

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
MESTRADO EM ANTROPOLOGIA

DEPOIS DAS ERVAS
ORGANIZAÇÃO E AÇÕES DE SAÚDE

Rubenilda Maria Barboza

Recife, agosto de 1988.

38 d

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
MESTRADO EM ANTROPOLOGIA

DEPOIS DAS ERVAS - ORGANIZAÇÃO E AÇÕES DE SAÚDE

RUBENILDA MARIA BARBOZA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
ORIENTADOR: RUSSEL PARRY SCOTT

Apresentada ao Programa de Pós-
-Graduação em Antropologia da
Universidade Federal de Pernambu
co para obtenção do Grau de Mes
tre em Antropologia.

Recife, agosto de 1988

Universidade Federal de Pernambuco
BIBLIOTECA CENTRAL
CAMPUS DE NINHO D'ÁGUA
50.70-1, Recife - Pernambuco - Brasil

A

646/06.4.90

PE000284470

ACERVO: 172426

IV.06

- Aos meus pais, por todo amor e incentivo que sempre me souberam dar.
- A Romildo e a Marcelo, por se fazerem presentes nessa caminhada.
- A todos que lutam por melhores dias.

"Por mais escura que seja a noite,
ninguém segura o amanhecer".

autor desconhecido

AGRADECIMENTOS

Para realização desse trabalho contamos com a colaboração de diversas pessoas. Contudo como é impossível lembrar de todos que nos auxiliaram no desempenho dessa tarefa, fica aqui registrado nossas desculpas pela omissão àqueles que direta ou indiretamente participaram e não foram mencionados. Em contraposição, existiram contribuições tão pertinentes e valiosas que não são exprimíveis em palavras.

Ao mestre, orientador e amigo RUSSEL PARRY SCOTT, pela disponibilidade e comentários profícuos que foram decisivos na execução desse trabalho, como também por sempre nos estimular a dar passos maiores.

Aos professores Luiz Gonzaga Mello e Maria do Carmo Vieira, pelas sugestões, críticas e o carinho que sempre nos remeteram.

À professora Silke Weber, pela valiosa ajuda que prestou ao nos fazer perceber o cerne da questão, no desabrochar das primeiras idéias.

À ex-secretária do Mestrado, Regina e a atual, Elisa beth, pela solicitude com que sempre atenderam nossos apêlos.

Às amigas Ângela, Érica, Elisabeth, Ivane, Eliene, Nadja e Evilda pelo apoio moral e intelectual que constantemente nos prestaram.

À Letícia pela perspicácia e paciência que demonstrou em decifrar desde os manuscritos iniciais, até os que culminaram neste trabalho.

Aos moradores da Vila Escailabe, por sempre nos dispensarem muito carinho e atenção; em especial àqueles que se dispuseram a responder ao nosso questionário.

Aos amigos Pedro Paulo e Nicolau, por nos introduzir no local de estudo e fornecer informações valiosas sobre o mesmo.

À Teresa e Cleide, agentes de saúde da Guabiraba e Al

to José Bonifácio; à Ieda e Regina, Presidente e Secretária da FEACA; à Fernanda e Janete, técnicas do serviço de saúde na época; à Diana, enfermeira que iniciou o trabalho em saúde; e à Ninô, Presidente da Associação de Moradores na época: a todas essas pessoas quero externar o meu profundo agradecimento.

Um agradecimento especial às agentes de saúde da vila, sem a ajuda das quais esse trabalho não seria realizado. Particularmente gostaríamos de registrar nosso reconhecimento a uma delas, Madalena, que por sua disponibilidade recorreremos com mais frequência em busca de informações.

Aos familiares Romildo, Rubinho, Ruy, Renilda, Maria Isabel, Nilva, Elvia e Noêmia pelo apoio moral que sempre demonstraram.

Finalmente quero expressar o meu profundo reconhecimento à minha mãe, Nailde, pela ajuda dispensada em todos os momentos, que por tão substancial que foi é indescritível em palavras.

A autora



Título: DEPOIS DAS ERVAS: ORGANIZAÇÃO E AÇÕES DE SAÚDE

Autora: RUBENILDA MARIA BARBOZA

Estudo sobre as repercussões da organização, facilitada pela Medicina Comunitária, na conduta com a saúde pelos membros de uma população de baixa renda. Inicialmente, tomou-se como foco de análise as práticas terapêuticas, acreditando ser a organização uma variável tão decisiva nesta escolha, que inviabilizaria o uso intenso e diversificado das mesmas. Posteriormente, verificou-se que não só outras variáveis intervêm nessa decisão, como também o objeto de análise escolhido restringia a influência da organização, possibilitando por sua vez a visualização de outros efeitos.

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, que constou de um trabalho de campo com os seguintes instrumentos: a) observação informal e participante, utilizadas principalmente nas reuniões de saúde; b) questionários aplicados a dois grupos: agentes e não agentes de saúde; e) entrevistas realizadas com diversas pessoas, desde profissionais do serviço de saúde e agentes de outras áreas, aos Presidentes da Associação de Moradores da Vila e da Federação dos Conselhos e Centros Comunitários de Casa Amarela.

A junção dessas informações, referenciadas em pesquisas antropológicas e teorizações acerca da Medicina Comunitária, permitiu que a análise se processasse em três momentos. Inicialmente se explicitou como ocorre a Medicina Comunitária no local de estudo, a Vila Escailabe. Em seguida vieram as reivindicações e as conquistas obtidas. Finalmente, a partir das práticas terapêuticas utilizadas, procurou-se evidenciar algumas contribuições da organização no direcionamento das mesmas.

O Material coletado revelou não haver diferença significativa em intensidade e diversidade de práticas terapêuticas utilizadas pelos dois grupos, mas sim uma diferença qualitativa entre eles. Deduziu-se então, que as ações de saúde sofrem influência dos conhecimentos teórico-práticos propiciados pelo serviço estudado. Deste modo, as agentes de saúde além de fazerem prevenção e tratamento respaldadas num conhecimento mais aprofundado sobre as causas das doenças, bem como da alternativa proposta, no caso as ervas, pleiteiam também condições de vida que propiciem a saúde, o que não ocorre com o grupo das não agentes.

ABSTRACT

Title: AFTER THE HERBS: ORGANIZATION AND HEALTH ACTION
Authoress: RUBENILDA MARIA BARBOZA

Study on the repercussions of the organization, facilitated by Community Medicine in health conduction by members of a low-income population. At first, therapy experiences have been taken as analysis focus while organization was considered a very decisive variable in this choice would make unfeasible the intense and diverse usage of the same.

Lately, it has been verified that not only other variables interposed in this decision but also the chosen analysis object restricted the influence of the organization making possible the uprising of other effects.

A qualitative research was realized consisting of a field work with the following instruments: a) informal observation and participant, used mainly in health meetings; b) questionnaires used in two groups: Health-agents and non-health agents; c) interviews realized with different persons since professional from health service and other areas agents to Village residents Association Presidents and Council Federation and Casa Amarela suburb Community Centers.

Associating this information referenced in anthropological researches and speculations about Community Medicine has permitted that the analysis should take place in three moments. At first it became clear as community occurs in the study field, the Skylab Village. Next, revendications and obtained conquests. At last, there has been an attempt to evidence some contributions of the organization from therapy experiences in guiding the same.

The obtained material has shown that there was no relevant difference in intensity and diversity in the therapy experiences used by the groups, but a qualitative difference

between them. It has been deduced that health actions are influenced by practical theoretical knowledge offered by the studied servive. As a matter of fact, the health agents besides doing prevention and treatment on the grounds of a deeper know ledge about the diseases causes as well as the proposed alter native, in this case the herbs, they also plead life conditions that favor goog health which does not occur with the non-agent group.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	vi
ABSTRACTviii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO	9
1. A quem serve a Medicina?	10
2. Transformação parcial na política de saúde	12
3. Medicina Comunitária	13
CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	17
1. O que estamos pesquisando	18
2. Onde estamos pesquisando	20
3. Como obtivemos os dados	24
4. Descrição dos sujeitos da amostra	26
5. Como analisamos os dados	29
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: DEPOIS DAS ERVAS	31
1. Medicina Comunitária na Vila Escaillabe	33
2. Conquistas obtidas	42
3. Práticas Terapêuticas	53
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO: HOUVE MODIFICAÇÕES?	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	93
ANEXO I	94
ANEXO II	95

INTRODUÇÃO

É muito comum nas mais diversas regiões do Brasil, a existência da chamada medicina popular ou medicina alternativa, em contraposição a medicina científica ou oficial. Ou seja, de acordo com os autores aqui mencionados, são práticas utilizadas para prevenir ou combater doenças baseadas no senso comum, no conhecimento popular, sem nenhum referencial teórico-científico explícito, como o usual dessa última. Assim costuma-se utilizar ervas para fazer chás, lambedores, banhos etc., práticas estas aprendidas sobretudo com os familiares (avós, pais e outros parentes), ou então realiza-se gestos, ações ou equívocos, recomendados por especialistas não reconhecidos pela medicina oficial científica, como curandeiros, rezadores, etc. Apesar deste procedimento ser concebido por alguns teóricos da modernização (Hutzler, 1976), como um resquício da cultura rural tradicional e portanto fadada ao desaparecimento com o desenvolvimento da urbanização, tais práticas terapêuticas alternativas têm-se expandido tanto no espaço urbano de modo a fazer concorrência à medicina oficial ou científica (Loyola, 1984).

Loyola (1984), ao procurar as relações entre práticas terapêuticas e os grupos sociais que as utilizam, refere que o uso de certas práticas populares de saúde são estratégias da população frente a carência e ineficácia dos serviços oficiais de saúde (públicos e privados), bem como representam a opção que têm de resistir, ainda que parcialmente, ao autoritarismo das classes dominantes veiculadas pela medicina erudita. Ou seja, a relação médico-paciente é percebida como uma relação de poder exercida por toda a classe médica, como também por todos aqueles que estão do lado do saber dominante. Assim a utilização de algumas práticas populares de saúde servem simultaneamente como alternativa disponível, e para contrabalançar a rela

ção de dominação que confere a prática da medicina oficial ou científica. Deste modo, as diversas práticas traduzem as relações de poder entre os diferentes estratos sociais.

Neste sentido Boltanski (1984) coloca que a relação médico-paciente é uma relação de classe, adotando o médico um comportamento diferente em conformidade com a mesma. Exemplifica mencionando que grande parte da anamnese visa não só classificar a doença do paciente, como também o classificar socialmente e a partir daí o médico mantém uma relação diferencial com o cliente. Ao lado desta distância social, continua o autor, como a medicina tem especialmente na nossa sociedade uma função de dominação, de passar os valores da classe dominante, o médico precisa marcar essa diferença utilizando-se da distância lingüística. Então, além do vocabulário especializado redobrar a distância lingüística entre o médico e um membro das classes populares, as explicações acerca do diagnóstico, dos medicamentos etc., variam também em função da classe social do paciente; quando este é de baixa renda, isto é "um membro de uma classe inferior à sua, possui o mais baixo nível de instrução, e que, fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está portanto em estado de compreender a linguagem e as explicações do médico, e a quem, se quer fazer compreender, convém dar ordens sem comentários, em vez de conselhos argumentados (1984:45)". Deste modo, os pacientes das classes populares estão afastados dos médicos pela distância social que em qualquer circunstância os separa de um membro das classes altas amplamente escolarizado e detentor de um saber específico, mas também porque no caso particular do médico essa distância é exacerbada devido não só a um vocabulário especializado, como também pela ausência de explicação concedida ao cliente.

Em contrapartida são mais igualitárias as relações desses clientes com os especialistas da Medicina popular ou alternativa, por serem geralmente oriundos da mesma camada social e assim participarem do mesmo Universo cultural; o que os diferencia é apenas o "dom de curar".

No que concerne a evolução sócio-religiosa, Monteiro (1979) refere que ao lado dos momentos de crise e desagregação, das condições de insegurança, de penúria e de desorganização social, características endêmicas do tipo de desenvolvimento capitalista brasileiro, aparecem simultaneamente modalidades religiosas diversas das pré-existentes, tais como as da "empresa da cura divina". No tocante ao comportamento da clientela na sua indiferenciação religiosa, continua o autor, não há dramas de consciência nessa incessante busca, mas sim ansiedades e carências.

Corroborando a idéia, Barros menciona pesquisas realizadas ultimamente em certas áreas do País, examinando o comportamento dos grupos rurais e de cidades interioranas, onde foi notado a permanência de uma farmacopéia escatológica. Inúmeras dessas pesquisas "vem comprovando a existência de um estado de empatia mágica, de intranquilidade, de transferência para as ações alienadas dos problemas que lhes parecem sem solução do ponto de vista econômico (...) sendo esta situação criada em função das causas estruturais (Barros, 1977:96)". Deste modo frente a situação de carência generalizada é natural aos que conseguem sobreviver, recorrer a todos os artifícios possíveis. Ou como refere BOSI, "quando desejamos compreender a cultura das classes pobres percebemos que ela está ligada a existência e a própria sobrevivência destas classes (Bosi 1979:25)".

Uma vez que tanto no rural como no urbano, as alternativas terapêuticas são utilizadas e em alguns casos de maneira intensa, a discussão parece sair do plano do enfoque teórico antropológico tradicional versus moderno, bem como do integração versus não integração, para o político, uma vez que é o modelo de desenvolvimento econômico adotado, que estimula e mantém as desigualdades sociais. Em outras palavras, a quantidade e a qualidade dos estabelecimentos de cura, assim como os usos e abusos que ocorrem nos mesmos, são proporcionais a desagregação social dos clientes, que é gerada pelas contradições da estrutura social existente.

No que concerne as precárias condições de vida, sabe-se que no Brasil apenas 30% da população dispõe de uma dieta calórica adequada (CEBES, 1985), vez que mais de 50% das famílias possuem renda situada entre zero e dois salários mínimos (Souza, 1982), atingindo a subnutrição quarenta milhões de brasileiros (Serrano, 1984). Há acentuadas disparidades regionais e entre distintos grupos populacionais, em relação ao risco de adoecer e morrer de acordo com o nível de renda (CEBES, 1985). Assim as expectativas de vida podem variar em até trinta anos entre um nordestino e um sulista rico, como também numa mesma cidade os grupos de renda de até um salário mínimo apresentam a esperança de vida de 54,8 anos, enquanto os que recebem mais de cinco salários mínimos têm 69,6 anos que seria um saldo de 14,8 anos (Costa, 1982). No caso particular da Região Metropolitana do Recife, sabe-se que esta

"ocupa com relação à qualidade de vida da população (condições sociais e econômicas), um dos últimos lugares, se não o último, dentre as nove regiões Metropolitanas do Brasil (...) vez que, segundo dados do IBGE (1986), 11% da população economicamente ativa está sem emprego, representando o maior contingente de desempregados entre as grandes cidades brasileiras; 44,9% não dispõe de renda mensal mínima para sobreviver; 9,9% ganha menos de meio salário mínimo; 26,7% ganha até dois salários mínimos; e apenas 7,5% recebe mais de cinco salários mínimos (...) Diante dessa situação, os níveis de saúde recifense situam-se abaixo de um padrão mínimo desejado (...) Em meados da década de setenta, 80% da população do Recife não tinha rendimentos que permitissem adquirir os alimentos essenciais mínimos (...) já em meados desta década, em 1986, cerca de 60% das crianças recifenses apresentavam alguma forma de desnutrição (Canuto, 1986:18-20)"

Paralelo a este quadro pesquisas (Barros, 1977; Loyola, 1984) mostram que a profusão de estabelecimentos que se propõem à cura das doenças tanto os males do espírito quanto os do corpo, evidenciam-se sobremaneira, salvo raras exceções, em

bairros periféricos e populosos onde a maior parte da população é de baixa renda ou nas chamadas áreas de assentamento subnormal. Estas segundo a FIDEM (Melo, 1978), teriam cinco características principais: 1) Baixo poder aquisitivo das famílias; 2) Alta densidade populacional; 3) Desorganização espacial; 4) Ilegitimidade na ocupação da terra; 5) Precariedade ou inexistência de serviços de infra-estrutura física e social.

Levando-se em conta que a maioria das principais doenças brasileiras seriam resolvidas pela prevenção e pelo atendimento primário, pois são causadas em grande proporção, pelas más condições de habitação, insuficiência alimentar, falta de saneamento básico e água potável, falta de segurança no trabalho e problemas educacionais, vê-se então que as enfermidades são sociais (Canuto, 1980; Carriconde 1985; Costa, 1982; Melo, 1978; CEBES, 1985).

Paralelo a esses dados, alguns autores (Pellegrini, 1984; Bohadana, 1982) parecem concordar que são as precárias condições de infra-estrutura de bens e serviços, necessários ao consumo coletivo a que são submetidas as classes populares, que têm dado origem a movimentos reivindicatórios urbanos. Estes muitas vezes são precedidos pela busca de alternativas de agentes externos junto a população, que visam suprir determinadas carências, indo em alguns casos se constituir em embriões de movimentos (Bohadana, 1982).

As consequências desses movimentos segundo Borja (Pellegrini, 1984:214) atingem dois planos:

a) Econômico - com a elevação relativa do padrão de vida e do bem estar social.

b) Político - com o surgimento de formas de organização que tendem a questionar a posição dos interesses do capital no interior da sociedade.

Alguns efeitos a nível deste último plano é que queremos averiguar neste trabalho, visto que sua idéia surgiu a partir de duas observações que se contrapunham. De um lado um estudo realizado por Loyola numa população de baixa renda, reve-

lava que mais da metade das doenças descritas eram geralmente tratadas fora do sistema oficial de saúde, na já mencionada Medicina Popular. Em contrapartida observamos que numa sub-área de um bairro do Recife, Casa Amarela, em condições similares de pobreza, o mesmo não sucedia. Ao procurarmos os motivos que poderiam intervir nessas duas semelhantes populações a nível sócio-econômico, para dar resultados díspares, verificamos que além dos serviços médicos disponíveis a esta população, serem mais próximos e em maior quantidade do que os acessíveis a comunidade estudada por Loyola, havia ainda, em Casa Amarela, a existência de uma organização em saúde facilitada pela Medicina Comunitária.

Deste modo o problema ficou apresentado da seguinte forma: por um lado, não obstante a utilização das práticas terapêuticas da Medicina Popular (benzedura, simpatia etc.) fazem parte de nossas tradições culturais, pesquisas revelam (cf. Barros, 1977; Loyola, 1984) que estas práticas são muito intensas em populações de baixa renda onde, se de um lado os serviços oficiais de saúde oferecidos pelo Estado são precários, de outro o poder aquisitivo dessa população impossibilita o acesso a outras opções dentro da Medicina Científica ou Oficial, tais como a convênios ou a serviços particulares. De onde se conclui que a maior ou menor incidência e diversificação dessas práticas se dá em função da estrutura social existente que, ao privilegiar o econômico em detrimento do social, impele as camadas populares a buscarem as alternativas mais acessíveis. Por outro lado, se em função de suas próprias carências elas se organizarem, com o incentivo de agentes sociais externos, as opções serão outras ou seja, a organização possibilitará que tenham mais direcionamento nas ações terapêuticas e conseqüente estas sejam menos diversificadas e intensas.

A partir de nossas leituras verificamos que a utilização da Medicina Popular ou Alternativa tem sido analisada por diferentes óticas, que vão desde os aspectos folclóricos até os sócio-políticos da questão. Aqui daremos mais realce a es-

tes últimos, por supormos que a variável organização em saúde, intervem nos caminhos que os indivíduos trilham para solucionar as doenças. Denominamos organização em saúde a junção de técnicos e leigos que se reúnem com a finalidade de discutir, para prevenir e solucionar, os problemas de doença destes últimos. Admitimos então que esta organização existente na população estudada, ao permitir uma maior conscientização acerca do processo saúde/doença, possibilita que haja prevenção de doenças e um direcionamento nas escolhas terapêuticas. Em outras palavras, ao considerarmos os usos da medicina alternativa como fato social e como tal indissociável do contexto sócio-cultural no qual ocorre, pretendemos detectar as relações entre organização em saúde, facilitada pela Medicina Comunitária, e práticas terapêuticas numa população de baixa renda.

Embora reconhecendo a impossibilidade de esgotar esta temática num trabalho de proporções tão modestas, acredita-se que terá utilidade a nível teórico e prático. No primeiro caso, por existirem poucos estudos em antropologia da saúde relacionando a intensidade e diversidade dos usos da Medicina Alternativa com a variável organização, acrescentará o acervo de conhecimentos na área, como também poderá suscitar profícuos questionamentos. A nível prático pode de um lado, (a) servir de retorno ou feedback aos trabalhos de conscientização ou educação popular em saúde, que busquem uma real transformação social e por outro lado, (b) funcionar como incentivo às populações organizadas ou em vias de organização na reivindicação de seus direitos.

Nosso estudo foi organizado em cinco capítulos, precedidos da Introdução. Nesta situamos o problema a ser abordado tentando despertar à importância do tema. No primeiro capítulo fazemos um rápido histórico dos caminhos da Medicina Oficial ou Científica até chegar nos dias de hoje, onde existe uma vertente chamada Medicina Comunitária. As teorizações referentes a esta nos servirão de base para analisarmos os dados. O segundo capítulo trata do objeto e local da pesquisa, bem como da meto

dologia que utilizamos para realizá-la. No terceiro e quarto capítulos constam os resultados encontrados, bem como as discussões empreendidas sobre os mesmos respaldadas em pesquisas antropológicas. Finalmente no último capítulo compilamos algumas das constatações que afloraram no decorrer da pesquisa

CAPÍTULO I
REFERENCIAL TEÓRICO

1) A quem serve a Medicina?

Retrocedendo um pouco à história (Serrano, 1984) ver-se-á que até o final do século XVIII a Medicina Oficial era pouco científica, preocupada mais em confortar seus ricos pacientes do que com a doença. Até então não havia interesse nem na Europa, nem na América em fazer prevenção ou atuação social pela saúde. Contudo, com as grandes mudanças sociais e políticas no fim do século XVIII foi transformada essa situação, pois o fortalecimento da classe burguesa já não permitia que só os nobres tivessem médicos, exigindo-se também um maior rigor científico da medicina.

Segundo Serrano (1984) foi por conta das epidemias que surgiu a Medicina Social, a saúde pública; advindo daí uma Medicina patrocinada pelos poderes públicos. "A Medicina então é chamada a participar mais ativamente para evitar a doença e o perigo urbano; é preciso tornar os homens mais produtivos, pois falta de saúde é perda de dinheiro". Assim são elaboradas idéias higienistas para melhor controlar os focos da doença.

Nessa mesma linha de pensamento Costa (1985), num trabalho sobre as origens das políticas de saúde pública desenvolvidas no Brasil, menciona que a partir do início do século aqui foram reproduzidas algumas das proposições nascidas no âmbito das sociedades capitalistas européias. Desta maneira, surgiram objetivando a criação de condições sanitárias mínimas, ao limitarem sua atuação ao controle de um conjunto de doenças que ameaçavam a reprodução e manutenção da força de trabalho e por conseguinte, a expansão da economia capitalista no campo e na cidade.

Nesta breve retrospectiva fica explícito, que a prática médica oficial no Brasil e em outros países do mundo, esteve geralmente atrelada à ideologia dos dominantes, ainda que a nível do discurso fosse em prol do social. Atualmente a situação não é muito diferente, pois a medida que a saúde é um dos co

mércios mais rentáveis, as indústrias e empresas da área frequentemente ditam as práticas e as políticas de saúde a governos e sociedades (Serrano, 1984).

Ratificando esta colocação Cordeiro (1982), refere que as políticas de saúde no Brasil nos anos de 70 a 80 tiveram seus objetivos sociais comprometidos por objetivos econômicos, ligados ao crescimento do setor médico-empresarial de caráter lucrativo. Deste modo as conclusões do I Simpósio sobre "Política Nacional de Saúde" realizado em 1979 na câmara dos deputados e promovido pela comissão de saúde, indicaram um unânime empresariamento da Medicina; representando uma posição de reprovção ao modelo vigente, centrado nos cuidados hospitalares de caráter lucrativo.

Contudo, a história também nos mostra resistências e rebeliões populares que apesar de não terem conseguido transformações profundas, obtiveram alguns saldos positivos. Foi o caso, por exemplo, do Departamento Nacional de Saúde Pública, organização sanitária criada em 1920 e que respondia a algumas reivindicações operárias (Costa, 1985). Numa escala mais ampla sabe-se que na Inglaterra, Suécia e outros países europeus onde a Medicina é patrocinada diretamente pelo governo, os partidos socialistas e trabalhistas foram os principais responsáveis pelo sucesso da nacionalização (Serrano, 1984).

Faz-se necessário então a concordância com o Dr. Mahler (Cordeiro, 1982:90) diretor geral da Organização Mundial de Saúde em 1980, que por ocasião da 7ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil, proferiu o seguinte trecho no seu discurso: "A meta social de saúde para todos não poderá ser alcançada jamais, se não contar com uma ativa, livre e consciente participação popular".

2) Transformação parcial na política de saúde

Nos últimos anos tem-se verificado a adesão de influentes setores da sociedade como, a ala progressista da Igreja, a corrente democrática do corpo médico juntamente com outros profissionais de saúde, parlamentares e associações sindicais entre outros, que unidos a organizações populares vem se mobilizando num movimento por uma política de saúde mais democrática, com a participação efetiva da comunidade nas decisões (Carriconde, C. 1985; Abrasco, 1985; CEBES, 1985; Souza, L. R. e Veras, R. 1982).

Nesse sentido diversos estudiosos consideram que na década de 70 houve um avanço substancial na postura da questão saúde, não só devido a produção acadêmica, como também pela presença de movimentos sociais relacionados a questão da medicina e da saúde, que foram sustentados por profissionais da área médica e por outros segmentos da população (Donnângelo, 1983). Deste modo numa abordagem que vincula a questão da saúde às questões estruturais, é a determinação estrutural na produção e distribuição da doença que vai ser focalizada (Nunes, 1983).

De acordo com Laurell (Nunes, 1983) este posicionamento sobre a Medicina nos países Latino-Americanos deu-se em resposta a quatro grupos de fatos:

a) Da observação de que a posição de classe explica melhor que qualquer fator biológico, a distribuição da doença na população e o tipo de patologia predominante.

b) Da não melhoria automática nas condições de saúde coletiva com o crescimento econômico.

c) Da não correspondência do desenvolvimento da atenção médico-hospitalar com o avanço substancial na saúde dos grupos cobertos por ela.

d) Da compreensão de que a distribuição desses serviços entre os diferentes grupos e classes sociais, não depende de considerações técnicas ou científicas, mas, principalmente, de considerações econômicas, políticas e ideológicas.

3) Medicina Comunitária

Num trabalho sobre as correntes de pensamento no campo da Medicina, Garcia (1983) coloca que as diversas correntes encontram-se atualmente travando uma luta em relação à explicação dos fenômenos no campo da saúde, no que concerne ao entendimento da (a) relação da Medicina com a estrutura social, (b) a efetividade da ação médica e (c) os determinantes sociais da doença. Deste modo, continua o autor:

"no período anterior aos anos 70, a concepção dominante da autonomia da medicina, de sua efetividade, do poder de transformação das instituições médicas e do efeito positivo do desenvolvimento econômico sobre a saúde, estava garantido pelo predomínio do positivismo entre as correntes do pensamento médico (...) contudo o enorme crescimento das forças produtivas que ocorre nos países capitalistas desenvolvidos na década de 50, e especialmente nos anos 60, esbarra em fins deste último decênio com as relações de produção existentes, ocasionando uma série de questionamentos na sociedade civil sobre os objetivos do desenvolvimento econômico e as conquistas da ciência em relação à desigualdade na distribuição da riqueza (...) assim frente as crescentes necessidades da população, resultantes da crise econômica do capitalismo, estimula-se a adoção das alternativas "baratas" que haviam surgido em fins dos anos 60 e começo dos 70 (Garcia, 1983:119-120)"

Surge assim a Medicina Comunitária que de acordo com Donnangelo (1976), apareceu nos Estados Unidos na década de 60 como resposta as tensões sociais suscitadas pelo movimento dos direitos civis e pelos conflitos raciais, voltando-se principalmente para as populações dos guetos. Foi difundida para a América Latina em 1970, com o apoio da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (Bohadana, 1982).

No Brasil esta proposta teve início nas Universidades em 1970 com projetos de natureza acadêmica financiados por fontes estrangeiras, sendo desenvolvida de maneira mais abrangente a partir de 1974, através de projetos financiados pelo esta

do e mais tarde em 1976 com o programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS - (Bohadana, 1982).

Esta forma de atendimento incluiria alguns itens que foram definidos a partir da V Conferência Nacional de Saúde, (Pellegrini, 1984), tais como:

- ampliação da cobertura através da extensão da rede de serviços;
- integração e regionalização de serviços;
- apoio ao desenvolvimento de formas simplificadas de atendimento;
- participação da população nos serviços que lhes são oferecidos.

Na concepção de Pellegrini dois aspectos, a inserção na divisão do trabalho e a capacidade de pressão política, devem ser considerados para entender a articulação entre Medicina Comunitária enquanto uma forma específica de prática médica, e os grupos sociais aos quais se dirige; visto que essas práticas tem por um lado, a função de diminuir os custos e por outro uma função político-ideológica de controle social.

Para compreensão do raciocínio acima descrito é necessário observar as linhas existentes nesse tipo de trabalho; segundo Bohadana destacam-se duas vertentes nos trabalhos de saúde com participação comunitária:

a) A primeira tem como objetivo central a mobilização e a organização da comunidade. Aqui se encontram alguns projetos autônomos e propostos da Igreja Católica.

b) A segunda se caracteriza por privilegiar nas ações de saúde, a extensão da assistência médica. Nesta são vistos os projetos financiados pelo estado e os de natureza acadêmica financiados por fontes externas com perspectivas de, ao fim da experiência, serem absorvidos pelo estado.

A avaliação dessas experiências de acordo com a referência da autora, é feita conforme duas perspectivas de análise: (a) a partir dos efeitos a nível da consciência social das populações atingidas e (b) a partir dos seus efeitos em melhorar a

saúde da população. No primeiro caso a questão saúde é vista como instrumento para educação popular, sendo porém efetivada em "ações de saúde" que visam o combate a doença. Já no segundo o objetivo prende-se a melhorar o nível de saúde da população, assumindo um caráter finalista.

O espaço que separa essas duas correntes parece evidente desde o momento que concebem a causação do problema, até suas possíveis soluções. Deste modo, na primeira o referencial teórico nas ciências sociais é o enfoque histórico estrutural que percebe as populações marginais, rurais ou urbanas, como historicamente geradas e mantidas pela estrutura social por serem necessárias ao seu funcionamento; ocorrendo assim uma decisão política na origem do problema, também política terá que ser a solução. Neste caso, as ações conjuntas de saúde servem de instrumento para criar ou dinamizar organizações representativas das comunidades, que aliadas a outros setores das camadas populares somem forças para pressionar o suficiente, com o objetivo de influir na definição das políticas voltadas para suas reais necessidades (Pellegrini, 1984).

Por sua vez a segunda vertente se encaixa nos modelos teóricos relacionados com a teoria funcionalista, que concebendo uma homogeneidade entre o social, o econômico e o político propõe que as ações de saúde incidam diretamente sobre os grupos marginais, mantendo-se intacta a estrutura social (Pellegrini, 1984). Esta postura na opinião de Pellegrini, além de esvaziar a dimensão estrutural dos problemas por concebê-los como locais em sua expressão e em sua origem, efetiva-se de fato como um processo de manipulação, por possibilitar apenas uma participação limitada da população e não ao nível mais geral das grandes decisões de caráter nacional.

Apesar de ratificar a afirmação acima Bohadana (1983: 126-128) menciona que não se pode subestimar o alcance das práticas que visam o combate a doença, principalmente pelo seu caráter preventivo. Deste modo ela lembra que aproximadamente quarenta milhões de pessoas não tem acesso aos serviços de saú

de que necessitam; embora sejam serviços simples, onde as exigências técnicas dão-se a nível do cuidado primário. Além disso, continua a autora, doenças como sarampo, difteria, tétano, etc. que podem ser controladas através do uso de vacinas, são ainda responsáveis por elevado índice de mortalidade em todo o país. O mesmo ocorrendo com as doenças de alta prevalência no país, como a tuberculose.

Deste modo essas experiências, no entender da referida autora, embora limitadas no que concerne a geração de formas de participação na população, mostram-se eficazes quanto à extensão da cobertura dos serviços primários. Por sua vez as práticas de ações de saúde apoiadas na educação popular tendem a favorecer a organização. Essas práticas de auto-ajuda embora limitadas ao local, possibilitam uma vivência de organização na população bem como idéias de solidariedade para enfrentarem problemas comuns. Contudo, continua a autora, as possibilidades de um bairro transformar suas condições de vida a partir de ações localizadas e isoladas do movimento social são ainda muito limitadas.

Apesar dessas limitações todas a questão saúde, para Bohadana, apresenta um grande potencial de irradiação. Assim sendo, "a importância das experiências de ação em saúde não devem ser medidas pela sua capacidade de confronto imediato com o Estado, mas sim pelo seu potencial irradiador, cujo significado consiste na capacidade do acúmulo de forças".

No presente trabalho acataremos as teorizações feitas pelos autores acima referidos sobre a Medicina Comunitária na linha da Educação Popular, vez que queremos averiguar suas repercussões no tratamento com a saúde.

CAPÍTULO II
DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

1) O que estamos pesquisando

Neste trabalho tentamos averiguar a eficácia ou não da organização em saúde, propiciada pela Medicina Comunitária na linha de educação popular, na resolução e encaminhamento dos problemas de saúde pelos membros de uma comunidade. Supomos que onde haja um grupo de pessoas trabalhando nessa direção, haverá uma redução na diversidade de práticas terapêuticas utilizadas pela população. Em outras palavras, à medida que a organização permite o conhecimento da origem de boa parte de seus problemas de saúde e essa tomada de consciência vai se disseminando, possibilita uma mudança no tratamento com a saúde, no sentido de ações direcionadas e não mais difusas ou aleatórias, no que concerne às condutas terapêuticas.

Entende-se os termos mencionados como:

1. Comunidade - grupo local de base territorial, integrado numa mais ampla e complexa estrutura social (Souza, L. R. e Veras, R. 1982).

2. Organização - Quando as atividades de um grupo orientadas para o alcance de metas são a razão básica de sua existência (Johnson, 1967), além de possuir algum tipo de mobilização interna que serve de canal para expressão política de suas reivindicações (Bohadana, 1982).

3. Medicina Comunitária - de acordo com Bohadana(1982) a proposta implica numa medicina com técnicas simplificadas, tratamento de doenças comuns (diarréia, anemia, etc.) incorporando a mão de obra local nos serviços ("participação comunitária").

4. Práticas Terapêuticas - todos os recursos utilizados para prevenir ou tratar doenças. Aqui se fará uma divisão entre práticas utilizadas pela Medicina Científica ou Oficial e práticas da Medicina Alternativa. Assim teremos o seguinte esquema:

4.1. Práticas Terapêuticas da Medicina Oficial ou Científica - todas aquelas utilizadas pela Medicina Oficial que iriam desde as consultas médicas, medicamentos, até exames la

boratoriais. O que as caracteriza é que são respaldadas no conhecimento científico, embora grande parte deste seja empírico.

4.2. Práticas terapêuticas da Medicina Alternativa -seriam as respaldadas no conhecimento popular, no senso comum, nas experiências dos indivíduos na sociedade, sem nenhum embasamento formal científico. Aqui utilizaremos os três estágios de Mágico, Religioso e Empírico, que alguns autores ao estudar a história da Medicina anterior a fase científica referem (Araújo, 1977:1). Adotaremos então esta subdivisão que Araújo segue, acrescentando a consulta ao Farmacêutico por ser uma prática muito utilizada nas populações de baixa renda, sendo considerada por Loyola uma prática intermediária entre a Medicina Científica e a Medicina Popular (1984: 31-33).

As práticas da Medicina Popular, de acordo com o referido autor, são aquelas oriundas de uma série de aculturações da Medicina Popular de Portugal, indígena e negra, constituindo-se no conjunto de técnicas, de fórmulas, de remédios, de práticas, de gestos que o indivíduo recorre para o restabelecimento de sua saúde ou prevenção de doenças. São práticas respaldadas no conhecimento popular, no senso comum, subdividindo-se em (Araújo, 1979:42-132) Mágica, Religiosa e Empírica, como veremos a seguir:

4.2.1. Medicina Mágica - procura curar o que de estranho foi colocado pelo sobrenatural no doente, ou extirpar o mal que se faz sofrer.

4.2.2. Medicina Religiosa - através de uma terapêutica ritual procura-se curar as doenças oriundas da quebra de um tabu de desobediência de uma determinação divina ou ainda, sanção punitiva de um ser superior.

4.2.3. Medicina Empírica - é a que se utiliza das ervas, das comidas especiais, das massagens, dos banhos, dos excretos, para restabelecer a saúde.

4.2.4. Consulta ao Farmacêutico - é quando se procura nas farmácias este profissional com o intuito de seguir suas prescrições medicamentosas para as doenças. Geralmente esses

chamados "Farmacêuticos", não tem a educação formal acadêmica que corresponde a essa denominação, mas apenas estão nesses estabelecimentos por serem os donos ou os vendedores.

Com o objetivo de operacionalizar a nossa hipótese fizemos a seguinte pergunta a realidade: estar vinculado a um serviço de saúde que desenvolve uma linha de trabalho em medicina comunitária, trará alterações significativas nas práticas terapêuticas?

Vinculação neste caso significa ser agente do grupo de saúde; esta denominação implica estar comprometido efetivamente no sentido de tanto usufruir dos bens e serviços oferecidos pelo mesmo, como também trabalhar para sua promoção e divulgação, possibilitando que outros indivíduos da comunidade tenham conhecimento e possam também utilizá-los. Considerando que as demais condições se mantêm constantes, a variável independente é a vinculação ao serviço de saúde.

2) Onde estamos pesquisando

O local de estudo é a Vila Escailabe, uma área de 15 mil metros quadrados que teve sua invasão iniciada em 1979. Geograficamente limita-se ao leste com a Bomba do Hemetério e ao norte, sul e oeste com Alto José do Pinho, no bairro de Casa Amarela, na cidade do Recife. Sua topografia é acidentada, sendo dividida pela população local em três regiões. A Farofa, em referência ao alto, Escailabe um e Escailabe dois, denominação dada as partes mais planas, onde há uma reta que possibilita a passagem de veículos pela Vila. O acesso ao alto se dá através de escadarias, havendo residências ao longo de seu percurso. Essa diferença de terreno, de acordo com os moradores da parte mais baixa, é motivo de rivalidade. Assim os moradores da parte plana são considerados ricos pelos da parte alta, o que impede alguns destes a colocar o lixo nos muros de arrimo da escadaria para que ele desça e suje a parte baixa.

A Vila foi construída por 296 famílias. Na época da invasão estimava-se em 80% (oitenta por cento) ou mais, o número de desempregados ou subempregados (vendedores ambulantes, biscateiros etc.), sendo a população composta em sua maioria por analfabetos ou semi-analfabetos (Tormena, 1980). Atualmente, de acordo com o Presidente da Associação de Moradores (1986), existem 350 famílias, perfazendo um total de aproximadamente 2.000 pessoas.

De acordo com informações de um ex-agente pastoral residente na vila, o que se observa é a ausência de vínculos com a Previdência Social pela maioria dos moradores; de modo geral a renda é abaixo de um salário mínimo por família, tendo aquela que o percebe uma situação mais favorável em relação às demais da comunidade; dois ou três salários é raro ocorrer. Na vila todos trabalham, homens, mulheres e crianças. Estas últimas em atividades como juntar ferro velho, litro para vender ou comercializar pipocas, pirulitos, picolés etc. Em relação aos adultos chefes de família, há casos em que homem e mulher trabalham em horários diferentes, ou apenas o homem trabalha. Ocorre muitas vezes, a mulher cuidar dos serviços domésticos em sua própria casa, ou a serviço de terceiros, onde existe a possibilidade de conseguir uma colocação para seu marido. É frequente também as mulheres não terem marido.

Na vila existe o Conselho de Moradores que começou a se organizar desde a invasão. Neste período todos participavam, como referem os próprios moradores; porém depois que as casas estavam construídas e o perigo de colocá-los para fora passou, só alguns continuaram frequentando. De acordo com o presidente do Conselho oitenta por cento participam das eleições, estimando-se um total de trezentos associados. Contudo este número vem aumentando, pois com a distribuição gratuita de leite pelo governo, em meados de 1986, "solicita-se" que sejam sócios os que desejam adquiri-lo. Colocamos aspeado porque eles dizem que solicitam, mas de fato acreditamos ser percebido pela população como uma exigência, pois todos se associam com medo de não

receber. Assim repetem, os membros da diretoria atual, para com os associados a mesma prática do governo de controle social na distribuição do leite.

Este Conselho dispõe de vários departamentos, sendo o grupo de saúde um destes. Para melhor entender este serviço e seu funcionamento, faz-se necessário ver sua ligação com o conjunto mais amplo do bairro de Casa Amarela, o mais populoso do Recife. Estima-se sua população em 400.000 habitantes, sendo grande parte destes invasores de baixa renda.

Neste bairro, a partir da necessidade dos conselhos de Moradores de uma entidade maior que os representasse, foi criada em 1979 a Federação das Associações, Conselhos e Centros Comunitários de Casa Amarela (FEACA); esta abrange as diversas áreas (de invasão ou de baixa renda) onde já existe conselho ou que estão em vias de criá-lo. Segundo a Presidente da FEACA (1986) "a finalidade é para se encaminhar as lutas a nível de conjunto, na linha mais político-educativa; um aprofundamento a nível de toda uma política social (...) Ela não fecha somente no reivindicatório, a luta é numa linha também político-educativa a nível nacional".

Esta Federação tem sua sede localizada num prédio do próprio bairro, onde funcionam os departamentos de saúde, educação e assessoria jurídica. O departamento de saúde, com o qual os conselhos de moradores das áreas de Casa Amarela têm vínculo, é constituído por uma equipe técnica e uma comissão de saúde. Esta última é formada por um representante de cada área, com o objetivo de referir as necessidades de saúde mais prementes. A equipe técnica é composta por um médico e duas enfermeiras que dão assessoria aos trabalhos de saúde que a comissão propõe. Cada área tem sua equipe de saúde que consta das enfermeiras e agentes de saúde da comunidade. A reunião das equipes forma o Projeto de Saúde de Casa Amarela, que em 1986 abrangia as áreas de Vila Escailabe, Alto José Bonifácio, Canal da Macaxeira e Córrego do Genipapo. Contudo, a equipe técnica e material acompanha as quatorze áreas que fazem parte da co-

missão de saúde de Casa Amarela. As agentes de saúde dessas quatro áreas tem ajuda de custo juntamente com o pessoal do laboratório. Entretanto esta só é dada quando a pessoa passa a assumir o trabalho, comparecendo as reuniões, levando os exames no laboratório etc. As demais áreas não tem remuneração, recebem apenas uma pequena quantia para as passagens quando vão às reuniões ou ao laboratório.

O trabalho de saúde em Casa Amarela começou em diversas áreas por diversos motivos; havia reuniões sobre os malefícios que traziam os remédios de farmácia, se discutia sobre o uso de ervas, falava-se do mau atendimento médico etc. Ou seja, existia uma mobilização que propiciava um solo fértil para uma organização em saúde quando chegaram Celerino e Diana (Médico e enfermeira) em 1982 com uma proposta de plantas medicinais para tratamento da saúde. Inicialmente começaram através das comunidades de base da Igreja, com o apoio da mesma enquanto instituição. Posteriormente, com o crescimento do trabalho três entidades filantrópicas, a OXFAM, Desenvolvimento e Paz e a Christian Aids, assumiram os custos do Projeto de Saúde de Casa Amarela.

No que concerne aos aspectos religiosos, a influência da Igreja Católica através dos padres e agentes pastorais, parece ser bastante forte, não apenas na vila como em todo o bairro. Os agentes pastorais estão presentes nas comunidades em reuniões, festas etc., sendo alguns residentes.

No caso específico da comunidade em estudo, desde seu início, os invasores procuraram reforço na Igreja através do então Arcebispo de Olinda e Recife, Dom Hélder Câmara, da Comissão de Justiça e Paz e do Coordenador da Pastoral, Padre Ernane, ambos da mesma Arquidiocese. Após consolidada a invasão, teve como um dos seus moradores um Agente Pastoral. Contudo, a diversidade de crenças é grande na comunidade; existem católicos, protestantes e adeptos dos cultos afro-brasileiros. É interessante observar como os indivíduos não se separam em função da religião. Assim as missas que foram realizadas nos

primeiros anos da invasão no Centro, onde funciona o Conselho dos Moradores, foram assistidas por membros de diversas religiões.

Igrejas Católicas e Protestantes, bem como estabelecimentos de cultos afro-brasileiros não são encontrados na área de Escailabe, embora localizem-se próximas à mesma. É interessante observar que até 1985 havia duas casas destas últimas na vila, porém as opiniões são muito diversas sobre o porquê da sua extinção. Deste modo alguns referem: "acabou-se porque parece que quem era do xangô era a mulher; eles se separam e ela foi embora"; ou "não sei não, acho que aqui não dava". De fato parece que o pouco tempo de residência no local não foi suficiente para marcar presença, pois se alguns não sabem porquê acabou, outros nem sabiam que já existiu casas desses cultos na comunidade. Contudo católicos e adeptos dos cultos afro-brasileiros, frequentam-se mutuamente. De acordo com um ex-agente pastoral residente na vila, esta miscigenação ocorre em Casa Amarela, como em nenhum lugar do Recife; orientados pelo Concílio Vaticano II, O Clero e seus Agentes Pastorais seguem a linha progressista da Igreja.

3) Como obtivemos os dados

Inicialmente foram feitos alguns contatos informais com a finalidade de facilitar o nosso relacionamento futuro com a comunidade, bem como para que tivéssemos noção de que técnicas utilizaríamos para abordar o problema.

Escolhemos então o questionário, a entrevista e a observação informal e participante como instrumentos para coletarmos os dados. Uma afirmação de Demo (1981:9) norteou o nosso trabalho de pesquisa:

"Ao aceitarmos que toda teoria contém axiomas gratuitos, sugerimos que no seu processo de formação há sempre o erro, a ideologia, a de

turpação dos fatos, as afirmações apressadas etc. Não se consegue provar tudo e de tudo ter certeza. Recortamos pequena parcela do real e apenas dela podemos oferecer um quadro relativo de conhecimento".

O questionário constava de 18 perguntas (anexo 1) algumas mais gerais sobre educação, trabalho etc., e outras mais específicas sobre doença e práticas terapêuticas. Tivemos a preocupação na elaboração do mesmo, de sempre tentar checar a resposta com uma pergunta seguinte, para evitar que omitissem algumas práticas terapêuticas por acharem inadequada para a entrevistadora. As entrevistas constaram de questões abertas, sobre saúde, grupo de saúde, reivindicações empreendidas, conquistas obtidas, possíveis caminhos etc. As observações informais entremearam todo tempo de permanência no local de estudo, enquanto as participantes se deram principalmente por ocasião da nossa frequência as reuniões do grupo de saúde.

As unidades primárias de pesquisa foram 30 sujeitos adultos, do sexo feminino, dirigentes de família, aos quais aplicávamos o questionário. Inicialmente pensávamos fazer a pesquisa com o casal, mas não foi possível porque quando as mulheres tinham marido, eles geralmente estavam trabalhando na ocasião do nosso encontro. Contudo, a impressão que tivemos é que foi melhor assim, pois nas três experiências que contactamos com o casal, os questionários foram respondidos rapidamente, vez que os homens tinham pressa em terminá-lo, dando respostas curtas e rápidas. Este comportamento nos pareceu inibir as mulheres de falarem como o faziam quando estavam sozinhas. Isto nos forçou a voltar outras vezes nessas residências para completar o questionário.

Informações secundárias foram colhidas junto aos Presidentes da FEACA e do Conselho de Moradores da Vila, com os Técnicos do serviço de saúde, com as agentes de saúde da vila e de outras áreas, com ex-agentes pastorais e de saúde e finalmente com outras pessoas da comunidade ou do bairro de Casa

Amarela que pudessem acrescentar dados. Com esta população fazíamos a entrevista.

O trabalho de campo transcorreu durante mais ou menos doze meses; sete foram de janeiro a agosto de 1986 e cinco de agosto a dezembro de 1987.

4) Descrição dos sujeitos da amostra

Nossa amostra foi dividida em dois grupos: agentes de saúde e não agentes de saúde; ou seja, pessoas da comunidade que não tem vínculo com o serviço de saúde. No momento que iniciamos a pesquisa, em janeiro de 1986, havia oito agentes que representavam o universo da comunidade. Contudo diante da dificuldade de uma delas nos conceder um horário por estar atravessando um momento difícil, sua ausência foi suprida com uma ex-agente que iniciou o trabalho de saúde, fez o cursinho e era bem engajada, tendo deixado por necessitar aumentar a renda familiar. Apesar de ter se desligado, continuava a participar de alguns eventos que ocorriam à noite no grupo de saúde, tais como aplicações de vacinas e quando solicitada fazia também curativos em sua residência. No final de 1987 esta ex-agente deixou de trabalhar fora e voltou a se vincular ao serviço de saúde da vila. Nossa amostragem foi constituída dessas oito agentes e mais vinte e duas não agentes de saúde, na tentativa de ser uma amostra representativa da comunidade. Estas últimas foram escolhidas nas três regiões da Vila Farofa, Escailabe Um e Escailabe Dois, conforme o único critério de residir no local. Deste modo saíamos andando pelas áreas referidas acima e ao encontrarmos pessoas adultas explicávamos o nosso trabalho e solicitávamos que respondessem nosso questionário.

4.1. Agentes de saúde - a maior parte delas nasceram no Recife ou chegaram para residir aqui logo cedo, exceto uma que veio do interior já adulta. Situam-se, em sua maioria, na fai

xa etária de 30 a 40 anos. Apenas uma é solteira, não tem filhos e mora com outras amigas. As demais são casadas e tem filhos, sendo a família composta de quatro a seis membros. Metade das agentes não concluíram o curso primário, tendo algumas dificuldades para ler e escrever. Três iniciaram o ginásio e somente uma concluiu o secundário. Esta última não reside na vila, mas sim numa outra sub-área próxima.

No que concerne a vínculos empregatícios, apenas duas trabalham fora; uma como agente administrativa, à tarde num colégio e a outra como empregada doméstica; Esta última foi a que se desligou do serviço para trabalhar fora. Das seis restantes que são domésticas no próprio lar, três realizam atividades lucrativas tais como fazer picolé ou refresco prá vender ou lavar roupas prá fora. As outras três não têm nenhuma atividade que recebam remuneração, afora a ajuda de custo que recebem do Projeto. Seis delas têm vínculo com o INAMPS. A renda familiar situa-se entre: abaixo de um salário mínimo, um salário, um pouco acima do salário e mais de três salários ou seja 3 mil cruzados. Esta última renda é da ex-agente que falamos no início e é um dos salários mais altos da vila.

Seis agentes são católicas e apenas uma é praticante. Uma outra refere não ter religião, mas apenas crê em Deus e reza a bíblia em casa. Já outra menciona que era católica, mas ser atualmente espírita. Em relação ao tempo de residência na vila, apenas duas não participaram da invasão. Uma por não residir lá e a outra por desconhecimento, pois estava de resguardo na época e só foi residir na vila no ano seguinte em casa de aluguel que já existia antes da invasão. Entretanto todas participam das assembléias ou outros eventos da associação, estando assim desde o início ou engajadas na luta pela terra ou em reivindicar seus direitos. Isto se dá inclusive com a agente que é de outra área.

4.2. Não agentes de saúde - Foram realizados 26 questionários com pessoas da comunidade, não vinculados ao serviço de saúde;

contudo por alguns estarem muito incompletos e ser difícil re encontrar algumas pessoas só foram computados 22 questionários. A maior parte das pessoas consultadas são de origem urbana, tendo apenas seis vindo do interior já adultas para a cidade. A faixa etária estendeu-se dos 20 aos 60 anos, concentrando-se mais pessoas, contudo, entre 30 e 40 anos. As famílias, em sua maioria, são constituídas de 3 a 6 membros, apesar de termos entrevistado uma residência na qual moravam 16 pessoas e outra com uma só.

No que concerne a situação trabalhista a maior parte, dezoito, são domésticas no próprio lar; algumas conciliam esta com outra atividade que traga remuneração, assim como lavagem de roupa para terceiros, fazer e vender picolé em sua própria residência ou nas escolas, ou cuidar de crianças em sua própria casa; quatro foram aposentadas por doença ou invalidez quando trabalhavam para fora, enquanto outras quatro trabalham como servente, operária e empregada doméstica. Metade delas, doze, têm convênio com o INAMPS.

Em relação ao nível de escolaridade, seis são analfabetas, treze iniciaram o curso primário e apenas três conseguiram chegar no primeiro grau que também não concluíram.

Em relação a renda familiar em 6 residências se percebe abaixo de um salário mínimo (804,00 cruzados), e em outras quatro um salário; oito situam-se entre um e dois mil cruzados e apenas uma das famílias, que é considerada pelos outros moradores como "ricos", ganha em torno de mais de 3 salários ou seja, mais ou menos três mil cruzados. Três entrevistadas não puderam precisar quanto ganhavam porque faziam biscate. Acreditamos que devia ser abaixo de um salário, contudo pareciam ter vergonha de dizê-lo. Aliás uma coisa que observamos é que a renda familiar foi uma questão difícil de ser respondida no questionário, porque algumas pessoas apresentavam um certo constrangimento ao fazê-lo.

A religião referida por dezenove das entrevistadas foi a católica, sendo apenas uma praticante. Uma destas diz ser ca

tólica mas que gosta mesmo é de xangô; parece não assumir por que seu marido não aprecia. Das três restantes, duas são espíritas, uma cardecista e outra da umbanda, e a última diz que tem fé em Deus, mas não tem religião.

O tempo de residência na vila da maior parte das entrevistadas é de cinco a sete anos. Metade delas participaram da invasão; as restantes ou (a) eram proprietárias de casas que existiam antes da invasão, ou (b) foram casas cedidas por seus parentes próximos, ou (c) invadidas e alugadas, ou (d) invadidas e vendidas.

A participação atual nas assembleias e outros eventos da associação está no momento muito ligada a distribuição de leite gratuito pelo governo. Sendo assim uma das entrevistadas diz explicitamente: "entrei agora na associação por causa do leite e dizem também que o grupo de mães vão dar uma feira". Deste modo quatro referem não participar de nada, enquanto as dezessete restantes dizem ir às vezes: algumas por conta do leite, outras só quando precisam tomar alguma decisão importante referente a invasão, e algumas nada referem, só que vão "às vezes".

Como está evidente, não parece haver diferenças significativas entre esse grupo e o anterior, em relação aos aspectos mais gerais como os referidos acima, exceto na vinculação ao INAMPS e no que concerne a participação. No primeiro caso a proporção é muito maior nas agentes; já no segundo o que parece diferenciá-los é o engajamento nas lutas desde o momento da invasão até as reivindicações atuais.

5) Como analisamos os dados

Nos propusemos neste trabalho a fazer um estudo exploratório, vez que havia tão pouco material escrito sobre o assunto, que não conseguimos nada documentado. Contudo, de posse do material coletado, observamos que restringir o foco de análise às

práticas terapêuticas, limitava sobremaneira as contribuições efetivas da organização no tratamento com a saúde, por parte dos indivíduos a ela vinculados. Procuramos então outra denominação mais condizente aos resultados obtidos, que foi a de ações de saúde, incluindo a prevenção, o tratamento e as reivindicações em prol da saúde.

Desta maneira, inicialmente recorremos a descrição de como ocorre a Medicina Comunitária na Vila, bem como das lutas empreendidas e dos ganhos obtidos na área da saúde. Isto foi possível a partir das entrevistas, das observações e dos documentos que obtivemos junto aos entrevistados. Em seguida, comparamos as práticas terapêuticas dos dois grupos: sujeitos vinculados e os não vinculados ao serviço de saúde da vila.

Fizemos uma análise quantitativa e qualitativa dos dados. No primeiro caso enumeramos apenas a frequência as práticas terapêuticas citadas no questionário, vez que o número reduzido de casos que dispunhamos, não permitia um levantamento estatístico. Demos então mais peso a análise qualitativa por julgarmos mais apropriado a um trabalho dessa natureza, devido a riqueza de dados que se obtém com esse tipo de análise.

A posse dos dados quantitativos somados aos colhidos através de entrevistas e observações permitiu que, com o respaldo das informações antropológicas teórico-práticas, fizéssemos algumas inferências acerca da influência da organização, facilitada pela Medicina Comunitária, nas ações de saúde da população. Tentamos assim, a semelhança da análise de conteúdo, oscilar entre dois polos: desejo de rigor e necessidade de descobrir, de adivinhar, de ir além das aparências (Bardin, 1977).

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: DEPOIS DAS ERVAS

... "Amanhã apesar de hoje será uma
estrada que surge prá se trilhar..."

Guilherme Arantes

Inicialmente colocaremos como ocorre a Medicina Comunitária na Vila Escaillabe; logo após referiremos as conquistas ou ganhos obtidos com essa prática, não só os que foram referidos pelas próprias agentes de saúde, como também os que percebemos como tal. Em seguida virão as práticas terapêuticas utilizadas quando ocorrem doenças, bem como as atitudes dos sujeitos em relação as mesmas ou, aos especialistas que as representam. As doenças foram diferenciadas pela população estudada em "doenças maneiras", nas quais não há risco de vida e "doenças mais sérias", onde o risco existe. Apresentaremos os resultados respeitando essa divisão. Os comentários acêrca desse material, seguir-se-ão após a apresentação do mesmo.

1. Medicina Comunitária na Vila Escaillabe

O grupo de saúde da vila é composto de uma equipe técnica e das agentes de saúde, tendo iniciado em junho de 1983. A equipe técnica consta de duas enfermeiras, já referidas, que fazem visitas semanais regulares à comunidade e do Médico que aparece eventualmente por ocasião de filmes ou de alguma palestra. As agentes por sua vez, são pessoas da comunidade que fazem um curso em saúde sobre plantas medicinais, ministrado pela equipe técnica a nível de todo o bairro de Casa Amarela, através da FEACA (Federação das Associações, Conselhos e Centros Comunitários de Casa Amarela). O objetivo é que esses indivíduos assumam sua comunidade como enfermeiros, no sentido de serem promotores da saúde dentro da mesma, ajudando-a a se mobilizar a fim de reivindicar condições necessárias a saúde.

O início do grupo de saúde na vila, segundo as agentes, começou com três pessoas da comunidade: Neide, Luísa e Eliane. Madalena, outra moradora, ia eventualmente sem compromisso. Assim declaram: "Dr. Celerino chegou e a gente trabalhava de gosto e vontade sem receber nada; até lambedor que a gente fazia, a gente dava". As três fizeram o curso em saúde com Celerino e

Diana. Nesta época só havia as reuniões, fazia-se lambedor e passavam filmes, aos quais Celerino comparecia para falar em como prevenir doenças e as plantas que curavam. Após algum tempo nesse trabalho, afastaram-se Celerino e as três que iniciaram: Luísa, por motivo de doença, Neide para trabalhar fora e Eliane não nos verbalizou o motivo, acreditamos que ficou desestimulada com a saída dos demais. Celerino saiu para fazer esse mesmo trabalho a nível de todo o Estado, continuando outros profissionais em seu lugar, para dar prosseguimento ao que iniciou. Ficando só Madalena, entraram então mais duas: Heronildes e Lieta. Neste momento conseguiram o equipamento dos projetos que os financiava, para fazer o exame de prevenção do câncer. Na opinião das agentes, na época em que saíram Celerino e algumas delas, foi desanimando o grupo, mas com o exame de prevenção foram se firmando. Este de acordo com a enfermeira do serviço, foi de vital importância para continuação do grupo, pois era uma coisa mais concreta e não só a conversa das reuniões e os filmes de rua. Após o grupo de prevenção surgiram os de verminose e erisipela, fazia-se curativo e tirava-se pressão. Entraram mais três: Selma, Das Dores e Auxiliadora, retornando também Eliane e Luísa.

Quando iniciamos nossa pesquisa em 1986, só existia o grupo de prevenção contra o câncer e o de verminose; havia as oito agentes acima mencionadas e só duas tinham feito o curso em saúde sobre plantas medicinais. No final desse mesmo ano todas o haviam realizado; existia além dos dois grupos citados, o de erisipela e estavam tentando criar o de hipertensos. Surgiram os plantões das agentes, de segunda a quinta-feira, onde tiravam a pressão, faziam curativo e consultas em caso de "doença maneira". Estavam tentando no momento conseguir um reconhecimento do hospital para enviarem os clientes de "doença mais séria", o que acreditamos seja uma maneira de valorizar tanto as agentes, como o serviço de saúde. Objetivavam fazer uma fiscalização aos médicos nos postos: ver quantos clientes atendiam e como procediam. Solicitaram numa reunião à prefeitura,

o reconhecimento como agentes de saúde, visto que fizeram o curso, não tinham diploma e o desejavam receber.

Em meados de 1987, faziam reunião de saúde sozinhas sem a presença da técnica, conduzindo e direcionando os assuntos, fazendo perguntas, dando respostas, a semelhança do que realizavam antes com a presença da enfermeira. Esta chegava um pouco mais tarde só para acompanhar os exames de prevenção que as agentes faziam. Recebiam também remuneração, onde parte do dinheiro vinha da prefeitura, através de verbas da AIS (Ações Integradas de Saúde) e parte dos projetos que financiam este serviço em saúde. Para se ter uma noção das atribuições que cabe a um agente, vejamos os critérios estabelecidos pelo grupo de saúde como um todo de Casa Amarela:

- a) Conscientizar-se do que está fazendo
- b) Ter feito o cursinho em saúde
- c) Conhecer e visitar outras áreas
- d) Participar da comissão de saúde de Casa Amarela
- e) Participar das reuniões da equipe de saúde da área
- f) Participar do Conselho de moradores e da FEACA
- g) Assumir plantão
- h) Participar dos grupos existentes, tais como: verminose, hipertensão etc.
- i) Ter interesse em aprender e passar o que sabe.

A aprendizagem das agentes é teórico-prática. No primeiro caso, existe todo ano um cursinho com a duração de três meses, que é ministrado tanto para as novatas, como para reciclagem das antigas. A prática é obtida a medida em que são realizadas consultas, sempre que possível em grupo, possibilitando a participação de todos interessados; isto se torna ainda mais eficaz, porque as enfermeiras solicitam constantemente a participação das agentes na consulta, no sentido de atuarem como por exemplo, tirando a pressão ou dando explicações acerca do diagnóstico. O grupo de saúde utiliza ervas nos seus tratamentos e é paga uma taxa simbólica pelos exames de prevenção e de fezes, bem como pelos curativos.

Com a finalidade de tornar mais explícito o que foi referido acima, descreveremos algumas das reuniões que participamos como observadora:

- Março de 1986, Reunião de Prevenção do Câncer - faz-se uma roda com os presentes: a enfermeira, cinco agentes de saúde, oito pessoas que vieram se examinar e a observadora. Aqui só são aceitas para os exames no máximo dez pessoas. A enfermeira inicialmente faz um comentário inquiridor acerca da doença; após algumas reações temerosas, explica que não precisam ter receio quando tratado a tempo. Interroga então se sabem o que pode provocar o câncer e, geralmente, diante do silêncio das clientes, uma das agentes é sempre quem inicia as respostas às perguntas.

Grupo (agentes e clientes): é uma inflamação.

Enfermeira: Como pega?

Grupo: as vezes comida, as vezes carne enlatada.

Enfermeira: Quem toma comprimido?

Grupo: Algumas dizem que tomaram e pararam

Enfermeira: explica que mulher que toma comprimido muitos anos pode se prejudicar. Indaga sobre as doenças da rua com quem se pega.

Grupo: Com o marido.

Enfermeira: coloca que é muito importante prevenir. Interpela se examinam o pênis (bilola, é o termo usado) do marido para ver se tem algo.

Grupo: Uma agente de saúde explica que a calcinha de algodão é mais fresca, melhor que as de lycra ou nylon que podem dar inflamação. Fala-se um pouco das mulheres, mães e sogras, que não usam calças e quando o fazem é de algodão.

Enfermeira: Menciona que as mulheres de épocas passadas não tinham tantas doenças, não tomavam comprimidos, não comiam enlatados.

Após esses comentários uma das agentes pega uma foto de uma mulher com as pernas abertas e começa a perguntar sobre

os órgãos, e as clientes respondem. É interessante observar que as agentes de saúde ficam estimulando o resto do grupo a dizer os nomes populares. Depois inquirem para que serve o clítoris e começa-se a falar sobre o prazer, na frigidez da mulher devido a falta de carinho do homem etc.

Quando terminam esses comentários, começa-se a fazer o exame numa sala ao lado e termina a reunião.

É importante frisar que esta reunião foi no início do grupo da Prevenção, quando as agentes precisavam entrar para aprender como era feito e as clientes não aceitavam. Posteriormente as agentes foram ocupando o seu lugar, como promotoras da saúde, e não só assistiam o exame, como iniciavam as reuniões sozinhas como se vê a seguir:

- Setembro de 1986, Reunião de Prevenção do Câncer - compareceram cinco pessoas para se examinar, havia quatro agentes de saúde, a observadora e duas pessoas de fora que vieram também para observar.

Faz-se a roda e começa-se a reunião sem a enfermeira estar presente. Uma das agentes diz que é bom se apresentar e todos o fazem. As agentes falam um pouco sobre o serviço, os exames que tem, os dias que dão plantão etc. Depois uma delas pergunta se sabem de onde vem o câncer. O restante do grupo, incluindo agentes e clientes, responde que é da higiene, podendo vir dos homens por nos colocar germes que contraem com outras. Mencionam do cuidado que se deve ter com as inflamações, com as comidas enlatadas; dizem que o homem deve lavar bem o pênis (pinto, é o nome usado) porque ele sujo traz doença. Em seguida as agentes mostram o cartaz da mulher nua e ficam fazendo perguntas sobre os órgãos. Explicam então que os pelos protegem. Uma cliente diz que é falta de higiene deixar esses pelos. Respondendo, uma das agentes menciona que antes raspava e sentia uma coceira, mas agora deixou e não sente mais. Já outra agente refere que com ela não tem jeito, apesar de saber que é importante, sempre raspa deixando a "zero".

Depois vem outro cartaz contendo o desenho do útero, ová

rios e trompas; então as agentes explicam um pouco confusamente como se dá a menstruação. Perguntam quem toma comprimidos e a cibalena é o exemplo que utilizam para mostrar os malefícios que causam. Apanham um destes e riscam um fósforo. Daí sai uma fumaça escura e pega fogo. Nesta altura, a enfermeira já tem chegado e indaga se acham que esse comprimido é feito de planta. A resposta vem das agentes e das clientes: "petróleo, coisa química". A enfermeira explica que alguns remédios viciam muito. Começam então a falar sobre os métodos contraceptivos. Primeiro citam o diafragma e uma pessoa que o utiliza explica como é. Em seguida colocam que a camisa de vênus, é boa para não engravidar e prevenir outras doenças. Depois referem os dois tipos de Diu, sendo mostrado um que não tem problema.

Geralmente nas reuniões de Prevenção, ocorre uma conversa inicial sobre o câncer, permitindo (a) que as pessoas falem sobre seus temores e estes sejam abrandados; (b) cita-se algumas de suas possíveis causas, possibilitando assim evitá-las e (c) mencionam-se os métodos contraceptivos. Após essa conversa colhe-se o material de cada uma das clientes para se fazer o exame laboratorial. Frequentemente, como estão reunidas pessoas mais informadas que outras, fala-se sobre o que está ocorrendo tanto a nível de saúde como também a acontecimentos mais gerais como greves, falta de algum produto, congelamento de preços, etc., que afetam a toda sociedade. Nesse sentido as reuniões servem igualmente como um encontro informativo a nível da política nacional e local. Assim por exemplo, numa dessas reuniões a enfermeira falou de uma lei vigente há dois anos, onde dispunha que as pessoas têm direito ao atendimento mesmo não sendo contribuintes do Instituto da Previdência Social (INAMPS). Após essa menção indagou aos presentes se saísse no rádio essa lei como ficaria o INAMPS. Uma das clientes afirmou que quando não se tem a carteira do Instituto, os hospitais conveniados com o INAMPS indicavam para locais de indigência. A enfermeira explicou então que uma das razões para se fazer o trabalho que ora realizavam, era ser o existente

muito ruim. Uma das clientes de outra área, referiu ter ido duas vezes ao INAMPS e não conseguir nada, daí sua cunhada avisou que naquele local existia. Outra cliente que também é de fora, mencionou que ficava com raiva de ir ao INAMPS tirar ficha, desde quando saia de casa, às 4:30 da manhã. Nesses comentários vemos a precariedade dos serviços oficiais oferecidos a população carente. Em seguida referem a greve dos professores; que eles estavam lutando não só por salário, mas também para terem autonomia e um ensino melhor. Isto quem mencionou foi uma agente que é auxiliar administrativa numa escola, tendo sido estimulada a falar pela enfermeira. Uma das clientes respondeu que os prejudicados são os alunos. A agente de saúde explicou então mais detidamente o que se passava com os professores. Após o que a mesma mulher disse ser um absurdo um professor de menino daquela idade, que dava mais trabalho, ser tão mal remunerado.

Nas reuniões de verminose e erisipela também existe uma conversa preliminar. No primeiro caso só aceitam quatro pessoas porque o laboratório é pequeno e atende a todas as áreas de Casa Amarela.

Com esse número inicia a reunião que em 1987 as agentes realizam sozinhas. Começa-se então a conversa pois no dizer das agentes: "o objetivo da gente não é só fazer o exame; é explicar como se pega verme e como evitar". Daí informam às pessoas que vieram fazer o exame, os locais onde se apanha verme. Tecem comentários sobre o lixo acumulado que a mosca pousa e o faz também na comida descoberta. Que se deve evitar acumular o lixo, deve-se cobrir os alimentos, beber água filtrada e lavar bem as verduras. Informam que naquela área os garis da prefeitura sobem as ladeiras para apanhar o lixo, a fim de que não o coloquem na canaleta. Após esse diálogo, onde todos participam, distribuem um papel que ensina como colher o material. Apesar deste ser muito claro com figuras ilustrando como fazer e só o necessário escrito, as agentes explicam como se faz a coleta. Talvez seja porque as pessoas que frequentam o

serviço sejam geralmente semi-analfabetas, tendo por conta disto muita dificuldade para ler o que está escrito no papel. Este funciona como uma requisição ou ficha para fazer o exame. Assim as pessoas vêm na terça-feira, participam da reunião e só na quinta-feira trazem o material a ser examinado, juntamente com o papel que lhes foi dado. Na terça-feira seguinte, elas vem apanhar o resultado e então as agentes discorrem sobre o verme que deu e como tratar com ervas. Este conhecimento advém tanto de informações dadas pelo laboratorista que faz a análise, como também de uma apostila que têm do curso de verminose que fizeram. Este foi criado em 1987 e é dado separadamente do curso mais geral em saúde. Tem a duração de um mês, após o que as participantes vão a uma estação de tratamento d'água, para ver como é o processo.

Por sua vez o grupo de erisipela foi extinto, em meados de 1987, devido aos altos preços da vacina. Contudo durante sua existência se passava assim: Uma conversa inicial discorrendo como se contrai o germe da doença, que são em lugares que contém lixo, beira de marés e canais. Porém mencionam que ela só vem se manifestar ou quando se tem uma inflamação devido a um corte ou uma furada, ou através do sistema nervoso. Informam que o local do corpo mais perigoso de tê-la é na cabeça e no peito, porque pode passar para o coração e ser fatal. Após essa colocação marcam os dias para se tomar as vacinas. Referem ainda as comidas que se deve evitar, das reações possíveis da vacina e termina a reunião.

O que fica evidente nas reuniões, quer de verminose, prevenção ou de erisipela, é o interesse que se tem que as pessoas aprendam como contraem as doenças com o intuito de preveni-las. A discussão inicial de cada grupo favorece não só a isto, como também permite que as pessoas percebam que não estão sozinhas na doença, mas visualizem que o problema é coletivo. Por conseguinte, a preocupação do grupo de saúde da vila (enfermeiras e agentes) é em criar uma consciência crítica e possivelmente reivindicativa na comunidade. Em outras palavras,

uma vez que sempre discutem os problemas da doença relacionando-os com os problemas sociais, essa tomada de consciência pode favorecer a que também se posicionem e reivindiquem seus direitos de cidadão; funcionando assim a questão da saúde como um instrumento de transformação social como o referiram antes Pellegrini e Bohadana. Entretanto o inverso também pode ocorrer pois, como é visto, a frequência da comunidade a este serviço de saúde não é intensa; isto em parte deve-se a desinformação do seu funcionamento, a restrição a "doenças maneiras" no que concerne a gravidade das mesmas, a utilização de plantas e a gratuidade do serviço. Por sua vez as agentes reclamam que as pessoas não gostam da reunião, a acham demorada. Este fato é bem visível na fala de uma delas:

"Eu acho que é muito difícil a gente organizar o povo. For ladeira eles jogam o lixo. O pessoal (os técnicos) acha que a gente tem de organizar o povo, mas é muito difícil. A gente começou conscientizando o povo sobre a doença que dá a sujeira, o lixo, a água que não é filtrada. A gente começou a campanha do filtro; o projeto mandou um bocado de filtro prá pagar barato. As pessoas vinham e a gente ia conscientizar o povo prá evitar verme, doença; as pessoas vinham e a gente falava um pouco e pedia prá eles ficarem participando. Compravam o filtro e não apareciam mais e só poucos pagaram. Não deu certo porque não vieram pagar e nem participar. A gente vê com essa campanha de verminose, eles querem só fazer exame; não querem aprender como evitar a doença. É um trabalho muito difícil, conscientizar o povo é uma parada! As pessoas acham complicado vir assistir a reunião e ir trazendo cada um da casa. Eles só querem é como no INPS: faz tudo de uma vez e daqui um mês, pega de novo porque não sabem como evitar a doença".

Nesse relato vê-se as dificuldades que as agentes encontram em realizar o seu trabalho, onde o objetivo central é a mobilização e organização da comunidade. Porém apesar de alguns acontecimentos obstruírem essas metas, existem outros ganhos tanto a nível pessoal como coletivo, que fazem com que

elas acreditem e prossigam a tarefa, como veremos a seguir.

2. Conquistas Obtidas

As lutas empreendidas pelo grupo de saúde da vila e o sucesso alcançado com as mesmas ficam difíceis de serem colocados por diversas razões. A primeira delas é que estão sempre engajadas ao grupo de saúde como um todo de Casa Amarela. Em segundo lugar algumas agentes dizem também ser ganhos, reivindicações que foram articuladas pelo conselho de moradores e não pelo grupo de saúde local, tais como água e coleta de lixo. Finalmente algumas agentes agrupam como conquistas, tanto as coisas que obtiveram da organização que financia esse projeto em saúde, como as conseguidas junto a Prefeitura. Assim, por exemplo, é citado como conquista a obtenção de armários, estufa etc., material enviado pela organização. Por conta dessa situação entrevistamos tanto as agentes de saúde de outras áreas que estão mais engajadas no movimento de saúde de Casa Amarela, bem como pessoas que trabalham na FEACA, a fim de termos uma noção das conquistas reais obtidas. Entretanto, apesar dessa indiferenciação de algumas agentes quanto ao opositor, que analisaremos adiante, elas sabem precisar principalmente os ganhos pessoais ou subjetivos que obtiveram. Desse modo colocaremos aqui as conquistas referidas pelo grupo de saúde da vila, bem como o que nos pareceu ser uma conquista. Em seguida virão as citadas pelas agentes que coordenam o grupo de saúde de Casa Amarela. Dividiremos então a nossa apresentação em conquistas locais, por se referirem apenas ao grupo de saúde da vila; e conquistas gerais, para indicar as obtidas pelo grupo de saúde como um todo de Casa Amarela, por serem lutas nas quais o grupo da vila também participou.

2.1. Conquistas Locais

Quando iniciamos esta pesquisa pensávamos entrevistar vinte agentes de saúde e compará-los com outros vinte moradores da vila. Nossa surpresa foi grande quando soubemos que só existiam oito agentes e que em nenhuma outra área de Casa Amarela, por maior que fosse a população, esse número ultrapassava dez. Ao tentarmos pesquisar porque isto ocorria, ouvimos opiniões de diversas pessoas engajadas nesse trabalho de saúde. Dentre os aspectos mencionados, salientaram-se três que foram comuns aos discursos, os quais colocaremos aqui por fazerem parte da nossa análise. Assim algumas das considerações foram:

"Acho que existe toda uma história; o povo não é educado para se preocupar com a saúde, espera que o médico e o governo cuide disso; a partir daí eles não se preocupam em se organizar. Depois vem os afazeres, porque o povo de baixa renda tem que cuidar da saúde, mas fica quase que um supérfluo; só se lembram quando estão doentes... Por outro lado as informações sobre saúde não são claras nos meios de comunicação de massa, vê-se a propaganda dos remédios (Teresa, agente de saúde da Guabiraba)".

ou

"O trabalho em saúde não é profissional é uma consciência política o que é importante. Algumas pessoas pensam ainda que saúde é ir ao médico. Quando há um curso de primeiros socorros tem quarenta, cinquenta pessoas; solicita-se que os que participam dos cursos assumam algo na comunidade, mas não ficam... O trabalho de saúde é um trabalho voltado para o uso das plantas medicinais e há uma informação muito forte que se deve tomar remédio de farmácia. Isso dificulta porque o pessoal acha que tem que ser comprimido e não remédio de mato. A maioria da população não acredita no remédio de planta, agora é que estão começando a despertar; as vezes o pessoal faz o chá e toma o comprimido... Uma das bandeiras do movimento é que a saúde passa pela questão do desemprego, da habitação, do salário justo etc., e não só posto médico. E

a população ainda não consegue ver saúde nesse conjunto; esquecem do contexto geral que está ao redor dela (Regina, Secretária da FEACA)".

ou

"O trabalho de educação requer muita paciência; para se articular uma coisa demora tanto... Muitos vêm e não é aquilo que eles estão querendo. Os agentes sempre são pessoas que participam de alguma atividade daqui; esse é um critério que temos agora. Outros saíram por conta do dinheiro, porque tinham que trabalhar fora. Aqui já teve umas quatro ou cinco que precisaram sair (Cleide, Agente de saúde de José Bonifácio)".

ou

"Acho que existem alguns fatores; há um grupo de pessoas que vão procurar o médico e na hora do tratamento procuram as plantas; então é a mentalidade de procurar o médico. Outro fator é a propaganda da Medicina Oficial; algumas pessoas eram ridicularizadas quando falavam em tomar chá. O fato do serviço de saúde de ser de graça é também uma causa de desvalorização (Diana, enfermeira que iniciou o trabalho de saúde em Casa Amarela)"

A partir desses relatos observa-se que a consciência política, a exaustiva propaganda dos remédios alopatas e a situação sócio-econômica da população estão relacionados não só com o pequeno número de agentes de saúde, como também com a manutenção e conseqüente avanço desse trabalho. Por consciência política entendemos um discernimento das relações de causa e efeito que ocorrem na sociedade. De nossa parte acreditamos que a maior conquista local foi a conscientização das agentes de saúde, ainda que nem todas estejam ao mesmo nível, isso é bem visível nas suas colocações como veremos a seguir:

"Eu venho para esse trabalho porque é um trabalho que eu acredito na educação com o povo.

Eu não vejo só aprender para transmitir, mas que a gente precisa conscientizar o povo que a gente é gente e tem que ter condição como os outros têm; o gás de cozinha vai até a porta do rico e no caso dos pobres, mesmo onde possam entrar, eles não vão (Auxiliadora, agente saúde da vila)".

ou

"Você viu no jornal que foi assinado convênio entre o INPS e os agentes de saúde? São vinte e sete áreas que receberão verbas da AIS. Agora os agentes de saúde terão verba. A Prefeitura chegou com os convites na Federação no fim da tarde, porque no outro dia tinha a reunião na Prefeitura. Reuniu-se Jarbas (prefeito), os presidentes do INPS e os capangas diziam que a gente tava evitando as filas do INPS. Disseram que daqui a três meses a verba sai; se não sair a gente reclama. Teresa, agente de saúde da Guabiraba, disse que ninguém pensasse que aquilo era dado de "mão beijada", que foi conquista nossa (Madalena, agente saúde da vila)".

ou

"O dinheiro gasto com o leite, a distribuição gratuita do governo, deveria ser criado emprego (algumas agentes de saúde da vila)".

ou

"O movimento popular de saúde descobriu que tinha de ser atendido nos postos do INPS mesmo quem não tivesse carteira. Nós descobrimos e pegamos panfletos em todos os hospitais. Agora o governo de Arraes colocou como conquista deles." mostra-nos o papel com a frase: "Governo Popular de Pernambuco garante" . "Isso foi o movimento popular de saúde que saiu divulgando e agora o governo botou no ar dizendo que foi dele (Heronildes, agente saúde da vila)".

Nesses relatos é evidente a compreensão que algumas agentes têm de como funciona em algumas instâncias nossa socie-

dade, bem como a disposição de lutar para modificar essa realidade. Como referimos anteriormente nem todas estão nesse estágio, pois não existe uma nivelção entre elas; algumas têm uma percepção mais aguçada das relações de poder que ocorrem dentro da nossa sociedade, como do trabalho de educação que fazem, referindo: "trabalho em educação com o povo e para o povo"; outras dizem: "realizo esse trabalho para aprender; é muito bom chegar alguém e saber receitas". Há ainda casos onde existe a influência do dinheiro; estando a pessoa no serviço mais por conta da ajuda de custo que recebe, apesar desta ser muito pequena como já mencionamos. Cabe salientar também que este último fato foi percebido pelas demais do grupo, agentes e técnicas, visto que essa pessoa não realizava as suas funções como as outras, apresentando frequentemente mau humor no desempenho das mesmas. Daí foram feitas algumas avaliações em conjunto a esse respeito, então tanto essa como outra agente saíram do serviço no início de 1987; a primeira porque arrumou um emprego e a outra porque não estava dispondo de tempo devido a problemas familiares, para desempenhar as funções de agente. Nestes fatos vê-se que o grupo se posiciona também em relação aos seus próprios membros, exigindo que todos na medida do possível deem sua cota de participação.

Todavia apesar da saída de algumas, a diferenciação entre elas continua. Acreditamos que este fato decorre não só das oportunidades educacionais que umas obtiveram a mais que outras; tanto na escola, como nas experiências de vida que possibilitaram maiores aprendizagens, bem como das características de personalidade e do grau de envolvimento de cada uma. Em relação a esses dois últimos aspectos vemos no primeiro deles, agentes mais ativas e outras mais passivas, que não questionam muito a não ser com um "empurrãozinho". Assim por exemplo uma agente que é de fora e parece ser uma das mais politizadas, sendo a única que tem o segundo grau completo, referiu-se eventualmente ao calor provocado por uma cobertura de amianto, que foi colocada por uma decisão unilateral da diretoria, na asso-

ciação de moradores; local onde são realizadas também as reuniões do grupo de saúde. Então colocou: "Se o povo decidisse não se colocaria essa cobertura que esquenta demais; mas a diretoria foi e colocou". Nesse momento estava-se falando do Presidente da associação que faz as coisas sem consultar a população, para exemplificar as decisões de cima para baixo. Retrucando uma outra agente, que aos poucos vai assimilando as mudanças ocorridas na sua vida de dona-de-casa, semi-analfabeto, para a de agente de saúde, menciona que: "eu gosto muito de..." (cita o nome do atual presidente) "ele é uma pessoa muito boa". Diz isso como que o desculpando pelo ocorrido. A oradora inicial rebate imediatamente: "não é uma questão de gostar, é haver uma decisão do povo e não individual". Neste caso, as duas agentes têm um grau de envolvimento semelhante com o trabalho que realizam; o que as torna mais diferentes parece ser o grau de conhecimento político, que aliado as características de personalidade faz com que uma seja mais arguta que a outra.

No que concerne ao nível de envolvimento presenciamos pessoas que estão mais motivadas que outras a realizarem seu trabalho e por isso investem mais, acreditando no que fazem e vivenciando o que dizem. Foi o caso de um acontecimento que presenciamos numa reunião de prevenção do câncer, onde duas agentes citaram experiências de vida nas quais uma delas contradizia o que a outra falava. Desta maneira uma delas dizia que não era bom depilar os pelos pubianos, que apesar de termos apreendido a fazê-lo eles servem de proteção etc. Referiu então que antes depilava-os e sentia uma coceira, então parou de fazê-lo e não sentiu mais. Logo após esse comentário, uma outra agente diz que com ela não tem jeito, apesar de saber de tudo isso, sempre depila. Neste exemplo ambas agentes tem o mesmo nível de escolaridade, são semi-analfabetas, o que parece diferenciá-las é o engajamento e a participação efetiva nas funções que desempenham.

Deste modo observa-se que há uma diferenciação das agentes e, por conseguinte, as modificações que ocorrerem serão

também mais fortes ou mais visíveis em umas, que em outras; bem como os reflexos que virão dessas transformações a nível de toda a comunidade. Contudo elas todas caminham e nesse caminhar vê-se muitas mudanças, como se nota nessa colocação que segue:

"Eu acho que os médicos estão mudando um pouco o comportamento deles de superioridade, de nem escutar o que a gente diz. Antes nem se podia falar em remédio caseiro. Hoje não, a organização do povo, os encontros de saúde, simpósios etc., tá chegando a consciência dos médicos... começava logo por mim que não acreditava em remédio de mato, só comecei a acreditar depois desse trabalho (Madalena, agente de saúde da vila)."

Ao lado da consciência crítica que adquiriram, nota-se que a auto-valorização das agentes é grande, pois sempre se referem a esses ganhos. Entrevistando-as juntas numa ocasião afirmaram que era bom porque aprendiam prá si e prá consultar os outros, que era muito bom adquirir esse conhecimento. Diante disto a impressão que temos, é que de modo geral elas se sentem muito gratificadas no desempenho das funções de agente de saúde, não só pela importância que concedem ao trabalho, mas também pelo lazer e reconhecimento social que proporciona contactar com diversas pessoas, dos mais variados locais, nas frequentes reuniões que comparecem. Isto é visto nas entrevistas conjuntas que fizemos com elas; as verbalizações sobre os ganhos obtidos sempre se reportam aos ganhos pessoais como vemos nos trechos que se seguem:

"Tem tanta coisa boa que não sei o que falar, a gente só sabe das coisas quando está participando; conseguimos muita coisa boa tanto a nível de serviço de saúde, quanto a nível pessoal. Quem era eu, gente pobre, a gente sonhava nunca chegar junto de Sarney lá em Brasília? Quem dizia que o pobre ia ter uma reunião com Sarney? (Risos) Então a gente lutando tudo organizado não chegamos lá? A gente é capaz e parece que tem uma força que diz que a gente não é capaz. Eu tiro por mim, eu ti

nha medo de falar; o grupo dá força a gente, faz com que a gente tenha ânimo, sem ter reprovação e não diga: vocês não sabem nada por que são analfabetos. E tem gente que sabe ler e não acredita (Madalena). A própria sociedade é que se encarrega de dizer que a gente é burro e principalmente quando a gente é pobre. Qual é o pobre que chega a Universidade (Das Dores)? Meu filho queria estudar e fazer um curso mas eu não tenho dinheiro (Lieta). E quem não come pode ter presença (Eliane)? Eu não sabia aplicar uma injeção; não sabia nem falar, hoje eu faço. Antes era só minha casa, agora eu participo de muitas coisas (Madalena)... agora já é a mulher integrada a sociedade (Auxiliadora)".

Nota-se nesses trechos que os ganhos são também a nível de crescimento pessoal, de conscientização do seu poder de barganha; é um mundo novo que se revela para as agentes, pois partindo da experiência de doméstica em seu próprio lar ou a serviço de terceiros, exceto uma delas, hoje têm uma participação efetiva no conjunto mais amplo da sociedade. Assim "passam de objetos de cura a sujeitos de sua própria cura e promotores da saúde em sua comunidade (Carriconde, 1986: 192)".

Em relação aos dois últimos aspectos, a propaganda dos remédios alopatas e a situação sócio-econômica das agentes, vê-se que também houve ganhos. Entretanto, remeteremos esses dois aspectos para analisá-los nos itens subsequentes.

2.2. Conquistas mais gerais

Dentre estas estão principalmente o reconhecimento da função de agentes de saúde e a consequente remuneração por parte do governo, a participação em conferências de saúde e finalmente a criação da comissão de saúde do grande Recife.

No que concerne ao primeiro caso foi assinado um convênio entre o INAMPS e as agentes de saúde em meados de 1986. São vinte e sete áreas que recebem das Ações Integradas de Saúde

(AIS). Estas estavam aprovadas desde fevereiro de 1985 e funcionavam; todavia, só souberam em outubro do mesmo ano porque descobriram um documento. Assim referem:

"Daí o dinheiro vinha para lá e era consumido por quem e como não se sabe. Em fevereiro de dennunciamos e o Paulo Dantas, Secretário de Saúde Municipal, nos chamou para conversar. O dineheiro estava aplicado nos postos municipais e barracões da URB. Agora todo mês se reúne a comissão de saúde do grande Recife e o Paulo Dantas (Teresa, agente de Saúde da Guabiraba)".

O objetivo desse projeto é integrar a comunidade e os órgãos públicos para resolver o problema de saúde. Apesar da importância desse reconhecimento, a situação financeira das agentes não tem melhorado muito, vez que recebiam até final de 87 uma ajuda de custo do projeto de 800,00 cruzados, que somados aos 200,00 cruzados de verbas da AIS, totalizavam 1000,00 cruzados por mês. Essa última verba chegava só de quatro em quatro meses, quando a Prefeitura a repassava aos conselhos comunitários para estes fazerem o pagamento desses meses de trabalho. Deste modo, mostram-se as agentes insatisfeitas com a remuneração alcançada e pleiteiam mais verbas. Contudo há promessas de concurso na Prefeitura para agentes de saúde alfabetizadas ou não, onde terão uma chance de remuneração mais adequada com sua função. Constata-se neste caso, que adquiriram uma profissão com esse trabalho, a de agentes de saúde, podendo recorrer a ela sempre que precisarem.

Com relação às demais conquistas, participaram em julho de 1984 do Primeiro Encontro Estadual do Mops (Movimento Popular de Saúde) a nível de PE, promovido pela comissão de saúde de Casa Amarela, com a finalidade de trocar experiências na tentativa de articular os trabalhos de saúde não oficiais do estado. A partir desse encontro formou-se a comissão de saúde do Grande Recife, da qual participavam Peixinhos, Jordão, Mustarদিনha, Casa Amarela, Coelhos, Coque, Caranguejo, Imbiribeira, Brasília Teimosa, Tururu, Sapucaia, entre outros. Porém co

mo foi havendo aos poucos uma desarticulação e esta comissão sendo desativada, a comissão de saúde de Casa Amarela e o MOPS promoveram um segundo Encontro estadual de Saúde em novembro de 1985; o tema deste foi "Constituinte e Saúde", participando vários trabalhos do Recife e alguns do interior. Em fevereiro de 1986, participaram de outro Encontro Estadual de Saúde que era uma preparação para a 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, na qual também se fizeram presentes. Nesta mesma época duas representantes da comissão de saúde de Casa Amarela participaram do Encontro Nacional do Movimento Popular de Saúde realizado em São Luiz do Maranhão. Para participarem dessa 8ª Conferência referida acima, tiveram que custear a ida a Brasília, através de várias andanças pela Prefeitura, INAMPS, Assembléia dos Deputados, Delegacia Federal de Saúde, Arquidiocese e outras entidades não governamentais. Os temas discutidos nesta conferência foram: Saúde Direito de Todos e Dever do Estado, Reformulação do Sistema de Saúde e Financiamento do setor Saúde.

De modo geral em todos esses encontros e conferências participam uma ou mais agentes de saúde da vila. E quando ocorre de nenhuma comparecer, como foi o caso do encontro em São Luiz do Maranhão, as informações sobre as ocorrências são repassadas nos encontros mensais das agentes de Saúde, onde se reúnem todas as áreas que integram o projeto de saúde de Casa Amarela. Quando surge um acontecimento de maior proporção, como o da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a divulgação do que se passou é feita em todas as áreas que participaram. Portanto na Vila Escailabe foi passado o filme desta, como também mencionaram todas as lutas empreendidas e as vitórias alcançadas durante os cinco dias de permanência em Brasília. No momento estavam presentes as agentes da vila, cinco agentes de outras áreas, uma agente que ao mesmo tempo é membro da comissão de Saúde do Grande Recife e da Comissão de Saúde de Casa Amarela, a observadora e mais umas vinte ou trinta pessoas da vila, vindo algumas destas acompanhadas com suas crianças.

Deste modo, o que observamos é o empenho e a disposição das agentes de tornar público o que fazem, a fim de angari

ar mais adeptos ou simpatizantes que as ajudem ou apoiem nas lutas. Assim a divulgação que ocorreu a nível local também se deu a nível mais abrangente, pois a Comissão Popular de Saúde do Grande Recife elaborou um documento (ver anexo), dentro do ônibus que viajaram, onde relatam a história do grupo desde seu início em 1984; após o que rodaram e distribuíram cinco mil cópias aos participantes da conferência.

Por outro lado a oportunidade de comparecer nesses encontros e conferências expande em muito a visão de mundo das agentes e as torna não só mais conhecedoras da realidade que vivem, como também mais autoconfiantes e seguras de si, do seu papel como agentes de transformação. Isto é claramente perceptível num trecho do relato de uma agente da vila que foi a conferência o qual já citamos anteriormente: "Quem era eu gente pobre, a gente sonhava nunca chegar junto de Sarney lá em Brasília? Quem dizia que o pobre ia ter uma reunião com Sarney? Então a gente lutando tudo organizado não chegamos lá (Madalena)?"

No que concerne ao restante do grupo de saúde, a semelhança do que referimos em relação às agentes da vila, acreditamos que a conquista maior que possibilitou todas as outras, foi a consciência crítica que obtiveram ou que aprimoraram participando desse trabalho em saúde. Geralmente são pessoas semi-analfabetas ou que no máximo concluíram o primeiro grau menor, que se reúnem, discutem e reivindicam melhores condições de vida. Vemos por exemplo, o que nos fala Teresa, agente de saúde da Guabiraba que foi liberada de sua área no final de 1985 pelo Projeto de saúde de Casa Amarela, para articular o movimento de saúde naquela área:

"Eu estou no movimento há 4 anos. Acho que tem diferença entre as agentes, mas é de conhecimento político. No nível de educação, cultural, social é o mesmo. Politicamente tem um nível de conhecimento mais elevado. Eu, por exemplo, só fiz até o primário, mas nunca parei de estudar; deixei de ir à escola mas sempre estudei.

Houve uma época que fiquei desempregada e eu catava material nos sindicatos, nas bibliotecas".

Após referirmos esses ganhos e os anteriores, acreditamos ter mostrado um pouco da amplitude que assumiu esse trabalho em saúde, bem como do poder de transformação que pode exercer a nível pessoal e coletivo.

3. Práticas Terapêuticas

Aqui, como mencionamos anteriormente, colocaremos a frequência e as opiniões da população consultada a respeito das práticas terapêuticas ou de seus representantes. Isto porque apesar de não termos perguntado a percepção dos clientes a cerca das mesmas, em muitas ocasiões ela foi verbalizada e nós as dividimos em quatro grupos ou posturas: de aproximação, de afastamento, de independência e ausência de relação explícita (ver tabelas). No primeiro caso, se encaixam todos os comentários positivos ou favoráveis e as citações nominais dos especialistas, enquanto no segundo estão os negativos ou desfavoráveis. No terceiro caso estão as opiniões sem qualificação negativa ou positiva, mas sim de independência. E a não emissão de opinião, vem por último.

3.1. Práticas terapêuticas da Medicina Científica

3.1.1. Consulta Médica

- a) Agentes de saúde. No caso de uma doença mais séria todas recorrem ao médico. Aqui não existiram referências positivas em relação a este profissional dentre as sete agentes que se posicionaram, vez que apenas uma delas não emitiu opinião. Houve duas opiniões desfavoráveis por experiências negativas que tiveram com os mesmos, como

PRÁTICAS TERAPÊUTICAS (agentes de saúde)

		MEDICINA ALTERNATIVA					
		MEDICINA CIENTÍFICA					
MEDICINA FREQUÊNCIA	Posto Médico Hospitais	Medicamentos alopatas	S. Saúde Vila	M. Empírica	M. Mágica	M. Religiosa	Consulta Farmacêu- tico
Doença Maneira		5.		Lambedor 5 Chás 8	Rezador 5 Curandeiro 1	Espiritismo 1	3
Doença mais séria	8		1				

PRÁTICAS TERAPÊUTICAS (não agentes de saúde)

MEDICINA	MEDICINA CIENTÍFICA					MEDICINA ALTERNATIVA				
	Posto Médico Hospitalar	Medicamentos alopatas	S. Saúde Vila	M. Empírica	M. Mágica	M. Religiosa	Consulta Farmacêutico			
FREQUÊNCIA										
Doença										
Maneira		20	10	Lambedor 6 Chás 22	Rezador 10 Curandeiro 1	Xangô 2 Missionário 3	10			
Doença mais séria	22		1	1		Missionário 1 Xangô 1	1			

OPINIÕES ACERCA DAS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS (agentes de saúde)

MEDICINAS OPINIÕES	MEDICINA CIENTÍFICA				MEDICINA ALTERNATIVA			
	Médicos Postos Hospitais	Medicamentos alopatas	S. Saúde Vila	M. Empírica	M. Mágica	M. Religiosa	Consulta Farmacêu tico	
favorável			8	lambedor 3 chás(ervas)8	rezador 3 curandei- ro 1			
desfavorável	2		2				2	
independência	5							
ausência relação explícita	1						1	

OPINIÕES ACERCA DAS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS (não agentes de saúde)

MEDICINAS OPINIÕES	MEDICINA CIENTÍFICA				MEDICINA ALTERNATIVA				Consulta Farmacêu- tico
	Médicos Postos Hospitais	Medicamentos alopatas	S.Saúde Vila	M. Empírica	M. Mágica	M. Religiosa			
favorável	10		8	chás(ervas) 3	rezador 2 curandei- ro 1	xangô 1 missionário 1	3		
desfavorável	6		1	2	rezador 1 curandei- ro 1	missionário 2 xangozeiro 2 catimbozeiro 2	1		
independência	3								
ausência relação explícita	5		2						

se vê a seguir:

"Eu levei minha menina ao Médico, não adiantou nada; ela ficou boa foi com um remédio que o Sr. Valdomiro, um curandeiro que trata com ervas, passou (Heronildes)".

ou

"Eu não quis internar porquê iam furar a menina e danar remédio de farmácia. Deram "Dipirona" um remédio que tá proibido, eles deram (Selma)"

Todavia a postura da maioria das agentes, cinco delas, foi principalmente de independer, de não precisar mais tanto desse profissional. Assim no passado já recorreram com frequência a médicos, mas atualmente com o conhecimento que adquiriram mais aprofundado das plantas, automedicam-se para tratar ou prevenir doenças, assim referem:

"Eu ia muito ao médico, usava muito remédio de farmácia e os problemas continuavam. Agora eu aprendo, tenho mais confiança em mim mesmo, no trabalho que faço e nos companheiros de trabalho (Das Dores)".

"Antes eu ia ao médico e tomava remédios sem saber. Agora eu uso ervas e raramente vou ao médico, quando preciso de um exame de fezes ou de urina (Neide)"

"Agora nós temos convênio com o Cemepe. Antes eu procurava o INPS, mas depois que esse projeto chegou aqui, Janete (enfermeira), eu não procuro mais o INPS (Madalena)".

"Agente previne prá não ter uma doença mais séria; eu já fiz operação de apêndice antes de conhecer as ervas. Tudo antes de conhecer as ervas! (Auxiliadora)".

"Sinto que aprendi mais depois que estou no grupo de saúde, não preciso a todo instante estar no médico (Eliane)".

b) Não agentes de saúde. A semelhança do grupo anterior, também aqui todas referem recorrer ao médico em caso de "doença mais séria". Contrariamente, houve dez referências positivas. Entretanto essa atitude favorável ficou um pouco mascarada porque as afirmações de bem ou mal atendidas referiam-se tanto a instituições, ao pessoal administrativo da mesma, como também ao atendimento médico. Assim, algumas dessas referências são mais direcionadas ao pessoal do estabelecimento do que propriamente ao médico tais como:

"Vou ao médico na Cruzada ou Barracão, o pessoal atende bem".

ou

"Eu quando vou tirar a ficha peço sempre uma clínica particular conveniada com o INPS porque eles sempre atendem bem".

No que concerne aos comentários positivos restantes, os quais foram mais direcionados ao profissional, houve em três desses a citação nominal dos médicos, como se vê abaixo:

"levo na cruzada prá Dra. Edileuza" ou

"Levo a Dra. Dulce no posto 11, ela atende muito bem"

"Ia a Dr. Romeu no Barracão da URB; ele morreu e não vou mais".

Das opiniões restantes seis foram desfavoráveis e três de independência; cinco pessoas não emitiram comentários. Salienta-se que o número destes é maior que o das entrevistadas porque as vezes, uma mesma pessoa fazia um comentário desfavorável em relação a uma instituição e favorável em relação a outra, dentro da mesma prática terapêutica. No que diz respeito a posição negativa, a semelhança da posição anterior, encontramos também tanto referência a médicos como a instituições, indo os comentários desde os mais emocionalmente carregados até os

mais brandos, como se vê adiante:

"detesto ir a médico porque eles nunca fazem o que a gente quer; só em olhar a criança, sem pedir nem fazer exames, passam remédio"

ou

"a gente é inimigo de médico; a gente só vai no último caso se estiver morrendo"

ou

"Detesto ir ao INPS"

ou

"Quando não dá prá cuidar de jeito nenhum eu levo ao médico, porque como meu marido perdeu o INPS, tenho que ir na emergência".

A posição de independência que foi evidenciada em algumas não agentes de saúde, assemelha-se duas delas com a das agentes como se vê em seguida:

"Eu ia no Dr. Romeu, ele morreu não vou mais, agora, quando preciso de médico, vou na reunião do serviço de saúde e tomo remédio de mato que as "doutoras" passam".

ou

"Eu ia muito ao médico e ele sempre passava butazona; eu aprendi e tomo sempre no começo da doença. ... Agora eu tomo um dia sim, outro não butazona... doença mais séria resolvo em casa mesmo, tomo chá. Aprendi no interior: só numa doença muito grave é que se ia ao médico; aí eu me habituei".

ou

"Antes de conhecer o serviço de saúde, sempre ia no médico e comprava remédio na farmácia, agora eu compro lambedor e trato com as coisas que "as doutoras" passam. Agora, sempre os remedios que uso são passados pelo pessoal do serviço: remédios prontos a base de erva ou eu faço o que mandam".

Por um lado no primeiro e terceiro caso citados acima, a postura de independência em relação ao médico é um pouco diferenciada da assumida pelas agentes, vez que estas adquiriram informação tanto para prevenir doenças, como para se auto-med^{ic}ar quando elas ocorrem, ficando, deste modo, auto-suficientes no tratamento das "doenças maneiras" e na prevenção das mais sérias. Já nas não agentes houve só uma transferência de um profissional (médico) para outro (enfermeira) que atende melhor. É semelhante por outro lado, como alternativa a que recorrem com sucesso em substituição a medicina científica. Mes^mo assim com o pouco conhecimento, vê-se nestes casos a irradiação do serviço de Saúde da Vila; como ele visa a educação em saúde para todos que o frequentam, posteriormente também essas pessoas aprenderão a prevenir e tratar as doenças sozinhas co^mo já fazem as agentes. Já no segundo caso parece-nos mais um desapontamento: "não é preciso mais tanto tempo no médico se ele sempre passa a mesma coisa; além disso o chá é eficaz, por^que desde pequena eu tomo". Assim é o contar com os seus pró^prios recursos e por conta disto se auto-med^{ic}ar, sem nenhuma informação ou conhecimento mais aprofundado ou mais consisten^te.

3.1.2. Utilização de medicamentos alopatas

- a) Agentes de Saúde - apenas três das oito agentes consulta^das não referem usar alopacia. Assim cinco delas ou têm em casa medicamentos mais comuns tais como "AS", "doril" etc. ou dizem que não tem para não ficar velho, mas que costumam também utilizá-los. Faz-se necessário observar que uma delas que referiu ter em casa, recebe-os de um médico que trabalha no mesmo local que seu filho; entretanto ela prefere os remédios caseiros ou ervas e os utiliza sempre que possível em detrimento dos alopatas, ainda que estes sejam recomendados, como é o caso, pelo médico. É notório também o conhecimento que algumas agen^t

tes têm dos efeitos colaterais dos medicamentos. Exemplificando uma refere: "não dou remédio que contenha dipirona, pois é um analgésico que faz muito mal a saúde; tenho AS com acetil-salicílico que não contém dipirona". Outra cita um medicamento que usava mas que agora está "condenado", isto é, fora de uso; uma outra diz que prefere o remédio de mato porque não contém química.

Desta maneira, o conhecimento que têm dos males que os medicamentos alopatas podem trazer, aliado ao incentivo que é dado por parte dos técnicos do grupo de saúde às ervas, faz com que elas prefiram utilizá-las ao invés dos remédios alopatas, mesmo quando os tem disponíveis em casa. Observa-se então que apesar de apenas três das agentes terem uma postura de não recorrer aos medicamentos alopatas, as cinco restantes quando os utilizam tem informação suficiente acerca dos malefícios que causam quando usados indiscriminadamente. Por conta disto recorrem algumas vezes, aos mais comuns nas "doenças maneiras" e nas mais sérias só o fazem com a recomendação dos médicos.

b) Não Agentes de Saúde - No caso de uma "doenças maneiras" vinte das entrevistadas recorrem também a medicamentos alopatas, desde os mais comuns tais como anador, AS, até os mais complexos como nevrálgina, actifedrin etc, que já conhecem pelas mais diversas fontes: médico, vizinho, farmacêutico, simpatia de rádio, propaganda de televisão, etc...

Pelas referências díspares vê-se como este grupo é heterogêneo. Algumas referem que os medicamentos que tem em casa foram passados pelo médico para problemas específicos como reumatismo, problemas neurológicos etc., ou que não os tem em casa para que não fiquem velhos, caso precisem vão na farmácia e compram na hora, ou que escutam o programa de Celerino no rádio prá aprender sobre as ervas; entretanto outras referem que os medicamentos que tem em casa assistiram na propaganda da televisão ou

ouviram num programa do rádio, ou que não os tem em casa porque não têm dinheiro para comprá-los.

3.1.3. Frequência ao serviço de saúde da vila

Não sabíamos onde colocar esta prática terapêutica, vez que a semelhança do farmacêutico, ela fica como intermediária entre a medicina científica e a popular; assim se por um lado tem-se os técnicos, enfermeiras e médico, que têm uma formação acadêmica científica, de outro têm-se a utilização da medicina popular ou alternativa, pois o trabalho em saúde (prevenção e tratamento) é realizado através de plantas medicinais. Contudo como a população refere-se sempre "as doutoras" e ele é muito procurado para se fazer exames de verminose e Prevenção do câncer, resolvemos colocá-lo na parte da medicina científica por acreditarmos que tem mais elementos desta, que da alternativa para a população estudada.

- a) Agentes de saúde - a frequência destas é não só trabalhando, onde auxiliam nas reuniões de prevenção do câncer, de verminose e na vacina de erisipela, mas também submetendo-se a estes exames e consultando-se, como é o caso de uma delas, até mesmo em "doenças mais sérias" com as enfermeiras. Em relação a estas todas as agentes tem um relacionamento amigável de consideração e respeito. No que concerne ao funcionamento do serviço, seis delas só elogiam tecendo comentários como os que se seguem:

"Acho muito importante; principalmente num bairro assim que a gente mora esse grupo foi muito importante"

ou

"acho ótimo, atendem muito bem; vem gente de Camaragibe, de Maranguape se consultar aqui".

Há também duas agentes que apesar de fazerem comentá-

rios positivos em relação ao serviço, fazem restrição à preca
riedade de recursos materiais, o que é uma avaliação objetiva
como se vê:

"Acho muito bom, agora falta material comple
to; tanto material como medicamento (ervas)".

ou

"Acho carente porque não se tem material com
pleto. O material é emprestado, é de Celerino.
A gente quer conseguir".

Porém em nenhum momento é feita crítica ao procedimen
to da equipe técnica, como se vê frequentemente em relação aos
médicos.

- b) Não agentes de saúde - dez das entrevistadas já frequen
taram em "doenças maneiras", as demais nunca foram. Algu
mas porque nem sabiam da existência desse serviço, tendo
sido informadas ou por nós, na ocasião da aplicação do
questionário, ou por conta da distribuição do leite gra-
tuito do governo. Outras não frequentam porque não con-
fiam em remédio de mato. Em relação as que já frequenta
ram, oito delas tem uma postura favorável, elogiando o
serviço e o modo de ser das "doutoras", dizendo:

"Acho bom; gosto muito do grupo de saúde por
que realiza muita coisa: faz exame de fezes,
de urina, tira pressão, faz exame de senhora
contra o câncer e explica muitas coisas".

ou

"Achei ótimo porque muita gente tem muita di
ficuldade de fazer alguns exames como o de
prevenção e faz aqui; outra coisa, o exame de
fezes não precisa sair. Outra coisa, eles fa
zem lambedor, fazem curativo. Eu sinto muita
assistência".

Entretanto, uma destas tem uma postura ambivalente; fa
vorável e desfavorável devido a ocasiões de sucesso e insuces

so respectivamente que obteve com a frequência, como nos fala:

"Fui uma vez no serviço de saúde e fui prejudicada porque ela passou um remédio que piorou a perna da menina. Daí eu fui na Farmácia e o farmacêutico aplicou uma injeção que um médico do posto tinha passado prá qualquer inflamação e a menina ficou boa. Agora fiz a prevenção e achei ótimo. Achei bom, muita gente se dá com o exame do câncer".

As duas restantes não emitiram opinião sobre o serviço.

3.2. Práticas Terapêuticas da Medicina Alternativa

3.2.1. Práticas Terapêuticas da medicina popular ou rústica.

A. Medicina Mágica - Nessa só foram mencionados o rezador e o curandeiro.

a) Agentes de saúde - seis agentes referiram procurar de vez em quando o rezador nas "doenças maneiras" que não curam com os remédios caseiros e parecem ser mau olhado; rezando uma destas ela própria, os seus filhos em casa, Apenas uma referiu ter procurado um curandeiro que trata com ervas. Apesar de ter sido antes de entrar no grupo de saúde, ela nos falou que se precisar novamente volta a fazê-lo, porque a menina ficou boa. Três agentes tem uma posição favorável em relação ao rezador enquanto as de mais não emitiram opinião sobre essa prática. Apenas uma, a que mencionamos antes, tem uma atitude positiva em relação ao curandeiro.

b) Não agentes de saúde - dez frequentam o rezador em "doenças maneiras"; sendo que em dois casos destes, rezam em casa mesmo pois há pessoas na família que o fazem. A curandeiro só uma pessoa referiu ter procurado, tendo emitido posição favorável a essa prática. Por sua vez para

o rezador houve duas considerações positivas. Existiu também duas opiniões desfavoráveis, uma para cada prática destas.

B. Medicina Religiosa - nesta só foram mencionadas a consulta ao missionário, ao xangozeiro e ao centro espírita

a) Agentes de saúde - A cultos afro-brasileiros e protestantes não houve referências; entretanto, uma agente de saúde que era católica e atualmente é espírita, nos diz ter ido uma vez ao Centro Espírita, por ocasião de uma doença, e foi recomendado o mesmo medicamento indicado no grupo de saúde. Acreditamos que isso reforçou ainda mais a sua crença no remédio de mato.

b) Não agentes de saúde - Aqui houve três referências de procura ao missionário e duas ao xangozeiro. No entanto como alguns desses casos não foram bem sucedidos apenas uma menção favorável houve para cada prática destas. Por sua vez ocorreram seis posturas desfavoráveis, duas em relação ao xangozeiro, duas em relação ao missionário e duas aos "catimbozeiros", denominação popular pejorativa dos cultos afro-brasileiros; as restantes não emitiram opinião.

C. Medicina Empírica - aqui só foi mencionado o uso de ervas ou plantas medicinais para chás, lambedores, banhos etc. que se encaixam na fitoterapia.

a) Agentes de saúde - no caso de "doenças maneiras", todas tratam-se com ervas ou como algumas dizem: "com mato". Todas as têm em casa para utilizar como chá, xarope, lambedor, elixir, mercúrio etc.; algumas até plantam em latas. Elas fazem também soluções caseiras, que funcionam como mercúrio e expectorante, no caso o lambedor, para vender na associação. Nota-se que a valorização das ervas é

grande nesse grupo; acreditamos que não só pelo baixo custo e eficácia dos resultados, como também pelo fato de fazerem parte de um grupo especial, que trabalha com ervas. Especial porque contém, além de elementos iguais, outros ligados ao saber científico, o que faz uma diferença significativa como analisaremos adiante. Assim cem por cento das agentes tem uma posição favorável em relação a fitoterapia; aqui não colocaremos os comentários feitos porque já os citamos no item da consulta médica.

- b) Não agentes de saúde - aqui também todas recorrem as ervas em "doenças maneiras" na forma de chá, lambedor etc. As razões desse procedimento são diversas: umas dizem que não confiam em remédio de mato, que os utiliza porque são mais "baratos". O inverso também ocorre, há pessoas que dizem preferir os chás porque foram criadas desse modo. Desta forma enquanto três não agentes têm uma postura favorável, duas têm uma atitude de afastamento em relação as ervas, utilizando-as contudo, porque não tem outra alternativa. As restantes não emitiram opinião.

3.2.2. Consulta ao Farmacêutico

- a) Agentes de saúde - cinco não o frequentam, tendo 3 destas uma reação de evitação a esse profissional; algumas porque souberam que pessoas já morreram por conta de medicamentos recomendados por ele; outras afirmam que "eles só querem vender, não importando a saúde do cliente". Duas outras afirmam recorrer vez em quando a ele em caso de "doença maneira"; tendo uma destas frisado que "só se for remédio de passar, de tomar não aceita porque tem gente que morre". A última tem uma atitude neutra em relação a este profissional, porque já recorreu algumas vezes quando sua mãe era viva e estava bem doente; então era mais fácil levá-la a este profissional que ao médico, vez que

ambos passavam a mesma medicação.

- b) Não agentes de saúde - aqui dez pessoas referem procurá-lo, tendo três delas frisado que só em "doenças manei-ras". Duas contudo o procuram mesmo em "doenças mais sé-rias" como se vê:

"De vez em quando vou ao Farmacêutico porque é uma dificuldade ir ao médico. Ele tem me consultado muito".

ou

"Tendo dinheiro na hora, vou no Farmacêutico, porque demora menos. Não tendo, vou no médi-co"

Como se nota nestes comentários a procura desse profis-sional é estritamente funcional, ou seja, é uma alternativa dis-ponível e que está próxima da Medicina científica ou como algu-mas referem:

"Eu vou as vezes a Guido, um Farmacêutico mui-to bom; ele é quase médico".

Desta maneira aqui houve três considerações favoráveis, uma desfavorável e as demais não emitiram opinião acêrca desse profissional.

Como se nota os dois grupos pouco se diferenciam em in-tensidade e diversidade de práticas terapêuticas. Ou seja, a diferença quantitativa entre eles não parece ser significativa, como supunhamos antes de iniciar a pesquisa. Ao questionarmos o porquê dessa ocorrência encontramos explicações em fatores contextuais referentes aos grupos e nos períodos de coleta de dados. No primeiro caso, acreditamos que isto se deva em parte ao pouco tempo de trabalho do grupo de saúde, pois ele é recen-te para surtir efeito. Como observamos anteriormente apesar de le ter iniciado na Vila em 1983, só no final de 1985 é que se impôs como tal. Além disso, apenas no final de 1986 é que to-

das as agentes tinham realizado o cursinho em saúde. Este fato nos remete para o período de duração da nossa pesquisa; como já referimos, começamos no início de 1986, quando aplicamos os questionários onde inquiríamos sobre as práticas terapêuticas. No final do ano seguinte só apanhamos dados acerca das agentes e do serviço de saúde da Vila e verificamos que havia ocorrido muitas mudanças, já citadas, nas agentes. Deste modo, acreditamos que caso o questionário fosse reaplicado em 1987 ou 1988, talvez evidenciasse resultados díspares dos apresentados nesse momento quanto as práticas terapêuticas. Por outro lado tomamos como base os resultados do grupo pesquisado por Loyola, que foram muito diversos dos que encontramos na nossa. As possíveis razões que explicariam essas diferenças serão mencionadas mais adiante; no momento queremos apenas enfatizar que os resultados não foram os que esperávamos não só pelos fatores referidos acima, como igualmente porque o grupo que tomamos como referência, não era semelhante o quanto pensávamos ao que nós estudamos. Porém, ainda que pequenas as diferenças evidenciaram-se como analisaremos a seguir.

Houve proporcionalmente nas "doenças maneiras" por parte das agentes, uma maior frequência na utilização da Medicina Mágica através do rezador e do curandeiro e da consulta ao Serviço de Saúde da Vila, como já era de se esperar neste último. Por sua vez as não agentes frequentam mais o farmacêutico, inclusive algumas também em "doenças mais sérias", como referiram duas delas; a Medicina Religiosa, através do missionário e do xangozeiro, e utilizam mais medicamentos alopatas. Na utilização da Medicina empírica os grupos se igualam, se bem que o conhecimento de cada um seja bastante diferenciado como foi visto anteriormente.

Quando analisamos essas diferenças vemos que possivelmente é a utilização dos ensinamentos do Serviço de Saúde da Vila que propicia a menor procura ao farmacêutico e a medicamentos alopatas por parte das agentes. Assim o conhecimento que adquirem dos efeitos colaterais que traz a alopatia, aliado as

informações obtidas sobre as ervas, faz com que a propaganda e exaustiva dos medicamentos alopatas não surtam tanto efeito pa ra o grupo de agentes, como o de não agentes. A procura maior das agentes ao rezador e curandeiro, parece ser mais uma tradição cultural nossa do que uma estratégia específica das cama-das de baixa renda, uma vez que de acordo com Loyola (1984), am bos, curandeiro e rezador, estão ligados ao catolicismo popu-lar, sendo procurados também por pessoas de renda média e alta. Contudo como a incidência foi muito maior no grupo de agentes que de não agentes, este dado parece reforçar a influência da Igreja católica nas práticas terapêuticas como mencionaremos a diante.

Em relação a diversidade de práticas também não houve diferenças significativas entre os grupos nas "doenças maneir-ras", pois enquanto as não agentes mencionaram a mais que as agentes o missionário e o xangozeiro, uma das agentes referiu o centro espírita também não citado por aquelas.

Nas "doenças mais sérias" todas, agentes e não agentes, procuram o médico; apenas duas não agentes referiram também já terem procurado o xangozeiro, o missionário e o farmacêutico; uma das agentes consulta também o Serviço de Saúde da Vila, nes-sas doenças. Porém como mencionamos elas "também" procuram ou já procuraram, mas é concomitantemente ao médico, pois não o dispensam. Este resultado contraria os apresentados por Loyola (1984) onde mais da metade da população estudada recorria aos serviços da Medicina Popular. Acreditamos que isto se deva a proximidade e a profusão dos serviços médicos existentes acessí veis a população aqui estudada, ainda que de má qualidade. Ao lado disso não podemos deixar de mencionar o papel ainda que indireto da Igreja Católica. Conseqüentemente, como foi a religião católica citada pela grande maioria das pessoas consulta-das, e por esta Igreja ter uma presença muito forte não só no bairro de Casa Amarela, como também na Vila, pode influenciar nas escolhas terapêuticas. Loyola (1984) menciona que a filiação religiosa, bem como o contato com agentes religiosos, exer

ce um papel importante nas escolhas terapêuticas, podendo direcioná-las ou alterá-las. Portanto se de um lado, por não haver repulsa e atitude hostil desta instituição para com algumas práticas terapêuticas, tais como a do rezador, reforçam a sua permanência; de outro como saúde e doença são considerados pela Igreja como estritamente orgânicos, o direcionamento vai para as práticas terapêuticas oficiais ou científicas (Loyola, 1984; Araújo, 1977). Acreditamos que esta influência pode ter sido mais presente nas agentes, pelo fato de ter propiciado a formação inicial dos grupos de saúde, através das comunidades eclesiais de base; só posteriormente, dois anos após, outras entidades assumiram. Além disso quase todas as agentes, exceto duas, participaram da invasão, a qual contou com expressivo apoio da Igreja como já foi mencionado.

Como se observa também nos resultados acima, as considerações foram dirigidas basicamente aos médicos ou a instituições médicas. E como maior parte desses comentários revelam a ineficácia, a pouca seriedade e até mesmo o descaso desses profissionais para com seus clientes, nos leva a sugerir que a percepção que grande parte da população carente tem do médico é negativa.

Faz-se necessário registrar ao lado disso que apesar de onze não agentes não terem INAMPS, que representa metade do grupo, enquanto apenas duas das oito agentes não o tem, as considerações positivas dirigidas aos médicos ou instituições médicas, partiram do grupo de não agentes; inclusive, de pessoas que não tem INAMPS. Vemos então que embora seja mais difícil ainda recorrer a esse profissional sem esse documento para as classes populares, qualquer menção que haja de atenção pelo médico ou pessoal administrativo, por menor que seja, é sentida e verbalizada como positiva por aqueles membros.

Essas colocações por um lado reforçam o que mencionam diversos autores sobre o papel do médico na nossa sociedade. Neste sentido, Loyola (1987) fala da dimensão sacerdotal que existe na atividade do Médico; tanto na atividade prática pro

fissional, porque na medida em que ele cura ele opera milagres, como também no próprio médico, pelo menos numa certa categoria, acha-se imbuído de uma função sacerdotal: ele deve fazer o bem. Por sua vez Carvalho (1987), ao buscar as origens desse papel social nos remete para a sua ligação com a magia, referindo que a imagem científica da Medicina advém de um tempo onde se misturavam Medicina e magia. Assim, continua o autor, de uma maneira ou de outra está presente a concepção mágica que o doente procura no Médico e, certamente, interfere na relação Médico-paciente. Afirma então, que por ser o médico descendente de curandeiros e feiticeiros - os xamãs - e como estes tem o poder de extinguir do doente o elemento mau, de capturar este elemento e reintroduzir o elemento bom, é este lado mágico do médico persistente até hoje, que leva o doente a ter crença, às vezes reserva, temor e respeito muitas vezes profundos. Ratificando essas colocações Duarte (1987), resume as condições dessa forte presença sob a categoria da "letitimidade", analisando-a sob quatro ângulos: 1) condição letrada, que é a emergência de saberes "eruditos", "letrados", sobre os "não letrados". Assim "a Medicina e o Médico são para o "povo" parte dessa nebulosa e sagrada nuvem do mundo "letrado", do estudo, da escrita, da universidade, dos doutores e professores;" 2) A Razoabilidade Simbólica, significa que como ambos, médico e paciente, utilizam a mesma língua nacional e um vocábulo básico comum, isto permite a compreensão dos primeiros pelos membros das classes populares; 3) Princípio da Relacionalidade e Complementariedade, que atravessa todo os níveis de vida das classes populares; isto é, o mundo além de ser relacional, de depender fundamentalmente das relações, ele resulta das relações entre seres diversos. Por conseguinte sendo as partes fundamentalmente diferenciadas em relação aos valores presidentes, mantêm entre si relações de troca diferenciada, complementar, e não de troca igualitária, mutualista"; 4) A eficácia prática, no sentido das classes populares crerem que a Medicina dispõe de recursos para tratar distúrbios, sofrimentos ou doenças que ne

nhum outro sistema terapêutico dispõe. Isto é possibilitado a ainda mais, porque há toda uma área de intervenção da Medicina em que ela se expressa mais concretamente, como nas radiografias, nos exames de sangue, nas intervenções cirúrgicas, nos aparelhos corretivos etc., tendendo a produzir uma representação a nível popular muito diferente de outras áreas, que operam com meios ou com questões mais abstratas.

Conforme o autor mencionado, a cada um desses termos positivos corresponde um contrapeso negativo, e de um modo geral pode-se dizer que os positivos presidem as condições mais abrangentes da relação Medicina x povo, enquanto os negativos operam ao nível mais micro, das interações localizadas.

De nossa parte acreditamos que a eficácia prática ao lado da condição letrada são os aspectos determinantes na relação de "endeusamento" que o cliente estabelece com o médico. Com relação a este último, já comentamos como os clientes se sentem lisonjeados e elogiam os médicos que lhes dispensam atenção. Deste modo são os "poderosos" que lhes concedem a palavra. No primeiro caso vimos também que a eficácia, bem como o relacionamento que os especialistas mantém com os clientes, explicam em grande parte a postura de aproximação ou afastamento referidas pela população não só em relação a Medicina, como também a todas as práticas terapêuticas. É o caso por exemplo, de uma não agente de saúde que afirma sentir-se muito atraída pelo xangô; ela tinha um fibroma, já havia consultado vários médicos, sem solução e só no xangô foi diagnosticado corretamente, ou melhor, foi indicado fazer cirurgia. Outra ocorrência semelhante se deu com uma outra não agente, a qual precisei procurar novamente a fim de completar a entrevista; da primeira vez, me falou que era muito doente e que pensava bastante em ir aos missionários, porque soube que eles curavam. Da segunda vez que nos encontramos, já havia ido ao missionário e muito decepcionada disse-me: "eles parecem um bocado de catimbozeiro, eu não gostei não; eu não vou nem na Igreja, imagine o resto. Quem cura é Deus e a Virgem da Conceição!"

Por outro lado provavelmente, o fato das agentes não terem feito nenhuma menção positiva, mas sim duas negativas e cinco de independência em relação aos Médicos, denota o poder da educação, do conhecimento adquirido, da transformação que está se processando nelas, a partir da aprendizagem que está sendo efetuada junto ao grupo de saúde da Vila.

Não foram significativas as opiniões ou considerações emitidas às outras práticas terapêuticas além da Medicina porque, como registramos acima, as pessoas de modo geral não opinavam sobre as mesmas. Daí poder-se-ia questionar: se não houve pergunta, como poderia haver resposta? O que poderia ser dito é que também não foi feita nenhuma questão sobre a percepção do Médico e ainda assim quase todas entrevistadas se posicionaram em relação ao mesmo. Diante deste fato, realmente não sabemos se não ocorreram mais referências em relação as outras práticas, como as dirigidas aos médicos e a Medicina, porque(a) a pesquisadora foi mais identificada pela população estudada como tendo uma postura científica e as pessoas se envergonharam de tecer considerações sobre práticas não científicas, ou (b) não tinham tanta importância nas suas vidas, para serem mencionadas em sequer haver a pergunta como ocorreu no caso dos médicos e instituições médicas. Acreditamos por todas as considerações feitas anteriormente a respeito do médico e da Medicina, que esta última alternativa possivelmente, é mais condizente com nossa realidade, vez que apenas este é legitimado pela sociedade, e por conta disso pode comprovadamente salvar vidas.

Apesar dos dois grupos não se diferenciarem significativamente em intensidade e diversidade de práticas terapêuticas, existe uma distância qualitativa entre eles. Deste modo por exemplo, em relação ao que é importante para não adoecer e manter a saúde todas as agentes referiram a limpeza e a higiene; sete acrescentaram boa alimentação e na hora certa; em seguida, com três citações, veio água filtrada, tendo uma das agentes mencionado que estava fervendo toda água de beber, porque seu filtro havia quebrado e ela não tinha podido comprar outro. Com

duas citações vem salário justo e cobrir os alimentos; com apenas uma vem lazer e prevenção. No caso das não agentes, cinquenta por cento referem também a limpeza e a higiene; porém como a prática nem sempre corresponde ao discurso, ocorreu que uma das pessoas que fizeram essa citação, estava com uma criança de colo enquanto conversávamos; daí a chupeta caiu duas vezes no chão e em ambas ocasiões, a pessoa referida, passou a chupeta nas mãos, na tentativa de "limpar a sujeira", colocando-a novamente na boca da criança. A alimentação vem em segundo lugar com sete citações; evitar sol, poeira, chuva com quatro menções; sossego na vida com três; ir sempre ao médico vem com cinco citações; água filtrada, evitar pés descalços, evitar brincar em areias sujas e comida pesada, tomar vitaminas vem com duas menções. Finalmente com uma citação vem quando adoecer ir ao médico. Uma delas afirma que não sabe, não tem idéia da resposta a esta pergunta.

Como se pode perceber tem mais consistência teórico-científica as afirmações feitas pelas agentes, devido aos conhecimentos que adquiriram no grupo de saúde. Exploraremos mais as diferenças qualitativas entre os grupos, no capítulo seguinte.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO: HOUVE MODIFICAÇÃO?

Na tentativa de "amarrar" algumas idéias que porventura tenham ficado soltas ao longo desse trabalho, cabe neste momento algumas respostas às indagações concernentes a nossa suposição inicial. Retomando-a, dizíamos que a organização em saúde, favorecida pela Medicina Comunitária e Alternativa existente na Vila Escaillabe, possibilitava uma mudança no tratamento com a saúde, no sentido de ações mais direcionadas e não tão intensas e diversificadas como algumas pesquisas mostravam. Entao caberia indagar: Que organização é esta ou que serviço é este? Porque promove o direcionamento e não a alienação? Para tentar responder estas questões colocaremos inicialmente como foi concebido teoricamente este serviço de saúde; em seguida teceremos comentários sobre sua efetivação na prática, a qual já citamos antes.

Como mencionamos no referencial teórico, a Medicina no seu início funcionava mais para servir as classes mais abastadas, só surgindo a preocupação com as classes populares, quando havia ameaça desta força de trabalho ser dizimada por alguma epidemia, ou algo equivalente, que afetando a produção, prejudicaria sobremaneira o lucro das classes mais favorecidas. Hoje, após algumas centenas de anos, esta situação não parece ter-se modificado muito. Apesar de ter havido bastante progresso a nível científico e modificações nos discursos e papéis oficiais, na prática o acesso a serviços médicos de boa qualidade só dispoõe quem os pode financiar, pois até hoje a Medicina se encontra atrelada ao poder. Todavia, também vimos anteriormente a ocorrência de algumas exceções a esta regra, pois mencionou-se uma corrente de profissionais médicos e de outras áreas de saúde, que aliados a setores progressistas da sociedade tentam transformar essa situação. Estando dentre estes os que fazem uma linha dentro da Medicina Comunitária, vejamos as concepções que foram feitas sobre a mesma, no nosso local de estudo.

Carriconde (1985), um dos iniciadores do trabalho de saúde na Vila, considerando a doença no Brasil como um problema

ma social, acredita que a solução deverá ser também social e não só clínica. Para que isto se efetive, é preciso que:

"a equipe de saúde deverá ser mais educadora do que curadora, onde os objetivos dessa educação sejam: primeiramente mudar uma velha relação médico-paciente, essencialmente marcada pelo assistencialismo que, sendo de dependência é também de dominação, para uma outra onde de médico e paciente passam a se reconhecer, ambos como sujeitos de um mesmo processo; o processo de eliminação de todos os fatores que estão condicionando a doença: econômicos, políticos, sociais, ecológicos, biológicos, psíquicos e culturais, num determinado momento histórico (...) Em segundo lugar, mudar uma prática médica onde o objetivo é o lucro (do médico ou da empresa) e a meta a doença, para outra onde o objetivo é a educação para a saúde e a meta a luta para conquista de todos os fatores que levam a saúde (1985:7-11)."

Após essas teorizações, vejamos se na prática são dadas as condições para a realização desses objetivos propostos. Como já referimos, nas reuniões de saúde estão presentes um ou mais profissionais da área (geralmente uma enfermeira) e a população (agentes e não agentes de saúde), com o intuito de juntos encontrarem as soluções para os problemas de doença que afligem esses últimos. Nestas reuniões existe o diálogo entre os profissionais e os presentes, onde todos, em princípio, dispõem da palavra para falar de suas doenças, seus temores etc. Ao lado dessa liberdade de expressão, existe a proposta inerente a esse trabalho, que é efetivada pelas pessoas que o levam adiante: divulgar quaisquer informações sobre saúde, quer sejam veiculadas ou não na imprensa. Por conseguinte são dadas informações diversas sobre saúde, desde alguma novidade ocorrida no INAMPS, ou decretos publicados pelo Ministério da Saúde, até como se contraem as doenças. Em todas as colocações feitas as pessoas (agentes e não agentes), são estimuladas a falar e posicionarem-se, sendo especialmente suscitada a reflexão sobre a relação das doenças com as condições sociais de vida da

população. Após os comentários, são indicados remédios a base de ervas para sanar os males. Isso ocorre em todas as reuniões, sendo fornecidas essas informações a todos os presentes. No caso especial das agentes de saúde, estas são mais precisas, mais elaboradas, uma vez que fazem um curso sobre ervas medicinais, com o intuito de serem as futuras enfermeiras da área onde residem. Para que isso ocorra, paulatinamente vão assumindo tarefas, como as de dirigir as reuniões de saúde sozinhas sem a presença da enfermeira, participar de conferências, congressos, reuniões de saúde etc., com a finalidade de irem se familiarizando com a função que desempenharão futuramente na sua comunidade.

Pelo exposto, vemos que a prática desse trabalho em saúde, é realmente respaldada nas idéias que foram referidas acima por Carriconde. No que concerne a nossa hipótese inicial, observamos que apesar das práticas terapêuticas não serem significativamente diferentes nos dois grupos, existe uma separação de qualidade entre eles. Deste modo se bem que os grupos tenham apresentado um direcionamento semelhante nas "doenças mais sérias e nas maneiras", o acesso às informações e às práticas que o Serviço de Saúde possibilitou às agentes, resultou em modificações significativas na sua atuação com a saúde. De modo que, se tanto o grupo de agentes como o de não agentes procuram as ervas nas "doenças maneiras", as primeiras o fazem não só por conta de uma aprendizagem obtida com os antepassados, mas basicamente por conta de um embasamento teórico efetuado pelo pessoal da ciência, médicos e enfermeiras, tendo por conta disso muito mais crédito para os mesmos. Em outras palavras, se por um lado a utilização das ervas com fins terapêuticos, faz parte da cultura oral, que é transmitida de geração a geração; por outro, vê-se a não valorização desse conhecimento popular, vez que por não favorecer ao poder econômico, ocorre a propaganda exaustiva da alopatia, visando a substituição da quele. Aqui por exemplo, houve relatos de pessoas que não creem, no caso não agentes, ou não acreditavam, como uma das agen-

tes, nos "remédios de mato." Entretanto quando se vê médicos e enfermeiras divulgando e estimulando esse saber popular, a descrença parece desaparecer, ficando em seu lugar o seguinte raciocínio: "Se até os doutores, os "donos do saber" os utilizam, porque não nós que somos ignorantes?" Deste modo, o respaldo que é dado pelos profissionais da Ciência Médica as ervas, legitimam esse saber do povo.

Esse conhecimento é utilizado não só para o tratamento de doenças, como também para preveni-las, o que não é feito pelas não agentes. Aliás a prevenção que as agentes fazem, é possível não só devido ao conhecimento que adquirem das ervas, como também pelo que obtiveram das causas das doenças. Por sua vez, esta prevenção faz com que adoeçam menos e assim prescindam de recorrer tanto ao médico quanto as não agentes. Ou seja, embora ambos os grupos nas "doenças mais sérias" recorram a este profissional, o fato das agentes estarem mais livres destas, favorece a que tenham uma postura de independência em relação a esses profissionais; desta maneira as livra da relação de poder, de dominação, que se estabelece entre o médico e cliente de baixa renda, como mencionaram Loyola e Boltanski (1984) anteriormente. Paralelo a prevenção, evidenciou-se igualmente a influência da organização nas reivindicações das agentes; ou seja, a assimilação mais aprofundada dos conhecimentos obtidos, suscitou exigências por condições de vida que propiciassem a saúde. Este fato ratifica Bohadana (1982), quando menciona, que os trabalhos de Medicina Comunitária que seguem a linha da educação popular, funcionam muitas vezes, como embriões de reivindicações políticas. Então a partir do momento que tomam consciência que seus problemas de doença estão relacionados com as suas condições sócio-econômicas de vida e tendo conhecimento do poder da união de suas forças, começam a somá-las organizando-se para reivindicar seus direitos sonegados. Vemos assim, como elas próprias referem, pessoas que se preocupavam apenas com sua casa, terem agora uma participação mais efetiva na sociedade sendo sujeitos ativos de sua vida. Parece-nos então

que ocorrerá com todas as agentes da vila o que já ocorreu com algumas delas nessa mesma localidade e em outras áreas: "a passagem de uma consciência ingênua a uma consciência crítica, como também a passagem de uma atitude fatalista diante da vida para uma atitude libertária de luta para conquistar a vida em Plenitude (Carriconde, 1986:192)".

Em resumo, tomando o universo das agentes como referência, ver-se-á que por um lado, os efeitos dessa organização em saúde atingem o plano Político, devido as mobilizações surgidas para resgatar o seu espaço, como referiram diversos autores anteriormente. Por outro lado, utilizando as perspectivas de análise para avaliação dessas experiências, citadas por Bohadana no início, constata-se que conseguiu ampliar o nível de consciência social, bem como melhorar a saúde da população atingida.

Desta maneira a irradiação desse trabalho de educação em saúde é evidente nas agentes, pois sentem-se agora mais auto-suficientes e por conseguinte mais livres das doenças e dos médicos. Em relação as não agentes, que poderia ser estendido para o resto da população, a influência é mais lenta; pois se a conduta das enfermeiras e o baixo custo das ervas, aproximam; a restrição à "doenças maneiras", a demora das reuniões e a descrença nas ervas, afastam. Contudo, apesar da precipitação de generalizações a partir do pequeno universo pesquisado, acreditamos que a propagação da consciência crítica obtida pelas agentes ao restante da população, depende em muito dos caminhos do Movimento. Nesse sentido Scherer-Warren faz uma análise do caráter dos novos movimentos urbanos, onde a separação entre novos e tradicionais encontra-se na pausa de organização da sociiedade civil que ocorreu logo após 1964. De acordo com o autor citado "estes novos movimentos caracterizam-se pela quebra de esquemas populistas do passado, criam formas comunitárias de participação direta das bases ao nível da reflexão, da decisão e da execução diminuindo ao mínimo a distância entre a direção e base do movimento. Lutam pela sua autonomia frente ao

Estado e Partidos, considerando a cidadania um direito do povo (1984:7-8)". Acreditamos como o referido autor, que os novos movimentos sociais estão formando um lastro social para a construção de uma nova cultura política de base no Brasil, mais democrática e mais socializada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciarmos esta pesquisa, tínhamos uma postura de supervalorização do poder de transformação dos movimentos sociais, tanto a nível da consciência individual, quanto da estrutura social. Essa idéia modificou-se um pouco, pois nossa experiência mostrou que as mudanças que ocorrem são lentas e só paulatinamente poderão ou não se efetivar em mudanças mais estruturais. Contudo sentimos também nos nossos contactos, que as agentes de saúde, ainda que nem todas sejam tão cientes do porquê de sua existência, tendem a seguir adiante, podendo no máximo estacionar no estágio em que se encontram de conscientização. Assim uma vez iniciado o processo não tem retorno, a semente existe e tende a se reproduzir. Nesse sentido, Gohn(1984) coloca que os movimentos populares urbanos são extremamente fluidos, não tem trajetórias lineares de desenvolvimento. Assim como simples reivindicações isoladas poderão levar a grandes mobilizações de massas; o inverso, caracterizado como refluxo, também é comum. Entretanto, continua o autor, o exercício da prática cotidiana leva-os à transformações e ao esboço de propostas e projetos de transformação social.

Ao tentarmos averiguar que repercussões tem a linha de Medicina Comunitária e Alternativa de Casa Amarela, nas práticas terapêuticas da população da Vila Escailabe, verificamos que sua influência se efetuava a nível mais global. Deste modo, as conclusões principais obtidas nessa pesquisa, sugerem que a vinculação ao Serviço de Saúde propicia:

- Haver uma diferença qualitativa entre os dois grupos, agentes e não agentes de saúde, que é possibilitada pelo conhecimento teórico-prático que o Serviço oferece ao primeiro grupo.

- O conhecimento teórico-prático que as agentes adquirem da causação das doenças, aliado aos obtidos com a participação em congressos, conferências, etc., permite o desenvolvimento de uma consciência crítica.

- Esta por sua vez, propicia que as agentes (a) façam

atenção primária em saúde, (b) mobilizem-se para reivindicar condições que a mantenham e (c) assumam a função de agentes de transformação, questionando o porquê da doença para os membros da sua comunidade.

- A prevenção ao evitar doenças mais sérias, permite uma maior independência dos médicos, livrando-os da relação de poder, que se estabelece entre Médico e cliente de baixa renda, como referiram Loyola e Boltansky (1984) no início.

- A alternativa proposta, a utilização de ervas, possibilita que as agentes tenham (a) um direcionamento nas práticas terapêuticas e (b) soluções eficazes a baixo custo, ao mesmo tempo que (c) valoriza o conhecimento popular, recuperando a cultura oral sobre a eficácia das plantas, além de (d) integrá-las ao sistema oficial de saúde.

Deste modo as consequências desse trabalho se mostram a nível individual e coletivo. No primeiro caso a aquisição de informações, possibilitou não só o desenvolvimento de uma consciência crítica como também o de uma profissão, a de agente de saúde; esta permite que tenham remuneração e o reconhecimento social, que redundam numa auto-valorização. Ao lado dessa dimensão pessoal evidencia-se também uma outra a nível mais abrangente, no plano coletivo, que é facilitada pela aquisição da consciência crítica. Ou seja, na medida que as agentes percebem que representam apenas objetos manipuláveis dentro do processo de decisão que ocorre na sociedade e que podem reverter, ainda que parcialmente, essa situação passando também a sujeitos, caso consigam pressionar suficientemente os que decidem; utilizam então as formas de luta possíveis, surgindo daí as várias organizações como o Movimento de saúde de Casa Amarela, o Movimento de Saúde do Grande Recife etc., que tentam resgatar a autonomia de sujeito que lhes foi retirada.

A propagação desses efeitos ao restante da população da Vila, parece-nos imprevisível; visto que, afora os aspectos já mencionados, a divulgação à comunidade doravante será feita através das agentes de saúde e não dos "Doutores". Daí, como

elas próprias referem: "falta crédito por parte da população, o pessoal acredita no Doutor e não no agente de saúde". Além disso, por termos feito um estudo apenas exploratório, não dispomos de um número de dados expressivos que permitam generalizações mais ousadas.

Finalizando, esperamos que parcialmente possamos atingir alguns de nossos objetivos nesse trabalho, que foram os de acrescentar informações na área, suscitar questões e, principalmente, fornecer dados que estimulem iniciativas que promovam organização em saúde. Este último por acreditarmos que só movimentos sociais populares, aliados a setores progressistas que os apoiem, poderam operar transformações mais profundas a nível estrutural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, C. M. e RÊGO, R. A. - "Organização dos Serviços de Saúde". In Saúde e Trabalho no Brasil-IBASE, 2ª ed., Ed. Vozes, Rio de Janeiro, 1982.
- AMMANN, S. B. - Ideologia do Desenvolvimento de Comunidade no Brasil. 5ª ed., S. Paulo. Ed. Cortez, 1985.
- ARAÚJO, A. M. - Medicina Rústica .3ª ed., São Paulo, Ed. Nacional, 1979.
- BARDIN, L.-Análise de Conteúdo. Edições 70 Persona, 1977.
- BARROS, S.-Arte, Folclore, Subdesenvolvimento. 2ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira, 1977
- BOHADANA, E. - "Experiência de Participação Popular em Ações de Saúde". In Saúde e Trabalho no Brasil-IBASE, 2ª ed., Ed. Vozes, Rio de Janeiro, 1982.
- Boletim Informativo, nºs 1 e 2. Oitava Conferência Nacional de Saúde
- BOLTANSKI, L.-As Classes e o Corpo.2ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1984.
- BOSI, E. - "Problemas Ligados à Cultura das Classes Pobres". In E. Valle e J. J. Queiroz A Cultura do Povo, São Paulo, Ed. Cortez e Moraes/EDUC, 1979.
- Cadernos de Educação Popular - Saúde e Educação Popular - Nova, Petrópolis, Ed. Vozes Ltda. em co-edição com NOVA - Pesquisa assessoramento e avaliação em Educação, 1984.
- CANUTO, L. N.-"Notas sobre as condições de Saúde em Recife". In Simpósio Sistemas de Cura I: As Alternativas do Recife. Organizado por PARRY SCOTT, Mestrado em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1986.
- Entre a vida e a morte: um Estudo sobre saúde e População no Brasil. Dissertação de Mestrado em Sociologia da UFPe, 1980.
- CANTILIANO, E. M. C. "Análise crítica da conceituação predomi-

- nante sobre a atenção Médica Primária". In Medicina Social: Aspectos históricos e teóricos. Organização, introdução e tradução Everardo Duarte Nunes; Apresentação Maria Cecília Ferro Donnângelo - São Paulo: Global Ed., 1983 (Textos, 3)
- CARRICONDE, C.-Medicina Comunitária: uma concepção e um método de trabalho, Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1985.
- _____ "O Povo Sabe: A Prática e a Medicina na Comunidade". In Simpósio Sistemas de Cura I: As Alternativas do Recife. Organizado por PARRY SCOTT, Mestrado em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 1986.
- CARVALHO, J. A. - "Reflexões sobre a Medicina e o Ensino Médico". In Simpósio Sistemas de Cura II: O Médico, A Sociedade e o Povo. Organizado por PARRY SCOTT, Mestrado em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 1987 (no Prelo)
- CAVALCANTI, A. M. - "Relação Médico-Paciente, as categorias de Médico, as Categorias do Povo". In Simpósio Sistemas de Cura II: O Médico, A Sociedade e o Povo. Organizado por PARRY SCOTT, Mestrado em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 1987 (no Prelo).
- CEBES - Saúde em Debate 17. Organizador: CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, julho, 1985.
- CORDEIRO, H. A. "Políticas de Saúde no Brasil" (1970-1980). In Saúde e Trabalho no Brasil-IBASE, 2ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1982.
- COSTA, N. R. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das Políticas de Saúde no Brasil. Ed. Vozes em Co-edição com Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), 1985.
- _____ "Condições de Saúde". In Saúde e trabalho no Brasil. -IBASE, 2ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1982.
- DEMO, P. Metodologia Científica em Ciências Sociais, São Paulo, Ed. Atlas, 1981
- DONNÂNGELO, M. C. F. - Saúde e Sociedade, São Paulo, Ed. Duas Cidades, 1976.

- DUARTE, L. F. - "A Medicina e o Médico na Boca do Povo". In Sim-
pósio Sistemas de Cura II: O Médico, A Sociedade e o Povo.
Organizado por PARRY SCOTT, Mestrado em Antropologia, Uni-
versidade Federal de Pernambuco. Recife, 1987 (no Prelo)
- DURHAN, E R. A Caminho da Cidade. 2ª ed., Ed. Perspectiva S.A.,
São Paulo, 1978
- "Experiências de Cura nas Comunidades". Mesa Redonda com diver-
sos autores. In Simpósio Sistema de Cura I: As Alternativas
do Recife. Organizado por PARRY SCOTT, Mestrado em Antropo-
logia, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 1986.
- GARCIA, J. C. - "Medicina e Sociedade: As correntes de pensamento
no campo da saúde." In Medicina Social: aspectos históricos
e teóricos. Organização, introdução e tradução Everardo Du-
arte Nunes; apresentação Maria Cecília Ferro Donnângelo -
São Paulo: Global Ed., 1983.
- GARRAFA, V. Contra o Monopólio da Saúde. Ed. Achiamé, Rio de
Janeiro, 1983.
- GOHN, M. G. M. - Movimentos Populares Urbanos e Democracia no
Brasil. ANPOCS, Encontro Anual. GT Lutas Urbanas, Estado e
Cidadania, São Paulo, 1984.
- HUTZLER, C. R. "Antropologia Urbana" In Ciência e Trópico vol.
4, nº 2, 1976 pgs.159-176.
- JACOBI, P. Movimentos Sociais Urbanos e Política: Participando
do Debate. ANPOCS, Encontro Anual. GT Lutas Urbanas, Estado
e Cidadania, São Paulo, 1984.
- Jornal de Casa Amarela - Jornal Informativo da Federação das
Associações, Centros Comunitários e Conselho de Moradores
de Casa Amarela (FEACA). Recife-PE, nºs 1, 2 e 3.
- JOHNSON, H. M. - Introdução Sistemática ao Estudo da Sociolo-
gia. 4º volume, coleção Societas, Rio de Janeiro, Ed. Lida-
dor, 1967.
- LEWIS, I. - Êxtase Religioso. São Paulo, Ed. Perspectiva S.A.
1977.
- LOYOLA, M. A. - Médicos e Curandeiros. São Paulo, Ed. Defil,
1984.

- _____ - "As Categorias do Médico, As Categorias do Povo, A comunicação entre Médico e Paciente". In Simpósio Sistemas de Cura II: O Médico, A Sociedade e o Povo. Organizado por PARRY SCOTT, Mestrado em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 1987 (no Prelo)
- LUZ, M. T. As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia. 2ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979.
- Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. Organização, introdução e tradução Everardo Duarte Nunes; apresentação Maria Cecília Ferro Donnângelo - São Paulo: Global Ed., 1983.
- MONTEIRO, D. T. - "Igrejas Seitas e Agências: Aspectos de um ecumenismo popular". In E. Valle e J.J. Queiroz A Cultura do Povo. São Paulo, Ed. Cortez e Moraes/EDUC, 1979
- MELO, M. L. Metropolização e Subdesenvolvimento: o caso do Recife. Monografia apresentada ao curso de Ciências Sociais da UFPE, 1978.
- NOGUEIRA, O. Pesquisa Social: introdução às suas técnicas. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1964.
- OLIVEN, R. G. - A Antropologia de Grupos Urbanos. Petrópolis, Ed. Vozes, 1985.
- PÊGO, R. A., BOHADANA, E. e AZEVÊDO, V. M. R. - "Condições de vida". In Saúde e Trabalho no Brasil IBASE, 2ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1982.
- Pelo Direito Universal a Saúde. Contribuição da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva) Rio de Janeiro, novembro de 1985.
- PELLEGRINI, A. F., RAMOS, C. e RIBEIRO, J. - "A Medicina Comunitária, a questão Urbana e a marginalidade". In Saúde e Medicina no Brasil: Contribuição para um Debate. Organizado por Reinaldo Guimarães, 4ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1984.
- PEREZ, J. L. - "Considerações sobre o Sistema Nacional de Saúde: O sistema oficial de cura". In simpósio Sistemas de Cura I: As alternativas do Recife. Organizado por PARRY SCOTT,

Mestrado em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 1986.

Retrato do Brasil. Ed. Política nºs 35, 36, 37, 38, 42

RICHEPORT, M. - Terapias Alternativas num Bairro de Natal: Estudo na Antropologia Médica. Natal, Ed. Universitária, 1985.

São Paulo: O Povo em Movimento. Organizado por SINGER, P. e BRANT, V. C. 4ª ed., Petrópolis, Ed. Vozes Ltda em co-edição com CEBRAP, 1983.

SCOTT, P. - "A Família Recifense como beneficiária, vítima e veículo da cura". In I Simpósio Sistemas de Cura: As Alternativas do Recife. Organizado por PARRY SCOTT, Mestrado em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1986.

SCOTT, P. et alli - Sobrevivência e Subdesenvolvimento: Estratégias das famílias de baixa renda no Recife. Série População e Emprego nº 16, Recife SUDENE, Ed. Massangana, 1983.

SCHERER-WARREN, J. - O Caráter dos Novos Movimentos Sociais. ANPOCS, Encontro Anual. GT Lutas Urbanas, Estado e Cidadania, São Paulo, 1984.

SERRANO, A. I. O que é Medicina Alternativa. 2ª ed., Ed. Brasiliense, São Paulo, 1984.

SOUZA, L. R. e VERAS, R. "Ideologia e Saúde". In Saúde e Trabalho no Brasil - IBASE, 2ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1982.

TORMENA, P. P. Relato do Surgimento da Vila Escailabe. Projeto de pesquisa enviado ao Mestrado de Sociologia da UFPe, Recife, 1980.

A N E X O S

ANEXO I - Questionário aplicado aos agentes de saúde

NOME

ENDEREÇO

Data e Local de Nascimento

Sexo

Membros da Família

1. Tempo de residência na vila
2. Participação na invasão
3. Doenças mais comuns na família
4. Como percebe que está ou estão doente
5. Qual a solução dada frequentemente
 - a) Doença maneira
 - b) Doença mais séria
6. Que remédios tem em casa ou o que costuma usar como remédio?
7. Como adquiriu esse conhecimento?
8. Vínculos com a previdência
9. Recorre a farmacêutico, rezador, curandeiro, missionário etc?
10. O que acha importante para não adoecer e manter a saúde
11. Grau de instrução
12. Situação trabalhista
13. No caso de doméstica em seu próprio lar que outras atividades tem?
14. Renda mensal
15. Religião:
Praticante?
16. Participação nas assembléias, ou outros eventos da associação de moradores
17. Frequência ao serviço de saúde da vila
18. Caso tenha ido, opinião sobre seu funcionamento?

Obs.:

ANEXO II - Movimento Popular de Saúde do Grande Recife

"Em julho de 1984 a Comissão de Saúde de Casa Amarela, promoveu o 1º encontro estadual do Mops (Movimento Popular de Saúde) a nível de PE para a troca de experiência na tentativa de articular os trabalhos de saúde não oficiais no nosso estado. A partir daí formou-se a Comissão de saúde do Grande Recife que ficou se reunindo mensalmente no sindicato dos metalúrgicos; participavam Peixinhos, Jordão, Mustardinha, Casa Amarela, Coelhos, Coque, Carangueijo, Imbiribeira, Brasília Teimosa, Tururu, Sapucaia, entre outros.

Aos poucos foi havendo desarticulação e a Comissão foi sendo desativada, só ficando restrito a Comissão de Saúde de Casa Amarela - C.S.C.A.

A partir de agosto de 1985 a C.S.C.A. numa tentativa de articulação com o MOPS-PE programou em 24 de novembro daquele ano o 2º encontro estadual de Saúde, cujo tema era Constituinte e Saúde, participando vários trabalhos do Recife e alguns do interior, por exemplo: Bom Jardim, Cabo e Olinda. O tema escolhido foi Constituinte e Saúde, pois nos últimos anos nas discussões que os agentes de saúde faziam, como vendo que a saúde em nosso país estava nas mãos de meia dúzia de laboratórios e dos nos de hospitais que faziam da saúde uma mercadoria para dar muito lucro, enquanto que a maioria da população morria a míngua por falta de recursos.

Em fevereiro de 86 participamos com duas representantes no Encontro Nacional do Movimento Popular de Saúde em São Luiz do Maranhão.

Ainda em fevereiro de 86 participamos do 1º Encontro Estadual de Saúde que era um encontro de preparação para 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília. A nossa participação se devia ao fato de que o MOPS estava achando que a gente devia participar desta 8ª Conferência. Não era cabível para nós uma

discussão sobre a saúde no Brasil, onde só os casacudos e doutores discutiam o problema. Nós, agentes de saúde, sentimos na pele a calamidade da saúde do nosso povo espalhados pelos bairros e favelas. Queríamos dizer o que achamos a respeito de como deve ser tratada a saúde do povo.

Com a informação de que o 1º Encontro Estadual de Saúde não tinha poderes de indicar delegados para a Conferência em Brasília, O Movimento popular revoltado com esta informação, forma ali mesmo uma comissão com agentes de saúde, com o objetivo de conseguir dinheiro para custear a ida para Brasília.

Nossa luta para conseguirmos chegar até a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi muito grande. Várias andanças pela Prefeitura, pelo INAMPS, pela Assembléia dos Deputados, Delegacia Federal de Saúde, Arquidiocese e Entidades não Governamentais.

Com faixas e palavras de ordem chegamos em Brasília exigindo nosso direito de participar com voz e voto. Logo que chegamos fizemos nossas inscrições como participantes, mas exigindo também os 4 delegados de saúde popular. Entramos em contato com algumas pessoas da Comissão organizadora, inclusive o Presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Sérgio Arouca, exigindo que nossos delegados fossem reconhecidos pela organização do Encontro. A resposta que tivemos foi que eles iriam se reunir e pensar na nossa proposta.

Encontramos muita falta de respeito e apoio ao Movimento Popular. Sentimos que a estrutura do encontro não era favorável à nossa participação. Mesmo sentindo que as coisas não estavam a nosso favor, continuamos nossa luta pelos delegados. No 2º dia do Encontro, o Movimento Popular teve sua grande vitória - o reconhecimento dos seus 4 delegados.

Pouco depois a CONAN nos procurou para dar 3 vagas de delegados, pois eles não conseguiram preencher todas as suas vagas. Assim o Movimento Popular teve dupla vitória, pois não eram 4, mais 7 delegados que iriam votar e defender nossas propos

tas. Da história das 7 conferências de Saúde anteriores, esta foi a 1ª onde o Movimento Popular se fez presente atuando intensamente durante os 5 dias. Foram 5 mil pessoas de todos os Estados do Brasil, sendo que apenas 1 mil tinha direito de votar.

Os temas que discutimos durante os 5 dias foram Saúde Direito de Todos e Dever do Estado, Reformulação do sistema de Saúde e Financiamento do Setor Saúde.

Após nossa chegada de Brasília o MOPS/PE estava novamente articulando e bem mais forte. Marcamos encontros mensais com vários trabalhos e já no dia 7 de abril/86 - DIA NACIONAL DE LUTA PELA SAÚDE, o MOPS/PE organizou uma passeata pelo centro da cidade, em protesto pelas condições de vida e Saúde em que vivemos. Outras Entidades participaram da organização desta passeata, entre elas MORHAN, A Associação dos Técnicos, Atendentes e Auxiliares de Enfermagem/PE e o Grupo de Defesa do Consumidor de Medicamentos de Recife.

A Comissão de Saúde Popular do Grande Recife -C.S.P.G.R. vem dando prioridade a articulação do MOPS a nível de PE e NE.

Estamos discutindo também um possível convênio com as Associações Integradas de Saúde (AIS), via Secretaria de Saúde Municipal.

Nos dias 26/27 de julho de 86, realizamos o 1º Encontro de Coordenação do MOPS Regional, aqui em Pernambuco, com a participação de Pernambuco, Bahia, Piauí e Paraíba.

Nos dias 17/18/19 de outubro, será realizado o 2º Encontro, também aqui em Recife, visando maior articulação do MOPS Regional.

A nível de Pernambuco a C.S.P.G.R. (Comissão de Saúde Popular do Grande Recife) junto ao MORHAN, Associação das Atendentes, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e o Grupo de Defesa do Consumidor de Medicamentos do Recife, estamos preparando o 3º Encontro Estadual do MOPS/PE cujo tema será ESTATIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE, diante da perspectiva de que a Rede Particular vem realizando neste mês de agosto um Encontro Contra a Estatização,

conforme documentos que temos em nossas mãos.

Devido a nossa articulação esperamos em torno de 400
pessoas neste Encontro, vindos de vários locais do Estado."

39
B235d

Woods/Edwards
C4 20 00
0419 0

R\$ 30,00