente de saúde do Ramal do Cascalho. Para tanto participou dos cursos de Homeopatia, Plantas Medicinais e Medicina Caseira oferecidos pela Pastoral da Saúde e Projeto RECA para preparar os agentes de saúde. Os professores para estes cursos foram convidados do Instituto Pastoral de Educação em Saúde Popular, uma organização não governamental de Cuiabá-MT voltada para o estudo e divulgação da Homeopatia na Pastoral da Saúde com outros setores populares.

O serviço de saúde desta comunidade foi organizado a partir da agente de saúde. Não foi construído um prédio e a própria casa de D. Zelinda é o lugar de referência como um posto de saúde. Os instrumentos de trabalho da agente são as tinturas alcóolicas de plantas preparadas ali mesmo, uma certa quantidade, (entre 18 a 20) de matrizes homeopáticas trazidas da Pastoral da Saúde da Vila Nova Califórnia, uma pequena quantidade de vidros para acondicionar os preparados homeopáticos. Além disso a horta da casa de D. Zelinda tem uma coleção de plantas medicinais cultivadas para usar diretamente ou fazer as tinturas alcóolicas.

Dona Zelinda adota como guia do seu trabalho de saúde o livro "Guia de Medicina Homeopática" de Nilo Cairo. O atendimento do doente é feito na casa de Dona Zelinda, com a escuta da história e queixas da pessoa. No dia em que acompanhei os trabalhos a pessoa consultada fez os seus relatos e D. Zelinda ainda terminou sua tarefa na cozinha, sempre ouvindo a história. Depois fez as suas perguntas para o doente, passando em seguida a estudar o livro de Nilo Cairo e após isso passou os medicamentos homeopáticos preparados por ela mesma. O atendimento não é cobrado, existe uma taxa fixa

para cada vidro de medicamento homeopático, tintura ou pomada para cobrir os custos das matrizes homeopáticas, álcool, água destilada, cera ou outras despesas contidas nos produtos. Todo o retorno de custos depende da comunidade já que não há participação do serviço público na manutenção do serviço.

Outra atividade desenvolvida por D. Zelinda é a coleta da amostra de sangue para verificar a existência de malária. As lâminas são levadas para a Vila Nova Califórnia para o exame. Estes exames são feitos por pessoas do projeto RECA e as vezes por funcionários do posto de saúde da vila. O tratamento de malária aplicado por D. Zelinda é com medicamentos homeopáticos, com resultados positivos. Os casos eventualmente não curados seguem para o posto de saúde da vila. Observei uma grande preocupação, tanto por parte de D. Zelinda como na casa do Sr. Valmi, com os efeitos colaterais dos medicamentos tradicionais usados no tratamento da malária.

Estes trabalhos de saúde da comunidade do Ramal do Cascalho, já com mais de 5 anos de funcionamento, estão sendo considerados muito positivos pelas pessoas da comunidade. Segundo D. Zelinda “as pessoas vão acreditando, mesmo devagarinho” e acrescentou. “Mas eu acho que o pessoal, o povo acredita um pouco”. Quanto ao seu trabalho ela afirma que o mesmo produz resultados.

“Porque se não desse um resultado ninguém, né... e das pessoas que eu tratei aqui, só dois que saiu fora e foi para o médico, até agora. E dois saíram do médico e vieram também para cá, e acho que eles que ter confiança porque senão eles não voltariam pra cá”. (D. Zelinda).

Observando o trabalho com a homeopatia é notória a dedicação de D. Zelinda, inclusive com a frequente leitura de seus livros. É um esforço

significativo para compreender e aplicar a homeopatia no tratamento dos doentes. Ao mesmo tempo em que as pessoas são atendidas descontraidamente na sua casa, ela consulta os seus livros para servir de base nos trabalhos, principalmente o livro de Nilo Cairo e a cura pelo semelhante do IPESP.

Verificando uma obra sobre as concepções e conceitos da Homeopatia os conceitos aí colocados demonstram uma complexidade. Vitholkas coloca questionamentos para em seguida desenvolver os seus conceitos.

“O que é um ser humano?

Como é constituído o ser humano?

Como funciona o ser humano no contexto de seu universo?

Quais são as leis e princípios que governam a função de ser humano tanto na saúde como na doença?

É somente através do entendimento das respostas a essas questões que o praticante pode obter a cura do indivíduo, fazendo, desse modo, que o paciente restabeleça a harmonia consigo mesmo e com o universo que o circunda”. (Vitholkas, 1981:37).

Tendo em conta estes indicativos da complexidade da homeopatia é possível ver como D. Zelinda aplica, de certo modo, uma complexidade de conhecimentos, que diferencia, o seu trabalho também neste aspecto, do trabalho dos outros dois agentes de saúde mencionados acima.

Em relação à Homeopatia enquanto modalidade terapêutica é relevante verificar no âmbito das ciências de saúde, notadamente da medicina, uma constante busca de afirmação da Homeopatia. Conforme o estudo de (Oliveira 1991), “Homeopatia X Alopatria - Confronto X Legitimação”, “o conflito Homeopatia X Alopatria” polariza adversários para ambos, onde está em

questão principalmente o caráter científico da Homeopatia, bem como, no passado com mais ênfase, os aspectos legais do exercício profissional médico.

Sobre o confronto atual envolvendo a terapêutica homeopática, a autora referindo-se aos menos radicais, afirma:

“Desse modo, o confronto a luta, está se desenvolvendo em pelo menos dois níveis: uma luta interna à homeopatia entre aqueles que consideram a Homeopatia “uma” entre as “várias” terapêuticas numa situação de sub-estima, de complementaridade e os que consideram a Homeopatia como “única e verdadeira medicina”, uma medicina substituta (Oliveira, 1991:66)”.

Para a comunidade do Ramal do Cascalho a opção pela Homeopatia nas suas práticas sociais de saúde não aconteceu no contexto da disputa entre Alopatria X Homeopatia e sim na busca de soluções para os problemas de saúde da comunidade onde estava presente a busca de outras alternativas como a produção no âmbito do projeto RECA. Um dos fatores nesta opção Homeopática foi o fato das pessoas doentes de malária, com altas doses de medicamentos, apresentarem problemas de tolerância com os medicamentos; contudo, este não foi o fator único. A viabilidade econômica dos preparos homeopáticos certamente é outro fator favorável.

4.1.4 SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS NOS POSTOS DE SAÚDE E SUAS PRÁTICAS SOCIAIS DE SAÚDE.

Para evidenciar as semelhanças e diferenças entre as práticas sociais de saúde é fundamental situar o modo como o presente trabalho compreende estas práticas. A natureza social destas práticas acontecem dentro de uma “realidade

socialmente definida. Mas as definições são sempre encarnadas, isto é, indivíduos concretos e grupos de indivíduos servem como definidores da realidade” (Berger & Luckman, 1991:157). Desse modo as práticas sociais de saúde são definidas pelos indivíduos dentro dos seus grupos sociais, atribuindo significados para as suas práticas. Conforme as afirmações de (Geertz, 1989:15) no seu comentário sobre Max Weber “o homem é um animal amarrado as teias de significados que ele mesmo teceu”.

Os significados atribuídos a uma prática de saúde são peculiares no seu contexto social próprio, e, dentro dele esta prática encontra determinada resposta. Na casa de Dona Diomar, no Ramal do Cascalho, é costume limpar a fonte d’água, retirando todas as folhas das árvores e toda a lama. Depois da água não mais apresentar turbidez é colocada uma pequena quantidade de sal direto na fonte. Com estes procedimentos D. Diomar está prevenindo a família de contrair malária. Para esta senhora o sal tem significado purificador e junto com a retirada da lama e remoção das folhas das proximidades completa o significado preventivo da malária pela obtenção de água limpa. O fato concreto da família não ter tido nem um caso de malária nos últimos anos reforça o significado desta prática preventiva da malária.

A partir deste exemplo de prática social de saúde, com sua peculiaridade de significados vou iniciar primeiramente as semelhanças entre os agentes de saúde, suas práticas sociais e os postos de saúde.

As semelhanças entre os agentes de saúde são evidentes nas suas atuações como lideranças nas comunidades. Nos três casos estas atuações acontecem internamente nas comunidades com a organização e articulação de grupos religiosos, organização sindical, associativismo.

Também nos três casos, guardadas as suas peculiaridades, há uma participação dos agentes em articulações políticas e organizativas fora da comunidade, como organizações governamentais e não governamentais, sindicais, religiosas.

Para evidenciar as diferenças entre os postos de saúde e as práticas sociais de saúde dos agentes vou relacioná-los com alguns aspectos da organização da produção de maneira a perceber cada comunidade nas suas peculiaridades, as suas diferenças.

No seringal S. Pedro a criação do posto de saúde aconteceu ao mesmo tempo em que a comunidade buscava se afirmar na continuidade do extrativismo da borracha, permanecendo em suas colocações para a manutenção das suas famílias. Mesmo com a desagregação econômica do seringal, a desvalorização da borracha, as famílias mantiveram suas atividades produtivas estabelecendo o comércio da borracha por mercadorias de consumo com comerciantes autônomos ou procurando o cooperativismo. Nesta afirmação da comunidade a liderança do Sr. Simplicio desempenhou o papel de ocupar-se com a problemática da saúde da comunidade. A colocação Itapissuma passou a ser uma referência não só como lugar de encontros da comunidade de base e encontros sindicais mas também o lugar onde as pessoas vão resolver os seus problemas de saúde. Quem vai até a Itapissuma vai a este lugar onde por vários motivos, inclusive para resolver seus problemas de saúde, muitas pessoas se encontram.

A maneira do Sr. Simplicio atender as pessoas com problemas de saúde, bem como as orientações dispensadas as mesmas envolvem o uso dos medicamentos existentes no posto de saúde. O medicamento é o objetivo da busca do usuário e a solução dos problemas de saúde estão centrados nesta

busca. Pelos depoimentos dos dois usuários do posto de saúde ficou evidente que o medicamento é visto como um produto indispensável e deve estar disponível no posto de saúde. Neste modo dirigir-se ao posto de saúde, de procurar o agente de saúde tem certas similaridades com a maneira que tradicionalmente os seringueiros se dirigiram ao barracão do seringal onde a busca de mercadorias atendia certas demandas das famílias. Neste sentido estas práticas sociais de saúde operadas no posto de saúde têm relações com a organização da produção. De fato o agente de saúde é considerado como um despachador de remédios, onde o despachar remédios tem uma prática análoga no despachar de mercadorias do tradicional barracão.

Na comunidade da Estrada Velha a produção predominante é a agricultura onde o grupo familiar domiciliar se constitui em unidade produtiva. Há uma cooperação entre as famílias com trocas de dias de trabalhos contudo não constatei formas de associativismo ou cooperativa para a comercialização da produção ou atividades. A questão principal que ocupou as reuniões onde participei na Estrada Velha é a mobilização das famílias em torno da manutenção da posse da terra. A organização sindical é a maneira da comunidade fazer frente a este problema.

O posto de saúde da Estrada Velha está localizado próximo da escola. O prédio da Igreja e o campo de futebol, com seu galpão de jogos, que ficavam também ao lado da escola foram transferidos a outro local a 1 km de distância. Assim o local do posto de saúde evidenciou mais a diferença com o posto do seringal São Pedro onde a casa do agente de saúde, o posto, e a escola fazem parte da colocação Itapissuma formando uma referência, para encontros da comunidade.

Na Estrada Velha verifiquei que o agente de saúde tem um papel típico de um funcionário público com obrigações de atender as solicitações da comunidade, com cumprimento de horário. É notória a exigência da comunidade para com o agente.

A maneira de organizar e conduzir os trabalhos do posto de saúde da Estrada Velha, notadamente a maneira de trabalhar do agente de saúde e o modo como os usuários do posto se relacionam com os serviços de atendimento têm relações com o modo de organizar a produção familiar em lotes de terra com autonomia entre si. Não há, como no seringal S. Pedro uma identificação do posto de saúde com uma determinada colocação do seringal. Também é fundamental ressaltar que numa colocação de seringal, a disposição espacial das estradas é organizada de maneira a localizar a colocação da família do seringueiro no centro. A moradia fica no centro da área de trabalho. Há, portanto diferenças no modo de identificar e localizar os espaços. Tendo em conta minhas observações a localização do posto de saúde da Estrada Velha, é para os agricultores, uma referência pouco identificada com determinado espaço onde a comunidade tem um ponto de encontros, incluindo a escola, a igreja.

A maneira do Sr. Raimundo atender e orientar as pessoas no posto de saúde tem particularidades pessoais e também uma marca de um prestador de serviços, porém não se trata de uma espécie de chefe ao qual os usuários se dirigem.

Na comunidade do Ramal do Cascalho a mudança de seringal para os lotes da colonização do INCRA aconteceram no curso legal da prática de destinar terras às famílias, para ter a posse da terra reconhecida. Por outro lado a proposta produtiva embutida no projeto de colonização não atendeu a

manutenção das famílias e a comunidade com suas articulações e mobilizações procurou viabilizar uma forma de produção com possibilidades de melhorar o padrão de renda das famílias. A produção dos sistemas agroflorestais de forma associativa com uma agroindústria para colocar a produção no mercado, marca a comunidade pela sua procura de soluções para os seus problemas não só de saúde como escolas, abertura de estradas e outros.

Neste contexto de procura para resolver seus problemas é que o posto de saúde não foi criado num prédio diferenciado e sim na casa da agente de saúde. A modalidade de trabalho com mais informalidade nos atendimentos e a adoção da Homeopatia e Fitoterapia como terapêutica tem uma relação com a perspectiva preservacionista dos sistemas agroflorestais do Projeto RECA.

A ausência dos serviços públicos poderia ser o motivo da comunidade buscar práticas sociais de saúde diferentes dos serviços oficiais, porém há um serviço público de saúde, tanto na Vila Nova Califórnia e Vila Extrema. Durante a pesquisa no Ramal do Cascalho não encontrei referência da comunidade em querer a extensão dos serviços de saúde próximos para a comunidade. Também não encontrei indicativos de que a agente de saúde fosse procurar apoio nos serviços oficiais para as suas práticas sociais de saúde.

4.1.5 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE UM ATOR SOCIAL.

A interação do agente comunitário de saúde com a comunidade evidência aspectos importantes em que saúde e doença diz respeito à vida social.

É relevante destacar, em concordância com a literatura, alguns aspectos do agente de saúde enquanto ator social e a semelhança entre os três agentes das comunidades enquanto atores sociais efetivamente presentes nas suas comunidades. Nas três comunidades estudadas várias atividades religiosas mostraram a relação entre saúde, doença e religião. Tanto as articulações para efetivar as práticas sociais de saúde nas comunidades são discutidas nas reuniões religiosas das comunidades de base, como pedidos para a saúde são incluídos nas orações. Em manifestações religiosas como a festa de Santa Luzia os aspectos de saúde e doença, notadamente problemas da visão, fazem parte central das rezas.

Mesmo com as variações entre as comunidades os agentes de saúde assumem um papel de ator social muito semelhante às definições de Berger & Luckmann. Nos três casos estudados há envolvimento dos agentes de saúde com suas comunidades, com articulações dentro e fora das mesmas de modo que as relações sociais refletem sobre a conduta dos agentes.

“O ator identifica-se com as tipificações da conduta in actu socialmente objetivada, mas restabelece a distância com relação a elas quando reflete posteriormente sobre sua conduta. Esta distância entre o ator e sua ação pode ser conservada na consciência e projetada em futuras repetições das ações. Desta maneira tanto o eu atuante quanto os outros atuantes são apreendidos não como indivíduos únicos mas como tipos. Por definição estes tipos são intercambiáveis”. (Berger & Luckmann, 1991: 102-103).

Certamente o agente de saúde se identifica com as tipificações da sua conduta e as condutas passadas, com referências nas repetições das ações. No caso as ações são principalmente as práticas sociais de saúde, onde os atributos

peçoais de cada agente de saúde também estão presentes no reconhecimento da comunidade face ao papel do agente. É a organização social que reconhece este agente já “institucionalizado” na comunidade. Nas atividades dos agentes de saúde estão articulações que se repetem de modo a constituir parte da comunidade.

“ O outro trabalho que eu desenvolvo, além do posto de saúde é trabalho assim de comunidade, de reunir o povo, trabalho sindical e de igreja”. (Raimundo)

No relato de Simpício a problemática da saúde tem uma relação importante com as articulações do agente de saúde.

“Não fica só o agente de saúde resolvendo o problema, mais sim junto com a comunidade, porque quando nós tamo trabalhando todo mundo junto, o agente de saúde ele é principalmente um representante da comunidade, ele não é uma pessoa querendo só ele querer, não eu sou o bom, porque ele não faz nada, ele não vai fazer nada só. A pessoa dele não vai fazer. Agora junto com a comunidade tudo trabalhando num setor de saúde, uma saúde, vamos dizer uma saúde pública, uma saúde para todos”. (Simpício)

O intercuro estabelecido do agente com a comunidade tem este caráter de amplitude e abrangência percebendo os problemas da comunidade relacionados aos programas oficiais de saúde, de maneira muito semelhante à literatura pertinente como os autores a seguir: (Ribeiro et alli, 1984:221) apontam problemas contidos em programas oficiais de saúde quando tratam a população de forma paternalista na chamada “ajuda aos pobres”. Os mesmos autores também levantam limitações na forma de tratar os problemas locais das comunidades. Em muitos programas de saúde estes problemas são vistos

apenas como problemas locais, sem uma relação com a contextualização das comunidades.

Estes problemas e limitações levantados não são dos agentes de saúde. O modo destes se relacionar dentro e fora da comunidade tem uma abrangência maior do que os limites da suas comunidades e os programas oficiais de saúde objetivamente não tem grande abrangência sobre o agente de saúde de modo que muitos problemas não serem resolvidos.

4.1.6. Parametros Comparativos de Aspectos Individuais dos Agentes Comunitários de Saúde e Atividades, do Respetivo Posto de Saúde nas três comunidades

Aspectos individuais do agente e atividades do respectivo posto de saúde.	Lideranças e Participação nos Grupos Familiares por parte do Agentes de Saúde	Modalidade Terapêutica e Fornecimento de Medicamentos no Posto	Articulações na Comunidade para viabilizar o Posto de Saúde	Práticas Sociais de Saúde do Agente do Posto
Referido à Comunidade				
Estrada Velha	Durante muitos anos foi delegado sindical da comunidade e dirigente base, atualmente passou estas atividades para outras pessoas. Pertence a um grande grupo familiar sem ser o seu líder.	Consulta e prescrição de medicamentos. Com base no livro "Onde Não Há Médico". Medicamentos fornecidos, pela Secretaria Municipal de Saúde de Xapuri.	Articulações na comunidade, pelo movimento sindical, comunidade de base, grupos familiares até o serviço público de saúde.	Apresenta palestras para os alunos das escolas próximas. Faz esclarecimentos sobre saúde em reuniões da comunidade. Visita famílias para orientação.
Seringal São Pedro	É delegado sindical do seringal, líder da comunidade de Base, (procurando um substituto). É líder de um grupo familiar	Consulta e prescrição de medicamentos da Central de Medicamentos. Com base no livro "Onde Não Há Médico". Medicamentos fornecidos pela Secretaria Municipal de Xapuri.	Articulações na comunidade, pelo movimento sindical, comunidade base, organizações não Governamentais, grupos familiares até o serviço público de saúde.	Faz esclarecimentos sobre saúde em reuniões da comunidade.
Ramal do Cascalho	É migrante do Sul do País, não pertence aos grupos familiares. É líder da comunidade de base. Trabalha com a catequese das crianças e participa com regularidade das atividades da Igreja Católica.	Consulta ouvindo os sintomas do doente para aplicar a lei da semelhança da metodologia Homeopática. A base do trabalho é o "Guia de Medicina Homeopática". Os medicamentos são, na maioria preparados pela agente, sendo alguns reproduzidos por matrizes fornecidas pela pastoral da saúde da Vila Nova Califórnia.	Articulações na comunidade, pelo associativismo do Projeto RECA, comunidade de base, Pastoral da Saúde com serviço voluntário.	Faz esclarecimentos sobre saúde em reuniões da comunidade. Presta serviço de controle da malária na Vila Nova Califórnia. Faz demonstrações do preparo de plantas medicinais nas reuniões da comunidade.

4.1.7 A MEDICALIZAÇÃO DO ÂMBITO DOS AGENTES DE SAÚDE

A partir das declarações do agente de saúde da Estrada Velha, Sr. Raimundo colocando o problema do consumo de medicamento fica evidente a pouca eficácia do medicamento sobre a morbidade na sua comunidade, a sua saída de trabalho foi ampliar a sua prática preventiva orientando a comunidade para ações de saneamento básico.

“Quando a gente é que na nossa área ouvia muito índice de doença, a verminose que atacava na população eu comecei a trabalhando neste trabalho e despachando; o mebendazol bebia com águas contaminada. Depois que eu comecei e trabalhei um ano, dois anos e vi que aquilo não tinha...era só repetindo a mesma coisa. Eu mudei o sistema de trabalho, eu mudei uma parte da educação, educando, visitando escola, em reuniões, ensinando fazer a privadinha e como cuidar da água. Melhorou o quadro, mais não chegou onde é preciso ainda”. (Raimundo)

O problema da medicalização é tratado por inúmeros estudos colocando vários problemas relacionados, como desencadeantes ou afetos ao grande consumo de medicamentos. Segundo (Cordeiro, 1984:277) há uma inadequação na estrutura de prescrições, com basicamente duas implicações: utilização de medicamentos sintomáticos que permitem a reposição do trabalhador doente na força de trabalho e a estratégia do médico para organizar sintomas vagos em entidades mórbidas, através do uso do medicamento, que dá ao paciente a ilusão de um diagnóstico preciso e a confiança na “cientificidade” da ação do médico.

Outra problemática relacionada à medicalização, ainda segundo o mesmo autor, é a grande dependência brasileira da importação de medicamentos ou as suas matérias primas, o que trás consequências para a não produção nacional de medicamentos de qualidade e a restrição do acesso ao medicamento.

Segundo (Lefevre, 1991) o medicamento é colocado no mercado, pelos laboratórios mediante uma propaganda carregada de simbologias relacionadas à saúde, onde o medicamento recebe atribuições de eficácia que de fato ele não tem.

“O medicamento enquanto símbolo de saúde (...) é a possibilidade mágica que a ciência, por intermédio da tecnologia, tornou acessível de materializar, representar, numa pílula ou em algumas gotas, este valor, desejo, só a forma de prevenção, remissão, triunfo definitivo (na cura) é reproduzido no dia a dia (no controle), sobre o cortejo de males do corpo e da alma que afetam o homem, e sobre as “carências” ou “limitações” inerentes à condição humana: medicamentos geriátricos contra a perda da memória, vitaminas contra a calvície etc...” (Lefevre, 1991:23).

Na seqüência o autor coloca um detalhamento na “produção social do significado do medicamento” mediante o qual é estimulado o consumo do medicamento com a ampliação publicitária do grau de necessidade em saúde.

Efetivamente o medicamento e a medicalização são problemas no campo da saúde. Os dois autores citados, bem como (Donnangelo, 1979:47 e seg.) não colocam soluções para estes problemas.

Nas declarações dos agentes de saúde a problemática da medicalização está no conjunto das preocupações com as comunidades. O Sr. Raimundo foi

mais explicito, chegando a colocar o posto de saúde como um lugar onde são distribuídos medicamentos. Este problema, neste caso, está relacionado com os limites do seu próprio trabalho e este trabalho, por sua vez, está dentro de uma estrutura de serviços de saúde onde o medicamento é o único recurso colocado para o agente de saúde desenvolver o seu trabalho.

“Não tem como desenvolver, não temos ajuda, não temos aquela coiseira toda. A agente não passa, a não ser um despachador de remédios pelo estado” (Raimundo).

Na comunidade do seringal S. Pedro o problema da medicalização não foi explicitada com ênfase pelo agente de saúde, porém os dois usuários do posto de saúde que foram entrevistados se referiram claramente ao medicamento como um preventivo de doenças.

“Rapaz na minha vez prevbenir doença tem o mediamento em casa, em mao né [...] considero o mais importante o posto com muito remédio, muito medicamento né e o doutor na hora pra atendê a gente né”. (João)

No Ramal do Cascalho a agente de saúde declarou que na sua comunidade as pessoas ainda estão empenhadas na procura de medicamentos, sem levarem muito a sério as práticas preventivas.

A problemática da medicalização está colocada na literatura ocupada com a mesma e está presente nas comunidades estudadas. As três comunidades têm em comum a percepção de problemas relacionados ao uso de medicamentos, relacionando estes problemas também aos serviços de saúde, ou seja a medicalização. Por outro lado, cada agente de saúde procura a seu modo de lidar com esse problema chegando até a tomar iniciativas concretas

com mudanças em seus trabalhos, como é o caso do Sr. Raimundo na Estrada Velha.

4.2 AS INTERPRETAÇÕES DA SAÚDE E DA DOENÇA, PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E USUÁRIOS DOS POSTOS DE SAÚDE.

A investigação procurou verificar o funcionamento dos posto de saúde, buscando informações também dos usuários dos mesmos. Isto possibilitou verificar melhor a interação dos agentes com as suas comunidades. Ao mesmo tempo procurei identificar os aspectos partilhados, ou não, entre agentes e usuários quanto as suas interpretações sobre saúde e doença. Estas interpretações também informam o olhar sobre o indivíduo doente ou saudável, onde estão presentes significados relacionados a diversos aspectos da vida social.

“A partir das ciências sociais podemos dizer que há uma ordem de significações culturais mais abrangentes que informa o olhar lançado sobre o corpo que adoece e que morre. A linguagem da doença não é, em primeiro lugar linguagem em relação ao corpo mas à sociedade e às relações sociais” (Minayo, 1993:17).

Para os agentes a saúde a doença é conceituada relacionalmente com as práticas sociais de saúde bem como aos aspectos da vida social.

Na visão do agente de saúde da comunidade de São Paulo, o Sr. Simplicio a saúde também implica em conquistas de direitos.

“Saúde não é tomar medicamento, saúde é saber organizar a comunidade, debater, discutir sobre reunião com a comunidade, saber reivindicar os direitos da gente (...) a gente tem de orientar muito bem as pessoas, tem de ter isso na cabeça, porque se o cara fica tomando medicamento mais se ele não tem uma boa alimentação, se ele não tem uma boa higiene, se ele não tem uma estadia, se ele não tem uma boa morada como é que vai resolver essa situação? Medicamento não vai resolver a situação.” (Simplicio).

A doença é definida pelo mesmo agente de saúde, como algo que atinge a pessoa, porém não é um fenômeno isolado. tanto uma anemia como uma epidemia tem um impacto de grande abrangência.

Os usuários do posto de saúde do S. Pedro definem doença relacionando-a com uma causa objetiva como comida, água. Algumas doenças teriam origem numa comida não adequada, ou a água poderia causar febre. Um dos usuários do posto , o Sr. João Pinheiro, define doença identificando alterações no doente como falta de sangue, estar amarelo. Por outro lado este mesmo usuário define a saúde como decorrência do uso do medicamento. Para ter saúde é necessário usar medicamentos.

Para o agente de saúde Raimundo da Estrada Velha o conceito de saúde esta concretizado numa pessoa com determinadas condições.

“Uma pessoa que tem a saúde é uma pessoa que tem um desenvolvimento, tem um trabalho melhor, tem o seu lugar pra produzir sua alimentação pra sobrevivência, pra poder ter saúde”.

E acrescenta um elemento importante da prevenção de doenças.

“Precisa ter um sistema, um sistema de saneamento pra poder se defender das doenças, fazer a parte da prevenção” (Raimundo).

Para o Sr. Raimundo a doença é visível no doente. “a doença a gente vê de um jeito” “e os doentes são aquelas pessoas que fica no que a gente não tem e (não) sabe é desenvolver eles, motivo mesmo de organização do povo que tá no poder que mantém o povo dessa maneira que a gente não tem como desenvolver”. (Raimundo)

Desse modo o agente de saúde relaciona a existência da doença a não efetivação dos direitos das pessoas, limitando o desenvolvimento, contudo este desenvolvimento não foi definido.

Dos dois usuários do posto de saúde da Estrada Velha, apenas um definiu saúde e doença. O Sr. Cleo definiu saúde, relacionando-a ao bom alimento: “tem saúde quem se alimenta bem. A doença acontece pela ausência do bom alimento, da higiene.”

Na comunidade do Ramal do Cascalho as definições sobre saúde, tanto por parte da agente de saúde como de um dos usuários, são relacionadas com a capacidade para o trabalho. Enquanto os agentes Simplicio e Raimundo enfatizam a saúde enquanto um direito, relacionando-a aspectos práticos de, alimento, trabalho etc. Dona Zelinda enfatiza o aspecto saúde como disposição para o trabalho.

“A pessoa que tem saúde, se alimenta bem. Também acho que ela não apresenta nem uma né...(dificuldade) para o trabalho né” (Zelinda).

Os usuários do posto de saúde da comunidade do Ramal do Cascalho definem saúde e doença de maneira semelhante à agente de saúde, porém o medicamento é incluído como componente para a saúde, porém o medicamento é incluído como componente para a saúde. O Sr. Antônio relaciona saúde com a aparência física da pessoa, contudo o aspecto mais

enfático para demonstrar a saúde de uma pessoa é a sua disposição para o seu trabalho. O outro usuário Sr. Joaquim, define a saúde colocando alimentação, fortificante e medicamento como elementos necessários para a pessoa ter saúde.

A doença é definida pelos dois usuários como decorrente da ausência dos fatores que favorecem a saúde.

4.3 A PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PRÁTICAS SOCIAIS DE SAÚDE.

As definições e conceituação sobre prevenção de doenças, saúde preventiva e saúde pública apresentadas a seguir têm a finalidade de, também, verificar as semelhanças e diferenças entre estas definições e conceituações com as práticas sociais de saúde operadas pelas comunidades. Desse modo, além das semelhanças e diferenças das práticas sociais de saúde entre as comunidades relacionadas com a organização da produção as definições e conceituações possibilitarão maior clareza sobre a efetiva dimensão preventiva das práticas sociais de saúde das comunidades.

4.3.1 DEFINIÇÕES E CONCEITOS SOBRE PREVENÇÃO DE DOENÇAS, SAÚDE PREVENTIVA, SAÚDE PÚBLICA.

A partir deste tópico vou expor um apanhado de definições e conceitos sobre prevenção de doenças, saúde preventiva, saúde pública do ponto de vista científico. Nas várias obras consultadas procurei uma aproximação das

definições e conceitos colocados com as práticas sociais de saúde percebidas, apreendidas e levantadas nas três comunidades.

Inicialmente considero necessário uma definição de Saúde Pública em cujo âmbito são situados uma infinidade de práticas e conhecimentos. Segundo Rouquayrol a saúde pública intervém buscando os esforços organizados da comunidade para ações de saneamento, controle de infecções e organização de serviços médicos. A intervenção com determinadas finalidades também faz parte das práticas sociais de saúde das comunidades, por exemplo manter os espaços da moradia livre de lixo e excrementos têm uma finalidade objetiva de evitar doenças nas pessoas. Portanto há uma semelhança entre o âmbito técnico-científico e as práticas das comunidades com relação ao sentido de intervir sobre determinados fatores para criar ambientes propícios à saúde.

“A saúde pública intervém buscando evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência. (...) A prática da saúde pública apesar de assentar grande parte de suas decisões sobre o conhecimento epidemiológico, não deixa de ser uma prática de intervenção social planejada e, como tal, uma parte ponderável de suas ações são resultantes de decisões pessoais ou colegiadas, são limitadas pela estrutura sócio-econômico então vigente e são determinadas por uma multiplicidade de fatores não científicos, entre os quais se alinham a ideologia, a decisão política, as conveniências contingentes, a nível de autoridade, de pessoa ou de grupo, a experiência de vida de seus agentes e a falta ou presença de bom senso” (Rouquayrol, 1994:18).

Nesta intervenção estão uma gama de práticas sociais de saúde onde a compreensão requer um detalhamento mais preciso. Neste sentido a mesma

autora conceitua a prevenção de doenças. Conforme esta definição já é possível visualizar que muitas práticas sociais de saúde desenvolvidas pelas três comunidades estudadas estão de acordo com estes conceitos de prevenção.

“Prevenir é prever antes que algo aconteça, ou mesmo cuidar para que não aconteça. Prevenção em saúde pública é a ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença” (Rouquayrol, 1994:19).

É necessário explicitar melhor em que consiste a saúde pública, a prevenção. Neste sentido há especificações detalhadas o suficiente em inúmeras obras, contudo aqui vou me ater aos aspectos de como responder a problemas enfrentados pelas comunidades. Efetivamente as comunidades investigadas procuraram responder aos seus problemas de saúde mediante suas práticas sociais.

Intervir na saúde pública, enquanto prática social de saúde no sentido de prevenir doenças significa, conforme (Possas, 1989:192 e seg.) intervir sobre as determinações das doenças. Há, segundo esta autora, determinações significativas nas condições de trabalho que resultam no aparecimento de processos mórbidos de uma população. Neste sentido interferir sobre estes determinantes significa prevenir a manifestação destes processos mórbidos. (entendendo aqui processos mórbidos no mesmo sentido de doenças). Objetivamente a autora conceitua também, estas determinações como fatores de riscos de adoecer, onde estão, colocadas as possibilidades da prevenção.

“Estas condições gerais de existência abrangem (...) um amplo aspecto de possibilidades de exposição a riscos. Por essa razão é fundamental diferenciar (...) de um lado, as condições de vida, referentes a condições materiais necessárias à subsistência,

relacionadas à nutrição, à habitação, ao saneamento básico e às condições do meio-ambiente; de outro, o estilo de vida, que se refere às formas social e culturalmente determinadas de vida, que se expressam no padrão alimentar, no trabalho e no esporte, hábitos como fumo, álcool e lazer, entre outros” (Possas, 1989:197).

Tendo em conta os aspectos das condições de subsistência nutrição, habitação, saneamento básico, é fundamental relacionar estes aspectos observados nas comunidades. A seu modo as famílias ocupam-se cotidianamente com práticas voltadas a estabelecer uma boa moradia, a produzir alimentos. Evidentemente não pretendo aqui colocar análises macro conjunturais sobre as determinações sociais de saúde x doença, mas relacionar no âmbito das comunidades estudadas as práticas sociais de saúde com o referencial de alguns trabalhos científicos. Ao mesmo tempo encontrar perspectivas objetivas nas práticas sociais de saúde. Por exemplo se pode haver relação entre as preocupações do agente de saúde Raimundo da Estrada Velha com a construção de privadas na sua comunidade e as orientações sobre prevenção de doenças parasitárias de Harold Brown.

“A prevenção das doenças parasitárias depende de medidas que impeçam a disseminação dos parasitos com a aplicação prática de conhecimentos epidemiológicos. Quase todos os parasitos apresentam em seu ciclo evolutivo uma fase vulnerável a medidas específicas de extermínio. Assim, tomando-se medidas sanitárias que impeçam a contaminação pelas fezes, quebra-se um elo do ciclo biológico que pode existir quando da saída do parasito ou de seus ovos para o hospedeiro, durante a sua existência no meio externo ou na hora de chegar ao homem” (Brown, 1977:12).

Os relatos e observações confirmam uma aplicação, por parte das comunidades de medidas de saneamento com alcance preventivo de doenças parasitárias.

Para enfatizar a importância do saneamento enquanto medidas preventivas de saúde (Azevedo Neto e Capos Botelho, 1991:15 e seg.) afirmam que “Nos países em desenvolvimento avaliou-se que aproximadamente 80% dos leitos hospitalares vêm sendo ocupados por pacientes com doenças causadas direta ou indiretamente pela água de má qualidade e por falta de saneamento”. Para evitar doenças estes autores recomendam ações de saneamento como: controle da qualidade da água, disposição sanitária do lixo, habitações adequadas, esgotos sanitários.

No âmbito técnico todas estas práticas são também classificadas como prevenção primária de saúde. (Forantine, 1992) adota a classificação de prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária é assim definida por este autor:

“Aqui os meios preventivos são aplicados na etapa correspondente ao período pré-patogênico, vale dizer, na vigência das condições favoráveis à ocorrência da doença, mas antes que esta se manifeste. Comumente, esta atuação é conhecida como promoção da saúde. O objetivo primordial é o de modificar aquelas condições de maneira a torná-las pouco propícias para o aparecimento do processo (Forantine, 1992:265).

Na sequência o autor enumera as atividades como saneamento básico, educação, nutrição, habitação, condições de trabalho e recreação. Em “segundo nível” enumera “vacinação específica e a medicação em massa para certas afecções”. Quando a sequência da prevenção secundária é aplicado significa o

tratamento de enfermidades por medicações. Neste caso medicações usadas nos postos de saúde estão no nível secundário da prevenção por interromperem o ciclo de uma doença em curso. O nível terciário de prevenção ao qual o autor se refere não está no âmbito de um posto de saúde por demandar uma maior complexidade tecnológica. A rigor o nível secundário também não está no âmbito de um posto de saúde, contudo, a terapêutica parcialmente se enquadram neste nível.

Entre os conceitos desenvolvidos pelo mesmo autor é relevante as relações entre hospedeiro e parasita como duas populações de seres vivos que estabelecem relações cuja conseqüências são o surgimento de processos mórbidos para o hospedeiro. Forantine (1992:125 e seg.). ainda coloca o conceito de “cadeias de transmissão” do parasita para o hospedeiro. Uma vez conhecidas estas cadeias de transmissão a prevenção consiste em interromper estas cadeias mediante ações de saneamento ambiental.

Diferentemente das doenças infecto-parasitárias as doenças crônicas degenerativas apresentam mais dificuldades nas definições da sua prevenção, bem como as concepções sobre os fenômenos afetos à fisiopatologia que se ocupa na compreensão destas doenças. (Canguilhem, 1990:165-166) coloca aspectos da fisiopatologia que demonstram dificuldades em estabelecer parâmetros entre o normal e o patológico. O normal e as adaptações do organismo para enfrentar agressões causadas por processos mórbidos podem ser interpretados sob vários ângulos.

4.3.2 PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PRÁTICAS SOCIAIS DE SAÚDE NA COMUNIDADE DO SERINGAL SÃO PEDRO.

Na comunidade do seringal São Pedro a higiene, principalmente a limpeza na casa e os banhos, é considerada fundamental para a prevenção de

doenças, contudo entre os sujeitos pesquisados os relatos apontam muitas diferenças sobre o entendimento de prevenção das doenças.

Para o Sr. Simplicio, o agente de saúde, a prevenção de doenças tem uma implicação com várias atividades na comunidade.

“Debater junto a comunidade (...) reunir o povo, debater explicar o que é prevenir a doença. (...) Criar um saneamento, vamos dizer de higiene, de educação. Primeira coisa educar o povo. É uma saúde educar a comunidade” (Simplicio).

Pela participação em reuniões da comunidade observei que há uma discussão dos problemas de saúde da comunidade, contudo há uma grande preocupação com a disponibilidade de medicamentos no posto.

No depoimento de Dona Maria Lice, mãe de família de uma das casas visitadas para observação e entrevista, a prevenção é definida mediante atividade de saneamento:

“A gente precisa de limpeza ao redor, precisa sempre um esgoto, não deixar as crianças defecar, por ali nessas proximidades, assim sobre a sujeira né, precisa sempre cuidado.” (Maria Lice)

Esta conotação de saneamento do meio, colocada como prevenção de doenças encontra uma prática social bem diferenciada em outro domicílio da mesma comunidade. Dona Raimunda considera o uso de plantas medicinais como forma de prevenir doenças, embora as suas práticas tenham uma dimensão curativa onde o não agravamento do doente é colocado como um preventivo.

“Eu faço um remédio da mata, faço um chá de agrião com mastruz pra amadurecer a gripe. As vez tá com dor de cabeça faço com folha de algodão, pimenta de cheiro, as vez a pessoa fica bom. Pelo menos

não é o remédio da farmácia, é o remédio da mata mesmo". (Raimunda).

Nos domicílios visitados na comunidade do seringal São Pedro dois deles têm uma movimentação maior de visitas, presença de parentes e vizinhos que freqüentam estas casas. É o caso da colocação Fortaleza da Dona Maria Lice e a colocação Nova Aldeia da Dona Raimunda. Nestas duas colocações encontrei uma explicação bastante objetiva das práticas sociais de saúde, principalmente em relação ao uso da água, cultivo de roçados, uso de plantas medicinais. Ao mesmo tempo, é notável os cuidados pessoais com os doentes. As mulheres prestam assistência permanente ao doente, oferecendo chás, alimentos, mantendo roupas limpas. Os depoimentos são expressões de ações, de práticas bem definidas e com resultados práticos.

"Faço rapaz, só do um negócio dum bicho, aí perdi a semente, semente, foi a mangirioba, tipo gergelim, nostarda. O Senhor acredita a bicha é boa até pra pneumonia tirando do... ela, ela é beleza, o senhor pode tá assim com uma gripe, suspiro, assim sente aquela dor por dentro, a gente faz o sumo da mostarda, aí a gente toma. O senhor acredita a gente fica bonzinho". (Raimunda)

Dona Raimunda também relaciona saúde com alimentação.

"O fato da pessoa ter saúde assim o pessoal gosta muito é verdura, a cebola, o couve, o alface, coentro, é maxixe, tomate, o gerimum, alho, quiabo. [...] No meu roçado tem a cebola e o maxixe, tá tudo florando e a melancia também". (Raimunda)

O relato de D. Maria Lice são igualmente ilustrativos em relacionar as suas práticas com a saúde da sua família.

“De manhã as vezes dá mingar de banana, as vezes dá uma tapioca, as vezes dá um bijú, as vezes é a carne mesmo comum, pois é, e sobre a verdura isso ai no caso é constante a salada, a salada hoje bastante. Pra mim pro meus filhos é a bem de saúde porque hoje é o cuidado na água na fonte. Sobre a minha dormida com meus filhos é a limpeza, né. Sobre assim ao redor da minha casa, sobre assim a roupa suja né, é quando eu tenho a Q’boa eu boto na Q’boa, e quando eu não posso compra logo eu fervo, né. Pois é quem mora nas mata, a gente sempre precisa ter um pouco de cuidado né”.
(Maria Lice)

Por outro lado o levantamento domiciliar mostrou que a maioria das famílias do seringal São Pedro procuram imediatamente o serviço de saúde nos casos de doenças. Apenas 2 famílias procuram não usar os serviços de saúde. Com isso é evidente a relação entre os cuidados domiciliares e o uso dos medicamentos distribuídos no posto de saúde.

O levantamento domiciliar procurou saber o que as famílias consideram importante para a prevenção de doenças. Na comunidade do seringal São Pedro a higiene e limpeza foram citadas como preventivo de doenças em 18 domicílios, (51,4%) A boa alimentação foi citada em 4 domicílios. Água tratada e protegida em 6 domicílios. A construção de privadas foi considerada como preventivo de doenças em 7 domicílios. Evitar o fumo e bebidas alcóolicas foi considerado preventivo em 4 domicílios. Ter acesso ao posto de saúde, ao medicamento e vacinação foi citado em 16 domicílios e não acostumar com remédios de farmácia foi considerado preventivo de doenças em 1 domicílio.

Mesmo com a predominância preventiva da higiene, limpeza e água limpa na maioria das famílias apenas 3 domicílios têm privadas construídas. Por outro lado a maioria utiliza água de fontes, como mostra a tabela.

Fontes de Água na Comunidade do Seringal São Pedro

Fonte onde a Família usa água	Número de Domicílios
Água de Igarapé	13 (37,1%)
Água de Fonte	22 (62,9%)
Água de Poço	0
Água de Açude	0

* Levantamento domiciliar nov.94

Quanto a conservação destas fontes de água apenas três domicílios mantêm suas fontes protegidas de contaminação o que representa 8,6 do total.

Possibilidades de Contaminação das Fontes de Água por Água de Enxurradas, na Comunidade do Seringal São Pedro.

Contam. por Enxurrada na Fonte	Número de Domicílios
Acontece as vezes	09 (25,7%)
Acontece freqüentemente	09 (25,7%)
Não acontece	03 (8,6%)
Não responderam	14 (40,0%)

* Levantamento Domiciliar Nov.94

O modo de organizar as colocações nos seringais para a produção do extrativismo a utilização de água direto das fontes, sem abertura de poços é uma decorrência da organização da colocação. Com a proximidade da floresta a privada deixa de ser uma necessidade imediata para as famílias, mesmo havendo uma repetida ênfase nos aspectos de higiene e limpeza há uma dificuldade concreta em isolar as fontes de água da contaminação por enxurradas.

No conjunto das práticas sociais de saúde e as definições sobre prevenção de doenças o levantamento domiciliar obteve informações sobre a morbidade nas comunidades. Isto é, a ocorrência de doenças relatadas em cada domicílio. Nesta questão tive como base os conceitos trabalhados por Coldberg, (1994). Este autor coloca a possibilidade de considerar válidas as informações não médicas sobre a ocorrência de doenças, bem como as implicações socio-econômicas decorrentes da incidência de doenças sobre uma dada população. “é muitas vezes difícil colocar em relação uma doença com uma situação sócio-econômica”. (Coldberg, 1994:117 e seg) O Autor também considera difícil medir estas implicações sócio-econômicas somente através da contagem dos casos de doenças.

Com os dados obtidos pelas informações nos domicílios e levando em conta a observações nas famílias, mais a participação em vários encontros e reuniões das comunidades é possível afirmar que a morbidade nas três comunidades é baixa. A doença que de fato provoca problemas é a malária na comunidade do Ramal do Cascalho.

Os relatos da morbidade sentida, levantados na comunidade do Seringal São Pedro, são coerentes com as observações realizadas de que esta

comunidade não apresenta um alto índice de doenças. O resumo do levantamento da morbidade sentida é o seguinte:

Dor de cabeça 5 casos, gripe 4 casos, acidente ofídico e ameoba 2 casos cada, pneumonia, alergia, malária, problemas de vista, problemas de útero, doente da cabeça, todos com um caso. São informações que sugerem, no conjunto, uma comunidade sem apresentar impactos de relevância. Neste sentido as informações o número da população nas famílias pesquisadas é complementar para relacionar com a morbidade sentida.

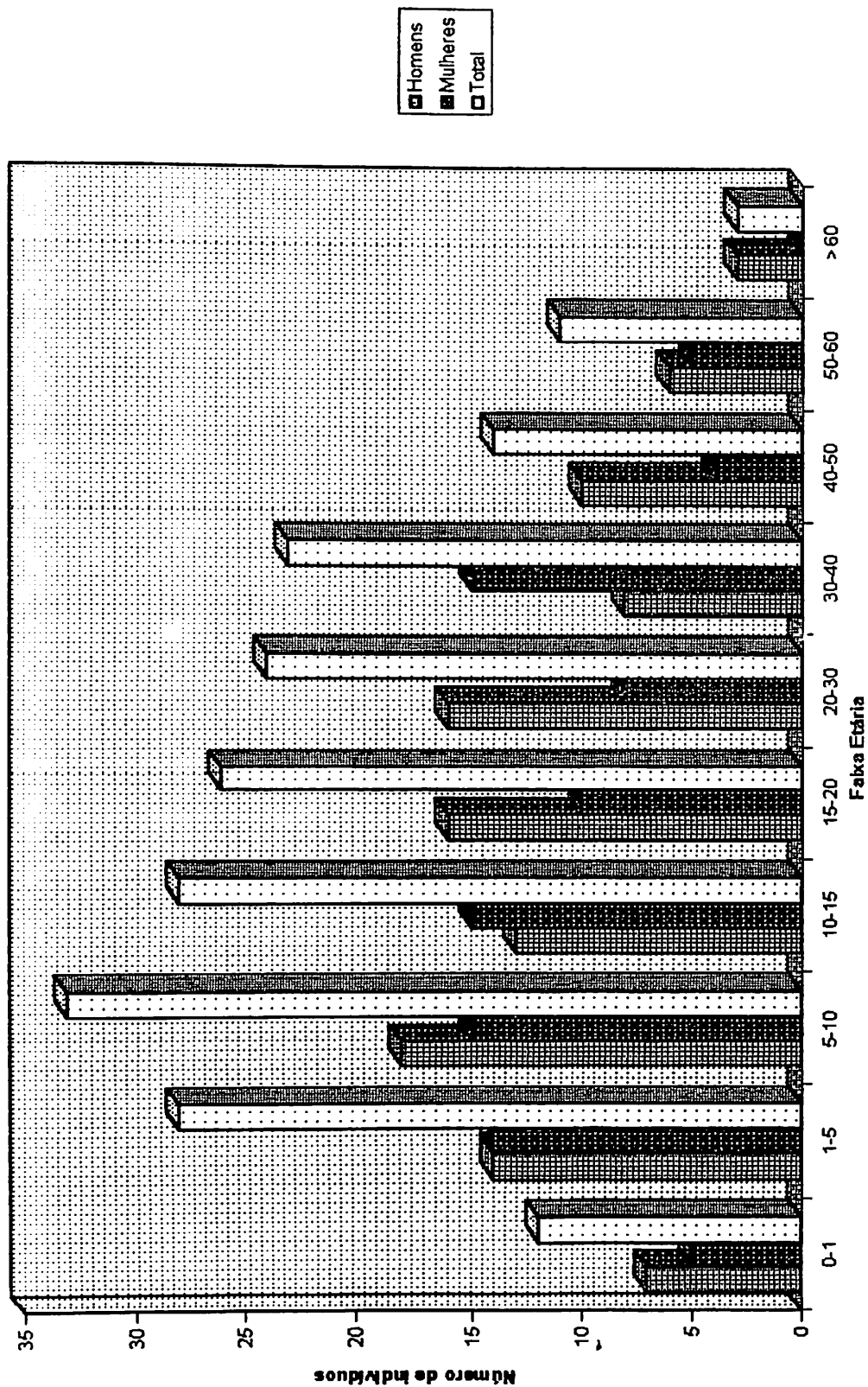
**Número de Pessoas, Por Idade e Sexo, Nos Domicílios do Seringal São Pedro
em Novembro de 1994.**

Idade	Mulheres		Homens		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
0 - 1	05	2,47	07	3,46	12	5,93
1 - 5	14	6,93	14	6,93	28	13,86
5 - 10	15	7,42	18	8,91	33	16,33
10 - 15	15	7,42	13	6,43	28	13,85
15 - 20	10	4,95	16	7,92	26	12,87
20 - 30	08	3,96	16	7,92	24	11,88
30 - 40	15	7,42	08	3,96	23	11,38
40 - 50	04	1,98	10	4,95	14	6,93
50 - 60	05	2,47	06	2,97	11	5,44
+de 60	00		03	1,48	03	1,48
Total	91	45,02	111	54,93	202	99,95

* Levantamento domiciliar nov.94

* Total de 35 famílias.

Número de pessoas, por idade e sexo, Nos Domicílios do Seringal São Pedro, em Novembro de 1984.



4.3.3 PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PRÁTICAS SOCIAIS DE SAÚDE NA COMUNIDADE DA ESTRADA VELHA.

Na comunidade da Estrada Velha o agente de saúde define a prevenção de doenças como decorrência de práticas sociais de saúde bem precisas:

“Prevenir doença é para o estado ou para esses órgãos que a gente trabalha é fazer a imunização das doenças, mas nem esse trabalho é feito perfeito e eu já entendo prevenir doença de outra maneira, é uma boa alimentação, uma casa, um bom trabalho, tem uma convivência melhor pra ter um saneamento, pra poder ele ter uma boa saúde. Isso também é prevenir doenças” (Raimundo)

Nos domicílios desta comunidade encontrei definições sobre prevenção de doenças muito semelhantes às definições do agente de saúde. É relevante nas declarações do Sr. Antônio, um dos entrevistados nos domicílios, a sua preocupação em relacionar saúde, limpeza com o estudo das crianças.

“O alimento que faz bem é bom não faltar na mesa. É a verdura né, é o principal, ajuda muito a alimentação a verdura. (...) a qualidade de água é boa, inclusive nós usamos o poço né. Quer dizer o poço quando nós precisa dele é levado ao filtro e depois disso. Eu mesmo uso a água quase, do poço. Só pra fazer o alimento e usar na cozinha, né. Mas pra gente tomar a gente usa da água da fonte do vizinho. Uma água muito especial. (...) É a gente se preocupa muito com ela né, inclusive a limpeza né, a criança tem que ser bem limpa, bem tratada né, e ter o estudo né. Também que a gente já pensa

**nisso. Eles tão pequeno, mais a gente já pensa no estudo né.”
(Antônio)**

O mesmo entrevistado também enfatiza a alimentação como uma prática preventiva e lembra a vacina de forma muito objetiva, unificando, assim, vários elementos na idéia preventiva.

“Pra prevenir a doença tem que ser a limpeza né, boa alimentação né, inclusive bastante verdura né. Legume é importante pra prevenir a doença né, inclusive também a vacina né.

A vacina é a que tá prevenindo muita doença, caso de doença né, prevenindo”. (Antônio)

Verificando as declarações dos entrevistados com conteúdos objetivos sobre vários aspectos da prevenção de doenças é possível relacionar estes pensamentos dos entrevistados com o trabalho do agente de saúde, contudo é apenas um indicio do alcance do trabalho comunitário do agente que tem a intenção de implementar ações de saneamento, bem como diminuir o consumo de medicamentos pela prevenção das doenças.

“O que a gente repete mais no meu trabalho é palestra a comunidade explicando pra ela como se manter com a saúde, defendendo de bactérias de verminose, dessas coisas todas assim. Mais isso é um trabalho feito muito lento que o povo, o próprio município avicia a despachar que são os medicamentos pra população. (...)

“Quando a gente é que na nossa área ouvia muito índice de doença, a verminose que atacava na população, eu comecei e trabalhando nesse trabalho e despachando medicamentos e não tinha conhecimento o próprio remediozinho, o mebendazol, bebia com

água contaminada. Depois que eu comecei e trabalhei um ano, dois ano, três ano e vi que aquilo não tinha... era só repetindo a mesma coisa. Eu mudei o sistema de trabalho, eu mudei uma parte da educação, educando, visitando escola, em reuniões, ensinando fazer a privadinha e como cuidar da água. Melhorou o quadro, mais não chegou a onde é preciso ainda.” (Raimundo)

Em todos os domicílios visitados na Estrada Velha as definições de prevenção de doenças repetem a idéia de higiene. Ao mesmo tempo a prevenção é decorrência do saneamento.

“Tem que primeiro vem a higiene né, e a comida, bem onde vem bem falta né, e o cabra também se cuida, (o cabra) que vai da pessoa também tem que ter higiene, se a pessoa não se cuida, aí...(Luiz).

“A água ajuda muito a saúde da gente. Quanto mais a água é tratada melhor é (...). Eu acho prevenir a saúde, eu acho que é ter mais um pouco de higiene” (Benedita).

O levantamento domiciliar na comunidade da Estrada Velha uma situação problemática com a água de uso nos domicílios. Das 54 famílias da comunidade apenas 15 consideraram sua água de uso sem contaminação por águas de enxurradas. Um número significativo de 23 famílias utilizam água de igarapé. Devido a proximidade do igarapé Guajará há uma facilidade para o aproveitamento da água do mesmo, evitando a abertura de poços. Em duas famílias visitadas percebi um certo embaraço por parte de duas mulheres quando falaram sobre a utilização da água do igarapé. Há uma consciência de que a água pode veicular vermes, porém há dificuldades em encontrar outras fontes de água.

**“A água eu acho que tem um pouco disso de verme né. Eu acho”
(Margarida).**

Perguntada sobre uma alternativa para a água Dona Margarida não expressou uma conclusão. “Se pudesse ser diferente era bom né. Era bom né.”
(Margarida).

A tabela a seguir mostra o conjunto dos domicílios e fontes de água.

Fonte de Água na Comunidade da Estrada Velha

Fonte onde a Família usa água	Números de Domicílios
Água de igarapé	23 (42,6%)
Água de fonte	27 (50,0%)
Água de poço	1 (1,8%)
Água de açude	3 (1,6%)

* Levantamento domiciliar Out.94

O levantamento domiciliar da comunidade da Estrada Velha é coerente com as minhas observações nos domicílios. Poucas famílias resolveram a contento o seu abastecimento de água. O fato de três famílias utilizarem água de açude numa região de abundância de água é indicativo de um problema de difícil resolução. O fato de 25 famílias terem respondido a pergunta da contaminação da água da fonte por água de enxurrada tem relação com grande número de usuários da água do igarapé onde a água de enxurrada está presente na própria natureza.

Possibilidades de Contaminação das Fontes de Água ou Poços por Águas de Enxurradas na Comunidade da Estrada Velha.

Contaminação por Enxurrada na

Fonte/Poço	Número de Domicílios
------------	----------------------

Acontece as vezes	04 (7,4%)
Acontece freqüentemente	09 (16,6%)
Não acontece	15 (27,7%)
Não responderam	25 (46,3%)

* Levantamento domiciliar Out.94

Nas visitas às famílias da comunidade da Estrada Velha verifiquei que alguns casos de doenças exigem grandes esforços das famílias para buscar a cura destas doenças. Estive numa casa onde uma criança com tuberculose precisou viajar, junto com um acompanhante, para outro estado porque os serviços de saúde, mesmo em Rio Branco, não diagnosticaram a tuberculose. Em outros casos é necessário se deslocar até Brasília para resolver os problemas de saúde. Isto tendo em conta que o posto de saúde resolve um grande número de problemas menos graves.

Os relatos da morbidade sentida se refere ao período de 1993 até fim de julho de 94 numa comunidade de 278 indivíduos e são as seguintes ocorrências:

Gripe e febre 34 casos, malária 6 casos, hepatite 6, pneumonia 6, amigdalite 4, diarreia 3, asma 3 casos, caxumba 2, intoxicação por alimentos, anemia, ferida na cabeça, cálculo renal, leishmaniose, acidente efidico, alergia, ameiba, tuberculose, hérnia, reumatismo, tosse, infecção de mulher, todos com um caso relatado.

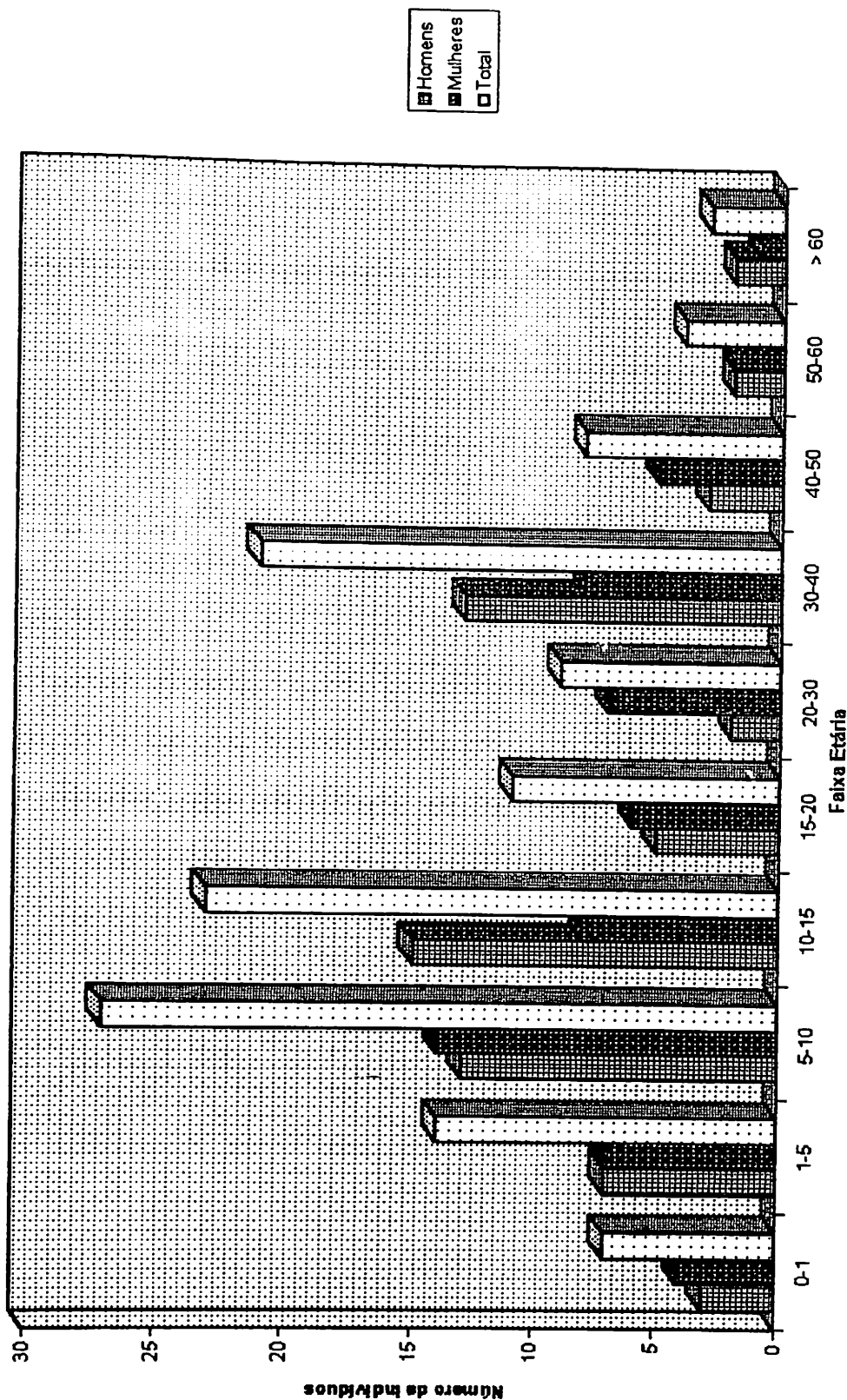
Esta morbidade se refere a uma população que está distribuída no seguinte quadro:

Número de Pessoas, por Idade e Sexo, nos Domicílios da Estrada Velha em Outubro de 1994.

Idade	Mulheres		Homens		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
0 - 1	08	2,57	03	1,07	11	3,94
1 - 5	21	7,55	17	6,11	38	13,66
5 - 10	29	10,43	27	9,71	56	20,14
10 - 15	15	5,39	21	7,55	36	12,94
15 - 20	10	3,59	12	4,31	22	7,9
20 - 30	25	8,99	21	7,55	46	16,54
30 - 40	17	6,11	25	8,99	42	15,1
40 - 50	05	1,8	08	2,87	13	4,67
50 - 60	03	1,07	05	1,8	08	2,87
+de 60	02	0,71	04	1,44	06	2,15
Total	135	48,51	143	51,4	278	99,91

* Levantamento domiciliar Out.94. Total de 54 famílias.

Número de pessoas, por idade e Sexo, Nos Domicílios da Estrada Velha, em Outubro de 1994.



4.3.4 PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PRÁTICAS SOCIAIS DE SAÚDE NA COMUNIDADE DO RAMAL DO CASCALHO.

Durante a minha permanência na casa da agente de saúde da comunidade do Ramal do Cascalho (a casa considerada como posto de saúde) observei muita objetividade nos trabalhos desta agente. A definição de prevenção de doenças de Dona Zelinda é igualmente muito objetiva onde vários aspectos de saneamento básico constituem fatores preventivos de doenças. Há uma concordância com as outras duas comunidades estudadas nos aspectos de higiene,

“Prevenir doença. O que eu entendo prevenir doença é ter uma higiene, a limpeza conforme é necessário, tanto do corpo como do, do, onde a gente mora né, na, na casa no ambiente e ter uma alimentação boa. Ter sanitário, mesmo que não seja bom, mas que seja um cantinho prá. E, acho água, se não for água boa, uma água limpa, mas ao menos que ela seja fervida, filtrada e acho que é por aí” (Zelinda).

A prevenção definida por D. Zelinda, segundo sua afirmação, não é levada à prática na sua comunidade. As pessoas não estariam muito interessadas em prevenir e sim tratar dos doentes.

“Eu acho que seria, né para assim que o povo tá meio, tudo meio acomodado. Eles não interessam muito em prevenir, sabe. Parece até que eles levam em brincadeiras a prevenção, eles gostam mesmo é de tratar. Então eu acho que teria de ser mudado alguma coisa pra fazer eles acreditar” (Zelinda).

Embora a agente de saúde considere a comunidade pouco empenhada na prevenção de doenças os depoimentos nos domicílios visitados demonstram uma preocupação freqüente com as práticas preventivas. O assunto da malária é freqüentemente lembrado, como foi na reunião em que participei, exatamente pela gravidade da doença. Na interpretação de Aracelia, moradora de um dos domicílios visitados, a malária é transmitida pela ingestão de água, porém não seria qualquer água, mas apenas a água parada que também passa micróbios.

Num outro domicílio visitado Dona Esmeralda resumiu várias idéias para expressar o seu modo de compreender a prevenção de doenças. A particularidade desta prevenção é o soro caseiro como prática preventiva. Como Dona Esmeralda costuma participar das reuniões da comunidade onde também são discutidos assuntos de saúde a sua prática de preparar soro caseiro tem uma relação com as reuniões da comunidade.

“Não adoecer é, acho, andar calçadinho, né. Tomar água filtrada né, a verdura né, a verdura. (...) Trabalho que eu tenho, que eu cuido da criança eu, eu sempre faço soro caseiro, ou quando tá agitadinha, diarréia né, é só o que eu uso. E suco também”. (Esmeralda)

Os depoimentos obtidos na comunidade do Ramal do Cascalho têm também uma peculiaridade colocada por D. Eliene. Esta Senhora não realiza nem uma prática de saúde específica para prevenir doenças. As suas práticas sociais de saúde estão contidas nas suas atividades cotidianas na casa, com a família. D. Eliene considera que o seu “pessoal” está bem porque “se dá bem com feijão, arroz, carne de peixe”. Com base na boa saúde da família D. Eliene considera a água da sua fonte de boa qualidade.

As informações obtidas pelo levantamento domiciliar juntamente com as observações sobre as diferentes maneiras das famílias das três comunidades resolverem o seu abastecimento de água, demonstram evidências de que a produção extrativista e a produção agrícola têm uma influência direta sobre a maneira do abastecimento da água nas famílias. Considerando o abastecimento de água um procedimento de saneamento básico conforme, (Philippi Jr. et alli, 1988:4 e seg), preventivo de doença e na compreensão deste trabalho uma prática social de saúde, os dados numéricos são significativos sobre a diferenças desta prática social de saúde. Na comunidade do seringal São Pedro nem uma família utiliza água de poço enquanto que na comunidade do Ramal do Cascalho 41,66% das famílias utilizam água de poço. Nesta comunidade a mudança do extrativismo para a agricultura dificultou o acesso às fontes de água. Em algumas casas as pessoas percorrem uma caminhada de meia hora até a fonte da água.

No levantamento domiciliar, no tópico sobre prevenção de doenças, a comunidade do Ramal do Cascalho apresentou uma peculiaridade que está de acordo com a modalidade terapêutica desenvolvida pela agente de saúde. Em quatro domicílios as ervas medicinais foram consideradas como preventivo de doenças. Com o uso da Homeopatia e Fitoterapia no posto de saúde algumas pessoas responderam de acordo com a prática social de saúde deste posto. Por outro lado a maioria das respostas obtidas nos domicílios, 58,33%, colocaram a higiene e cuidados sanitários como fatores de prevenção de doenças. Neste aspecto há uma semelhança entre as três comunidades enfatizando a higiene como prevenção de doenças.

As informações sobre o uso da água são coerentes entre a preocupação com a higiene, o número de domicílios com poços e o número de fontes de

água, no caso, os poços, onde não acontece contaminação da água por enxurradas.

Fontes de Água na Comunidade do Ramal do Cascalho

Fonte onde a Família usa água	Número de Domicílios
Água de igarapé	02 (8,0%)
Água de fonte	13 (52,0%)
Água de poço	10 (40,0%)
Água de açude	0

* Levantamento domiciliar set.94

Possibilidades de Contaminação das Fontes da Água ou Poços por Águas de Enxurradas na Comunidade do Ramal do Cascalho.

Contaminação por Enxurrada na Fonte/Poço	Número de Domicílios
Acontece as vezes	08 (33,3%)
Acontece frequentemente	05 (20,9%)
Não acontece	09 (37,5%)
Não responderam	02 (8,3%)

* Levantamento domiciliar set.94

Outro aspecto relevante sobre as práticas sociais de saúde na comunidade do Ramal do Cascalho, e que guarda uma relação com a organização da produção desta comunidade, é o número relativamente significativo de domicílios que utilizam privadas, 46,2% do total.

A relação entre a abertura de poços, a construção de privadas e a não contaminação dos poços por água das enxurradas é um indicativo, também, da relação destas práticas sociais de saúde com a organização da produção na comunidade do Ramal do Cascalho. A produção agrícola, em lotes de terra, onde a família forma uma unidade de produção, as pequenas ações de saneamento básico, enquanto práticas sociais de saúde, são parte da organização familiar nestes lotes de terra. Todos estes aspectos ressaltam as diferenças com uma colocação no seringal onde estas práticas sociais de saúde se mostraram diferentes.

A investigação das práticas sociais de saúde levantou a morbidade sentida nas famílias procurando informações juntamente com as entrevistas e observações. Em todos os domicílios visitados sempre observei uma disposição das famílias em mostrar limpeza nas casas, boa alimentação, a saúde das pessoas. Na comunidade do Ramal do Cascalho observei pessoas preocupadas com o problema da malária. Na casa do Sr. Francisco e também na casa de Aracelia a malária causou problemas sérios para as pessoas. Neste sentido o levantamento domiciliar confirmou a incidência da malária na comunidade. Não observei que outros problemas de saúde causem grande impacto nas famílias como a malária, mesmo que o relato de casos seja significativo como foi o caso de infecção de rins com 10 casos relatados.

A síntese da morbidade sentida na comunidade do Ramal do Cascalho durante o ano de 93 até o fim de junho de 94 é o seguinte: gripe 31 casos,

malária 12 casos, infecção de rins 10, verminoses 7, problemas na coluna 3, infecção no fígado 3, pneumonia 1 e acidentes 1 caso.

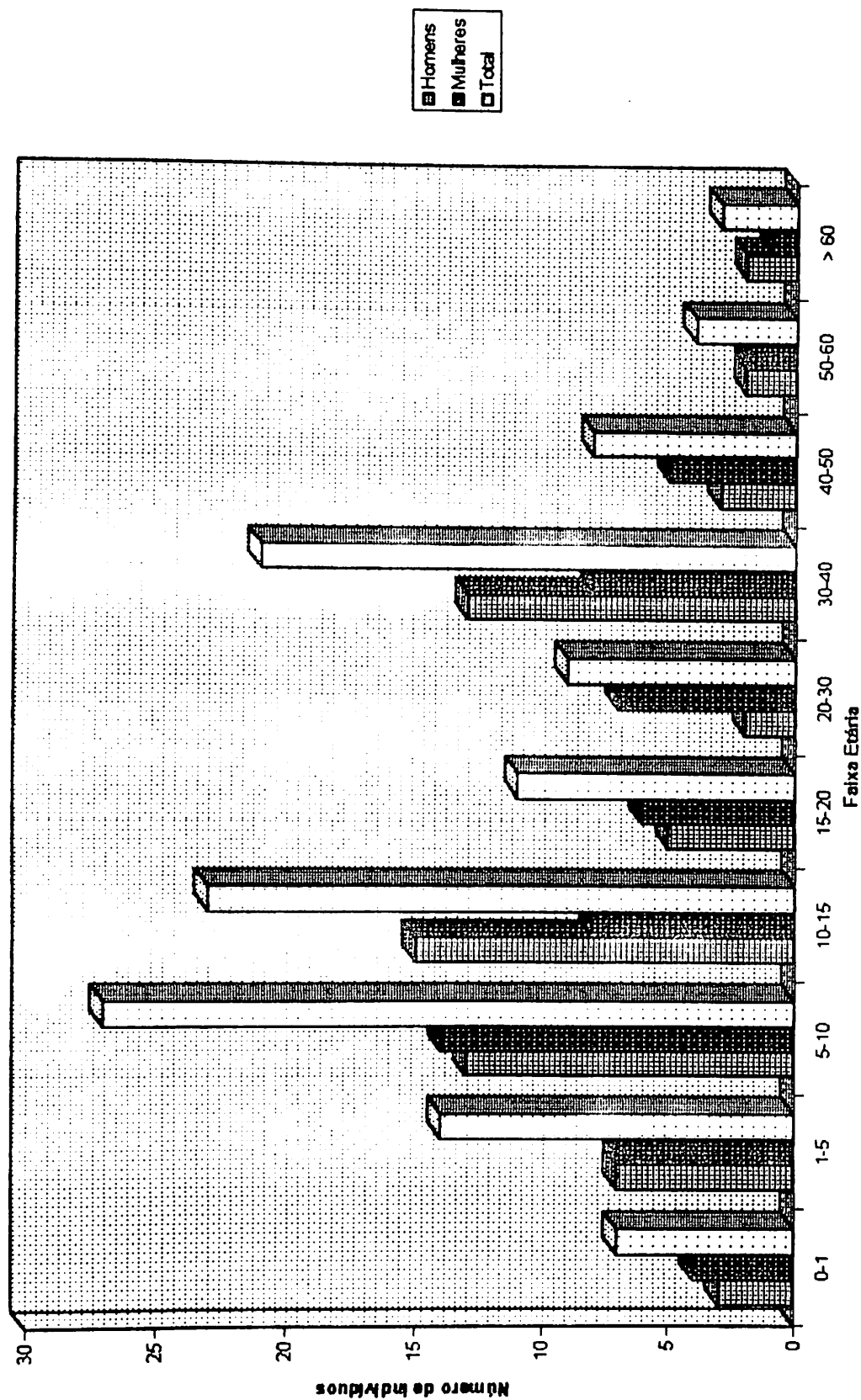
Verificando o quadro a seguir com a população de 127 indivíduos, distribuída por idade e sexo, os 12 casos de malária ocorridos em 18 meses adquirem significado levando em conta as informações e observações feitas de que a comunidade mostra-se com saúde com exceção da endemia da malária.

Número de Pessoas, Por Idade e Sexo, Nos Domicílios do Ramal do
Cascalho em setembro de 1994.

Idade	Mulheres		Homens		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
0 - 1	04	3,14	03	2,36	07	5,5
1 - 5	07	5,51	07	5,51	14	11,02
5 - 10	14	11,02	13	10,23	27	21,25
10 - 15	08	6,29	15	11,81	23	18,1
15 - 20	06	4,72	05	3,93	11	8,65
20 - 30	07	5,51	02	1,57	09	7,08
30 - 40	08	6,29	13	10,23	21	16,52
40 - 50	05	3,93	03	2,36	08	6,29
50 - 60	02	1,57	02	1,57	04	3,14
+de 60	01	0,78	02	1,57	03	2,37
Total	62	48,81	65	51,14	127	99,95

* Levantamento domiciliar set.94 - total de 35 famílias.

Número de pessoas, por idade e sexo, Nos Domicílios do Ramal do Cascalho em Setembro 1.994.



4.4 AS PRÁTICAS SOCIAIS DE SAÚDE DAS PARTEIRAS

A investigação nas comunidades procurou levantar as práticas sociais de saúde de modo a perceber o conjunto destas práticas. Durante os trabalhos de campo foi necessário uma atenção com as práticas sociais de saúde das parteiras porque estas práticas não é assunto frequente nas comunidades como são os postos de saúde. As parteiras têm uma atuação individual sem nem uma interação com os serviços de saúde.

Para identificar as parteiras procurei informações com os agentes de saúde e nas casas onde aconteceram as entrevistas e observações.

Na procura de informações sobre as práticas sociais de saúde das parteiras invariavelmente percebi a surpresa das pessoas diante do meu interesse em conhecer as parteiras das comunidades. Para identificar as parteiras, chegar até as suas casas, abordar o assunto do seu trabalho com as gestantes durante o nascimento foi necessário um esforço para chegar ao assunto rodeado de mistérios.

Em todas as oportunidades em que participei de eventos como reuniões, encontros, rezas onde as comunidades tratavam de assuntos diversos, entre eles a saúde, não ouvi em nem uma ocasião menções sobre parteiras, gestantes, nascimento ou assuntos atinentes.

A referência para definir a parteira e o seu trabalho foi a publicação da Organização Mundial da Saúde que define a função da parteira nas seguintes atividades:

“Assistir a mãe e a família no momento do parto. Essa assistência geralmente inclui o parto do bebê, o corte e os cuidados do cordão

umbilical e a retirada da placenta. Também pode incluir cuidados da mãe e do lactente, inclusive banhos e massagens, tarefas domésticas rotineiras e conselhos durante a gestação e no pós-parto.” (OMS/FNUAP/UNICEF, 1992:11)

Pelos relatos das parteiras estas atividades são desenvolvidas na maioria dos casos atendidos.

Devido a uma certa dramaticidade contida na entrevista com a parteira do Ramal do Cascalho e pelo fato de uma das líderes da comunidade, Dona Aldenha, recomendar para as gestantes procurarem o hospital da Vila Extrema e a Maternidade de Rio Branco (distante a 40 Km e 190 Km respectivamente) considerei estes aspectos peculiares da comunidade do Ramal do Cascalho para iniciar o tópico sobre as práticas sociais de saúde das parteiras.

Dona Maria de Lourdes é a única parteira da comunidade do Ramal do Cascalho que ainda se dispõe a assistir as mulheres durante o parto. Devido aos temores e dramaticidade manifestados pela mesma, fica evidente que o nascimento de uma criança é um evento muito problemático para esta comunidade. Segundo Dona Lourdes é “uma passagem muito perigosa” e falou não assistir um parto com muita frequência. “Eu faço em último recurso”. Quanto ao trabalho já, realizado relatou uma série de dificuldades.

“Já peguei menino de dois, menino de pé, menino de cabeça, menino de todo jeito, graças a Deus eu tirei, a força de Deus me ajudou, né, agora essa mesmo que ganhou aqui, foi confiando em Deus mesmo porque a criança já estava bem dizer morrendo na hora, mas Deus me confiou e eu confiei em Deus mesmo e tirei ela. (...) na hora dela sair mesmo, a mãe dela perdeu as forças, não tinha mais força de

jeito nenhum, eu fui, arranquei mesmo, tirei a menina, acordei ela e tirei a criança” (Maria de Lourdes).

Este relato de vivência retrata a “passagem perigosa”, a qual Dona Lourdes se refere. Ou seja, o nascimento é uma “passagem perigosa”. Na sequência segue um relato das precariedades dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo percebi uma certa divergência entre a orientação de recomendar as mulheres gestantes para procurar serviços de saúde. Por um lado Dona Aldenha quer um encaminhamento das parturientes para um serviço de saúde e este serviço não oferece uma assistência satisfatória.

“Eu vejo naquela Extrema, quando eu tava com essa menina, passei oito dias com essa menina lá na Extrema, o senhor me acredita que descansou, nesses oito dias, cinco mulheres, a onde mataram uma criança e eu me doeu no coração, dou ver aquela criança. Uma criança tão linda. O médico sentou em cima da mulher e foi espremida mesmo. Meteu as mãos lá dentro e arrastou a criança, a criança quebraram a cabeça do bichinho. Ficou mais de um palmo. Isso aí é uma tristeza que eu achei pra mim. O menino lindo, lindo, coisa mais linda. E eu, se fosse comigo eu não tinha feito uma coisa dessa. Uma mulher que era maceta, uma mulher que tinha toda força, toda resistência né. Outra, a mulher estava já sofrendo, não tiveram o que fazer, botaram a mulher na ambulância, a mulher de cabeça para baixo, já com toda dor de redepuxo, disseram que a mulher não tinha condições de ter a criança, só bastou chegar dentro do Rio Branco, foram tirando a mulher da ambulância e a criança foi nascendo e disseram que ela não tinha condição, que era preciso ser cortada” (Maria de Lourdes).

São nestas circunstâncias onde as mulheres e crianças são submetidas a serviços que fazem do ato de nascer uma “passagem perigosa”. Não encontrei na comunidade indicativos específicos para enfrentar as problemáticas levantadas neste relato. Há uma preocupação da comunidade com a saúde num sentido geral, contudo a gestação e o nascimento não estão explicitamente presente nas discussões das comunidades.

Encontrar as parteiras da comunidade da Estrada Velha foi um trabalho lento. Depois de muitas perguntas encontrei Dona Aldeniza e Dona Marçal. Dona Aldeniza é cunhada do agente de saúde e Dona Marçal é mãe do Sr. Joaquim, um líder na área do Guajará.

Dona Marçal mora nas proximidades da Igrejinha do Guajará. No domingo a tarde em que fui visitá-la encontrei vários parentes e vizinhos na sua casa que costumam visitar a “vovó” nos domingos a tarde após a reunião da Comunidade de Base. Percebi um certo espanto nas visitas quando falei da intenção de conversar com a parteira, D. Marçal concordou em ceder a entrevista depois das visitas saírem. Não foi uma conversa longa e também não apresentou a dramaticidade da parteira do Ramal do Cascalho. Dona Marçal falou que atende a muitas mulheres da sua comunidade, mostrou-se disponível em atender aos chamados para o serviço. Falou que conhece quando a criança não está na posição certa para nascer e que sabe “ajeitar” a criança antes de nascer até “ficar direitinho” para um parto normal.

Dona Aldeniza foi a segunda parteira entrevistada na comunidade da Estrada Velha. Esta senhora, além de parteira atende pessoas doentes usando uma terapêutica diferente do posto de saúde.

“Tem pessoas que sofrem de gonorreia e já tratei bem uns três. Caladinha mesmo aqui em casa e mais outros tipos de doença. (...)”

sobre a diarreia eu já tenho curado, já bastante aqui em casa só com remédio caseiro sem medicamento do posto e mais assim sobre gravidez e mulher gestante que já, que só com perda nenem a gente também já tem feito alguns chás. Também já tem assegurado que não tem jeito, que só tem acompanhado já esse tipo de trabalho, que já vai desenvolvendo um pouco” (Aldeniza).

Mesmo havendo um esforço de D. Aldeniza em relatar os seus trabalhos estes são poucos. Na área onde mora D. Aldeniza os moradores são dispersos e segundo o agente de saúde muitas mulheres moradoras da margem da estrada procuram o hospital da cidade de Brasília.

Na comunidade do Seringal São Pedro a distância e as dificuldades para chegar até a cidade são motivos para as mulheres terem seus filhos em casa. Fui informado pelo agente de saúde que muitas mulheres prestam assistência ao parto mas não se consideram parteiras. É o caso de Dona Geralda e Dona Raimunda Martins. As mulheres com o maior número de filhos prestam assistência às mais jovens sem uma caracterização especial de parteiras.

Mesmo a parteira, desta comunidade, identificada como tal: Dona Raimunda Pereira (do Sr. Lira), prefere identificar o seu trabalho de parteira voltado para as filhas e noras, embora atenda ao chamado de outras mulheres para assisti-las no parto.

O relato de Dona Raimunda sobre o seu trabalho foi muito tranquilo e ela parecia confiante em seu trabalho.

“Graças a Deus as crianças que eu peguei já tão tudo é criado, é graça a Deus, e eu tenho mais porque eu não tenho costume, Raimunda vá pegar o meu nenem, não sou parteira fina, sou só aprendiz (Raimunda Pereira).

Dona Raimunda também falou dos procedimentos importantes no parto para matar micróbios e cuidar do umbigo do recém-nascido.

“Corto com tesoura, também lavava as mãos bem lavadinha, desinfeta, lavava a mão né, e eu, e a tesoura também passa, as vez o azeite doce, amorna em cima da lamparina, se não tiver o alcóol é com azeite doce ou escalando com água quente mesmo, passa assim no fogo pra matar os micróbios né ai corta o umbigo da criança (Raimunda).

Dona Raimunda mora numa das colocações mais afastadas do seringal Nazaré, numa distância de um dia e meio de caminhada até Xapuri.

Mesmo havendo um acesso relativamente fácil ao posto de saúde do São Pedro o uso de plantas terapêuticas e a cura por rezas são práticas frequentes de Dona Raimunda.

No dia da minha estada na sua casa estavam duas de suas filhas com crianças para rezar e aplicar chás para problemas intestinais.

As entrevistas, visitas e observações nas casas das parteiras evidenciam que as suas práticas sociais de saúde encontram determinados entraves, questões não resolvidas com relação às articulações da comunidade para enfrentar os problemas de saúde. Na comunidade do Ramal do Cascalho este problema é mais evidente.

Esta questão é levantada pela publicação da O.M.S. colocando que “os papeis da Parteira Leiga variam muito, dependendo da cultura local e dos papeis desempenhados por outros provedores de saúde, inclusive curandeiras, na região”. (O.M.S./FNUAP/UNICEF, 1992:11)

É evidente que estes “outros provedores de saúde”, no caso das comunidades estudadas são os agentes de saúde e não há uma equiparação

efetiva entre estes provedores e as parteiras, tanto por parte dos serviços públicos de saúde como organizações não governamentais.

Embora existam programas oficiais de saúde voltadas para as parteiras, elaborados pelo ministério da saúde, estes programas não são repassados para as comunidades. Em nem um momento as parteiras se referiram a programas voltados para o seu trabalho, mesmo existindo programas claros e objetivos produzidos com esta finalidade como o “Programa Nacional de Parteiras Tradicionais” que pretendia chegar nas regiões nordeste, norte e centro-oeste até o final de 1992, contudo pelo relato das parteiras este programa é desconhecido. Os objetivos colocados no programa foram:

“Objetivo Geral:

Resgatar e apoiar o tradicional trabalho das parteiras em sua comunidade para que proporcionem a atenção primária à saúde da mulher nos períodos de gestação, parto e pós-parto, oferecendo segurança à mulher e à criança, elevando assim a qualidade de vida, a partir da humanização do nascimento e da redução da morbimortalidade materna e perinatal.

Objetivo Específico: (apenas os principais)

- . Cadastrar, capacitar e reciclar as parteiras;
- . Oferecer e garantir as condições de trabalho à parteira;
- . Oferecer cuidados pré-natais à gestante e incentivar a amamentação”.

(Ministério da Saúde, 1991)

Verificando este programa para parteiras e outras publicações voltados nos mesmos objetivos, como o Manual Para Treinamento de Parteiras da Universidade Federal do Ceará constatei que as razões de trabalhar com as parteiras são basicamente as seguintes: deficiência de leitos para assistência ao parto. Problemas de relacionamento entre profissionais de saúde nas unidades de serviços de saúde pública com as parteiras. A falta de acesso das mães a modernos serviços de atenção à saúde. Incidência de doenças sexualmente transmissíveis. Tétano neonatal. Por outro lado as parteiras estão no contexto das suas comunidades com as suas práticas sociais de saúde contando apenas com o seu esforço ou da sua família.

4.5 AS SEMELHANÇAS NAS PRÁTICAS SOCIAIS DE SAÚDE.

A semelhança das práticas sociais de saúde nas três comunidades é marcada com grande ênfase na efetivação destas práticas na organização social de cada comunidade. A partir dos postos de saúde as comunidades institucionalizaram as suas práticas de forma organizada para enfrentar e resolver os seus problemas. Nos três casos as lideranças da comunidade se ocupam com a problemática da saúde, de forma objetiva, trabalhando a questão nas suas articulações dentro e fora da comunidade.

Outro aspecto relevante, de semelhança nas três comunidades é a participação dos agentes em grupos religiosos, ou seja, de Comunidades Eclesiais de Base onde exercem importante papeis de liderança.

Em todos os domicílios visitados encontrei pessoas, que nas suas famílias, de forma explícita, desenvolvem alguma prática social de saúde voltada para a manutenção de saúde da família. Neste sentido as práticas

sociais de saúde estão socialmente definidas no âmbito familiar, ao mesmo tempo em que há uma interação com os postos de saúde, as freqüentes demonstrações nas famílias como apresentar crianças banhadas, vestidas e saudáveis, limpeza na casa e quintal, disponibilidade de comida são as maneiras das famílias expressarem as suas práticas sociais de saúde. Esta forma de expressão é semelhante nas três comunidades onde a organização familiar e a manutenção da saúde tem um sentido preventivo de doenças.

4.6 AS DIFERENÇAS NAS PRÁTICAS SOCIAIS DE SAÚDE RELACIONADAS COM AS DIFERENÇAS NA ORGANIZAÇÃO DA PRODUÇÃO.

Conforme já foi explicitado neste trabalho as práticas sociais de saúde são discerníveis em variáveis, na continuidade, destacarei as práticas sociais de saúde que são diferentes numa e noutra comunidade e apresentam evidências destas diferenças terem relação com a organização da produção.

4.6.1 USO DA ÁGUA

O uso da água, enquanto uma prática social de saúde, tem uma evidente diferença entre a comunidade onde é praticado o extrativismo e nas comunidades onde é praticada a agricultura. Para as famílias dos seringueiros o acesso às fontes de água faz parte da escolha do local da moradia. Enquanto as famílias dos agricultores, com a terra divididas em lotes, necessitam grandes esforços para abrir poços ou até construir açudes porque a divisão da terra não ocorre conforme os relevos de maneira a possibilitar a proximidade das fontes de água.

A produção agrícola implica, também, em práticas sociais de saúde voltadas à construção de privadas. A retirada da vegetação alta nas proximidades da moradia é, certamente, um fator para a construção de privadas. No Ramal do Cascalho 46,2% dos domicílios utilizam privadas, na Estrada Velha 22,2% e no Seringal São Pedro apenas 5,4%.

4.6.2 A DIFERENÇA NOS POSTOS DE SAÚDE E RECURSOS TERAPÊUTICOS.

Pelas evidências de que o posto de saúde e os recursos terapêuticos utilizados na comunidade do Ramal do Cascalho têm relação com a organização da produção implementada a partir do projeto RECA. É possível afirmar que as práticas sociais de saúde desenvolvidas pela agente de saúde têm as suas características relacionadas com a organização da produção.

Entre os postos de saúde das comunidades do seringal São Pedro e Estrada Velha existem diferenças relacionadas à organização da produção. Mesmo mantendo as características de posto de saúde ligados ao serviço de saúde pública. O agente de saúde da comunidade da Estrada Velha é constantemente cobrado pela comunidade enquanto um prestador de serviços. Embora exista um relacionamento respeitoso entre as famílias da comunidade e o agente de saúde, as cobranças sobre o agente apresentam contornos de cobranças sobre os trabalhos de um diarista. Isto porque o agente deve manter o posto funcionando, estar presente para um atendimento rápido. Isto tendo em conta a participação do agente nas articulações da comunidade, bem como participante de um importante grupo familiar.

Na comunidade do seringal São Pedro as práticas sociais de saúde desenvolvidas pelo agente de saúde apresentam características de uma busca por parte do usuário e uma retribuição por parte do agente. Há certas semelhanças com o barracão de seringal onde a seringueiros estabelecia relações de troca com o dono ou gerente levando borracha e retornando com alguma mercadoria. A respeitabilidade com o agente no posto de saúde tem certos contornos de uma relação de troca onde o medicamento compõe um elemento desta troca na prática social de saúde. Conforme a entrevista de um dos usuários do posto de saúde da comunidade do São Pedro o medicamento e o doutor são fundamentais no posto e, no caso, doutor é o próprio agente de saúde.

“Bom considero o mais importante que o posto com muito remédio, muito medicamento né e o doutor na hora pra atender a gente né”
(João Pinheiro).

4.6.3 A BUSCA DE ALTERNATIVAS DE PRODUÇÃO E AS TENTATIVAS DE ASSISTÊNCIA À MULHER

Na comunidade do ramal do Cascalho acontece uma busca dos serviços de saúde para a assistência ao parto. Há uma articulação da liderança desta Comunidade para as mulheres tomarem iniciativas na busca destes serviços. Por outro lado os depoimentos dão conta de que os serviços não oferecem uma assistência a contento.

Em meio a uma situação onde a assistência à mulher não está resolvida há uma evidência de uma busca de alternativas para os problemas de saúde por parte da liderança da comunidade. Do mesmo modo como a comunidade

objetiva resolver seus problemas, onde a organização da produção tem um papel fundamental também o problema da assistência à mulher e o trabalho da parteira faz parte enquanto práticas sociais de saúde trabalhadas pela comunidade, embora não resolvidas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As comunidades Estudadas têm presente que as práticas sociais de saúde, fazem parte de forma premente da sua vida social. Isto através das várias articulações de lideranças, organizações e no cotidiano das famílias. Assuntos de saúde ou doença estão presentes nas formulações de rezas, como é o caso da festa de Santa Luzia. Tanto na reunião sindical da Estrada Velha, como nos Encontros da comunidade no Chapéu de Palha do Ramal do Cascalho ou nos encontros sobre o andamento do núcleo da cooperativa no seringal S. Pedro estão presentes discussões sobre as problemáticas de saúde das comunidades, lideranças de grupos familiares como Dona Aldenha, Sr. Osmar, Sr. Otacílio, Dona Raimunda como também lideranças ligadas à organização sindical como o Sr. Valdomiro, Sr. Joaquim participam das discussões e as questões de saúde são ordinariamente parte dos assuntos tratados. A relação de saúde e doença com a vida social levantada de diversos modos, por diversos estudos, como está colocado no capítulo 3, efetivamente se confirma no cotidiano destas comunidades. Estando as práticas sociais de saúde, efetivamente presentes nas articulações das lideranças, nas organizações das comunidades e no cotidiano das famílias elas também motivam mobilizações e esforços para a efetivação de serviços organizados de saúde na forma de postos de saúde.

Conforme o exposto no tópico 4.1.3 sobre a criação dos postos de saúde somaram-se vários fatores para esta criação. Cada posto foi marcado por esforços de lideranças e organizações até se tornar uma realidade na comunidade. Nas comunidades do seringal São Pedro e Estrada Velha a

participação do serviço público estadual teve uma contribuição, contudo os esforços dos agentes de saúde e das comunidades foram fundamentais desde o início dos postos e na sua continuidade. Tanto os agentes de saúde os usuários dos postos como os representantes do serviço público reconhecem que os postos existem devido aos esforços das comunidades. A diferença entre os postos destas duas comunidades com o posto de saúde da comunidade do Ramal do Cascalho não está apenas na participação da Secretaria Estadual de Saúde ou na adoção da Homeopatia e Fitoterapia como modalidade terapêutica no posto de saúde. Existem diferenças acentuadas a serem consideradas.

A relação entre diferenças na organização da produção com a diferença nas práticas sociais de saúde se evidenciou num determinado número de práticas. Nestas diferenças são destacáveis as práticas no âmbito dos domicílios relacionados mais ao saneamento básico onde a organização da produção exerce mudanças nas práticas. Conforme afirmei nas páginas 146-147 a organização da produção em lotes rurais determina uma prática com relação a água diferenciada do seringal, contudo a diferença mais relevante nas práticas sociais de saúde entre as três comunidades e que guarda uma relação com o modo da comunidade organizar a produção e a prática do posto de saúde do ramal do Cascalho. No tópico 4.1.3 nas páginas 93 e seg. bem como no tópico 2.3.1 estão aspectos importantes sobre a cooperação entre as famílias do Projeto Reca. A organização da produção na comunidade do Ramal do Cascalho tem no projeto Reca um apoio e referência de grande importância e as práticas sociais de saúde têm uma relação com a organização da produção. As práticas sociais de saúde da agente de saúde desta comunidade refletem a busca de soluções e alternativas que a comunidade busca pela nova organização da produção.

Não é somente a produção organizada em lotes de terra onde a família forma uma unidade de produção agrícola que determina as práticas sociais de saúde. A história da comunidade da Estrada Velha é marcada pelas mobilizações em torno da conquista dos lotes de terra. Ainda durante a pesquisa muitas famílias estavam ocupadas com esta questão, porém a cooperação organizativa na produção é menor na Estrada Velha em relação com a comunidade do ramal do Cascalho. Com a produção mais centrada no grupo familiar existem alguns indícios, abordados nas páginas 101-102, que as práticas sociais de saúde do agente de saúde são percebidas pelos usuários do posto de saúde como prestador de serviços, diferente do ramal do Cascalho onde o posto de saúde se soma a outras cooperações entre as famílias.

Enquanto estas duas comunidades de agricultores têm características diversas entre si a comunidade do seringal São Pedro, têm no posto de saúde uma relação centrada na busca de medicamentos e as práticas sociais de saúde do agente de saúde têm a finalidade de prover os usuários de medicamentos. Semelhante a um barracão de seringal onde o movimento de ir e vir marcava a atividade dos seringueiros. As práticas sociais de saúde no posto da Itapissuina no seringal São Pedro são o motivo de um movimento de ir e vir de pessoas ao encontro do agente de saúde.

Em vários aspectos as práticas sociais de saúde se diferenciam em relação a diferença na organização da produção. Há também outras questões como assegurar a posse de terra, a comercialização da produção que são objetivos de mobilizações das lideranças e famílias. Tanto vender os produtos dos sistemas agroflorestais da comunidade do ramal do Cascalho como continuar morando nos lotes de terra da Estrada Velha, ou a continuidade do extrativismo da borracha do seringal São Pedro são problemas enfrentados

pelas comunidades, e, pela investigação se evidencia a pertinência da problemática da saúde como parte do conjunto da problemática das comunidades e da vida social. Isto está efetivamente de acordo com vários estudos, já devidamente citados, onde saúde e doença são parte da vida social.

Ao mesmo tempo em que existem diferenças nas práticas sociais de saúde motivadas pela organização da produção a história e as articulações da comunidade igualmente são parte desta diferenciação. No caso das famílias da comunidade do ramal do Cascalho várias articulações e mobilizações acontecem para a busca de soluções dos seus problemas com uma agricultura economicamente inviável, contudo é a organização da produção uma determinante nestas articulações e mobilizações, porém numa dinâmica da vida social.

As semelhanças nas práticas sociais de saúde nas três comunidade se expressam de várias formas. A formalização de um serviço com uma liderança da comunidade assumindo a tarefa de ocupar-se com a saúde da comunidade, é, guardada as diferenças de como conduzir suas práticas, semelhante nas três comunidades.

Entre os aspectos de semelhança das práticas sociais de saúde entre as três comunidades observei em repetidas reuniões onde os vários problemas das comunidades a problemática da saúde diz respeito a todos. As práticas de saúde não são isoladas como objeto específico. Tanto nos domicílios, como nos postos de saúde, com suas particularidades, as práticas sociais de saúde são do cotidiano, enquanto atividades. Assim as três comunidades são ativas diante dos problemas de saúde, tendo iniciativas e interpretando os fenômenos saúde e doença onde os agentes de saúde têm um papel de atores sociais.

No tópico 4.1.5 a questão do agente comunitário de saúde como ator social apresenta outras características da semelhança entre si, contudo a interação dos agentes com as suas comunidades reforça o papel de ator social. Os três agentes de saúde pela repetição das suas práticas refletem sobre as mesmas tendo nas futuras práticas a referência da experiência anterior. O Senhor Raimundo relatou com clareza que as experiências determinam condutas futuras. As tipificações das práticas sociais de saúde, e nisto os três agentes de saúde são semelhantes, aconteceu pela repetição e pela reflexão da experiência anterior de modo a estabelecer uma interação de ator social no desempenho das práticas sociais de saúde.

Estes agentes de saúde também convivem com as práticas sociais de saúde no âmbito domiciliar, de rezadores, de parteiras, conforme observei na comunidade do seringal São Pedro não há conflito entre as práticas de um rezador, de uma mãe de família e o agente de saúde. Em nenhum momento da pesquisa encontrei incompatibilidade entre as práticas sociais de saúde dos agentes de saúde com práticas do âmbito domiciliar, de rezadores ou parteiras. Contudo vale ressaltar que a problemática da mulher é muito enfatizada na comunidade do ramal do Cascalho onde o relato da parteira retrata os graves problemas enfrentados pelas mulheres quando necessitam dos serviços de saúde.

Também é relevante destacar a relação entre as práticas sociais de saúde nos domicílios, o que é parte do cotidiano das famílias, com as práticas sociais de saúde de caráter institucional desenvolvidas nos postos de saúde. Há um interesse das famílias por estas práticas dos postos. Cuidar da alimentação, da água, da higiene, do vestuário, da apresentação dos filtros são práticas associadas às práticas dos agentes de saúde. Há, portanto, uma percepção social

das práticas sociais de saúde. Isto tudo apresenta um caráter saudável, como as formas das famílias expressarem as suas práticas sociais de saúde pela demonstração de casas limpas, como estão os filhos e outros aspectos de saúde. Exemplos como dona Raimunda e dona Maria Lice da comunidade do São Pedro, Antônio na Estrada Velha, Esmeralda no ramal do Cascalho afirmam de maneira prática como as práticas sociais de saúde fazem parte do cotidiano, inclusive com uma percepção sobre a importância do meio ambiente na saúde conforme ficou claro no depoimento de Dona Raimunda, (pág.8).

Há nas famílias, na organização da comunidade, na atuação das liderança em reuniões e encontros das comunidades uma ampla relação com a saúde. No capítulo 2 e 4 esta relação ampla da saúde está em vários depoimentos e em eventos sociais como a festa de Santa Luzia onde saúde e doença estão relacionados com este evento religioso. Aí também se relaciona o caráter preventivo das práticas sociais de saúde. Prevenir doenças não é algo estranho para as comunidades, para as famílias. Os depoimentos relacionam a prevenção com práticas sociais de saúde muito precisas, como são os depoimentos do Senhor Antônio na Estrada Velha, Dona Esmeralda no ramal do Cascalho e dos agentes de saúde.

O levantamento do número de indivíduos, idade, sexos, informações da morbidade e outras informações relacionadas com a saúde das comunidades, tudo está relacionado de forma ampla com a saúde das comunidades ao mesmo tempo em que conceitos e definições produzidos no campo da saúde, em diversas obras são concordantes com muitos aspectos das práticas sociais de saúde levantadas nas comunidades do mesmo modo com estas práticas sociais de saúde são demonstrativos eficazes de que as famílias, lideranças, organizações sociais, articulações dentro e fora das comunidades constroem e

criam meios para cuidar da saúde. São estas práticas de natureza social, com significados socialmente atribuídos tornam perceptível a saúde nestas comunidades..

BILIOGRAFIA

AUGUSTI, José Eduardo. Manual do Agente de Saúde 3a.ed., Petrópolis: Vozes 1991.

ALVES, Paulo Cesar & Minayo, Maria Cecília de Souza. Saúde Doença um Olhar Antropológico. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994

AZEVEDO NETO, José Martiniano de Botelho, Manoel Henrique Campos Manual de Saneamento de Cidades e Edificações. São Paulo: Ed. Pini, 1991.

BARRETO, Maurício L. et alii. Uma Concepção Popular Sobre a Esquistossomose Mansônica: Os Modos de Transmissão e Prevenção na Perspectiva de Gênero: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.11, n.1. pp.106-117, jan./mar.:1995.

BECKER, Harold S. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. Trad. Mário Estevão e Renato Aguiar. São Paulo: Hucitec, 1994.

BERGER, Peter L. & LUCKMANN, Thomas. A Construção Social da Realidade. 9a. Ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

BODSTEIN, Regina Cele de A, & FONSECA, Cristina M. Oliveira. Desafio da Reforma Sanitária: Reforma Sanitária Consolidação De Uma Estrutura Permanente De Serviços Básicos de Saúde. In: COSTA, Nilson do Rosário et alii. Demandas Populares Políticas Públicas e Saúde. Petrópolis: Vozes, 1989.

BOLETIM DO CONSELHO NACIONAL DOS SERINGUEIROS. Rio Branco-Acre, n.10, nov. 93.

BROWN, Harold. N. Parasitologia Clínica. Trad. Aloysio Mello Leitão. Rio de Janeiro: Interamerica, 1977.

BRUNING, Jaime. A Saúde Brota da Natureza. 9a. ed. Curitiba: Educar, 1990.

CAIRO, Nilo. Guia de Medicina Homeopática. 11a. ed., São Paulo: Livraria Teixeira, 1994.

CANESQUI, Ana Maria. Notas sobre a Produção Acadêmica de Antropologia e Saúde na Década de 80. In: Alves, Paulo Cesar & Minayo, Maria Cecília de Souza. Saúde e Doença um olhar Antropológico. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

CANQUILHEN, George, O Normal e o Patológico. Trad. Maria Tereza R.C. Barrocas. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1990.

CANTILLIANO, Eyda Maria Camacho. Análise crítica da conceituação predominante sobre a atenção médica primária. In: NUNES, Everaldo Duarte et alii. Medicina Social, Aspectos e Teorias. S. Paulo: Graal, 1983.

CARDOSO, Ruth C. L. et alii. A Aventura Antropológica. 2a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1988.

CARRARA, Sérgio. Entre Cientistas e bruxos. In: ALVES Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e Doença um Olhar Antropológico. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994.

CONSELHO NACIONAL DO SERINGUEIRO. Diretrizes para um programa de reservas extrativistas na Amazônia. Rio Branco, Acre.

CONTADRIPOULUS, André-Pierre et alii. Saber Preparar uma Pesquisa. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCCITEC-ABRASCO, 1994.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. Estado e Indústria Farmacêutica: As Estratégias da Medicalização. In: GUIMARÃES. Reinaldo et alii. Saúde e Medicina no Brasil. 4a. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984.

COSTA, Francisco de Assis. Estrutura Fundiária, Modo de Produção e Meio Ambiente na Amazônia. In: OLIVEIRA, Nelson Pinto et alii. Comunidades Rurais, Conflitos Agrários e Pobreza: Belém: Ed. Universitária - UFFA, 1992.

COSTA SOBRINHO, Pedro Vicente. Capital e Trabalho na Amazônia. São Paulo: Cortez, 1992.

DEMO, Pedro. Metodologia Científica. 2a. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1989.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Brasília, DF. 12 mar. 1992.

DIOCESE DE JI-PARANÁ. Saúde, Vida Plena, Povo Feliz. JI-PARANÁ-RO.

* CNDDA - Companhia Nacional de Defesa e pelo Desenvolvimento da Amazônia. A Amazônia brasileira em foco. Rio de Janeiro, n. 21, p.71-72, jul./dez., 1993.

DONNANGELO, Maria Cecília F. & PEREIRA, Luiz. Saúde e Sociedade. 2a. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DUARTE, Luiz Fernando D. Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas. 2a. ed. Rio de Janeiro: Zahar ed., 1988.

FORANTTINI, Osvaldo Paulo. Ecologia, Epidemiologia e Sociedade. São Paulo: Artes Médicas - Ed. da Universidade de São Paulo, 1992.

GARRIDO FILHA, Irene. Perspectivas para o Desenvolvimento do Acre. In: VALVERDE, Orlando. et alii. A Organização do Espaço na Faixa da Transamazônica. V.2, Rio de Janeiro: IBGE, 1989.

GEERTZ, Clifford. A Interpretação da Cultura. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GOLDEBERG, Marcel. Este Obscuro Objeto da Epidemiologia. In: Costa, Dina Czeresnia et alii. Epidemiologia - Teoria e Objeto. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

IPESP - Instituto Pastoral de Educação e Saúde Popular. A Cura Semelhante. Cuiabá - MT.

LEFÈVRE, Fernando. O Medicamento Como Mercadoria Simbólica. São Paulo: Cortez, 1991.

LAPLANTINE, François. Aprender Antropologia. 4ª ed. Trad. Marie-Agnès Chaudel. São Paulo: Brasiliense, 1991.

_____. Antropologia da doença. Trad. Walter Lelis Siqueira. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1991.

LAPLANTINE, François & RABEYRON, Paulo-Louis. Medicinas Paralelas. Trad. Ramon Américo Vasques. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LAKATOS, Eva Maria & MARCONI, Marina de Andrade. Metodologia Científica. 2ª. ed. São Paulo. Ed. Atlas, 1991.

_____. Metodologia do Trabalho Científico. 3ª. ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1991.

LOUREIRO, Violeta Refkalefsky. *Amazônia: Estado, Homem, Natureza*. Belém: Ed. CEJUP, 1992.

MAGALHÃES, Juracir Peres. *A Ocupação Desordenada da Amazônia*. Brasília: Ed. Completa, 1990.

MAUÉS, Raimundo Heraldo & MAUÉS, Maria Angélica Motta. O Modelo da "Reima": Representações Alimentares Em Uma Comunidade Amazônica: Anuário Antropológico. Rio de Janeiro, n.77, p.120-147. Edições Tempo Brasileiro.

MAIO, Marcos C. A Medicina de Nina Rodrigues: Análise de Uma Trajetória Científica: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, pp.226-237, abr./jun. 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. 2a. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: KUCITEC-ABRASCO, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza & SOUZA, Jelená de Oliveira. Na dor do corpo, o Grito da Vida. In COSTA, Nelson do Rosário et alii. *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*. V. II, Petrópolis: Vozes-ABRASCO, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Nacional de Parturientes Leigos*. Brasília, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. *Controle de hanseníase*. DNDS/NUTES. Brasília, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, 1994.

NOVAES, Humberto de Moraes. *Ações Integradas Nos Sistemas Locais de Saúde - SILOS*. São Paulo: Pioneira, 1990.

NUNES, Everardo Duarte. Ciências Sociais e Saúde: Revisão Histórica e Levantamento Atual. In: SPÍNOLA, Aracy Witt de Pinho et alii. Pesquisa Social em Saúde. São Paulo: Cortez, 1992.

OLIVEIRA, Josélia Barbosa de. Homeopatia X Alopatria. Confronto e Legitimação. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 1991.

O.M.S./FNUAP/UNICEF - Organização Mundial de Saúde/Fundo das Nações Unidas para Atividades de População/Fundo das Nações Unidas Para a Infância. Parteiras Leigas. Genebra: 1992.

PELLEGRINI FILHO, Alberto et alii. A Medicina Comunitária, a Questão Urbana e a Marginalidade Social. In: GUIMARÃES, Reinaldo et alii. Saúde e Medicina no Brasil. 4a. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1984.

PHILIPPI JUNIOR et alii. Saneamento do Meio. São Paulo: Fundacentro, USP, 1988.

POLLOCK, Donald K. Personhood and illness Among The Culina of Western Brazil. Nwe York: University of Rochester, 1985.

POSSAS, Cristina. Epidemiologia e Sociedade. São Paulo: HUCITEC, 1989.

RIBEIRO et Allii. A Medicina Comunitária, A Questão Urbana e Marginalidade. In: Guimarães, Reginaldo et Allii. Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984.

ROUQUAYROL, M. Zélia. Epidemiologia & Saúde. 4a. ed. Rio de Janeiro: Ed. Médica Científica, 1994.

SILVA, Alcione Leite da. Maneiras de Cuidar, Maneiras de Ensinar, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SINDICATO DOS TRABALHADORES DE XAPURI Reserva Extrativista: Garantias, Direitos e Deveres dos Moradores. Xapuri/Acre.

SONTAG, Suzan. A Doença como Metáfora. Trad. Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Ed: Graal, 1984.

SOUZA, Maria Luíz de. Desenvolvimento de Comunidade e Participação. 3a. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - Maternidade Assis Chateaubriand. Manual Para Treinamentos de Parteiras e Agentes Comunitários em Saúde Reprodutiva. Fortaleza, 1995.

VITHOULKAS, George. Homeopatia, Ciência e Cura. Trad. Sônia Régis. São Paulo: Circulo do Livro, 1981.

WAGLEY, Charles. Uma Comunidade Amazônica. Trad. Clotilde da Silva Costa. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1957.

WERNER, David. Onde Não Há Médico. São Paulo: Ed. Paulinas, 1991.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

8.1. O que a família faz em caso de doenças? (pode marcar duas alternativas, se for o caso)

- () procura imediatamente um serviço de saúde.
- () faz algum remédio em casa e também procura um serviço de saúde.
- () procura evitar remédios caseiros e usa mais remédios de farmácia.
- () procura não usar serviços de saúde e evitar a compra de remédios.

8.2. Cite três coisas ou trabalhos fundamentais para prevenir doenças:

8.3. Crianças até 12 anos e suas vacinas:

- () número de crianças que tem seu cartão de vacinas completo ou estão em dias com as vacinas.
- () tomaram apenas algumas doses.
- () tem mais de 2 meses e nunca tomou vacinas.

9. Houve algum caso de morte neste domicílio no ano de 93 até o fim de junho de 94? (caso afirmativa anotar NOME, IDADE E CAUSA DA MORTE).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE MESTRADO EM ANTROPOLOGIA

Estudo das práticas sociais de saúde nas comunidades do Seringal de
São Pedro e Estrada Velha em Xapuri, Ramal do Cascalho em Nova
Califórnia - Acre

LEVANTAMENTO DOMICILIAR

1. Comunidade de: _____

1.1. Família de: _____ ()*

e _____ ()*

(observar nos casos de viuvez ou uma só pessoa)

* Estado de origem (ver sigla em anexo).

1.2. Número total de pessoas no domicílio por sexo e idade.

IDADE	Nº DE MULHERES	Nº DE HOMENS
0 - 1.....	().....	()
1 - 5	().....	()
5 - 10	().....	()
10 - 15.....	().....	()
15 - 20.....	().....	()
20 - 30.....	().....	()
30 - 40.....	().....	()
40 - 50.....	().....	()
50 - 60	().....	()
Mais de 60	().....	()

2. Tempo de moradia nesta comunidade (em anos)

0 a 2 () 2 a 5 () 5 a 10 () 10 a 25 () + de 25 ()

2.1. Quantas gerações (pai-avô) moraram nesta região (caso afirmativo
indicar o número: 1 = pai; 2 = avô; 3 = bisavô

(a seguir)

Não ()

Sim ()

()

3. Número de pessoas que estão estudando.

() da 1ª até a 4ª série

() da 5ª até a 8ª série

() Estão no 2º grau.

3.1. Número de pessoas que pararam de estudar sem concluir seu curso.

() Adultos que não sabem ler.

() Pararam de estudar antes de terminar a 4ª série.

() Pararam de estudar entre a 5ª e a 8ª série.

() Iniciaram o 2º grau e não terminaram.

3.2. Número de pessoas que terminaram os curso de:

() 1º grau

() 2º grau

4. Produção familiar (se for o caso marcar 1 ou 2 alternativas):

() Agricultura como atividade principal

() Assalariado rural

() Trabalho como diarista

() Comerciante

() Trabalha na seringa

() Agricultura de subsistência

() Assalariado do serviço público

4.1. A produção familiar é vendida para:

() Comerciante

() Direto para o consumidor

() Para cooperativa

() outros

() Para algum órgão do governo

4.2. Quantas vezes a família teve financiamento agrícola em banco público?

0 () 1 a 2 () 2 a 5 () + de 5 ()

4.2.1. O financiamento foi particular?

() sim () não

4.3. Que outros apoios a família tem ou teve, para a produção ou comercialização?

4.4. Este apoio melhorou a renda, moradia, alimentação?

4.5. Como é feita a produção?

() Os trabalhos são executados pelas pessoas da casa.

() Regularmente são contratadas (chamadas) pessoas para trabalhar.

() A participação dos filhos é importante nos trabalhos.

() A mulher(es) trabalha na agricultura com muita frequência.

() A mulher(es) está (estão) muito mais voltada para os trabalhos domésticos.

() Normalmente os parentes (primos, tios, pais, sobrinhos) ajudam nos trabalhos.

() É frequente a troca de dias de trabalho entre os vizinhos.

4.6. Total da renda familiar (em produção ou em valores) durante um ano.

Total de borracha: _____

Feijão: _____

Arroz: _____

Farinha: _____

Gado: _____

Outros animais: _____

Outros: _____

Obs.: Se preferir declarar em dinheiro: _____

5. Características da moradia (a casa):

() madeira beneficiada

() madeira bruta

- ☐ paxiúba ☐ alvenaria
☐ 1 cômodo ☐ 2 a 3 cômodos
☐ 4 ou mais cômodos ☐ cobertura palha
☐ cobertura cavaco ☐ cobertura alumínio ou amianto
☐ piso em tijolo ☐ chão batido
☐ assoalho ou paxiúba Tem forro? sim ☐ não ☐

6. Fontes e qualidade da água (onde retira.

☐ água de poço ☐ água de açude ☐ água de igarapé ☐ água de fonte

6.1. Quando chove acontece a entrada de água da enxurrada para dentro da fonte ou poço?

☐ as vezes ☐ acontece frequentemente ☐ não acontece de jeito nenhum

6.2. Quanto à limpeza da água?

- ☐ tem privada bem afastada do poço
☐ utilizam o mato para as necessidade de eliminação
☐ tem um lugar certo e afastado da água para fazer as necessidades.

7. Como é considerada a alimentação deste domicílio?

☐ regular ☐ boa ☐ pode apresentar alguma deficiência

7.1. Esta alimentação é:

- ☐ em grande parte produzida pela família
☐ na maior parte é comprada

Outros: _____

7.2. Quatro (ou mais) alimentos mais consumidos nesta família e que são considerados importantes a alimentação:

8. Doenças que ocorreram neste domicílio durante o ano de 93 até o fim de junho de 94.

Nome da doença

nº de vezes que ocorreu

DOAÇÃO	BC / PTU
ENTIDADE	
VALOR	30,00
DATA	14/06/96

39

K64p

Klein, Estanislau Paulo.
Práticas sociais de saúde
entre ...
39/K64p/BC/PT
(2137/BC/96)