

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE EDUCAÇÃO

CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO

FORMAS DE CONHECIMENTO EM SAÚDE:
confrontos e viabilização em uma prática de educação em saúde

Soraya Maria de Medeiros

João Pessoa - Paraíba
1995

BIBLIOTECA CENTRAL / UFPB

FORMAS DE CONHECIMENTO EM SAÚDE:
confrontos e viabilização em uma prática de educação em saúde

Soraya Maria de Medeiros

João Pessoa - Paraíba
1995

BIBLIOTECA CENTRAL / UFPB

Soraya Maria de Medeiros *

FORMAS DE CONHECIMENTO EM SAÚDE:
confrontos e viabilização em uma prática de educação em saúde

Área de Concentração: Educação de Adultos

Orientador : Dr. Paulo Ramos Coelho Filho

BIBLIOTECA CENTRAL / UFPB

CE10VFPB
043:374.7:624(043)
M4884
ex.2

1. Educação de adultos
2. Saúde pública

João Pessoa
1995

FORMAS DE CONHECIMENTO EM SAÚDE:
confrontos e viabilização em uma prática de educação em saúde

Soraya Maria de Medeiros

Dissertação aprovada em: ____ / ____ / ____

Paulo Ramos Coelho Filho

Membro

Membro

Ao coração (de planta) de Therezinha
Medeiros Brilhante, minha mãe, e a fé
(de rezador) de meu pai, Noé
Brilhante.

À Delmíro Marques (rezador) *in*
memoriam.

Agradecimentos

Às instituições que colaboraram, com este estudo:

- *Universidade Regional do Rio Grande do Norte - URRN*, através da Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPEG, pelo incentivo e apoio a todos os Pós-Graduandos docentes desta instituição.
- À *Faculdade de Enfermagem - FAEN* e ao *Departamento de Enfermagem - DEN*, pela nossa liberação para dedicação exclusiva ao Curso de Mestrado.
- À *Magnífica Reitora*, Maria das Neves Gurgel e ao *Vice-Reitor* Valter Fonsêca.
- À *Diretora da FAEN*, Maria José de Carvalho e a *Chefe do Departamento de Enfermagem*, Ormiza Clara de Souza Alves.
- Aos colegas do Curso de Enfermagem FAEN/DEN que assumiram nossas disciplinas nas nossas ausências.
- Aos alunos que contribuíram com suas indagações e incentivo.
- À *CAPES* pelo incentivo e fomento à pesquisa, que permitiu o financiamento da bolsa de estudo. Aos participantes da *Banca Examinadora* deste estudo, Prof^a Dr^a Simone Carneiro Maldonado CCHLA/UFPb, Prof. Dr. Alder Júlio Ferreira Callado - CE/UFPb, Prof. Dr. José Procópio da Silveira - CCHLA/UFPb (Suplente).

A todas as Graças.

A graça de Deus, a graça da paciência e lucidez do meu orientador Paulo Ramos Coelho Filho, a Graça Medeiros (Govinda), a Graça Lima, Graça Furtado, Graça Melo.

A todas as Marias.

Sandra Maria (Fernandes), Sandra Maria (Brito), Maria Mônica (Gurgel), Sônia Maria, Sara Maria, Maria Tavares, Maria da Glória, Maria da Conceição e Ana Maria.

E também a

Abigail Rodrigues, Séphora Brilhante, Isabel Cristina, Joana D'arc Felipe, Noilde Moraes, Rielva Solimairy, Aurinete Girão, Haroldo Brito, Fátima Mota, Valdice Moraes, Josélia Bandeira, Luzia Bispo, Antonieta Fernandes, Francisca Miller, Jacileide Guimarães e Amélia Gurgel.

Um agradecimento muito especial a todos os moradores do Bairro Bom Jesus e aos profissionais do Posto de Saúde e da Escola do Bairro que colaboraram com este estudo. Agradecemos também aos profissionais do nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró/RN, pela disponibilidade em fornecer dados sobre o Bairro Bom Jesus.

ABSTRACT

The present study analyzes the forms of knowledge in health, the confrontations and the viability of health practices at the district of Bom Jesus, Mossoró/RN. It is a case study that considering its peculiarities, signal towards the possibilities of generalization of the theme.

The systematization of the symbolic universe and the social representations of social actors investigated here along with their historic and social context confirm in part the initial premises of the study about the conflict of social classes and the dominance relation knowledge/power between the institutionalized medical routines and the popular healing practices, as well as the didactic dimension of these practices and the elements of a rationality that guide them.

These elements of rationality of the popular health practices follow a characteristic internal logic, linked to life conditions and social class insertion. Within them there are elements definitively proved as mystical-religious, driven from the ritualized and hallowed forms of the daily experiences.

However, during the research, other developments that rationality to implicit in the practices and their large sense articulations emerge, as the confirmation that the connection to the existential matter of survival is no exclusive privilege of the popular classes. Other classes or fractions of them also use those popular practices, either as a healing alternative for their problems of existential survival, or for distrusting the official ways. The popular classes also fight of health rights as citizens, including the universal access to medicine practices, while also trying to preserve their own practices orally transmitted. They exercise them through a dynamic and daily process of appropriation and (re)creation of knowledge, having as its main characteristics the search for survival and the identity of social class.

RESUMO

O presente estudo analisa as formas de conhecimento em saúde, os confrontos e as possibilidades de viabilização nas práticas de saúde no Bairro Bom Jesus - Mossoró - RN. Consta portanto de um estudo de caso que, enquanto particularidade estudada, sinaliza sobre as possibilidades de generalizações do tema.

A sistematização do universo simbólico e representações sociais dos atores sociais investigados e sua contextualização histórico-social confirmam em parte as premissas iniciais do estudo sobre o conflito de classes sociais e a relação de dominação saber/poder entre a medicina institucionalizada e as práticas populares, bem como sobre a dimensão pedagógica dessas práticas e elementos próprios de uma racionalidade que orienta essas práticas.

Esses elementos de racionalidade das prática populares em saúde obedecem a uma lógica interna característica, que têm vinculação com as condições de vida e a inserção de classe social. Guarda no seu interior, também, elementos definitivamente constatados como místico-religiosos, enquanto experiência calcada na cotidianidade de forma ritualizada e sacralizada.

Porém, no decorrer da pesquisa, emergem outros desdobramentos dessa racionalidade implícita às práticas e suas articulações com o universo mais amplo, tais como a constatação que a vinculação no dado existencial de sobrevivência não é única e exclusivamente território das classes populares; outras classes ou fração delas também lançam mão das ditas práticas populares enquanto espaço e alternativa de cura para os seus problemas de sobrevivência existencial ou por descrédito nas práticas oficiais. As classes populares também lutam por seus direitos de cidadania à saúde, ao acesso universal às práticas oficiais de medicina ao mesmo tempo em que procuram conservar suas práticas de transmissão oral, exercitando-as através de um processo dinâmico e cotidiano de apropriação e (re)criação desses conhecimentos, tendo como características principais a busca da sobrevivência e a identidade de classe social.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição percentual da confiança nas práticas populares de saúde.....	96
Tabela 2:	Distribuição percentual da utilização da prática de purgantes.....	96
Tabela 3:	Distribuição percentual da valorização da natureza e família na existência humana.....	111
Tabela 4:	Distribuição percentual da representação social da população sobre a ocorrência das epidemias e doenças graves.....	113
Tabela 5:	Distribuição percentual da crença nas práticas manipuladas pelas rezadeiras	113
Tabela 6:	Distribuição e hierarquização de práticas preventivas e curativas.....	115
Tabela 7:	Distribuição percentual da percepção religiosa nas práticas	118
Tabela 8:	Distribuição percentual do valor atribuído ao investido para curar.....	118
Tabela 9:	Distribuição percentual da crença em elementos mágicos/religiosos nas práticas populares de saúde	136
Tabela 10:	Distribuição percentual da crença no uso dos purgantes como prática popular de saúde.....	136
Tabela 11:	Distribuição percentual da linhagem de transmissão do conhecimento.	136
Tabela 12:	Distribuição percentual e hierarquização dos elementos que compõem a noção de saúde.....	140
Tabela 13:	Distribuição percentual da percepção da população quanto a situação de saúde	141
Tabela 14:	Distribuição percentual da linhagem de transmissão do conhecimento	172

SUMÁRIO

ABSTRACT	viii
RESUMO	ix
ÍNDICE DE TABELAS	x
INTRODUÇÃO	12
 CAPÍTULO 1 - Práticas Populares de Saúde e a Realidade Social	36
1.1 - Concepções e Práticas de Educação e Saúde	37
1.1.1 - Pela Inteligibilidade dos Conceitos	37
1.1.2 - Os Atores e o Cenário	42
1.1.3 - As Diferentes Concepções e as Práticas de Saúde Popular	48
1.2 - Outras Abordagens Sobre o Saber e as Práticas Populares em Saúde	52
1.2.1 - As Práticas Populares de Saúde Dentro das Práticas Alternativas de Saúde	52
1.2.2 - Alternativa Enquanto Resistência Político-Cultural	58
1.2.3 - Relativizando as Formas de Resistência	58
1.2.4 - A Resistência Política e Cultural das Classes Populares e o Referencial da Saúde	61
1.2.5 - Quando a Resistência se Traduz por Descrédito e/ou Indiferença	65
1.2.6 - Medicina Popular Enquanto Resgate do Saber Popular em Saúde	67
1.3 - A Memória Popular e o Referencial da Saúde	71
1.3.1 - Memória e Identidade: patrimônio político/cultural e cidadania	79
1.4 - Onde o Alternativo se Entrelaça com a Cotidianidade: Recolocando a Categoria do Alternativo	83
 CAPÍTULO 2 - Conhecimento e Saúde	88
2.1 - Construção e Desconstrução de Conceitos	89
2.1.1 - Formas de Conhecimento em Saúde: outro olhar sobre esses conceitos	89
2.1.2 - Ciência e Formas de Conhecimento	98
2.1.3 - Sistemas de Conhecimento em Saúde: por uma possibilidade teórica	101
2.2 - Conhecimento e Representações	105
2.2.1 - Manifestações/Expressões do Conhecimento Popular em Saúde: onde as Representações Sociais do Processo Saúde/Doença, apontam para uma Nova Representação do Saber em Saúde	109
2.2.1.1 - A Relação com a Natureza e as Plantas Medicinais	109
2.2.1.2 - As Várias Formas de Morbosidade	111
2.2.1.3 - Resguardo	114
2.2.1.4 - A Água	115
2.2.1.5 - A Fé	116
2.3 - O Saber e o Fazer em Saúde	119
2.3.1 - Os Agentes Populares de Saúde e suas Especialidades no bairro Bom Jesus	119
2.3.2 - A Educação em Saúde, a Prática Profissional Instituída e o Saber Popular em Saúde	132
2.3.2.1 Educação e Saúde	132
2.4 - Simultaneidade/Alteridade das Formas de Conhecimento e Práticas de Saúde	146
 CAPÍTULO 3 - Cotidianidade e Saber Popular em Saúde	164
3.1 - Porque o Saber Popular em Saúde se Inscreve na Cotidianidade dos Grupos Sociais	155
3.1.1 - A Organização do Trabalho e da Vida Privada	158
3.1.1.1 - A Dimensão Espaço/Tempo e o Referencial Popular de Saúde	161
3.1.2 - Os Lazer, o Descanso, a Atividade Social Sistematizada e o Intercâmbio	167
3.1.3 - A Purificação	175
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
ANEXOS	188
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	209

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objetivo a compreensão, na perspectiva dos atores sociais envolvidos no processo, das formas de conhecimento em saúde denominadas de populares (sua concepção e prática), buscando elementos do universo simbólico e representações sociais, priorizando a análise das categorias de classe social, relação saber/poder, dominação e resistência político/cultural. Articulando estas categorias de análises às instâncias de contradição, totalidade e mediação.

As práticas populares em saúde constituem-se como uma das formas de interpretação da realidade, baseada na experiência vivenciada em determinados grupos, que têm uma vinculação com o lugar social de onde são gestadas e (re)criadas.

Partimos inicialmente do estudo de OLIVEIRA (1985) sobre as três concepções básicas das abordagens teóricas sobre o que a autora denomina de medicina popular, que seria a visão da medicina popular como medicina dos ignorantes, a visão de uma medicina científica, porém, de uma época anterior e portanto, superada e a medicina popular enquanto resistência político/cultural à medicina acadêmica: confrontando seus conhecimentos, seu arsenal de técnicas e a cultura da qual faz parte, com a medicina praticada pelos profissionais de saúde da medicina oficial.

Para OLIVEIRA (1985) a concepção de resistência é a que melhor traduz essas práticas. Concordamos com esse posicionamento teórico embora acrescentando a contribuição de LOYOLA (1984) que aborda de certa forma essas três concepções supracitadas. LOYOLA (1984) chega a aventar a possibilidade da existência de mais de um sistema de conhecimento manipulado pelos especialistas populares da cura.

Na tentativa de ampliar a concepção de resistência político/cultural e da possibilidade de enveredar por uma abordagem das práticas populares enquanto

um dos sistemas de conhecimento em saúde, introduzimos mais um elemento que entra no processo a partir de minha experiência individual como educadora popular: a discussão do NOVA (1987) e a posterior pesquisa do SAPÉ¹ da qual participei em uma das fases, no estudo dos "Sistemas de conhecimento em educação popular".

A discussão do NOVA (1987) já aborda a possibilidade de existência de mais de um sistema de conhecimento em saúde, e que este sistema, relativo ao conhecimento popular, trabalha com outra racionalidade que não a formalizada no modelo cartesiano. Esta racionalidade tem uma lógica interna própria que a orienta e que esta lógica interna se articula com processos explicativos específicos e identitários do lugar de onde são geradas.

Todas essas provocações teóricas nos instigaram a enveredar por uma investigação sobre as formas de confronto e viabilização das práticas de educação em saúde: buscar a lógica interna que orienta a racionalidade das práticas populares em saúde no Bairro Bom Jesus, onde atuamos com alunos em aulas práticas de saúde pública.

Para dar conta do objetivo proposto, partimos de algumas problematizações e conseqüentes levantamentos de hipóteses, bem como a delimitação de objetivos específicos para melhor delimitar o foco das investigações.

¹ SAPÉ - Serviço de Apoio à Pesquisa em educação. Composto pelas educadoras populares Aida Bezerra Costa, Rute Rios, Cleide F. Leitão e Lygia Segala (assessora). A pesquisa "O confronto dos sistemas de conhecimento na educação popular" é um projeto em convênio entre o Brasil e a França. Sobre os primeiros resultados dessa pesquisa ver: Rios, Rute M. Lendo o mundo no plural. **Tempo e presença**. Rio de Janeiro: CEEDI, Ano 12, (nº 250, abr. 1990).

O Problema

No interior do cotidiano da prática que desenvolvemos em Bom Jesus, nos processos de abstração teórica na análise do material produzido, foi sendo forjada uma questão básica, uma espécie de parâmetro avaliativo:

- Que tipo de participação vem tendo alguns processos de educação em saúde na luta pela transformação social?

Há mais de um sistema de conhecimento em saúde. Estes sistemas guardam relação com a divisão de classes em nossa sociedade. Como se dá então, o confronto desses sistemas de saber, de cuidar da saúde, na educação em saúde? Há igualdade de condições no confronto ou não? Por quê?

Quanto a viabilização da educação em saúde face a esse dilema:

- Como trabalha o profissional em saúde com as diferenças entre os saberes institucional e popular em saúde?
- Como contribuir no fortalecimento do exercício de poder popular e autonomia política com o resgate/recriação das práticas populares de saúde?

A hipótese inicialmente formulada é a de que os vários sistemas de conhecimento em saúde quando confrontados entre si, ocorrem conflitos que remetem à classe social com os desdobramentos de dominação, resistência e relação saber/poder. A esta hipótese foi acrescida, no decorrer da pesquisa, a concepção de simultaneidade/alteridade das formas de conhecimento em saúde, aqui já não denominadas de sistemas. Optamos por trabalhar as formas de conhecimento e saberes, pela compreensão de não incorrerem no risco de validar as análises à luz do paradigma da ciência oficial (observar, ordenar e classificar).

Trabalhamos com as instâncias da contradição, totalidade e mediação em CURY (1986) a saber: **contradição** onde a racionalidade do real se

acha no movimento contraditório dos fenômenos pelos quais esses são provisórios e superáveis. A teoria que assume a contradição assim o faz, porque a contradição é elemento chave das sociedades; a **totalidade** compreende que o homem não busca apenas uma compreensão particular do real, mas procura uma visão que seja capaz de dar conta dialeticamente dos processos particulares articulados com as sínteses explicativas mais amplas; a **mediação** onde o real não é visto na dinâmica das relações e contradições e nesta interação de processos dinâmicos o homem situa-se como operador sobre a natureza, criador de idéias que representam a própria natureza, cujos produtos dessa operação é a cultura. Esta cultura atua como elemento de mediação nas relações que o homem estabelece com os outros e com o mundo.

A simultaneidade/alteridade das formas de conhecimento em saúde ocorre na realidade concreta do cotidiano. Lançamos essa assertiva que embora tenha sido abordada rapidamente por LOYOLA (1984), OLIVEIRA (1985), ROCHA (1985) e outros, não aprofundam o estudo no **como** se dá esse exercício prático no cotidiano. Afirmamos nesse estudo, que se dá de forma simultânea e com o outro sujeito social em interlocução com o saber instituído, argumentando através das categorias orgânicas do cotidiano em HELLER (1985). E que estas práticas têm uma dimensão pedagógica implícita na socialização desse conhecimento e na sua construção coletiva.

A pesquisa foi realizada com os moradores do bairro (população em geral - 1%); todos os professores da escola do bairro; os profissionais do posto de saúde do bairro e as lideranças comunitárias. Os instrumentos de coleta de material foram: 1) Questionário geral; 2) Questionário padrão; 3) História de vida; 4) Diário de campo. Todos esses modelos de instrumentos constam em anexo, bem como as tabelas dos resultados das entrevistas que não foram explicitadas no próprio corpo do trabalho.

A pertinência da inclusão no universo pesquisado da categoria dos professores e dos profissionais de saúde é que a escola é um espaço privilegiado de transmissão do conhecimento produzido numa dada sociedade. O acesso à escolaridade é uma das possibilidades históricas de todo cidadão adquirir conhecimento, e todo professor, assim como todos os profissionais qualificados, em tese, são portadores de um determinado conhecimento científico, em maior ou menor grau.

O suporte teórico metodológico utilizado neste trabalho será de base analítica ao nível sociológico e antropológico. A análise do objeto pesquisado tem como objetivo primeiro, conhecer as formas de aquisição, expressão, veiculação e (re)criação dos conhecimentos em saúde popular, na localidade de Bom Jesus, Mossoró-RN, buscando compreender como é **construído** o **objeto** dessas formas de conhecimentos, quais os procedimentos utilizados (qual o seu rigor) e quais os efeitos desses conhecimentos. Simultaneamente, tentar **relacionar** dialeticamente essa lógica popular com os postulados aceitos pela ciência acadêmica.

Sendo o estudo uma abordagem qualitativa das relações sociais que se dão no interior do campo da saúde, há que se discutir um pouco sobre as metodologias de pesquisa qualitativa e a escolha do suporte teórico-metodológico desse estudo. O entendimento de metodologias de pesquisa qualitativa aqui é elaborado a partir de MINAYO onde essas metodologias são consideradas como

*“aquelas capazes de incorporar a questão do **significado**² e da **intencionalidade** como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.”*

(MINAYO, 1993, p.10)

² Grifos da autora citada.

Para essa autora, a introdução da definição supracitada traz conseqüências teóricas e práticas na abordagem do social, sendo a primeira delas a interrogação sobre a possibilidade de se considerar científico ou não um estudo de investigação que aprofunde a análise das relações sociais sem a operacionalização expressa em números e variáveis, considerando-se que no campo intelectual a utilização de números e variáveis são critérios usualmente aceitos para emitir juízo de verdade. Assim, a abordagem qualitativa da pesquisa tem interpretações diferenciadas de acordo com a corrente filosófica que a utiliza.

O positivismo sociológico embora reconhecendo como ciência a atividade **objetiva** que é capaz de traçar as leis que regem os fenômenos, menosprezando os aspectos chamados de **subjetivos**, isto é, aqueles que não podem ser sintetizados em dados estatísticos, mesmo assim, procura trabalhar a chamada “qualidade do social”, tentando traduzi-lo através de variáveis mais próximas de sua forma de interpretação. A sociologia compreensiva procura a compreensão da realidade vivenciada socialmente e de forma totalmente diferenciada do mundo das ciências naturais, em suas diferentes manifestações: Fenomenologia, Etnometodologia, Intencionalismo Simbólico. Nestas abordagens, o **significado** é o conceito central dessas formas de análise sociológica. Embora essa corrente de pensamento leve em consideração a questão do **significado** ela promove uma *“atomização da realidade na análise dos grupos sociais como uma totalidade nela mesma, e na ausência quase total de discussões referentes a problemas estruturais. Sua concentração nos significados é absoluta, levando-as a menosprezar a base material do universo simbólico”* (MINAYO, 1993, p.11).

Dentro de um elenco de métodos, tem-se o método dialético, cujo caminho de investigação, interpretação, concepção e teoria dos fenômenos da natureza são de origem materialista. A escolha por esse método justifica-se pela capacidade do mesmo de possibilitar a relação entre a estrutura e o movimento do real a ser investigado.

A escolha por esse método justifica-se pela capacidade do mesmo de possibilitar a relação entre a estrutura e o movimento do real a ser investigado.

Segundo MINAYO (1993) a dialética marxista permite uma interpretação da realidade de base qualitativa superior às abordagens positivista e compreensivista, uma vez que, além de abranger o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, também dar conta das representações sociais que lhe atribuem significados.

Segundo TRIVIÑOS (1990, p. 51), "o materialismo dialético é a base filosófica do marxismo e como tal realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento". Com relação ao materialismo histórico, o mesmo autor considera que "aquela é a ciência filosófica do marxismo que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade de sua evolução histórica e da prática social dos homens e da sociedade". O método dialético se caracteriza por suas leis processuais que fundamentam a transformação dos fenômenos. As leis da dialética são: 1) Lei da conexão recíproca que determina que todos os fenômenos se relacionam, são organicamente ligados entre si e dependentes e condicionados reciprocamente; 2) Lei da transformação universal e do desenvolvimento incessante – que determina que partindo do materialismo, tudo se transforma, pois a matéria sendo viva, está submetida a um incessante processo de evolução; 3) Lei da mudança qualitativa – consiste na passagem de uma qualidade para outra, de um estado para outro: para que haja mudança de qualidade é necessário que haja mudança de quantidade; 4) Lei da luta dos contrários – consiste na Lei Fundamental da Dialética: parte do ponto de vista de que os objetos e os fenômenos da natureza supõem contradições internas e que inquestionavelmente levam à transformação.

Para entender a lógica do saber popular, necessário se faz a utilização do método dialético, uma vez que oposto ao conceito de popular, existe

o conceito de saber científico. As formas de saber popular/científico resultam das contradições dos fenômenos sociais, revelando processos explicativos, diferenciados e por vezes contraditórios.

Essas contradições se dão pelo movimento do real no interior da totalidade social. Para CURY (1986, p. 12), "a dialética indivíduo-sociedade não se dá senão pela mediação do mundo objetivo". Um dos vieses dessa contradição se dá ao nível da construção concreta dos bens simbólicos, no bojo do qual forja-se a articulação dos processos de produção de conhecimento.

Para TRIVIÑOS (1990, p. 107), na pesquisa qualitativa, a variável é "descrita". Elas são características observáveis de algo que pode apresentar diferentes valores.

Segundo THIOLENT (1986, p. 63), "o critério de representatividade dos grupos investigados não é necessariamente qualitativo. É importante, dentro de certos parâmetros quantitativos, levar em conta a representatividade sócio-política de grupos ou de opiniões que são minoritários em termos numéricos, mas expressivos de uma situação em termos ideológicos e políticos. A representatividade expressiva pressupõe critérios de avaliação política no seio da conjuntura. A importância social dos grupos mais avançados é maior do que seu peso numérico no conjunto da população. As idéias de uma minoria podem se tornar expressivamente mais relevantes do que a aparente ausência de idéias, ou opiniões, da maioria. Seu peso significativo não se limita a uma questão de frequência observacional. Por isso as pesquisas baseadas em amostras estatisticamente representativas têm tendência a dar uma visão bastante conformista da realidade; seus critérios são falsamente igualitários quando postulam que cada opinião é equivalente a qualquer outra. Os critérios numéricos podem chegar a fazer desaparecer as minorias". Para o autor, "a representatividade expressiva (ou qualitativa) é dada por uma avaliação da relevância política dos grupos e das idéias que veiculam dentro de uma certa

conjuntura ou movimento. Trata-se de chegar a uma representação de ordem cognitiva, sociológica e politicamente fundamentada, com possível controle ou retificação de suas distorções no decorrer da investigação".

Seguindo a orientação acima explicitada, esta pesquisa tem uma orientação mais qualitativa, baseando-se na estratificação de sua amostra como um dos suportes principais do seu processo metodológico, uma vez que o universo pesquisado tem diferenciações que para a amostra ser representativa, têm que serem levadas em consideração.

Portanto, escolhemos como ponto de partida para este trabalho o materialismo histórico e dialético. Nos caminhos percorridos pela investigação houve a possibilidade de outras contribuições. Particularmente na tentativa deste estudo de apontar para novos caminhos para a reorientação dos paradigmas de saúde, enveredando pela inter e transdisciplinaridade, argumentamos com a segunda ruptura epistemológica proposta por SANTOS (1989) e com as recomendações da Declaração de Veneza citada por CARVALHO (1992), concordando com este último sobre a necessidade de reordenação da cartografia universitária abolindo a compartimentalização do saber e promovendo uma verdadeira transdisciplinaridade desse saber tão necessário para o desenvolvimento científico e para a própria condição humana nesse fim de século e entrada no terceiro milênio, superando a cisão entre ciências da vida e do homem, com a complementaridade de perspectivas entre pensamento científico e selvagem; a transdisciplinaridade com propostas de conhecimentos mais universalistas e a necessidade de novos métodos educacionais, de nova ética científica.

O Bairro Bom Jesus

O Bairro do Bom Jesus é uma periferia da Zona Oeste da Cidade de Mossoró-RN. O Bom Jesus passou a ser considerado zona urbana pela lei 44/80 de 24 de janeiro de 1980. É localizado numa Região Ribeirinha, não tem saneamento básico, nem coleta de lixo. Sua população é constituída, em sua grande maioria, por pequenos horticultores. Há nas proximidades uma base da Petrobrás (escritórios e alojamento de peões). Os terrenos baldios e ou apenas cercados, que antes não tinham valor imobiliário, parecem começar a se valorizar: há placas de loteamento para vendas e projetos de construção. Apesar deste dado novo, a localidade ainda continua com seus aspectos e características tipicamente rurais, embora com a incorporação de elementos urbanos de áreas caracteristicamente periféricas e marginais do processo de desenvolvimento capitalista no qual vem passando o bairro³. Há mudanças em relação a terra e as formas de sua ocupação: a população do bairro refere sobre isso nas entrevistas. Bom Jesus tem apenas uma escola de 1º grau completo de responsabilidade municipal sem infra-estrutura para atender aos 401 alunos matriculados nos três turnos. A existência de apenas uma escola de primeiro grau na localidade gera alguns problemas sérios de acesso a educação da população do bairro. Em primeiro lugar, porque quem pretende cursar o 2º grau tem que se deslocar para outros bairros mais centrais da cidade de Mossoró. Para esse deslocamento, têm que enfrentar obstáculos como a deficiência dos transportes coletivos que circulam pelo bairro apenas durante o dia, impossibilitando o acesso dos candidatos aos cursos profissionalizantes, além da própria dificuldade financeira de custear as passagens diárias do coletivo.

³ Ver sobre isso: FELIPE, *et al.* *Análise de uma área em transição do rural para o urbano: o caso do Bom Jesus*. Mossoró: URRN, 1992.

Há um posto de saúde da Secretaria Estadual de Saúde com atendimento regular, com precários recursos materiais. Tem uma sala de atendimento da Assistente Social, que também funciona como sala de consulta de enfermagem, um consultório médico e uma sala de odontologia. Nessa unidade de saúde estão lotados 07 profissionais de nível superior: 01 enfermeira, que também é a gerente da unidade, 01 assistente social, 03 médicos (clínico geral, pediatra e ginecologista respectivamente). Há dois dentistas na unidade, porém, apenas um atende.

Não há registros seguros sobre o número de habitantes. Estima-se entre 900 a 1.000 hab., sem discriminação por faixa etária. Nos registros de enfermagem do posto de saúde, consta que o pediatra que atende no posto de saúde, não o faz diariamente. Nos dias de atendimento, atende a um número de 16 fichas diárias. Pelo registro de prontuário do posto, há o cadastro de 29 mães com crianças em acompanhamento de C.D. (Crescimento e Desenvolvimento da 1ª Infância). O C.D. corresponde a ações dentro o Programa Integral à Saúde da Criança - PAISC. Além do PAISC, na unidade de saúde de Bom Jesus são desenvolvidos outros programas e ações de saúde considerados prioritários a saber: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM e o Programa de Educação em Saúde.

A unidade de saúde do bairro de Bom Jesus tem as características gerais das demais unidades de saúde municipais de Mossoró: organiza e desenvolve suas políticas e programas a partir da determinação recebida pela Secretaria Municipal de Saúde – nível central, órgão criado em 1991 em consonância com as exigências do processo de municipalização da constituição federal e da lei orgânica municipal: é a instituição que tem a função de canalizar as propostas das unidades básicas, planejar, gerenciar e supervisionar o desenvolvimento do plano de saúde municipal em seus desdobramentos.

O bairro tem iluminação pública e domiciliar. A renda familiar dos moradores, segundo informações dos agentes de saúde do bairro, é em sua maioria entre um a dois salários mínimos. As profissões são: verdureiros, comerciantes, agricultores, ambulantes, carroceiros, costureiras, domésticas, lavadeiras, professores, auxiliares de serviços gerais (Fonte: documentos do Programa de Apoio aos Agentes Comunitários de Saúde - PACS - Bom Jesus. FELIPE et al (1992) acrescenta ainda como atividades da população do bairro do Bom Jesus, o artesanato com palha e a construção civil.

A primeira impressão que se tem da comunidade é dada logo ao tentar chegar na localidade: a questão do acesso. Não é bem servida de transporte coletivo. Dos ônibus que vão para o bairro Alto da Conceição, alguns seguem até Bom Jesus, no intervalo variando de 60 a 90 minutos, iniciando-se por volta das 7 horas até às 18 horas. Depois deste horário, os ônibus deixam de seguir até Bom Jesus. Conversando depois com a população, ficamos sabendo que todos consideram que a BR (pista de acesso para a comunidade) é vista como muito perigosa: local de violências. Outra observação, feita ainda na viagem para a comunidade, é que agora o ônibus, antes de entrar em Bom Jesus, segue até os prédios da Petrobrás - um alojamento de construções em grande extensão territorial, onde funciona atualmente o nível central da empresa. Antes existiam apenas duas construções temporárias (improvisadas) onde ficavam alojados os trabalhadores - "peões" - contratados pela Petrobrás. Os funcionários mais qualificados não permaneciam lá. Atualmente, as construções referidas são permanentes.

Seguindo as observações quanto aos meios de comunicação da comunidade, observamos que tem apenas um orelhão perto da venda, onde fica o ponto final dos ônibus. Esta fica próxima do colégio e do posto de saúde (estes são vizinhos). Há também, na maioria das casas, antenas de televisão e há rádio (aparelhos) em quase todas as casas visitadas. Há uma pracinha no centro da

comunidade, com um aparelho de TV com horário de funcionamento para o público a partir das 18:00 h.

Nas casas do centro da comunidade, principalmente, observamos alguns automóveis. Há normalmente o transporte contínuo de cavalos e carroças, utilizados pela população.

A localidade é cortada por uma linha de ferro, por onde passam trens, e que já está praticamente desativada. Esta linha de trem tem outra particularidade: é que cortando o bairro ao meio, do lado direito, fica a parte mais desenvolvida - urbana (onde fica o centro de saúde, o colégio, as vendas, a capela que está desativada e que se localiza na entrada do bairro); o lado esquerdo é mais pobre, mais rural com locais com criação de animais como porcos, galinhas, cabras. Esta área menos urbanizada é chamada de capoeira e fica próximo do conglomerado da Petrobrás. É a parte pobre da comunidade e é a que tem mais vegetação.

O maior problema detectado pelos trabalhadores de saúde na localidade, priorizado nas reuniões com as entidades locais é a falta d'água: não há manancial de superfície em toda Mossoró. A cidade é abastecida através de poços profundos, e na localidade do Bom Jesus não havia água encanada via poços artesianos da cidade até agosto/92. Foi perfurado um poço na localidade, embora este tenha se mostrado impróprio ao consumo humano. A água que a população utiliza vem de açudes de particulares nas proximidades. O abastecimento da água no bairro Bom Jesus foi efetivado em agosto de 1992, exatamente no momento de campanha eleitoral para prefeito na cidade de Mossoró-RN. Segundo lideranças da comunidade, durante essa campanha, além da instalação pública, foi distribuído com a população do bairro, o material de encanação necessário para a ligação da rede pública aos domicílios.

A cidade de Mossoró-RN

"O calor sufocante do meio-dia ainda não passou e a poeira salinica começa a tomar conta da cidade. Nas ruas do centro, como em qualquer cidade de porte médio ou grande do Brasil, os desanimados trabalhadores do setor informal, eufemismo para designar os que não conseguem mais se reproduzir como assalariados, começam a desarrumar as suas bancas. Na periferia, a fome espreita. Segundo pesquisa mais recente, elaborada pelo IDEC, 50% das famílias da cidade são indigentes. No total, 96.500 pessoas estão abaixo da linha de pobreza. A prostituição infantil preocupa a Igreja e os meninos de rua são notícia constante na imprensa local, ainda desacostumada ao ritmo 'normal' das grandes cidades brasileiras."

(LOPES JÚNIOR, 1993, p.12)

As vias de acesso à cidade de Mossoró são as rodovias BR-304, BR-110, BR-405 e pelas rodovias estaduais RN-117, RN-413, RN-415, RN-011 e por rodovias municipais.

O aeroporto da cidade tem pista asfaltada e pode ser utilizado por aviões de pequeno e médio porte. A rede ferroviária tem 270 Km de extensão, ligando Mossoró-RN a Souza-Pb. Este serviço atuava com o transporte de cargas e passageiros, porém foi desativado em nov/1991, parte dos bens da companhia foram submetidos a leilão para pagar direitos trabalhistas, tendo desta forma Mossoró perdido a possibilidade de fazer parte do percurso que será cumprido pela ferrovia transnordestina (Petrobrás, 1992). Há 06 (seis) empresas de transportes rodoviários (intermunicipais e interestaduais). Os transportes urbanos são muito deficientes e constituem-se numa das maiores queixas da população. Há duas empresas particulares e 17 linhas, atuando das 05:30 h às 23:00 h, com intervalos de 45 a 120 minutos. Alguns bairros mais afastados não há coleta na parte interior dos mesmos, por não disporem de pavimentação nas suas ruas. (Petrobrás, 1992, p.14).

A área geográfica da cidade é de 2.118 Km² equivalente a 4% da superfície estadual, com localização geográfica situada na Micro-região Oeste,

área salineira, limitando-se ao Norte com o estado do Ceará e os municípios de Dix-Sept Rosado e Upanema. Ao Leste com Areia Branca, Carnaubais e Açú. A Oeste com Baraúnas. Tem clima semi-árido e megatérmico. Temperatura elevada durante todo o ano, com média anual de 22,5° C e máxima de 33,3° C. A precipitação pluviométrica anual é baixa cerca de 600 mm. A umidade relativa média do ar é de 70%, com presença de poeira e muito calor. É a segunda cidade do Estado do Rio Grande do Norte-RN, polarizadora de todo o Oeste Potiguar, do Vale do Jaguaribe e parte do Estado da Paraíba. Nos anos 80 com o *boom* da exploração petrolífera chegou a ser chamada a “Dallas Nordestina”. Hoje também é um grande centro produtor de frutas tropicais para a exportação. Embora a cidade tenha crescido e mudado com a chegada de empresas prestadoras de serviços à PETROBRÁS (Petróleo Brasileiro S.A.) não conseguiu absorver a mão-de-obra produzida pelo processo de urbanização acelerada dos anos 80. (LOPES JÚNIOR, 1993). Esta transição do processo de urbanização denota-se nos contrastes, desigualdades sociais e injustiças na cidade, com reflexos marcantes nas suas periferias, como se pode constatar no bairro Bom Jesus.

No âmbito industrial em Mossoró-RN, destaca-se a Petrobrás com uma produção média de 50.000 barris/dia, representando um relevante crescimento do setor econômico da cidade e 63% da produção petrolífera do Estado. Segundo o sociólogo LOPES JÚNIOR (1993, p.13) “*o período de consolidação das atividades da Petrobrás coincidiu com a expansão da fruticultura, cujos maiores expoentes são hoje a MAISA e a Fazenda São João, mas também com a crise da indústria salineira, o fim da indústria algodoeira e o fechamento da fábrica Guararapes*”. Nesse contexto, ao se instalar em Mossoró, a Petrobrás favoreceu para a dinamização da economia da cidade que encontrava-se em declínio e já fortemente desregionalizada, causando ao mesmo tempo alterações econômicas e na sua vida social. As desigualdades sociais em Mossoró são marcantes.

"(...) aqui moderno e arcaico, passado e futuro metamorfoseiam-se, fazendo emergir uma realidade social que, quanto mais investigada, mais parece um simulacro de si mesma.

(...) o Mitsubishi que acaba de cruzar a rua, ultrapassando uma fileira de vagarosas carroças; um aeroporto que, quando pronto, poderá, levar melão para o exigente mercado europeu; a multidão de famintos que transforma uma parada na rodoviária local em algo parecido com aquelas cenas de filmes de aventura em que ingleses ou norte-americanos são rodeados por famintos em algum país africano. A dramaticidade da vida social em Mossoró não deixa muito espaço para a ironia."

(LOPES JÚNIOR, 1993, p.12-3).

Segundo documento da Fundação Instituto de Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - IDEC (1995) a Zona Mossoroense (cidade de Mossoró e circunvizinhanças) corresponde ao segundo maior estrato de indigentes do Estado embora sendo onde encontra-se os municípios que são os maiores produtores de petróleo, porém os índices de indigência dessa região superam a média do estado que é de 46%. O índice de indigência é de 51% na Zona Mossoroense.

"Este fato reflete uma realidade, no mínimo paradoxal, considerando-se o elevado potencial de recursos naturais, com destaque para o petróleo, que apesar de gerar considerável volume de riqueza não se traduz nos indicadores de bem-estar da população da área."

(IDEC, 1995, p.12)

A constatação que se faz pelos dados de indigência é que a riqueza produzida na região é distribuída de forma muito desigual, uma vez que uma minoria da população se beneficia das riquezas produzidas, proporcionando a concentração de renda e conseqüentemente, a expansão da pobreza da grande maioria.

Conforme pesquisa realizada em janeiro de 1992 pela empresa Petróleo Brasileiro S.A./RN - PETROBRÁS - sobre as condições sócio-econômicas e culturais da cidade de Mossoró/RN, constatou-se a seguinte constituição do setor saúde nas respectivas esferas privada e pública:

– A rede privada é composta por 03 (três) hospitais gerais, 01 (hum) hospital psiquiátrico e 01 (uma) clínica de emergência pediátrica. Além de 21 (vinte e uma) clínicas, 17 (dezessete) laboratórios de análises clínicas e 01 (hum) posto de serviços de patologia humana;

– A rede pública constitui-se por 01 (hum) hospital geral e pronto socorro de referência regional com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) capacitada para 06 (seis) leitos, porém, funcionando inadequadamente devido a deficiência de recursos materiais. Possui também 01 (hum) hospital de pequeno porte da Polícia Militar e 01 (hum) hospital especializado em doenças infecto-contagiosas. Contando ainda com 21 (vinte e uma) unidades de centros e postos de saúde e 01 (hum) hemocentro.

Dai se evidencia a carência de especialidades como: traumatologia, ortopedia, otorrinolaringologia, dermatologia, cardiologia e neurologia. O setor de traumatologia constitui-se no maior índice de queixas da população que ao sofrer acidentes ou outros problemas com comprometimento de riscos e agravos à saúde nesse setor, precisa deslocar-se a outros centros de atendimento nas capitais circunvizinhas (Natal-RN ou Fortaleza-CE). Os serviços de pronto-socorro médico são precários e não há uma unidade de queimados nas instituições de saúde. Há deficiências no setor laboratorial e radiológico assim como, carência de outros serviços de diagnóstico especializado. Cerca de 80% da população não é atendida em seus problemas de saúde mais simples (I Plano de Desenvolvimento da Nova República 1986-1989 - Ministério da Saúde - Brasília-DF). A cidade de Mossoró-RN tem como área de abrangência de atendimento de saúde além da sua população residente, a região Oeste do estado do RN, parte do Estado do Ceará e da Paraíba. A cobertura de saúde estimada (1992) é de 600.000 hab., a capacidade de leitos hospitalares é de 1.092, com um percentual de 1,8 para cada 1.000 pessoas. O coeficiente apontado pela Organização Mundial de Saúde - OMS, é de 04 (quatro) leitos por cada 1.000 pessoas.

O problema de maior abrangência na cidade de Mossoró-RN é em relação ao setor saúde (Petrobrás, 1992).

Em segundo lugar, o setor de educação com *déficit* de vagas, superlotação nas salas de aulas, número reduzido de escolas de 2º grau, poucas opções de cursos profissionalizantes de nível médio e superior; alto custo das mensalidades escolares, deficiência de capacitação técnico-pedagógico dos docentes e problemas outros de infra-estrutura das instituições de ensino. (Petrobrás, 1992, p.8).

O município possui 128 estabelecimentos de ensino pré-escolar, 1º e 2º graus, onde 71% deste total são de escolas particulares. Há 02 (dois) estabelecimentos de ensino superior: A Universidade Estadual do Rio Grande do Norte - URRN, fundada em 1968 inicialmente privada e estadualizada em 1987. Este estabelecimento de ensino superior, atua com 13 cursos; e a Escola Superior de Agronomia de Mossoró-ESAM, fundada em 1967, autarquia ligada ao Ministério da Educação, portanto, é uma instituição federal. A ESAM mantém dois cursos de graduação (Agronomia e Medicina Veterinária), dois cursos de especialização e 01 (um) mestrado. As duas instituições de ensino superior supracitadas atendem a alunos da região Oeste do estado do RN e parte dos estados da Paraíba e Ceará. (Petrobrás, 1992, p.7).

O terceiro problema de relevância em Mossoró é a questão da habitação. Embora o percentual de distribuição dos habitantes por domicílio ocupado seja considerado razoável (5,2 hab. por domicílio), há que se considerar que 20% das habitações da cidade são rústicas ou improvisadas. Mossoró constitui-se no 2º núcleo urbano do Estado, apresentando grande fluxo migratório, em parte proveniente da zona rural ou vindo das pequenas cidades circunvizinhas; em parte decorrente da presença em Mossoró-RN da Petrobrás e suas respectivas empresas prestadoras de serviços. A situação do aumento populacional motivado pela imigração alcança números significativos em termos

percentuais, onde 50,5% dos habitantes são mossoroenses adotivos e 49,5% são mossoroenses nativos. O crescimento populacional da cidade nos últimos dez anos foi de 45%, com a população estimada em 191.852 habitantes no ano de 1991. (Consult apud Petrobrás, 1992).

Um outro problema sempre referido pela população é com relação ao sistema de abastecimento de água de Mossoró. Na cidade nem nas proximidades não existem manancial de superfície com estrutura para abastecer a cidade. A água que é utilizada no sistema de abastecimento vem de poços profundos. Em muitos bairros, principalmente os mais distantes do centro, há grande deficiência no sistema de abastecimento. Mesmo no centro da cidade e nos bairros de classe média alta a água vem em dias alternados, fazendo-se necessário a utilização de cisternas, para guardar água, bombas de elevação da água para as caixas domiciliares e/ou a utilização de depósitos para conservação de água de uso domiciliar. Há também a prática de mandar perfurar poços artesianos nas residências, tendo esta alternativa a possibilidade de contaminação da água por falta de informações sobre a devida proteção dos lençóis freáticos.

Se a captação e distribuição da água potável em Mossoró enfrenta dificuldades, mais ainda pode-se dizer do sistema de esgotamento e destino final de líquidos e dejetos. Somente 12% da população possui rede de esgoto (Petrobrás, 1992). É comum na cidade a presença de valas a céu aberto onde passam os esgotos, assim como o sistema domiciliar de drenagem da água e dejetos para as calçadas e ruas.

A cidade de Mossoró cresceu em termos de área urbana, mas esse crescimento não possibilitou o equivalente desenvolvimento de infra-estrutura necessária para dar suporte a esse crescimento. Para a compreensão desse processo de transformação das cidades nordestinas nas últimas décadas necessário se faz entendê-lo a partir da lógica do projeto de homogeneização do capital, característico do modelo econômico brasileiro.

A Municipalização da Saúde no Brasil e em Mossoró-RN

O Sistema Único de Saúde - SUS é uma reestruturação no sistema nacional de saúde. Para esta reestruturação foi necessário a construção de um novo arcabouço institucional com direção única: a nível Federal este novo Sistema de Saúde, por ser Sistema Único, é de responsabilidade de um único Ministério. A unicidade de comando é estendida também aos níveis Estadual e Municipal.

O SUS - Sistema Único de Saúde foi instituído pela constituição de 1988. Faz parte de um sistema mais amplo, o sistema de Seguridade Social.

De acordo com o artigo 194 da Constituição Federal de 1988, a Seguridade Social que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Esse conjunto de ações dever ser oferecido a toda a população, uma vez que o parágrafo único desse artigo determina a “universalidade da cobertura e do atendimento”.

O artigo 198 define que “as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade

Os princípios fundamentais do SUS são:

- universalidade, que parte da seguinte premissa: todas as pessoas têm igual direito à atenção à saúde;
- equidade, significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta para as igualdades existentes, com o objetivo de ajustar

as suas ações às necessidades de cada parcela da população a ser coberta.

- integralidade, mudança mais profunda nesse modo de organizar ações e serviços de saúde. Esse princípio se assenta na compreensão de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral, sem precisar recorrer a várias instituições, desenvolvendo ações sobre o ambiente e sobre os indivíduos, destinados à promoção/proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação.

Ainda na constituição ficou estabelecido que o Sistema Único de Saúde deve:

- controlar e fiscalizar procedimentos gerais na área da saúde;
- executar ações de vigilância para dar condições de saúde e prevenir doenças;
- opinar na formação de trabalhadores no setor;
- participar da programação e da execução das ações saneamento básico;
- aumentar o desenvolvimento científico e tecnológico área;
- fazer fiscalização de alimentos;
- colaborar na proteção ao meio ambiente, nele incluído o ambiente de trabalho.

O processo de municipalização prepara o município para ser o responsável pela assistência a saúde do mesmo. Nesse processo, os centros e postos de saúde, assim como alguns hospitais, passam do nível Estadual para o nível Municipal. O município passa a receber os recursos do Sistema Único de

Saúde - SUS, funcionando num sistema de auto-gestão, que não significa apenas o repasse dos recursos e as responsabilidades de assistência a saúde: há necessidade de transformação técnico-administrativa do Sistema Nacional de Saúde Brasileiro assim como um fortalecimento das forças sociais que defendem a proposta de transformação desse sistema, funcionando como base política e garantindo sua consolidação. A Municipalização como é proposta deve ter a democratização e descentralização como elementos norteadores. Para isso necessita de vontade política para desmontar o modelo de assistência médico-hospitalar privatista hegemônico, que atende aos interesses do capital e não às necessidades da população. Cada município não deve mais apenas se preocupar com a **demand espontânea**, mas atender as necessidades de saúde da população num determinado território, calculando seus impactos através da oferta de serviços de forma organizada em função dos principais agravos assim como estabelecer os grupos populacionais prioritários (criança, mulher, idoso, entre outros), utilizando como instrumento epidemiológico aos referidos grupos. Esta forma de oferta de serviços proposta chama-se **demand organizada**. Uma reorientação da demanda, com oferta de modelo assistencial condizente com as necessidades da população.

A nível do Rio Grande do Norte o Convênio SUDS foi assinado em 1987. A correlação de forças políticas nesse momento era favorável, uma vez que o governo estadual contava com o apoio do governo federal, o que facilitou e garantiu a assinatura do convênio. No município de Mossoró o governo politicamente era oposição aos governos federal e estadual, o que acarretou dificuldades de mudanças mais significativas em setores como o da saúde. Embora tendo sido assinado o convênio, o processo de transformação do sistema de saúde no Rio Grande do Norte através do SUDS, restringiu-se apenas à transferência dos recursos federais para o governo estadual. No entanto, esses recursos eram desviados em sua aplicação, dependendo das conjunturas político-econômicas ao nível estadual. Somente por volta do ano de 1990 é que se iniciou o processo de

municipalização da saúde no Estado, nos municípios de Janduí e Natal – capital do estado. Na cidade de Mossoró esse processo ocorreu inicialmente através da I Conferência Municipal de Saúde, sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal pelo decreto 970/91, convocação feita em 21/10/1991, esta convocação foi resultante dos questionamentos dos profissionais de saúde e pela necessidade de cumprimento da Lei Federal nº 8.142 de própria Lei Orgânica do Município: as referidas leis pregam a urgência da conferência com participação de amplos setores da sociedade civil organizada garantindo assim a democratização do processo. Dentro dessa lógica da participação popular, são realizadas 21 reuniões preparatórias nos vários bairros da cidade de Mossoró, com a finalidade de informar, levantar questionamentos e sensibilizar quanto a mobilização para participação na conferência municipal. Na ocasião foi confeccionada e distribuída uma cartilha informativa. A I Conferência Municipal de Saúde de Mossoró realizou-se entre 11 a 13 de novembro de 1991 com o tema central “A construção do SUS em Mossoró”, com o objetivo de promover o debate sobre a realidade de saúde de Mossoró e com base nas propostas dos diversos segmentos sociais, deliberar sobre as diretrizes da política municipal de saúde. Durante a Conferência foi homologado o Conselho Municipal de Saúde tendo sua composição respaldada na Lei Orgânica Municipal a saber: profissionais de saúde, usuários dos serviços de saúde, poder público e setor privado de saúde. (FELIPE et al., 1992).

CAPÍTULO 1

Práticas Populares de Saúde e a Realidade Social

1.1 - Concepções e Práticas de Educação e Saúde

1.1.1 - Pela Inteligibilidade dos Conceitos

As práticas populares em saúde, assim como as práticas de saúde e educação em geral, não podem ser analisadas como um universo à parte das relações sociais nas quais estas estão inseridas. Da mesma forma que não se pode falar em práticas populares de saúde enquanto alternativa à medicina oficial, sem pontuar o que seria então estas práticas oficiais de saúde, assim como discernir as diferenças entre as várias interpretações sobre algumas práticas, com a finalidade de possibilitar uma maior clareza dos conceitos utilizados.

Neste estudo, o saber a as práticas populares de saúde serão abordadas com a denominação de medicina popular através das citações de outros autores. Esta referência é pertinente, uma vez que para nós - como ficará claro no decorrer deste estudo - a dimensão das práticas e o saber popular em saúde estão para além do que se convencionou considerar como medicina popular.

Medicina acadêmica aqui será abordada como aquela que se institucionalizou no Brasil: a **medicina alopática**, também chamada de medicina erudita, medicina oficial, medicina dos médicos, medicina científica. É a medicina praticada de forma hegemônica no sistema oficial de saúde público e privado e é a medicina que é reproduzida de forma hegemônica nos cursos de formação superior. Esta medicina tem sua legitimidade garantida pela legalidade, que por sua vez garante a sua reprodução através do ensino formal. Por sua legalidade, garantida através de leis no Brasil, a medicina oficial de modelo curativo e individual denominada de alopática, é socialmente encarregada (pelo poder coercitivo e pelo consenso adquirido enquanto instituição social), da prerrogativa de curar.

No artigo 20 da Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina diz que: "Todo aquele que mediante anúncios, placas, cartões ou outros meios quaisquer, se propuserem ao exercício da medicina, em qualquer dos ramos ou especialidades, fica sujeito às penalidades ilegais da profissão, se não estiver devidamente registrado".

São atribuições dos Conselhos Regionais de Medicina entre outros: manter registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva região; fiscalizar o exercício da profissão do médico; velar pela conservação da honra e da independência do Conselho e pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos.

O código de Ética Médica, resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1246/88 prega que:

"Para o exercício da medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional ao respectivo Estado, território ou Distrito Federal"
(Preâmbulo III).

O Capítulo III, ao tratar das responsabilidades do profissional de medicina diz que é vedado ao médico:

Art. 30: Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica.

Art. 38: Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos .

Para LOYOLA (1984) o Brasil segue de perto o modelo internacional de saúde referendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que:

"Determina o primado da 'medicina científica' produzida nos países desenvolvidos. Assim, os pressupostos de suas políticas de

saúde tem sido os mesmos da 'medicina científica' em dois sentidos.

Em primeiro lugar, a 'medicina científica' se representa como detendo o monopólio legítimo do saber médico, embora a biologia sobre a qual se apóia reconheça suas limitações no campo da investigação. A consequência disso é intolerância em relação aos conhecimentos relativo à saúde produzidos fora do seu domínio, como é o caso da *medicina popular*¹.

(...) em segundo lugar, em conexão com a auto-representação de detentora do monopólio legítimo do saber médico, a *medicina científica*² socializa seus quadros (os agentes do sistema de saúde, como médicos, enfermeiras, administradores hospitalares, etc.) dentro da ideologia de que o doente é um ser *abstrato e indiferenciado*³ sem levar em conta, p. ex. sua classe social ou a sua religião. Esse tipo de ideologia não só mascara uma prática que efetiva as distinções de classe - o que se atualiza no tratamento diferencial dos doentes a partir de sua origem social - como também produz rendimentos simbólicos, no sentido que permite aos médicos não questionarem sua próprias atitudes em relação aos pacientes como responsáveis pelo insucesso do tratamento".

(LOYOLA, 1984, p. 226, 227 e 228).

A teoria de modernização é a argumentação científica, para explicar dentro de sua concepção de história, a necessidade de transformação da medicina popular, também conhecida como "medicina Folk" ou "sistema empírico-místico", em medicina dita e legitimada oficialmente como científica. Nesta concepção, a medicina mágico-religiosa das sociedades primitivas seria uma etapa primeira de um processo com vários desdobramentos posteriores onde passaria pela prática médica das sociedades agrárias e não industriais (medicina Folk), onde chegamos na medicina das sociedades urbanas com alto grau de desenvolvimento.

Nessa forma de explicação histórica e concepção de evolução, o processo de aceleração do desaparecimento da medicina popular que seria um "resíduo" a meio caminho entre a medicina primitiva e a medicina científica tem

¹ Grifos da autora citada.

² Grifos da autora citada.

³ Grifos da autora citada.

como justificativa a conquista do processo que seria inevitável e irreversível: a transformação do primitivo em civilizado, do rural ao urbano, do subdesenvolvido ao desenvolvido, entre outros (LOYOLA, 1984).

"Foucault demonstra que a medicina científica nasce no século XVIII quando - doença perdendo a conotação metafísica e se expondo à dissecação da linguagem e do exame - torna-se possível organizar em torno do indivíduo um discurso racional. Essa transformação ocorre num período de expansão das forças produtivas e de reorganização de dominação capitalista; quando o Estado está se desenvolvendo no sentido de se constituir na forma política que conhecemos atualmente. É nesse momento que o saber médico se coloca a serviço de uma estrutura social que precisa para se reproduzir, apropriar-se do corpo - que transforma em força de trabalho - e do tempo que transforma em tempo de trabalho - dos indivíduos."

(LOYOLA, 1984, p. 235).

A medicina dita científica, que se institucionalizou como medicina oficial, com legitimidade e legalidade conferidas enquanto instituição social, com o passar do tempo, é feita uma confusão com a denominação do que seria medicina tradicional. Para alguns autores como SERRANO (1985), a medicina tradicional seria a das práticas tradicionais fitoterápicas por excelência, que manipulam o conhecimento de uma rica farmacopéia de plantas nativas, tradicionalmente utilizadas.

Para outros autores, pelo fato de ser a medicina científica alopática a medicina oficializada deveria ser esta chamada de medicina tradicional. Essa visão da alopatia como terapêutica tradicional é bem clara, pelos adeptos da homeopatia, onde argumentam que na terapêutica tradicional utiliza-se a conduta de tentar neutralizar ou distinguir o agente produtor da doença (agente etiológico), de forma direta, através de uma intervenção medicamentosa (inclusive argumentam que a fitoterapia também obedece a essa racionalidade).

A homeopatia, que é um sistema terapêutico baseado na sentença - "*similia similibus curantur*" (os semelhantes curam-se pelos semelhantes), que

foi sistematizada enquanto teoria e prática em 1796 pelo médico alemão Samuel Hahnemann. O processo terapêutico é feito de maneira indireta: são ativadas todas as defesas do organismo, deixando-se que o próprio organismo reaja e destrua os agentes causadores da doença.

A estimulação das defesas orgânicas na terapêutica homeopática trabalha com a visão do doente como um ser que tem uma unidade integrada, ou seja, não há uma dicotomia entre o psíquico e o somático. A homeopatia trabalha com dosagens mínimas dos medicamentos, em diluição extrema entre matéria e energia.

Na medicina hipocrática (aproximadamente 600 anos a.C.) conhecia-se duas leis de tratamento das enfermidades: a lei dos semelhantes e a lei dos contrários. No século II da era cristã, o médico grego Galeno, que viveu em Roma, dedicou-se ao estudo da lei dos contrários (que caracteriza-se pelo tratamento contra as enfermidades, contra os sintomas). A argumentação de Galeno baseava-se na assertiva de que cada doença tinha um remédio em contrário. Esta medicina dos contrários, chamada atualmente de alopática, foi a que se institucionalizou de forma hegemônica no mundo ocidental.

Outra diferença que precisa ser pontuada é a que se estabelece da confusão entre medicina naturalista e homeopatia: a medicina naturalista é praticada com o uso de ervas e plantas medicinais e/ou acrescidas de manipulação de outros elementos da natureza, por exemplo, o uso do barro para massagens (como relaxante e purificador celular), o uso da água (com as mesmas funções do barro aproximadamente) e a alimentação (desintoxicante do organismo). A homeopatia é uma ciência médica: foi criada por um médico que estando desiludido com a medicina alopática, considerando que a mesma provocava mais malefícios que benefícios ao organismo humano, passou este médico (Hahnemann) então a trabalhar como tradutor de livros. Em um livro antigo de medicina, que falava do tratamento da malária com o uso de substância conhecida

como quina por sua ação aromática e amargosa, Hahnemann discordou da explicação do autor do livro para o uso da quina e passou a fazer pesquisa tomando ele próprio, a quina, para saber os resultados. Constatou que quem tomava a quina desenvolvia reações como se estivesse com a doença malária. Então concluiu que a substância quina curava a doença por essa característica.

A homeopatia trabalha com fortes bases filosóficas e tem referências em sólidas tradições espirituais da humanidade, tais como o conceito vitalista, que é um dos fundamentos da homeopatia. No conceito vitalista, cada ser vivo é animado pelo que denominam de energia vital, uma forma de energia que está presente em todo o universo e em todo ser vivo. O ser humano é visto como uma unidade de corpo e mente, uma entidade global, onde o estado de saúde tem origem no equilíbrio ou desequilíbrio da energia vital.

Para os adeptos da homeopatia não interessa a doença, mas sim o doente, onde este ao chegar para consultar-se é submetido a uma avaliação de sua vida desde a infância. Os remédios são feitos de forma específica para cada doente e são únicos, como único é cada doente.

A medicina alopática na visão dos homeopatas (e também de muitos adeptos das práticas de medicina natural e das práticas populares de saúde) não cura porque ataca os efeitos e não as causas da doença. Esta doença tendo sido apenas reprimida, reaparecerá em nível mais profundo depois, além do que, os remédios utilizados para reprimir as doenças causam efeitos colaterais que por sua vez terão que ser suprimidos por outros medicamentos.

1.1.2 - Os Atores e o Cenário

"(...) nas ruas os mendigos comem / esparadrapos podres/cantam música urbana / (...) e a matilha de crianças sujas/no meio da rua / cantam música urbana (...)" (R. RUSSO).

A doença e o adoecer assumem características e significações diferenciadas em cada formação social e em determinados momentos históricos.

Numa sociedade de modelo econômico como o brasileiro, onde uma minoria detém a maior parcela da riqueza produzida, e, onde a maioria da população conta apenas com a própria força de trabalho para vendê-la, garantindo assim sua subsistência e dos que lhes são dependentes, o corpo desse trabalhador é, em sua essência, seu instrumento de trabalho. Como tal, a doença representa para esse trabalhador dupla ameaça: afeta sua saúde e sua capacidade produtiva temporariamente ou a médio e longo prazo.

Para SOUZA e VERAS (1983), pode-se fazer uma leitura da doença sob três dimensões: 1) **Estar doente** - que é a instauração de um processo patológico, considerado como um fato médico que tem sua objetividade constatada clinicamente, através de exames e da história da doença; 2) **Sentir-se doente** - é a percepção do processo patológico pelo próprio doente, ao reconhecer os sinais e sintomas da doença. Embora admitindo "sentir-se doente", não considera necessário procurar ajuda profissional, ou seja, não vai consultar-se; 3) **Poder ficar doente** - a possibilidade de acesso a um tratamento de saúde adequado, através de recursos próprios ou financiado pelo trabalho (o que implica também em afastamento total ou parcial desse trabalho).

Considerando essa gradação da doença, constata-se que no Brasil, os setores populares, na maioria das vezes, o indivíduo pode estar doente e até sentir-se doente, mas não pode ficar doente para não perder o emprego ou ser descontado no seu salário os dias de afastamento ou ainda pior, sem ganhar, nos casos dos ambulantes, artesãos, entre outros. É um dado existencial da condição de classe daqueles que economicamente estão em situação de inferioridade em uma sociedade de estrutura de classes tão desiguais como o Brasil.

"(...) a situação sócio-econômica afeta a própria percepção da doença, fazendo com que ela seja negada enquanto isto for

possível. Assim, entre os setores populares, o próprio conceito da doença se restringe até os últimos limites da capacidade de manter-se trabalhando, o que faz com que seus sintomas não sejam percebidos como tais. A doença é vista então, como algo que 'acontece de repente', que faz com que em muitos casos, se recorra à assistência médica tardiamente."

(SOUZA e VERAS, 1983, p. 11-2).

As doenças não acontecem de repente, mas ao contrário, muitas vezes são o resultado de um processo de carências que afetam classes populares devido suas próprias condições de vida e de trabalho tais como: fraqueza (estado de desgaste e fadiga excessiva pelas longas jornadas de trabalho e falta de repouso adequado); a fome (pela dieta alimentar pobre qualitativa e quantitativamente); o nervoso (pela tensão em que vive permanentemente preocupado com as dificuldades de poder aquisitivo, de moradia, de transporte e de trabalho). Essas carências, quando se articulam e se avolumam a um nível de serem "reconhecidas como um fato médico, são na maioria das vezes catalogadas como um distúrbio emocional, e como tais tratadas pelo médico especialista em doença mental" (SOUZA e VERAS, 1983, p. 12).

A sociedade brasileira produz desigualdades, geradoras de miséria, pobreza e doença. É extremamente estratificada e hierarquizada, caracterizando-se pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária. No modelo econômico brasileiro, coexistem formas rudimentares de organização de trabalho com outras formas de organização do trabalho produtivo, avançadas em tecnologia da economia capitalista. Essas desigualdades sociais e regionais são reflexos da natureza estrutural da nossa sociedade que são evidenciados nas condições de vida e saúde da população, assim como na falta de organização de serviços de assistência de saúde adequados.

"(...) na área de saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população."

(NOGUEIRA et al., 1986).

Os problemas estruturais da sociedade brasileira, decorrentes do modelo econômico hegemônico, traz em seu bojo, consequências no setor de saúde, tais como: a não prioridade pelos governos do setor de saúde, privilegiando em contrapartida, outros setores como o da energia, que contribui para a dívida externa; vigência de uma política de saúde não voltada para o interesse dos usuários, mas sim influenciada pela intervenção de grupos privados – modelo assistencial excludente, discriminador, centralizador e corrupto (mercantilização da saúde); falta de participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde devido a fragilidade das entidades de classe e a deficiente organização da sociedade civil; falta de transparência na aplicação dos recursos públicos em todos os níveis, contribuindo para o desperdício, favorecer corrupções e não atender às necessidades da população; centralização das decisões e dos recursos a nível federal; privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica, assim como o controle do setor de medicamentos e equipamentos técnico-hospitalares pelas empresas multinacionais; inadequada formação de recursos humanos ao nível técnico, ético/político, bem como o agravamento da situação pela insatisfação pelas condições de trabalho inadequadas e baixa remuneração; utilização de estratégias clientelísticas na contratação de pessoal em todos os níveis no setor saúde (NOGUEIRA *et al*, 1986, p. 120).

Se a estrutura da sociedade brasileira é notadamente geradora de miséria, pobreza e doença, nos últimos tempos esse quadro de miséria vem se agravando cada vez mais e repercutindo significativamente nas condições de vida e saúde da população.

"A qualidade da vida no Brasil, hoje, é pior que a de 30 anos atrás em todos os subsistemas sociais, como participação na renda, saúde, habitação, nutrição.

O desequilíbrio social aumentou: os 10% mais pobres têm 0,8% da renda nacional, enquanto os 10% mais ricos têm 48,1%; os 50% mais pobres têm 12% da mesma renda e os 50% mais ricos,

88%. (Dados do IBGE divulgados pelo Jornal do Brasil de 11.03.1994).

(...) Depois que vimos as cenas de famílias pobres, inclusive as crianças, disputando dejetos de hospitais do Recife e mesmo em São Paulo, catando alimento no lixão da CEASA, não há mais ilusão possível: estamos nos aproximando rapidamente do limite tolerável por um mínimo de consciência ética".

(Ávila In: HORTA, 1994, p. 146-147).

As condições gerais de vida e trabalho incidem e determinam o quadro geral de saúde do Brasil.

Há duas dimensões distintas na compreensão das condições de vida: as condições propiciadas pelo padrão e volume dos bens de consumo coletivo oferecido pelo Estado; as condições que incidem sobre o consumo individualizado que é o consumo obtido pelo salário e definidor da inserção do trabalhador no mercado de trabalho.

"Não é difícil associar as doenças que afetam as classes trabalhadoras à oferta de bens de consumo coletivo tais como transporte, saneamento, urbanização, educação, assistência médica preventiva, atenção médica e medicamentos e segurança social (aposentadoria, seguros, etc., etc.). Por aqui já se pode começar a discutir hipertensão, fadiga, stress, doenças mentais, esquistossomose, verminose e doenças transmitidas através da água".

(Picaluga In: IBASE, 1983, p. 37).

A oferta de maior ou menor quantidade e qualidade dos bens de consumo coletivo, assim como de consumo individualizado à população, está vinculada a projetos de políticas sociais bancadas pelo Estado.

As políticas sociais são estratégias utilizadas pelo Estado para atuarem na relação de forças sociais e representam de certa maneira as relações entre o Estado e a economia, durante um determinado momento histórico.

"A política social desde 1964 reduziu-se a uma série de decisões setoriais, sobretudo na educação, na saúde pública, na habitação popular, na previdência e na assistência social, servindo em geral para desmobilizar as camadas carentes da sociedade".

(VIEIRA, 1983, p. 226-227).

A saúde e a educação, a previdência social, as condições de trabalho, de habitação e de lazer, têm suas diretrizes orientadas pelas políticas sociais. As políticas de saúde, enquanto política social, visam em sua grande maioria à manutenção da força de trabalho. DONNÂNGELO (1979), PICALUGA (1983), GUIMARÃES (1984), entre outros autores no Brasil, abordam esta temática.

"As políticas sociais costumam ser explicitadas sempre e quando as contradições se agudizam, em pelo menos três situações: 1ª) Quando a reprodução da força de trabalho encontra-se socialmente ameaçada e (ou 2ª) quando a força de trabalho encontra-se politicamente organizada. Nestes casos, o Estado explicita políticas sociais alternativas, tanto referentes a questões salariais, habitacionais, etc, como a questões organizativas. No entanto, o Estado ao assumir as contradições sociais transfere à própria força de trabalho o financiamento destas políticas e, a intervenção pública reafirma o exercício de controle e da normatização no sentido dos interesses das classes dominantes. Frequentemente isso requer a readaptação dos aparelhos do Estado, consoantes com as relações de produção e com o processo de acumulação. E esta se constitui na 3ª) situação: pela exigência de política social, corresponde às novas necessidades colocadas pelo processo de acumulação. Enfim, com as políticas sociais o Estado assume não só a reprodução da força de trabalho, como também da própria totalidade social".

(PICALUGA, 1983, p. 38).

A saúde como direito de todos e dever do Estado está posto como prioridade para a orientação das políticas sociais, no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e reafirmado na IX Conferência Nacional de Saúde (1990). Ao Estado compete a responsabilidade: adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo para os segmentos mais carentes da população; definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário; operação descentralizada de serviços de saúde; normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados (NOGUEIRA *et al.*, 1986).

As práticas e a circulação do conhecimento popular em saúde ocorrem em um determinado cenário estrutural / conjuntural, com seus respectivos atores sociais. O que se pode constatar numa primeira aproximação do fenômeno, é que estas práticas não ocorrem por acaso, em tais circunstâncias: há um dado evidente de sobrevivência existencial, uma vinculação de classes e um lugar social, político e culturalmente definidos.

1.1.3 - As Diferentes Concepções e as Práticas de Saúde Popular

Há diferentes concepções e abordagens sobre o que venha a ser o saber e as práticas populares em saúde. OLIVEIRA (1985, p. 13) diz que as concepções defendidas pelos estudiosos em medicina popular informam sobre a visão de mundo destes pesquisadores: qual o lugar de classe de onde falam e/ou estão a serviço. Para esta autora há três concepções básicas sobre a medicina popular, a saber:

Primeiro, a medicina popular concebida como uma forma de resistência política e cultural por parte das classes populares.

"A medicina popular é uma prática que resiste política e culturalmente à medicina acadêmica. Isto quer dizer que ela confronta seus conhecimentos, o seu arsenal de técnicas e a cultura da qual é parte, com a medicina praticada pelos médicos – a medicina erudita."

(OLIVEIRA, 1985, p. 8).

Neste confronto, que também é de classes sociais, a medicina popular cristaliza-se como uma prática de cura que consegue dar respostas concretas a nível da sua capacidade de resolutividade "aos problemas de doenças e sofrimentos vividos no dia-a-dia" (OLIVEIRA, 1985, p. 8).

Sendo uma prática de cura concreta, a medicina popular tem, através da sua eficácia, a legitimidade necessária para continuar existindo

enquanto um modo próprio de lidar com o processo saúde/doença, e, de demonstrar para os profissionais da medicina acadêmica (médicos, enfermeiros, biólogos e outros), que "não há um único modo de se fazer ciência" (OLIVEIRA, 1985, p. 9). Esta forma de demonstrar que há outros modos de se fazer ciência vincula-se a outras formas de organização e construção da vida, do trabalho: uma outra concepção e construção da cultura.

"A real existência desta ciência popular voltada à cura é uma resistência política e cultural às práticas que regulam o comportamento daqueles que acreditam que ciência só se faz na Universidade. Como tal, a medicina popular preservou um espaço no qual os cientistas e pessoas do povo, ao produzirem um diálogo com a natureza, extraíram dela os seus benefícios que são constantemente transformados, modificados. Neste espaço, eles confrontam o seu saber com o saber dos profissionais considerados legítimos. Não só no campo da medicina, mas em todos os domínios da vida: no campo da saúde, da educação, da religião, da cultura, da agronomia e em muitos outros, através dos seus contatos e do enfrentamento constante entre os grupos e as classes sociais de que são parte."

(OLIVEIRA, 1985, p. 9).

A Medicina Popular, segundo esta autora, só pode ser estudada sob a égide da resistência política e cultural, considerando-se a Medicina Popular como parte de um processo histórico, no qual se dão os enfrentamentos de interesses políticos que se estabelecem nas relações de poder, das classes no interior da sociedade brasileira.

A segunda concepção de Medicina Popular, classificada por OLIVEIRA (1985, p. 11), é a visão dos estudiosos que consideram tais práticas como uma espécie de medicina dos pobres, iletrados e ignorantes. Aqui a Medicina Popular é colocada ao nível de crenças nas doenças, males e mazelas cujo arsenal terapêutico, considerado como esdrúxulo e pitoresco, é composto por chás, benzimentos, rezas, banhos, garrafadas entre outros.

"[É uma prática] vivida somente pelas populações pobres, iletradas, que moram nas regiões do interior do Brasil. Esta

concepção mostra que a Medicina Popular sobrevive, porque nestas regiões não existe qualquer outro tipo de medicina. A Medicina Popular, nesta perspectiva, é vista como sendo um fenômeno de cura composto por traços isolados, confusos e ilógicos. As doenças e a cura, nesta abordagem, são apreendidas como algo distante, exótico e caótico. Por exemplo, nesta destacam-se os diferentes traços culturais identificados na origem da Medicina Popular (indígena, ibérica, mágica, africana, francesa)".

(OLIVEIRA, 1985, p. 11).

Nesta concepção, a Medicina Popular é uma prática que por ser produzida e utilizada por ignorantes, (esta prática e seus usuários) não trazem nenhuma contribuição para a construção de novas formas de pensar as doenças e suas curas. Nesta visão, os conhecimentos, as necessidades sociais e as estratégias de cura construídas pelas classes populares, a partir das condições sociais em que vivem, ou seja, como produzem suas vidas e as expressam, não têm valor enquanto expressão de conhecimento, por não serem consideradas como ciência. Esta concepção nega, e esquece, que a Medicina Popular continua existindo/resistindo, mesmo no âmbito das grandes cidades. Esta concepção não pode explicar os determinantes sociais do seu aparecimento no campo e na cidade, assim como sua proliferação.

Na terceira concepção, a Medicina Popular é estudada como uma espécie de memória residual, como resquício de um passado longínquo. Seria, na verdade, um conjunto de resíduos de conhecimento, a meio caminho da Medicina Acadêmica.

"[Nesta concepção] toda prática que não seja feita em nome da ciência ou aplicada pela mesma pode ser vista como uma cópia, uma reprodução parcial, infiel e imperfeita da ciência. Enquanto tal, inevitavelmente, nesta visão, a Medicina Popular será superada pela medicina erudita. Então, virá o momento em que os profissionais populares de cura já citados serão necessariamente substituídos pelos médicos e por outros agentes legítimos da Medicina erudita"

(OLIVEIRA, 1985, p. 12-3).

Esta visão dos estudiosos da Medicina Popular deixa claro que a medicina acadêmica (principalmente a realizada pela Previdência Social), nega a Medicina Popular, porque a desconhece enquanto "ciência fundada sobre um conjunto de conhecimento, práticas e experiências singulares" (OLIVEIRA, 1985, p. 12-3). Nesta concepção, é negada a validade do modo de pensar e expressar próprio das classes populares e dos que utilizam a medicina popular, principalmente no que tange a sua relativa autonomia desta forma de saber em saúde e suas relações sociais dentro da sociedade.

"Ainda que esta última concepção seja recente sobre o fenômeno da Medicina Popular, não consegue mostrar como é que as pessoas, as famílias e os profissionais populares de cura conquistam e preservam, cada vez mais, uma relativa autonomia na sociedade em que vivem. E que esta autonomia se traduz na forma de lidar com as suas doenças mais simples: onde, através das suas práticas, diferentes grupos de pessoas e os interesses que eles representam se enfrentam no campo da saúde. Não consegue mostrar qual é a real dimensão de uma cultura oprimida e rejeitada ao se expressar, por exemplo, no campo de saúde."

(OLIVEIRA, 1985, p. 13).

Essas três concepções⁴ e formas de serem investigados o saber e as práticas populares em saúde são importantes de serem abordadas, considerando-se que estas concepções permeiam as demais concepções e práticas de saúde no âmbito das práticas populares: estão colocadas de forma explícita ou

⁴ Embora este estudo não se proponha à análise da produção existente sobre as concepções referidas por Oliveira, vale o registro de alguns autores e obras para assinalar a base teórica consultada e para futuras investigações:

CAMPOS, Eduardo. **Medicina Popular: superstições, crendices e mezinhas**. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil, 1980.

ANDRADE, Mário de. **Namoros com a medicina**. São Paulo: MARTINS, 1979.

ARAÚJO, Iaperi. **A Medicina do Povo**. Natal: Universitária de Natal/UFRN, 1981.

CARVALHO, A. R. **Pérola Verde: plantas que curam e diversos meios de grande poder curativo**. São Paulo: Apolo, 1982.

CASCUDO, Luís da Câmara. **Tradição, Ciência do Povo**. São Paulo: Perspectiva, 1981.

CUNHA, E. Willems. **Tradição e Transição em uma Cultura Rural no Brasil**. São Paulo: Secretaria de Agricultura, 1979.

SERRANO, Alan Indio. **O Que é Medicina Alternativa**. São Paulo: Brasiliense, 1985. (Coleção Primeiros Passos, 19).

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

implícita nos projetos políticos das práticas das entidades, dos grupos ou estudiosos que atuam em saúde popular. OLIVEIRA (1985) coloca-se como defensora da concepção da Medicina Popular como resistência político-cultural por parte das classes populares. Resistência político-cultural enquanto enfrentamento com a legitimidade e legalidade exercida pelo saber/poder do discurso oficial da medicina acadêmica, ocorrendo um confronto que não se dá apenas no campo da medicina, mas em todo os domínios da vida: no campo da saúde, da educação, da religião, enfim, das formas de conceber e construir a própria cultura.

1.2 - Outras Abordagens Sobre o Saber e as Práticas Populares em Saúde

1.2.1 - As Práticas Populares de Saúde Dentro das Práticas Alternativas de Saúde

Para tratar deste tema, há que se fazer um registro sobre os aspectos políticos da atualização ou não das práticas alternativas em saúde neste momento, no interior da sociedade brasileira. Há que se indagar, sobretudo, se essas práticas estão se constituindo verdadeiramente em alternativas de saúde, no sentido de pontuar **o que é** uma prática alternativa de saúde e **para quem** essas práticas podem ser consideradas como alternativas.

Numa primeira aproximação se conceberia como alternativa, aquelas práticas de saúde, às quais a população em geral poderia optar livremente por uma ou mais de suas formas, enquanto opção de tratamento à medicina acadêmica. O que se constata é que essas práticas não se traduzem por alternativas de forma igualitária em termos de acesso, para a totalidade da população

brasileira. Estas práticas de saúde têm uma vinculação com as condições de vida e a inserção de classe na estrutura de produção na sociedade brasileira.

"É importante pontuar que há diferentes gradações dessas práticas ditas alternativas, ou seja, diferenciações entre as terapêuticas das mesmas, quem as pratica e quem as usa."

(DANTAS, MEDEIROS, 1990, p. 4).

Nesse contexto, há que se investigar sobre a importância histórica, neste momento atual, de se lançar mão das ditas práticas alternativas em saúde.

Considerando a forma de acesso por parte dos vários grupos e classes sociais no interior da sociedade brasileira, poderemos tomar dois exemplos para melhor analisar a vinculação de classe social quanto ao acesso às práticas ditas alternativas de saúde: a homeopatia e o uso das plantas medicinais (fitoterapia). Na primeira, podemos constatar que, salvo raras e louváveis exceções, no Brasil, de forma hegemônica, não é uma prática institucionalizada, subsidiada pelo sistema de serviços públicos de saúde: as classes populares, se quiserem "optar" por esta alternativa terapêutica, terão que cobrir os altos honorários do profissional homeopata. Porque, mesmo quando é oferecido este serviço na rede pública é em quantidade (de oferta) insignificante em relação à demanda. Há que se ressaltar também que os serviços públicos e conveniados oferecidos de forma geral são deficientes em quantidade muito inferior à demanda, com uma rede de estrutura física e instrumentos de trabalho, sucateada, com profissionais mal pagos e muitas vezes sem qualificações adequadas para os serviços. Na segunda, como pode-se constatar nos resultados da pesquisa de campo, que a população considera de fácil acesso, pois têm as ervas nos seus quintais ou as adquirem com facilidade, assim como sabem sua utilização (indicação, posologia e preparo).

Sobre o sucateamento dos serviços de saúde, o descaso das autoridades, a diminuição de verbas dos orçamentos nacionais e regionais para a saúde, historicamente no Brasil, vem sendo tema de análises, denúncias e formação de opinião pública por algumas entidades e instituições, tais como a Fundação Oswaldo Cruz (através dos periódicos: Súmula, Proposta, Tema e Dados).

No jornal do RADIS (abr.1994, p. 3), foi feita uma avaliação da situação da saúde no Brasil, por ocasião da elaboração do plano orçamentário para o setor saúde, dentro do orçamento geral da união para 1994.

"(...) os minguados recursos destinados à saúde inviabilizam o processo de descentralização e controle social do SUS, na busca de um novo modelo que priorize as ações de prevenção e promoção da saúde.

(...) duzentos e vinte e cinco milhões de ações ambulatoriais deixarão de ser realizados, 16 milhões de pessoas ficarão sem medicamentos, dois milhões de litros de leite não serão distribuídos, 110 mil domicílios permanecerão sem melhorias sanitárias e serão realizadas sete milhões de internações a menos do total de 15 milhões registradas em 1993."

(RADIS, 1994, p.13)

Esses números da calamidade de saúde estão registrados no manifesto saúde em estado de alerta - cidadania ameaçada, que foi assinado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CANASEMS), pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Confederação Nacional de Associações de moradores (CONAM) e Frente Nacional de Prefeitos (FNP). Este documento foi entregue ao então Ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso, às lideranças de todos os partidos políticos e aos integrantes da Comissão Parlamentar que analisa o orçamento geral da UNIÃO. O trecho que encerra o referido manifesto diz:

"Cortar recursos da saúde é subtrair direito à cidadania e, agregando-se a isto os demais cortes das áreas sociais, estaremos condenando parcela crescente da população à marginalização

social. Os municípios brasileiros não podem ser responsabilizados pela crise social e mortes que estão por vir."
(RADIS, 1994, p. 13).

Neste mesmo período, o Governo Federal decretou **estado de calamidade pública na área de saúde** (Medida provisória 447/94) liberando CR\$ 232 bilhões do Tesouro Nacional para o pagamento dos hospitais conveniados, embora mesmo assim, a crise no setor saúde não tenha sido resolvida. Há que se considerar aqui a diversidade de interesses em jogo: nem todas as instituições e entidades que se unem em torno da bandeira da saúde têm o mesmo interesse de pleitearem única e exclusiva a saúde como "Direito de todos e dever do Estado". Sendo a saúde uma necessidade de primeira ordem e uma das maiores reivindicações populares⁵, qualquer instância do poder político tem interesse em alocar recursos para concretizar parte do projeto popular, visando com isso obter dividendos políticos. Dentro do projeto de reforma sanitária em curso no Brasil pela concretização do Sistema Único de Saúde - SUS, está posta toda uma forma de reorientar o modelo assistencial de saúde com o controle e a participação popular através dos conselhos municipais e estaduais de saúde, com representação de vários segmentos da sociedade civil organizada, com vistas a avaliação da qualidade e controle dos recursos.

Por outro lado, as plantas medicinais e a medicina popular em geral são, na maioria das vezes, a **única opção** à qual as classes populares, em determinadas circunstâncias, têm acesso para cuidar dos seus males, e para resolverem os seus problemas de sofrimentos e doenças no seu cotidiano⁶. Isto porque, como já foi dito anteriormente, as deficiências dos serviços de saúde

⁵ A título de ilustração: O Jornal do Brasil (12/02/1995) divulgou pesquisa feita pela **Vox Populi** sobre a expectativa dos brasileiros como principal prioridade de atendimento do Governo de Fernando Henrique Cardoso, constatou que a saúde é a maior preocupação dos brasileiros: 48% apontam o drama da saúde pública como principal problema do Brasil; 29% a educação (segunda prioridade); 9% segurança (terceira prioridade).

⁶ Ver sobre isso: Eugênio Vilaça Mendes In: **Ações integradas de saúde e modelo assistencial**. Ao tratar da priorização da atenção primária de saúde, como reformulação do modelo assistencial, alerta para que não se restrinja a programas "dirigidos a população marginalizadas de regiões marginalizadas, como utilização de tecnologia simples e de baixo custo".

pública são inúmeras, indo desde as gigantescas filas de espera para o atendimento, passando pela relação de dominação médico-paciente, as humilhações, até a falta de condições de comprar o remédio que lhe foi prescrito.

Há uma tendência que vem colocando a necessidade de considerar a medicina popular e outras práticas consideradas como práticas alternativas de saúde (Do-In, Shiatsu, Moxabustão, Acupuntura, Homeopatia, Iridologia entre outras), enquanto possibilidades de opção à dominação capitalista das grandes multinacionais de medicamentos e empresas de equipamentos hospitalares. Para além das críticas elaboradas quanto à dominação do capital internacional no Brasil, assim como a necessidade legítima de se buscar saídas para enfrentar esse problemas ao nível de políticas de saúde e das reivindicações dos grupos e movimentos sociais, há também uma crítica sobre o capitalismo em si - nacional ou internacional. Para que estas buscas de alternativas não se constituam apenas em mudanças de endereço dos capitalistas estrangeiros para os capitalistas nacionais. Sobre este assunto considera GIGANTE:

"Tenho alguma preocupação de notar que, aparentemente no empenho de combater as multinacionais farmacêuticas, haja quem se propunha a preconizar o amplo emprego de formas alternativas de tratamento. Receio que se esteja esquecendo um aspecto de importância fundamental - a necessidade de um embasamento científico para qualquer opção que deva fazer em termos de qualquer busca de solução de problemas.

O capital multinacional apresenta aspectos peculiares, especialmente pelas dimensões dos seus poderes. Mas é necessário lembrar que ele não é diferente, em essência do capital em si, com suas regras e com seus perigos, com sua lógica - a do lucro - freqüentemente desumana."

(GIGANTE, 1988, p.70)

Embora com ressalvas sobre a leitura deste autor⁷ quanto ao que venha a ser científico (este tema será posto noutra parte deste trabalho) vale o registro sobre o capitalismo.

Este autor ainda acrescenta:

"Já verifiquei que em nosso país são apresentados como Homeopáticos produtos que realmente não obedecem aos princípios da Homeopatia. Que algumas ervas são utilizadas e a cada dia mais industrializadas, sem estudos adequados. E que outros métodos de tratamento igualmente são propostos sem uma base concreta.

Não vejo em que diferem essas atitudes daquele revoltante empenho com que as grandes empresas multi e transnacionais tratam de vender suas mercadorias. Este pode ser um caminho gravemente equivocado.

(...) A adoção pura e simplesmente de procedimentos tradicionais⁸, sem um estudo crítico adequado, pode nos levar - e às vezes receio que já nos esteja levando - à consagração de formas alternativas de lucro, mais do que as formas alternativas de tratar doenças e doentes."

(GIGANTE, 1988, p.71)

Sobre esses casos de empresas e laboratórios, muitas vezes falsos, que industrializam no Brasil fórmulas e medicamentos pseudo-naturais e homeopáticos, pode-se comprovar facilmente nos artigos de jornais e revistas que denunciam e alertam a população sobre chás (industrializados) vendidos em supermercados cuja composição das ervas não é a que consta na embalagem⁹.

⁷ Ver OLIVEIRA (1985, p. 88) quando trata sobre Serrano "Um estudo que procura constituir-se numa visão política da medicina popular (e alternativa), mas ainda marcada pela visão biomédica."

⁸ Procedimentos tradicionais aqui está posto como a utilização de medicamentos *in natura* como ervas, raízes ou por processos de manipulação simples destes medicamentos de origem orgânica (plantas e seus princípios ativos, outros materiais orgânicos como água, magnésio, ferro, entre outros).

⁹ Sobre este assunto, na Súmula nº 48, de maio/94 p. 02. A Fundação Oswaldo Cruz e a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro elaboraram e encaminharam ao Ministério da Saúde uma proposta de legislação de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos (a base de plantas), para garantir a qualidade desses produtos que por serem reconhecidos pela maioria da população como naturais, são muitas vezes tidos como inofensivos. Em levantamento realizado pela Procuradoria Estadual de Orientação e Proteção ao Consumidor (PROCON), constatou que 40% dos chás medicinais distribuídos no mercado de São Paulo são falsificados. Isso ocorre porque alguns fabricantes se aproveitam da falta de legislação (vazio legal), para burlar o consumidor, registrando seus remédios à base de plantas como alimentos e não como medicamentos, na Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, essa estratégia utilizada pelos fabricantes, serve para evitar que esses produtos deixem de passar

1.2.2 - Alternativa Enquanto Resistência Político-Cultural

Ao se considerar alternativo do ponto de vista da resistência política e cultural à medicina acadêmica, as formas de cuidar da saúde, vivenciar e construir a cultura por parte de grupos e classes populares, a medicina popular pode se constituir numa alternativa: consubstanciando-se em um exercício de autonomia e poder popular, uma vez que estas práticas têm poder de resolutividade e eficácia em determinados problemas de quem as utilizam.

"Como resistência política, a medicina popular é um conjunto de formas de cura e de concepções de vida que se colocam como alternativas àquelas oferecidas pela ciência erudita, constituindo-se como uma entre várias medicinas, a medicina popular deve ser entendida na sua relação com as demais opções de cura oferecidas pela sociedade brasileira."

(OLIVEIRA, 1985, p. 9).

Porém, cabe lembrar, que mesmo sob a ótica do alternativo enquanto resistência político/cultural, há que se ponderar que resistência não é um fenômeno que guarda características iguais para todo o conjunto da sociedade: é na sua essência uma categoria que tem vinculação social de acordo com a classe e o momento histórico em que se dá esse fenômeno.

1.2.3 - Relativizando as formas de resistência

Muito se tem falado sobre as formas de resistência utilizadas pela população ao se abordar o saber e as práticas populares no âmbito da cultura, e, particularmente no campo da saúde.

Há porém várias formas de resistências: há a resistência histórica na qual é depositária as classes populares, em seus enfrentamentos com o saber acadêmico no âmbito da saúde. Esta resistência se pauta pela necessidade de

pelos testes clínicos de eficácia e toxicidade normalmente exigidos para a aprovação de medicamentos convencionais.

preservar a identidade das classes populares enquanto grupo social assim como à luta por acesso igualitário aos serviços de saúde. Por outro lado, há uma emergência em determinadas conjunturas políticas-sociais, de um fortalecimento dessa resistência popular, com a incorporação de outros grupos ou fração de classes, que embora assumindo em parte o projeto político subjacente das classes populares, estão em grande parte, em defesa de seus próprios interesses particulares ou do grupo social no qual estão inseridos.

É o caso por exemplo, do movimento que vem ocorrendo mais nitidamente no Brasil, nas duas últimas décadas. Vem rediscutindo e colocando em xeque a medicina acadêmica alopática e até mesmo o pensamento clínico.

"O próprio aparecimento de tantas modas dentro da medicina bem como o valor que se dá hoje à acupuntura, à homeopatia, aos tratamentos caseiros, nos deve fazer pensar. Todos estes movimentos comprovam o que a medicina religiosa e popular já indicava: o povo¹⁰ não confia o suficiente na medicina oficial, na medicina tradicional aprendida nas escolas médicas. Existe um mal-estar na medicina. Ela não está satisfazendo as necessidades das pessoas. Por isso se busca alternativas."

(SERRANO, 1985, p. 11).

Esse movimento vem expressando sua insatisfação com a medicina oficial por esta não conseguir dar respostas à problemática da saúde no contexto da sociedade brasileira atual. Vem sendo questionada a relação médico-doente (desrespeito, negligência, autoritarismo ou puramente mercantilismo), como uma das maiores queixas, não só das classes populares, mas também das classes médias e altas. Contesta o pensamento clínico e o modelo curativo que lida com a doença e não com o doente, que considera o corpo puramente na sua dimensão biológica e fragmentado em partes, restrito em suas especializações do saber e do cuidar onde cada parte é vista de forma isolada em

¹⁰ Povo aqui é abordado enquanto contingente populacional de expressão política e não enquanto estritamente classe social com uma inserção na estrutura de produção material numa dada sociedade.

detrimento da totalidade da dimensão holística que as práticas vitalistas levam em consideração.

Há outros grupos que colocam seu saber e sua prática a serviço da população e se pautam pelo fortalecimento das lutas e dos movimentos sociais e populares, através de um trabalho de resgate do saber popular, numa abordagem histórica, relacionando o saber popular às práticas orientais e fazendo uma crítica ao modelo médico alopático.

"Na verdade, se nos reportarmos a Hipócrates considerando-o como o marco inicial da medicina ocidental sistematizada ao longo da história como científica, constata-se que a escola por ele defendida tinha princípios filosóficos articulados com essa forma de saber oriental, bem como, com outras práticas consideradas atualmente como integrantes do universo da medicina natural, que em suma, defendem o conceito vitalista. Esse conceito fundamenta-se na concepção de que existe uma energia vital que rege o equilíbrio orgânico e sua relação com a natureza. Um exemplo prático do saber oriental é o Do-In, a acupuntura e o moxabustão que trabalham o reequilíbrio dessa energia vital a partir de um mapeamento corporal denominado meridianos energéticos. Já na medicina ocidental encontramos um exemplo na homeopatia que trabalha o reequilíbrio da energia vital utilizando medicamentos dinamizados, em doses mínimas, muitas vezes imponderáveis do ponto de vista químico, a partir de uma totalidade sintomática bio-psico-social e aplicados à partir da lei dos semelhantes."

(DANTAS, MEDEIROS, 1990, p.2).

Para além da crítica ao pensamento clínico, está colocada a decepção ante a forma de atendimento oferecido pelo sistema oficial público, tanto nos postos de saúde com o atendimento conhecido como "Receita Pronta"¹¹,

¹¹ Receita Pronta - esta expressão foi cunhada pelos profissionais de saúde e usuários em eventos de discussão sobre as condições de trabalho face as exigências dos serviços (número de atendimentos médicos) e o tempo para cada atendimento que além de ser exíguo para atender a demanda dos serviços ainda conta com o agravante de que os profissionais da saúde que trabalham no serviço público e exercem profissão liberal - médicos e dentistas na sua maioria -, não cumprem o horário de atendimento do serviço público, permanecendo o menor tempo possível nos Postos de Saúde Pública para irem atender em seus consultórios. Isso faz com que eles tentem desvencilhar-se o mais rapidamente da tarefa, ocorrendo o fenômeno da "Receita Pronta", isto é, por ocasião da consulta o médico vai logo entregando a receita sem examinar e muitas vezes nem ouvir realmente as queixas do doente.

como nos Hospitais devido a superlotação, falta de medicamentos e/ou alimentos, falta de material de consumo, falta de leitos, e/ou de pessoal qualificado para sua utilização.

Apesar das tentativas de se criar saídas para o modelo atual de saúde, há que se deixar claro que a simples substituição da medicina alopática de caráter curativo, elitista, mercantilista e centrado na hegemonia do poder médico, por outras práticas, não vai resolver a problemática da saúde da população brasileira: esta é muito mais complexa e está ao nível da estrutura de sociedade e do modelo de capitalismo que se vivencia na nossa sociedade.

1.2.4 - A Resistência Política e Cultural das Classes Populares e o Referencial da Saúde

Relacionar as práticas populares em saúde enquanto formas de resistência política e cultural não é um tema inédito. Vários autores chamam a atenção para a necessidade de se investigar essa relação, embora enveredando por análises e orientações epistemológicas as mais diversas abrindo precedentes para várias possibilidades interpretativas. OLIVEIRA (1985) coloca a resistência política e cultural por parte das classes populares, como um exercício de relativa autonomia do seu poder/saber em confronto com as práticas institucionais do saber dito científico dos profissionais considerados legítimos que tentam regular com o discurso de cientificidade o comportamento das referidas classes.

Esse confronto/resistência não ocorre apenas no campo da medicina, mas, em todo os domínios da vida tais como a saúde, a educação, a religião e a cultura entre outros. LOYOLA (1984) trata da resistência coletiva ao médico e à sua ação por parte das classes populares, quando estas utilizam a estratégia de divulgar os diagnósticos, tratamentos e medidas terapêuticas prescritas pelos médicos oficiais, nas conversas com vizinhos, parentes e amigos,

constituindo-se como uma espécie de crônica das relações dos bairros com a ciência médica oficial: é uma forma de trocar informações, discutir os erros de tratamento, os abusos, os maus-tratos, o autoritarismo e a negligência médica. Esta estratégia consubstancia-se como uma instância de exercício de identidade, onde a solidariedade de classe é reafirmada. Em contrapartida, as classes populares atribuem aos especialistas religiosos (rezadores, pertencentes a sua própria classe) uma competência terapêutica que se coloca como alternativa ao sistema médico oficial, capaz de concorrer com este e até superá-lo.

BOLTANSKI (1979) diz que os membros das classes populares admiram a ciência do curandeiro e insistem no caráter inato desta ciência, já que não resulta do aprendizado escolar, como o do médico, mas sim de um dom, situando, assim, o curandeiro em posição de igualdade e até de superioridade em relação ao médico e à ciência dita científica, levando assim a uma revanche de classe: constitui-se na "prova de que o médico não é infalível nem o único detentor do conhecimento médico."

Ao serem indagados sobre a existência de rezadeiras e/ou curandeiros na localidade, 100% dos entrevistados responderam que existia duas rezadeiras, citavam seus nomes e indicavam onde moravam. Há também uma outra rezadeira no Bom Jesus, mas esta não foi citada por 60% da população: ainda não é muito conhecida na função – é bem mais jovem e não é originária da comunidade. Também esta rezadeira, sua especialidade é curar dores, geralmente em adultos. Os entrevistados demonstravam respeito ao falarem sobre o assunto, embora referiram que não acreditavam nos problemas mais comuns (quebranto, mau-olhado e espinhela caída) que levam as pessoas a procurarem as curas através das orações. Dez por cento referiu que não acredita, mas seus filhos são levados para rezar com a sogra (que acreditava). Trinta por cento disse que embora não acredite em nada daqueles assuntos (espinhela caída....), acha que *"rezar é sempre bom. Alguém rezar na gente, sempre ajuda (...) mal é que não vai fazer..."*

Aqui se percebe que o elemento agregador que vai funcionar como elo de ligação entre o **investido** (rezador, curador) e aquele que vai ao seu encontro (doente, aquele que investe) está além do interesse imediato de sanar uma dor, de desfazer-se de um incômodo.

O depósito da confiança nas práticas de saúde herdadas dos antepassados e transmitidas oralmente, têm um componente de investidura na pessoa do curandeiro(a) e também um componente de realização da investidura nos próprios remédios e no ato em si de realizá-lo por quem conhece e acredita, mesmo sem a mediação do personagem que poderia ser considerado como o profissional curandeiro(a).

"Mamãe dava flor de mufumbo e de catingueira para gripe: quando a gente era pequena e tinha gripe, mamãe ia no mato procurar.

"(...) No meu filho, nenhum remédio de doutô deu certo. Fui por um ano ao médico e o menino não ficava bom. Então eu dei o preparado para o puxado que ele tinha: 3 raiz de mussambê, 3 cachos de flor de mussambê e fiz o lambedor. Dei ao meu filho até os oito anos, ele ficou bom."

(M. de L. V. de P. 49 anos, dona de casa da área de Capoeira - parte mais pobre com aspectos rurais do Bairro Bom Jesus - Mossoró - RN).

Fica claro neste depoimento, a importância que é dada às experiências e lembranças da infância e como essas experiências servem como bases norteadoras para os problemas do cotidiano. Vislumbra-se também um elemento de autonomia (pelo conhecimento adquirido) na vida cotidiana. Foi com base nestas experiências que a entrevistada referiu ter dado o mussambê para o "puxado"¹² do filho.

"Quando meus filhos ficam doentes (...) a gente tem que procurar uma diligência. Usar os remédios que a gente sabe. Se não resolver, então é procurar o médico."

(Maria das Graças; do lar; escolaridade - 6ª série. Moradora da área Capoeira - Bom Jesus).

¹² Puxado - é também chamado de "cansaço". É uma generalização para manifestações de problemas respiratórios em crianças, que têm como característica principal a dificuldade respiratória.

A memorização transmitida e vivenciada no seio familiar, está vinculada aos mecanismos de sobrevivência das classes populares principalmente de origem rural, onde o processo educativo passa pelo trabalho e vai conferir uma apropriação do espaço e uma noção de tempo vivido peculiar, que confere valores simbólicos, afetividade e uma rede de relações sociais específicas.

Outro aspecto que vale pontuar é a autonomia relacionada com a capacidade de resolução de pequenos problemas da vida cotidiana.

Os moradores do Bom Jesus referem-se sempre sobre essa capacidade de resolução ao abordarem a eficácia das práticas de saúde utilizadas por eles (particularmente o uso de plantas medicinais), quando indagados se sabiam fazer remédios caseiros, quando os usavam e quais os resultados obtidos, as respostas podem ser em sua maioria, ilustradas pelos depoimentos que se seguem:

"Depende da doença: se for coisa pouca, a gente usa os remédios caseiros. Por exemplo: febre, gripe, dor de cabeça... usa esses remédios que resolvem." (L. E.C. M. 27 anos; aux. de serviços gerais. Escolaridade 1º ano primário; moradora da área central do Bom Jesus).

"Sendo doencinha pouca, os remédios caseiro resolve." (A. B. C. de M. 58 anos; do lar; escolaridade 2º ano primário. Moradora da área central do Bom Jesus).

BOLTANSKI (1979, p. 17) refere-se a essa classificação das doenças que as classes populares fazem na sua prática diária do que o autor chama de medicina familiar, hierarquizando-as por gravidade e limitando o campo de aplicação terapêutica para resolutividade dos problemas.

"(...) a atenção dirigida à saúde das crianças é sempre maior do que a concedida à saúde dos adultos, e o recurso ao médico, mais freqüente; o resultado disso é que as normas que regem as práticas médicas familiares são, nesse caso, ao mesmo tempo mais numerosas e mais estritas.

As mães, atentas à saúde dos filhos, sabem reconhecer por certos sintomas se a criança está em boa saúde ou doente, e se, nessa

última eventualidade, elas próprias podem tratá-la ou devem chamar um médico. Esses sintomas são bastante estereotipados. As mães guiam-se pelo comportamento da criança 'manhosa', 'calma demais', ou 'cansada'. Pelo 'apetite', ou em função das dores de que ela se queixa. Mas esses sinais são apenas secundários, e é a febre que constitui para as mães o sintoma mais claro da doença."

(BOLTANSKI, 1979, p. 17).

Essa percepção de priorizar a saúde das crianças, que se percebe nas classes populares, particularmente pelas mães, é um dado a ser considerado: se por um lado poder-se-ia enveredar por uma argumentação do lado materno que instiga a preservar suas crias, há que se considerar também que a preocupação não se resume apenas às suas crias, mas a todas as crianças em geral. Consideramos que há um sentimento implícito de preservação de condição humana.

1.2.5 - Quando a resistência se traduz por descrédito e/ou indiferença

A dona de casa M. F. G. 38 anos, 2º ano primário, moradora da área capoeira, quando indagada sobre o que ela achava das epidemias e das doenças graves (porque elas ocorrem), ela ficou um certo tempo calada, como se negligenciasse a pergunta e depois disse:

"- Todos os anos aparece uma... Inventam para passar na TV, no rádio..."

Depois esta mesma senhora, respondeu o que achava da situação de saúde em relação às doenças e à saúde do povo (se iria melhorar, haver mudanças; se iria continuar como estava ou se iria piorar).

"...Todo ano eles vão CAÇAR (uma doença) inventar uma..."
(Riu com certo desdém e amargura).

Por vezes descrédito e/ou indiferença são formas de negar-se ao domínio do instituído, que para essa moradora é simbolizado pela veiculação de modelos pela televisão.

CHAUÍ (1989) chama de "Discurso da Competência" o discurso que é formulado e expressado no interior da sociedade, estabelecendo limites e controles no campo do conhecimento e conferindo poder relativo, ordenando numa hierarquia social e política. O discurso competente, enquanto discurso do conhecimento, é o discurso do especialista, proferido de um determinado lugar na hierarquia organizacional da sociedade. A competência do discurso especializado transfere para o plano individual e privado o discurso competente do conhecimento e da valorização da cientificidade, que já está posto e aceito consensualmente no mundo da burocracia e da organização que lida com o discurso administrativo como racionalidade do real. Porém, essa competência conferida ao domínio do privado, também está ela própria sujeita a mesma reificação que orienta a competência do discurso do conhecimento, ou seja, o discurso que orienta como cada pessoa na sua vida privada deve relacionar-se com o mundo e com os demais homens.

"Como escreve Lefort¹³, o homem passa a relacionar-se com o seu trabalho pela mediação do discurso da tecnologia, a relacionar-se com a alimentação pela mediação do discurso dietético, a relacionar-se com o desejo pela mediação do discurso da sexologia, a relacionar-se com a criança por meio do discurso pedagógico, com o lactente, por meio do discurso da puericultura, com a natureza, pela mediação do discurso ecológico, com os demais homens por meio do discurso da psicologia, da sociologia (...) o homem passa a relacionar-se com a vida, como seu corpo, com a natureza e com os demais seres humanos através de mil modelos científicos nos quais a dimensão propriamente humana da experiência desapareceu.

(CHAUÍ, 1989, p. 12).

¹³ LEFORT, Claude. *Maintenant*. Libre, Paris, PAYOT, n° 1, 1977.

Todas essas formas de mediações que relacionam-se aos homens em sua cotidianidade, precisam ser interiorizadas, sob risco deste homem ser considerado a-social e incompetente. Se considerarmos a desigualdade de acesso ao conhecimento oficial, sua apreensão e incorporação na cotidianidade por parte das classes sociais é compreensível a atitude das classes populares de negação das mediações do "Discurso Competente", reivindicando para si o direito de autonomia de exercerem as suas experiências cotidianas enquanto dimensão humana individual e coletiva.

1.2.6 - Medicina Popular Enquanto Resgate do Saber Popular em Saúde

"Para que a medicina não seja rebaixada a uma mera profissão mecânica, ela deve preocupar-se com a história..."

ÉMILE LITTRÉ

Atualmente vêm emergindo algumas propostas de atuação com práticas populares de saúde, sob a alegação de se promover um resgate do saber popular em saúde. Muitas destas práticas, no entanto têm se mostrado, acima de tudo, como tentativa de resolver as deficiências institucionais do sistema de saúde oficial.

Tais práticas procuram realizar o que consideram como resgate do saber popular, com o discurso de que às classes populares devem ser destinadas terapêuticas mais "simples", de fácil aprendizagem e de fácil acesso à população para que assim elas próprias possam resolver a maioria dos seus problemas de saúde, com a incorporação da medicina caseira e a utilização de mezinhas e plantas medicinais, uma vez que estas são as formas de medicação que essa parcela da população tem acesso. Com alguns acréscimos ou supressões, este é, na verdade, o discurso da medicina simplificada destinada aos pobres: aos pobres, a medicina barata.

"Ao proliferar as práticas de cura e ampliar o conjunto de pessoas que se beneficiam com ela, a medicina popular acaba por acomodar algumas tensões sociais que resultam do modo como se oferece a medicina erudita em nossa sociedade. A medicina popular é uma forma de curar, de baixo custo e fácil acesso."

(OLIVEIRA, 1985, p.14).

Esta acomodação das tensões sociais funciona na medida em que, sob a alegação da facilidade e do baixo custo da medicina popular, as pessoas que a utilizam, não tenham a clareza de que devem lutar pelo direito igualitário de acesso em todos os níveis de saúde para o conjunto da população, enquanto um direito de todos e um dever do Estado. No entanto é necessário que se garanta que a medicina popular venha a ser utilizada como uma das opções de tratamento e não como a única saída para as populações de baixa renda, não sendo assim usada a nível de estratégia do próprio Estado como um canal para desafogar o sistema de saúde.

"Tal fato é em parte reconhecido pelo próprio Estado brasileiro que não só admite a existência da 'medicina popular'¹⁴ no país, como também que ela serve de desafogo ao sistema oficial, na medida em que dá cobertura a uma parcela considerável da população que a rede privada de saúde não atende e que a Previdência Social não atinge - por suas deficiências já por demais conhecidas - não têm condições de assistir."

(LOYOLA, 1978, p. 226).

Todavia há, em menor quantidade, iniciativas que tentam trabalhar o resgate do saber popular em saúde vinculado a uma discussão política sob a égide da cidadania e sob as formas de representação social. Nesta proposta, é colocada a necessidade de se lutar pela garantia de acesso igualitário para todos à saúde, em todos os níveis de assistência. Discute também as formas de estratégias utilizadas pelas classes populares na busca desses direitos, assim como as formas de resistência cultural e política que permeiam essas lutas sociais.

¹⁴ Grifos da autora citada.

A proposta de resgate do saber popular em saúde acima citada relaciona esse resgate a uma análise das conjunturas sócio-políticas e à inserção do saber e do poder popular no que tange ao exercício das suas práticas de saúde.

Com o Golpe Militar de 64 houve um hiato nas organizações e manifestações populares. Houve uma hegemonização do saber e do poder institucionalizado. Um dos setores que mais se fez notar foi no tocante às práticas populares de saúde. Essa relação saber/poder promoveu em parte um descrédito da Farmácia Natural encontrada no Sertão (fonte, manipulação e comércio), para dar lugar a um consumismo desenfreado de produtos farmacêuticos industrializados, contribuindo decisivamente para o crescimento e o poder das multi e transnacionais da indústria farmacêutica e as grandes empresas de serviços (privados e conveniados) de saúde. Estas empresas funcionaram durante muito tempo como grandes geradoras de lucro às expensas da doença da população. Dessa forma há uma hegemonização do modelo curativo privatista com base no saber acadêmico. O saber popular em saúde manteve-se vivo e se (re)criando no interior dos grupos que os praticavam.

O Golpe de Estado de 64 impediu a consolidação das reformas de base, que constituíam as principais reivindicações da sociedade civil organizada naquele momento político do Brasil. Destas reformas, uma das mais urgentes era a Reforma Agrária. Com os Governos Militares, o que se consolidou foi o Estatuto¹⁵ da Terra elaborado pela ditadura militar que sequer chegou a ser implementado e que não mexeu com a Estrutura fundiária do Brasil. Assim as terras continuaram concentradas em grandes latifúndios improdutivos para

¹⁵ O Estatuto da Terra (Lei 4.504, de 03.11.1964) é o primeiro instrumento legal que dispõe sobre a função social da terra. Estabeleceu princípios e diretrizes que nortearam o processo de distribuição e posse da terra no Brasil. Na Constituição da República Federativa do Brasil (RFB), que foi promulgada em 1988, o Estatuto da Terra foi substituído pela nova carta magna (artigos 184 a 186 com a regulamentação desses artigos pelas leis nº 8.629 de 23.02.1993 e Lei Complementar nº 76 de 06.07.1993)

monoculturas e/ou para a criação de rebanhos, contribuindo para a expulsão do trabalhador do campo.

No processo de transformações político-econômico e sociais pelos quais vem passando a sociedade brasileira, na correlação de forças resultante da dinâmica desse processo, há uma transformação dos atores sociais, com a emergência de movimentos sociais e populares. Esses movimentos ao se expressarem e imprimirem suas marcas no cenário político/cultural, trazem seus emblemas e seus signos. Dentre eles, as concepções e práticas de saúde. E, embora tenha havido nos últimos trinta anos essa hegemonização da cultura do ponto de vista do saber instituído, há que se ressaltar, que a fitoterapia está enraizada na cultura brasileira de forma muito profunda. E que, ora apenas resistindo em redutos fechados, ora se manifestando com mais visibilidade nas expressões populares e sociais, ela sobreviveu, se recriou, incorporou outros elementos com o passar do tempo. Ela ressurgiu e está posta atualmente na cena social, despontando como uma das instâncias de referência, símbolo de identidade e resistência político/cultural das classes populares.

Em algumas iniciativas, o Projeto de Resgate do Saber Popular de Saúde está ligado a um projeto mais amplo de exercício e recriação da cultura popular. Tenta-se reeditar e reconstruir coletivamente a crônica da vida cotidiana do povo, nas suas diferentes formas de expressão, lançando mão do lúdico - característica marcante na cultura popular - através da poesia popular, emboladas, versos, teatro de rua, cantorias e pejeas de viola, entre outros. No bojo dessas expressões, procura-se garantir um espaço de discussão política a partir de um referencial do interesse popular, onde a saúde é um desses referenciais.

Cabe aqui ponderar a dimensão do popular em Gramsci (apud CHAUI, 1989), quando esse autor discorre sobre o tema cultura.

"(...) O popular na cultura significa, portanto, a transfiguração expressiva de realidades vividas, conhecidas, reconhecíveis e identificáveis, cuja interpretação pelo artista e pelo povo coincidem. Essa transfiguração pode ser realizada tanto pelos intelectuais 'que se identificam com o povo' quanto por aqueles que saem do próprio povo, na qualidade de seus intelectuais orgânicos."

(Gramsci apud CHAUÍ, 1989, p. 88-89)

Considerando a leitura gramsciana do popular na cultura, sendo essa norteadora de iniciativas de projeto e de resgate do Saber Popular, articulados com a discussão sobre cultura, contém no seu cerne um elemento de transformação da realidade social que permite uma articulação com a categoria social saúde, definindo-a como parte de uma totalidade e com as indicações de classes.

"(...) A recuperação do passado, na perspectiva gramsciana não é restauração de tradições, nem culto à tradição, atitudes próprias do fascismo. Para ele, trata-se da possibilidade de refazer a memória num sentido contrário ao da classe dominante, de modo que o corte histórico-cultural seja um corte de classe."

(CHAUÍ, 1989, p. 89).

Ao investigar/resgatar o conhecimento popular em saúde, na perspectiva de transformação social, há que se enveredar por uma abordagem sobre memória – memória inserida no contexto de classe social – da classe dos trabalhadores.

1.3 - A Memória Popular e o Referencial da Saúde

"A memória é a base para a construção da identidade, da consciência do indivíduo e dos grupos sociais. Afinal, a memória é quem vai registrar todo o processo de identificação de sujeitos com o espaço em que se inserem e as conseqüentes relações que se vêm estabelecer a partir dessa identificação."

(Reis Filho In: DPH, 1992, p. 167).

A memória popular sobre as informações e representações no campo de conhecimento em saúde, precisa ser investigada em seus aspectos mais complexos e/ou polêmicos: memória como elemento de conservação/conformismo de tradições/formas de exploração; memória como direito ao passado e/ou elemento de identificação/afirmação de classe; memória em saúde também como patrimônio histórico-cultural e direito a seu acesso.

Paoli In: DPH (1992) alerta que "nenhuma destas palavras tem um sentido único. Antes, formam um espaço de sentido múltiplo, onde diferentes versões se contrariam porque saídas de uma cultura plural e conflitante". Para esta autora, a noção de patrimônio histórico deveria evocar múltiplas dimensões da cultura, como se fossem imagens de um passado vivo. "(...) Acontecimentos e coisas que merecem ser preservadas em sua diversidade." No entanto, isso não acontece na prática, uma vez que quando se fala em patrimônio histórico, "pensa-se quase sempre em uma imagem congelada no passado. Um passado paralisado em museus cheios de objetos que ali estão para atestar que há uma herança coletiva - cuja função social parece suspeita." Desta forma, a preservação do passado, enquanto produção simbólica e material, é dissociada da sua significação coletiva: destituída de seu sentido original e não expressa as experiências sociais. "Apresenta-se sem referências ao presente e sem ligações significativas com as constantes modificações da cidade e das formas de vida que ela comporta."

Ao lidar com os pressupostos que embasam o debate atual sobre preservação e construção do passado, Paoli In: DPH (1992) desenvolve uma discussão que, se colocada enquanto relação de aproximação, no que tange aos pressupostos do resgate/construção do passado das práticas populares em saúde – sua memória, preservação e identidade político/cultural – há pontos de semelhança significativos.

"(...) Há, de um lado, os que sustentam o pouco significado que têm o passado e seu registro diante daquilo que constitui o moderno e a modernidade: a constante produção do novo, que desafia a compreensão e a intervenção na cidade. Se neste caminho a história perdeu sua aura, seria inútil (e pouco rentável) manter algo com pouco significado presente, a não ser o de ser exatamente testemunho de um passado superado. (...) De outro lado, há uma atitude oposta – a de gostar do passado, de qualquer coisa que parece 'antigo'. Tal atitude, que parece oposta à primeira, está fundada implicitamente nas mesmas premissas: a de não se reconhecer ou importar com a inscrição do significado coletivo no 'legado' do passado. Neste sentido, a identidade como 'antigo' parece estar apenas no sentido de perda – e o critério de preservação (...) constitui uma forma de nostalgia de algo que não existe mais."

(Paoli In: DPH, 1995, p. 25-6).

Remetendo-se à discussão sobre a construção do saber popular em saúde, a memória e a sua aplicação prática no momento atual, constata-se a presença dos pressupostos referidos por PAOLI, nas produções teórico/metodológicas sobre o tema, ou na fala de alguns profissionais de saúde e de parte da população entrevistada: tratam o conhecimento popular em saúde como algo "pitoresco", "esquisitices", "crendices", "tabus"; ou por outro lado, fazem uma exaltação exacerbada, sem nenhum critério de avaliação mais consistente – a panacéia para todos os males, como uma quimera nostálgica, muitas vezes.

Há de se inferir em qualquer dos casos, a constatação da existência de uma relação de classe social implícita e/ou explícita, inserção e de identificação de classe, entre grupos sociais diferentes: a interlocução e as contradições dentro de um mesmo grupo social.

No momento da entrevista com a dona de casa M. de L. (citada anteriormente sobre a cura do filho com mussambê), encontrava-se presente um trabalhador da construção civil (F. A. F.), 40 anos, desempregado, escolaridade - 1º ano primário que dizia discordar inteiramente do teor das afirmações de M. de L.

"Os mais antigos faziam estes remédios, mas eu não sei fazer e não acredito que curem ninguém. Hoje a medicina duplicou cem por cento. Antes morria alguém e nem sabia porquê. Hoje só se morre se tiver de morrer.

(...) o que vale é o remédio do médico e dinheiro (muito) no bolso..."

O que se observa na sua fala é que embora afirmando a crença absoluta na medicina oficial, ainda guarda um elemento de contradição, que fica no discurso latente:

"Hoje só se morre se tiver de morrer".

Deixa antever uma dimensão que escapa ao controle do material, do tecnológico, do racional. Há algo mais que não se tem controle.

Outro aspecto observado é a fitoterapia como panacéia para todos os males.

"Eu não gostava de remédios caseiros, mas comecei a usar porque meu marido gostava muito de chá. Eu intui por mim mesma, e fui aprendendo com as vizinhas. (...) meu marido gostava muito de remédio caseiro. Basta alguém ensinar que ele usa. Ele é epilético e é muito preocupado com assuntos de saúde."

(M. V. M. de O. - dona de casa, 45 anos, escolaridade - 3º ano primário).

Vale neste ponto de discussão uma abordagem sobre a objetividade da verdade histórica. A verdade histórica é influenciada pelo caráter de classe do historiador, uma vez que a seleção que o mesmo faz dos fatos históricos vai depender da interpretação dada a estes fatos. O critério da escolha dos fatos históricos é dado pela importância, a significação de determinado acontecimento do processo ou dos seus produtos. A importância e a significação, por sua vez, estão vinculados a um sistema de referência através do qual se operam a valorização e conseqüentemente a seleção. Pressupõe, portanto, a existência de um sujeito que precede estas operações e que vai fazer esta seleção, levando em consideração o papel histórico do fato por ele selecionado, isto é,

considerando que este fato ou acontecimento influi no curso da história. (SHAFF, 1987).

A verdade histórica tem uma objetividade na medida em que a ciência não tem sua verdade apenas vinculada à sua época de criação, posição defendida pelos teóricos presentistas, da qual SHAFF discorda. Este autor argumenta que o processo de conhecimento é infinito e cada verdade parcial atingida é uma verdade relativa dentro do conhecimento da ciência. Isto porque, é o resultado do nível de desenvolvimento do conhecimento atingido na época, determinado pela ciência. Esta verdade relativa, por sua vez, é condenada a ser superada por outra verdade parcial, uma vez que os historiadores reescrevem a história continuamente.

Considerando a memória e a cultura popular, há que se indagar sobre o que é uma verdade parcial/relativa no saber e nas práticas populares relacionadas com o referencial da saúde. Há que se levar em conta as possibilidades/limites de sobrevivência (memória, transmissão), a construção e recriação desse saber popular sobre a saúde no movimento do real em cada momento histórico em uma dada sociedade.

Remetendo-se ainda a categoria de verdade histórica (SHAFF, 1987), pode-se levantar a assertiva de que a verdade histórica das práticas populares de saúde têm sua objetividade projetada na medida em que ela tem eficácia ainda hoje: como forma de cura para algumas doenças, orientação e cuidados relativos à concepção de vida e de saúde da totalidade existencial das classes trabalhadoras. É o caso por exemplo (somente para citar um caso, poderiam ser vários outros), do hortalã da folha miúda, que tradicionalmente vem sendo usado pelas classes populares de geração em geração, como vermífugo eficaz. Atualmente foi comprovado e aceito pela medicina acadêmica através de testes laboratoriais, a sua ação no combate das verminoses.

Comprova-se, através desses casos, que não é somente o conhecimento dito científico praticado hegemonicamente na academia que orienta-se por uma racionalidade baseada em métodos e técnicas: há uma racionalidade das práticas populares em saúde, porque estas baseiam-se no critério de verdade da eficácia prática e da validade social. Tem o **critério do pragmatismo** que responde positivamente a uma necessidade humana; a necessidade humana de resolução de situações de desconforto, de dor, de perda relativa e limitação da saúde geral.

Há que se registrar, particularmente, que essas práticas e esse acervo de saber não foram transmitidos de forma oficial, ou seja, não fazem parte do saber e do poder dominante na história do Brasil. Ao contrário, fizeram e fazem (ainda) parte do discurso dominado, porque quem escreveu a história não selecionou os fatos históricos a partir da ótica do dominado, mas do dominador, seria portanto, a história "dos vencedores" segundo Walter Benjamin citado por PAOLI (1992, p. 26).

"[A história] sobre cujos feitos foram produzidos os documentos e erigidos os monumentos, referência única ao que se ensina nas escolas, se mostra aos turistas, se celebra nos feriados nacionais. Ao esconder e silenciar as outras narrativas dos acontecimentos passados e presentes, essa história se torna 'oficial': a história necessária e documental, em referência à qual o valor de outros projetos e de outras presenças – quando aparecem – são medidos e julgados. (...) afasta-se o sentido da história da memória social ou, em outros termos, aposta-se que não há memória popular e/ou alternativa à do poder que seja suficientemente valiosa (ou documentada) para poder ser recriada."

(Paoli In: DHP, 1992, p. 26)

Porém, se se pautar por uma investigação oral¹⁶ que atualmente constitui-se como uma das tendências de pesquisa histórica que vêm sendo

¹⁶ Ver sobre isso Wilson Moulin Louzada In: DHP (1992, p.14) "(...) O reconhecimento da tradição oral como fonte válida, inclusive enquanto contraposição aos registros dos escritos de caráter unívoco, contribui para subverter a 'memória do rei' e questionar a história oficial, a 'verdadeira', a partir do que a A. Jolles, já em 1930, chamava de 'formas simples'."

utilizada de forma significativa, onde, através da memória coletiva, resgata-se a história do homem comum esquecido pela história oficial, há que se levantar aspectos significativos dessa memória dos vencidos e lançar outro olhar à memória social.

A memória social para PAOLI

"Constantemente desmonta os mecanismos de institucionalização do significado que a sociedade constrói a respeito de si mesma – de seus cidadãos, de suas diferenças, de suas identidades e de suas desigualdades."

(Paoli In: DHP, 1992, p.27).

A verdade histórica que ora está posta pela eficácia das práticas populares, foi construída e transmitida ao longo da história pela oralidade muito mais que pela palavra escrita. Foi o resultado de estratégias de sobrevivência, na luta surda das ilhas de resistência marginal ostensiva ou camuflada nos momentos em que não houve diálogo de culturas, mas imposição de uma sobre as demais. Neste país de colonização ainda tão flagrante, quando foi muitas vezes plasmada essa resistência no cotidiano de canseiras, expropriações e lutas pela dignidade e identidade dos trabalhadores brasileiros do campo e da cidade. CHAUÍ (1989) cita Ecléa Bosi, para dizer que é sempre através do trabalho que a memória da classe trabalhadora fala do seu viver e do seu morrer. Ela cita o caso de Dona Risoleta, filha de ex-escravos, doméstica, mais de 70 anos, quando esta narra a morte de Dona Teodora, sua mãe.

"Minha mãe estava torrando farinha. Ela estendia aqueles panos alvos na grama e ia botando a farinha que ia torrando ali. Nesse momento ela estava no forno, a chuva caiu de repente, veio o temporal. Ela saiu quente e veio acudir a farinha dela aquele beiju bonito de milho. A farinha não molhou, mas deu um resfriado nela. Minha mãe ficou oito dias e não falou, não disse mais uma palavra (...) minha mãe morreu ressecada: tava no tacho redondo, no fogaréu. A gente pedia: – me dá um beiju, mãe. Ela dava daqueles grandes. Farinha de milho dá trabalho para fazer, dona. Muito trabalho. Esse povo vê tudo aí bonitinho nos pacotes, mas não sabe o trabalho que dá para fazer. (...) Quando

minha mãe saiu correndo não tinha ninguém para acudir a farinha que estava no sol. Fechou a garganta dela que não falou mais uma palavra.

'(...) D. Risoleta medita sobre o produto da faina de sua mãe sendo vendido em pacotes a pessoas que não avaliam o sacrifício ali contido. Estendendo aqueles panos alvos na grama, mexendo o tacho no fogaréu, dando beijos aos filhos, acudindo a farinha lá fora, Teodora ia trabalhando e morrendo. Na narração da filha se misturam os planos de seu trabalho e de sua morte, os panos de farinha e os lençóis da agonizante''.

(Bosi apud CHAUI, 1989, p.69-70).

O saber popular em saúde parte de certos referenciais vinculados a uma tradição oral transmitida ao longo do tempo, com a incorporação de experiências acumuladas e por outro lado a referência e a vivência cotidiana.

"A memória coletiva é da ordem da vivência, a memória nacional se refere a uma história que transcende os sujeitos e não se concretiza imediatamente no seu cotidiano."

(ORTIZ, 1986, p. 135).

A memória coletiva se aproxima do mito e se manifesta portanto, ritualmente. A memória nacional é da ordem da ideologia, ela é o produto de uma história social, enquanto ritualização da tradição. A memória nacional lida com personagens, os "heróis nacionais", porém estes nem sempre têm importância para a população, como ocorre com os fatos que caracterizam ou identificam as histórias das memórias coletivas.

As referências transmitidas têm uma concepção de sociedade que com o passar do tempo e de acordo com os confrontos diários, a inserção de classe e as contradições de vida e trabalho, também vão mudando. Estes referenciais ajudam a estruturar a visão de mundo e de sociedade no processo dinâmico da cotidianidade e dá elementos nos seus enfrentamentos com o sistema formal em seus canais de resistência.

O saber popular em saúde nesta perspectiva, funciona como uma instância que confere um exercício relativo de autonomia do poder popular sob

um dos seus signos de identidade mais importantes - a saúde. Funciona como uma forma de conhecimento que tem um enraizamento, é uma referência que serve para refletir sobre a experiência social do presente.

1.3.1 - Memória e Identidade: patrimônio político/cultural e cidadania

"O reconhecimento do direito ao passado está, portanto, ligado intrinsecamente ao significado presente da generalização da cidadania por uma sociedade que evitou até agora fazer emergir o conflito e a criatividade como critérios para a consciência de um passado comum."

(Paoli In: DPH, 1992, p. 27).

Retomando a discussão de patrimônio cultural e direito à memória, como exercício de identidade e luta pela cidadania, vê-se que há uma semelhança com o presente estudo sobre o conhecimento e as práticas populares em saúde.

Referindo-se à cidadania e o seu exercício, percebe-se a busca de autonomia, as formas de participação nessas práticas: sentir-se sujeito e fazer a história na luta por seus direitos. Reportando-se à dimensão da auto-referência e a referência coletiva que confere significado, que serve de reflexão da experiência social, lida-se com a categoria denominada de pertença do pedaço. (MAGNANI, 1984).

A categoria **Pedaço** para MAGNANI, tem dois elementos básicos: o primeiro de ordem espacial, físico, que tem um território demarcado claramente pelo uso comum do espaço e dos equipamentos de sociabilidade (o telefone público, a padaria, o bar, ponto de ônibus). O segundo, a rede de relações sociais que se estabelecem no espaço físico do pedaço, uma vez que não basta frequentar com certa regularidade o mesmo espaço para pertencer ao "pedaço". É preciso estar vinculado a uma rede de relações sociais que resulta da combinação entre laços de parentesco, vizinhança, procedência, participação em atividades

comunitárias e desportivas. Estas redes de relações sociais geram laços de companheirismo e amizade.

"O termo na realidade designa aquele espaço intermediário entre o privado (a casa) e o público, onde se desenvolve uma sociabilidade básica, mais ampla que a fundada nos laços familiares, porém mais densa, significativa e estável que as relações formais e individualizadas impostas pela sociedade."

(MAGNANI, 1984, p. 138).

Para este autor é nesse "pedaço" que se tece a trama da vida cotidiana, as práticas da devoção, o lazer partilhado coletivamente, a participação em atividades comuns, a troca de informações e pequenos serviços.

Há que se inferir, a título de constatação da pesquisa, um aspecto fundamental nessa relação de construção/resgate do passado, memória coletiva, identidade e cidadania enquanto exercício do conhecimento popular em saúde que, apesar dos equívocos cometidos em seu nome, não se pode negar que grande parte do cabedal de conhecimentos da fitoterapia foi conservado ao longo do tempo pelas classes populares e transmitido nessas redes de relações sociais. E que embora tenha-se criado em determinados momentos históricos, uma verdadeira cortina de fumaça para desvalorizar a sua importância, a verdade é que em quantidade maior ou menor, as pesquisas laboratoriais (do saber acadêmico), continuavam e continuam usando como parte da matéria-prima de suas investigações o conhecimento popular e muito especificamente a fitoterapia¹⁷.

¹⁷ Sobre esse assunto, muitas referências poderiam ser feitas aqui. Entre outras podem ser citadas:

- O CNPq financia pesquisas de fitoterapia (terapêuticas à partir do uso de plantas que têm propriedades curativas) em muitas universidades, como, na Universidade de São Paulo, onde, por exemplo, o professor Fernando Oliveira, trabalha com 16 pesquisadores, analisando o potencial terapêutico da medicina tradicional que foi muito difundida no Brasil colônia e atualmente. Muitas (e cada vez em maior número) das 12 mil espécies encontradas no país já tiveram seus efeitos comprovados em inúmeras pesquisas laboratoriais e são consumidas regularmente; na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a professora Dra. Maria das Graças Medeiros, vem desenvolvendo pesquisas sobre os efeitos mutagênicos nos cromossomos humanos por algumas plantas; na Universidade Federal da Paraíba a professora Maria de Fátima Agra e o professor Dr. Lauro Xavier vêm há muitos anos desenvolvendo pesquisas com a utilização de plantas (UFPb - mantém o Laboratório Técnico Farmacêutico e o curso de mestrado em produtos naturais).
- O Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (IASERJ) está utilizando remédios feitos à base de plantas medicinais (Fonte: Súmula nº 08 maio/94. p. 02).

Assim a fitoterapia se constitui como parte do patrimônio cultural a nível do simbólico e a nível de resolutividade prática, que não tem sua materialidade expressa como um prédio antigo, de arquitetura concreta de cimento e tijolo, mas tem uma materialidade inserida na vida, no cotidiano da população do Brasil e particularmente do nordeste.

"O patrimônio construído é a acumulação de esforços herdados por uma sociedade, que expressa seu desenvolvimento habitacional e a capacidade de investimento da comunidade através do tempo. Este patrimônio é um capital concentrado, cujas possibilidades de aproveitamento através de operações de reabilitação, reciclagem e revitalização não podemos deixar de lado. Na noção de 'bem comum' que está implícita em toda política de defesa do patrimônio cultural, é claro que os valores de identidade e referência estão articulados à importância que tenham estes bens na vida da comunidade."

(Gutierrez In: DPH, 1992, p.123).

Portanto, há necessidade de uma articulação maior entre passado e presente, que sirva de esteio para a construção e exercício de uma identidade coletiva e que norteie a cidadania cultural que se busca no Brasil, também no aspecto da saúde, uma vez que esta, é um símbolo que confere identidade e possibilita uma experiência social significativa.

Do ponto de vista da atualidade, não é demais lembrar que a vinculação das práticas alternativas de saúde somente ao uso popular é um equívoco: os países considerados desenvolvidos do chamado bloco de primeiro mundo, já vêm há algum tempo voltando seus interesses para a investigação e a prática dessas formas de cuidar da saúde.

Os fitoterápicos, são distribuídos para os postos de atendimento pela divisão de Farmácia do IASERJ que montou uma farmácia em Niterói (RJ), onde são produzidos 30 tipos diferentes de medicamentos (xaropes, pomadas, cremes e soluções). Esta experiência com os fitoterápicos, é um resgate de um trabalho anterior, interrompido há dez anos.

- O Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária - CRUTAC/UFRN, Natal 1973, publicou um texto sobre a farmacopéia da região do Trairí (RN), resultado de um estudo relacionando os conhecimentos da cultura popular com a prática médica oficial. O título do estudo é "Estudo Piloto Sobre Medicina e Farmacopéia Popular na Região do Trairí".

Medicina doce (Jornal do Brasil, 1992) é o nome genérico europeu para designar as práticas alternativas de várias formas de terapias, tais como a homeopatia e a acupuntura (que são aceitas parcialmente por alguns setores do *establishment* médico) e de outras que não são muito bem aceitas como a iridologia (diagnóstico feito através da observação da íris do olho, para investigar o estado e o funcionamento de todos os órgãos do corpo humano). Medicina doce vem ocupando espaços na procura de assistência de saúde em todo o mundo ocidental nos tempos atuais, onde a medicina oficializada vem passando por sucessivas mudanças e atualizações dentro do modelo hegemônico (clínico-curativo voltado para o individual), que não tem dado conta da demanda do ponto de vista quantitativo e nem qualitativo. Cinquenta e um por cento dos franceses abandonaram em parte suas esperanças na medicina oficial, desenganados com tratamentos mal sucedidos e/ou pela falta de atenção do médico aos seus problemas. Procuram a cura para seus males através de pílulas homeopáticas, relaxamento sob triângulos e através de alimentação natural. Desses adeptos das práticas doces há um dado interessante a considerar: quanto mais elevada a classe social e a educação, maior a fascinação pelas terapias doces. Entre os profissionais liberais, 67% dos franceses usavam alguma forma de medicina doce (pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisas Sofres em outubro de 1984).

O Ministério dos Assuntos Sociais na França constituiu várias comissões de estudos e oficialização de algumas formas de medicina doce, como a homeopatia e a acupuntura. Ressaltamos a propósito dessa informação, o fato do mesmo ter recebido um abaixo-assinado com 67 mil assinaturas de pessoas que protestavam contra a ameaça de descredenciamento pela previdência social francesa de 450 médicos homeopatas.

Em Bobigny, perto de Paris, existe uma Escola de Medicina Doce, onde muitos médicos que atuam com a medicina oficial procuram-na para estudar as várias modalidades da medicina doce com a finalidade de incluí-las na

sua prática, considerando-se que estas "práticas doces são uma ferramenta útil para completar terapêuticas científicas". Defendem que para os males do cotidiano, a recomendação das práticas naturais são mais sensatas que os remédios. Dentre os médicos praticantes da medicina doce, muitos não negam os processos da medicina oficial como as vacinas e as cirurgias. Outros (como os homeopatas, por exemplo), discordam dessas práticas.

Portanto, há que se desmistificar a visão das práticas alternativas apenas como "medicina dos pobres". Há que considerá-las **também** como práticas populares, já que historicamente estas foram conservadas de uma forma ou de outra por esses grupos sociais.

1.4 - Onde o Alternativo se Entrelaça com a Cotidianidade: Recolocando a Categoria do Alternativo

Se a discussão que vem se dando desde o início deste texto, quanto às argumentações em torno do que não se constitui em sua essência como **alternativo**, ou seja, uma **desconstrução** da aparência deste fenômeno, o que poderia então ser inferido como a categoria "alternativo"?

A assertiva lançada nesse ponto da discussão é a de que as práticas populares em saúde podem e devem ser recolocadas – **reconstruídas** – como uma dimensão alternativa, se consideradas no interior da vida cotidiana.

Em que medida as práticas populares em saúde, vivenciadas no âmbito da cotidianidade, podem ser consideradas dentro do que se convencionou chamar de alternativo/movimento alternativo?

Para fazer uma rápida abordagem sobre o movimento alternativo, também chamado ou interligado com o movimento ecológico, o movimento pelas

tecnologias alternativas e lutas anti-usinas nucleares, HUBER, considerado um dos seus teóricos mais expressivos, nos diz:

"Pode-se falar do movimento ecológico desde mais ou menos a primeira metade dos anos 70. Os chamados limites do crescimento constituem o eixo deste movimento. Sua crítica é, sobretudo, uma crítica à indústria e à tecnologia.

O crescimento da produção industrial e do consumo sustentado, forçosamente pela concorrência, pela busca de poder e lucro, funda uma economia de desperdício e pilhagem. Uma economia que esgota matérias-primas, desperdiça energia, destrói o meio ambiente e nos faz doentes. Reduz nossa expectativa de vida e produz também efeitos tão incertos sobre o clima, que não sabemos se, aproximadamente, terminaremos numa estufa sujeita a constante inundações ou numa nova idade do gelo."

(HUBER, 1985, p.14).

A crítica do movimento ecológico ao sistema industrial refere-se às suas características: tecnocracia e a ditadura das soluções técnicas, a autonomização da economia face às necessidades humanas, o crescimento ilimitado, a centralização, o gigantismo e as tecnologias pesadas, o desperdício, desgaste, a depredação e destruição do meio ambiente.

Com essa crítica, o movimento ecológico formula propostas de transformação do sistema industrial, veiculadas através dos objetivos do movimento:

"A limitação do sistema de auto-limitação, a dissolução industrial no meio natural, a desconcentração econômica, a descentralização da produção por meio de tecnologias adequadas, médias e pequenas (small is beautiful), a descentralização dos meios financeiros, o desmantelamento da concentração de poder político e econômico, a autonomização de pequenas unidades (local self-reliance), assim como a poupança e o reaproveitamento dos insumos."

(HUBER, 1985, p. 16).

A importância do movimento ecológico teve como um dos seus desdobramentos a geração de outros grupos e movimentos no bojo dessa discussão. Para HUBER (1985, p. 15) o movimento ecológico é, depois do

movimento dos trabalhadores industriais do século XIX e do começo do século XX, o primeiro que consegue produzir uma oposição majoritária em escala mundial. Consegue também encontrar repercussão e reconhecimento até nas elites que detêm o poder, uma vez que na atualidade, nem mesmo os mais poderosos podem se posicionar abertamente contra a ecologia: "*Procuram, isto sim, conceber a proteção ambiental em sentido próprio*" (HUBER, 1985, p. 16).

No cerne das críticas ao sistema industrial e mais particularmente a um dos seus aspectos, o consumismo, emergiu um movimento de estilos de vida, chamados de estilos de vida alternativos, que para HUBER (1985, p. 39) coloca em questão um mito que está amplamente difundido no movimento alternativo e que provavelmente auxiliou em sua constituição: **o mito do trabalho manual, do artesanato**, da obra de arte, da oficina e do trabalho no campo. Frequentemente o mito do trabalho manual é marcado por um pretensioso anti-intelectualismo e manifestações de tédio com relação às teorias.

No entanto, os movimentos de auto-ajuda de vários grupos alternativos e seus projetos desenvolvidos não são, muitas vezes, só de trabalho manual. Desempenham um papel bem maior: atividades artísticas, culturais, esportivas, políticas e estéticas.

No atual estágio de desenvolvimento das forças produtivas a nível do acervo de conhecimento produzido, no que tange aos bens materiais e simbólicos, não há como querer parar o tempo para que se privilegie apenas as práticas voltadas basicamente para o trabalho manual.

Para além da visão de alternativas em saúde como substituição de tecnologia (para os pobres), como forma de simples perspectiva nostálgica de um eterno retorno às práticas tradicionais de saúde enquanto negação do uso de tecnologias e volta ao manual, a categoria que ora colocamos, é resultante de todos os aspectos supra-citados. Porém, avança com relação a estes, na medida em que, por serem práticas vivenciadas no cotidiano, com características multifacetárias e cambiantes, abrem precedentes para a formulação de uma nova

representação do saber em saúde, principalmente ao se articularem com novas formas de rupturas epistemológicas, assunto a ser abordado no próximo capítulo.

Cabe aqui, a título de conclusão deste capítulo, a argumentação de que, se as práticas populares de saúde são de uma abrangência social tão significativa, pode-se lançar a assertiva de que estas são as **práticas usuais** – e não uma das **práticas alternativas** – para amplos setores da população. Assim, tais práticas, não podem ser colocadas como algo alternativo, uma vez que alternativa é uma instância de minorias (ou em emergência dentro do modelo hegemônico), que por determinados motivos e interesses, fazem opção por uma forma de agir diferenciada da maioria do conjunto da sociedade na qual estão inseridos.

Embora não seja uma prática levada adiante por uma minoria, as práticas populares de saúde são consideradas como minorias, constatando-se que ainda são hegemonicamente marginalizadas dentro do arsenal das práticas oficiais de saúde. É portanto, uma inversão paradoxal: a medicina oficial acadêmica é na realidade voltada para poucos – os que podem pagá-la – mas por outro lado, é esta medicina a única legitimada institucionalmente. A da grande maioria, é marginal, gravitando no âmbito das periferias da realidade oficial institucionalizada.

Essa construção que marginaliza o que é praticado por uma maioria, em tais condições específicas, é uma construção do imaginário social. Remetendo-se a CASTORIADIS (1982) que ao tratar da construção imaginária da sociedade aborda o imaginário como este se passa na sociedade: o que as pessoas acreditam, aquilo é real, diz CASTORIADIS. É real porque tem um enraizamento no existencial. O enraizamento no existencial também está vinculado a busca dessas práticas alternativas pela classe média e alta, quando estas percebem que já esgotaram todas as possibilidades de tratamento com as práticas oficiais alopáticas e investem nas práticas alternativas. É a busca da sobrevivência, enquanto dado existencial e portanto, as práticas populares nesse contexto, já não terão mais a conotação de popular no sentido estrito de classe social, mas sim do uso aceito pela maioria de amplos setores da população.

Considerando a assertiva acima explicitada, propõe-se que as classes populares precisam tomar a condução da sua história nesse processo (serem sujeitos da sua história), forjando assim, suas próprias instituições: que sejam estas, sua imagem e semelhança; porque na realidade da prática cotidiana, esse processo já vem acontecendo, embora não seja de todo auto-suficiente e nem tampouco de total autonomia de escolha. Não o é também, articulado em suas várias instâncias.

Teriam essas classes, que gerarem expressões autenticamente populares enquanto formas de organizações que garantam as classes populares uma autonomia com auto-consciência, no exercício da cidadania, nas formas de cuidar da saúde, de vivenciar formas de lazer, de ritualização da sacralidade e solidariedade, entre outros.

Porém, o que deveria ser a "organização" desse processo, pode ocorrer o risco de cristalizar-se como uma instituição, instituído, com suas implicações de limitação, de auto-inibição, de fechamento para as novas possibilidades itinerantes, e portanto, instituídas. Não se pode esquecer que o saber e as práticas de saúde e mesmo qualquer manifestação que seja genuinamente oriundas das classes populares, têm um componente forte e característico que é a sua dimensão itinerante. São itinerantes porque instituintes, multifacetárias e (re)criadoras. Por sua natureza instituinte, podem ser apreendidas em determinados momentos e situações, mas já no momento seguinte têm-se recriado.

Há portanto, que se correr o risco, mas o risco calculado. As cristalizações irão sempre significar um recorte que enquanto registro, são importantes – e até necessárias – como forma de patrimônio e memória. Mas não devem servir de camisa-de-força detentora da criação espontânea, nem devem ficar limitadas a uns poucos "controladores do processo". Caso contrário, somente iria se gerar outros desdobramentos de estruturas e relações de poder injustas e sempre desiguais.

CAPÍTULO 2

Conhecimento e Saúde

2.1 - Construção e Desconstrução de Conceitos

2.1.1 - Formas de Conhecimento em Saúde: outro olhar sobre esses conceitos

A doença e o adoecer são dados existenciais que estão na gênese da humanidade. É uma realidade concreta, que exige atividades imediatas, tem caráter emergencial muitas vezes, e, é uma instância que lida com a necessidade de sobrevivência da condição humana.

Por causa da concretude existencial da doença, a humanidade, através das suas diversas sociedades estrutura as suas formas de enfrentá-la.

Sabe-se que a necessidade e a preocupação em construir e socializar noções de cuidados com a saúde, o evitar e controlar a doença entre os povos é antiga. Remonta aos sábios, médicos, religiosos, filósofos, xamãs, curandeiros e oráculos das civilizações mais antigas que se tem registro, tais como os indianos, os egípcios, os sumérios, chineses e os gregos¹. Somam-se a estes, as civilizações pré-colombianas e as várias culturas tribais mais antigas.

Sabe-se também que esses construtos do saber/fazer em saúde trabalhavam com ensinamentos sobre nutrição, exercícios (físicos e espirituais) sono e repouso, relacionando-os com elementos da natureza e/ou ao meio ambiente em geral e até com poderes transcendentais.

¹ EGITO – Civilização que legou a humanidade os escritos mais antigos da medicina, descritos através de seis livros sagrados com catalogação de doenças, descrição de cirurgias e uso de drogas. A medicina egípcia antiga tentava unir as práticas religiosas, conhecimentos científicos e mantinha nos seus templos escolas de medicina.

ÍNDIA – Documentos do séc. VI a.C. Tratam da medicina hindú: conheciam o processo da digestão, faziam suturas, amputações, trepanações e corrigiam fraturas.

GRÉCIA – Conheciam anatomia (ossos, músculos e articulações), de patologias (epidemias, lesões traumáticas e ferimentos). Usavam a fitoterapia, sedativos, fortificantes e hemostáticos. Faziam ataduras e extrações de corpos estranhos. Hipócrates, considerado o pai da medicina científica, foi um grande médico na Grécia. Para ele a natureza é o melhor tratamento. Seu primeiro cuidado seria não contrariá-la.

Algumas civilizações absorviam e/ou ampliavam os ensinamentos de outras civilizações com as quais se relacionavam por dominação política (guerras) ou por proximidade territorial (ou as duas coisas); ou ainda por intercâmbio comercial.

Considerando o acima citado, percebe-se que não existia (e não existe ainda) apenas um sistema de conhecimento sobre a saúde e seu cuidado, mas sim, vários.

Há nesses trabalhos também uma riqueza muito grande de experiências que necessitam serem sistematizadas. No Brasil, algumas faculdades e cursos de pós-graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, estão trazendo para dentro do espaço acadêmico a discussão sobre práticas alternativas em saúde. Em algumas delas, esta área do conhecimento, já se constitui como disciplina do currículo².

Resta enfatizar que, um estudo que venha a discutir sobre a medicina popular enquanto outra forma de organização do conhecimento em saúde, será certamente uma contribuição considerável, porque irá trabalhar num outro campo de visão - não apenas da legitimação desse saber através de pesquisas laboratoriais - mas a tentativa de compreensão da própria lógica que orienta esse saber.

DANTAS e MEDEIROS (1990, p. 2), pontuam que os portugueses³ ao chegarem ao Brasil já se depararam com uma forma de cuidar da saúde advinda da cultura indígena. Esse sistema de conhecimento tinha como

² A Universidade Federal do Rio Grande do Norte - mantém um curso de Especialização em Saúde Pública (convênio com a ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ), onde a autora deste trabalho, lecionou disciplina sobre as Práticas Alternativas de Saúde.

³ Sobre esse assunto PAIXÃO, W. *História da enfermagem*. 5ª ed. Julio C. Reis Livraria: Rio de Janeiro, 1979. p.104 a 105. Nesta obra a autora faz referência ao missionário jesuíta Anchieta que através dos seus estudos sobre o Brasil e seus habitantes primitivos, faz referências sobre os costumes, as doenças mais comuns, a terapêutica empregada, as plantas medicinais e os conhecimentos sobre a saúde que utilizavam, como: antídoto contra veneno de cobra, plantas como o guaraná, copaíba e outras. Na cirurgias usavam talas de casca de árvores, ligaduras de cipó e ventosas de chifres de boi.

referencial o rito, a magia a relação com a natureza e a utilização da fitoterapia. Esse mesmo referencial também orientava as práticas de saúde dos escravos africanos que vieram pouco depois para o Brasil. Colocam, ainda, que os colonizadores europeus, no confronto com essas formas de saber em saúde do índio e do negro, procuraram exercer uma relação de dominação enquanto conquistadores também nessa área, negando-lhes o seu valor e segregando-as ao universo de práticas "pagãs", "bruxarias" e "selvagens", tão afeitos ao pensamento da cristandade que ainda era dominante naquele momento histórico no Brasil. O pensamento calcado na racionalidade científica emergente e que encetou a polêmica nos meios acadêmicos e culturais na Europa, denominado de Iluminismo, demorou um pouco a ser absorvido no Brasil. Mas por seu turno, quando isso ocorreu, tornou-se "extremamente oportuno, como instrumento político de dominação, estabelecendo os limites da razão e da desrazão, marginalizando todas as formas de saber que fugissem à norma estabelecida".

LOYOLA (1984), trabalha essa marginalização do ponto de vista da dominação, tendo sido característica marcante na história do Brasil e que adquire matizes mais fortes na divisão das classes sociais, com a consolidação do sistema capitalista.

"... A aceitação etnocêntrica-evolucionista da superioridade da lógica racional e de que esta, com o correr do tempo tende a suplantiar o pensamento mágico, está tão profundamente enraizada no pensamento científico ocidental que poucos prestam atenção ao fato de que ela se recia a todo instante sob outras formas, aparecendo mesmo na 'medicina científica', e que uma das tarefas dos médicos – como agentes ideológicos de manutenção e reprodução de uma estrutura de classes – consiste em ocultar, sob um ar de cientificidade, os atos mágicos de sua própria prática.

De fato, não podemos esquecer que a subordinação do pensamento mágico ao pensamento científico é condição sine qua non da dominação capitalista (...)"

(Loyola In: GUIMARÃES, 1984, p.229).

A dominação do saber em saúde tem na argumentação da legitimidade (garantida oficialmente pela legalidade), como uma das suas mais fortes armas. BOLTANSKI (1979) em seu estudo sobre conhecimentos e práticas em saúde – denominado por esse autor de medicina familiar – de certos grupos populares na França, diz:

"(...) O que distingue essencialmente o usuário da medicina popular de outrora do usuário da medicina familiar de hoje, é que o primeiro, ao inverso do segundo, ignorava as origens científicas das receitas que usava, ignorava até a existência de uma ciência médica legítima e de especialistas como os médicos, únicos detentores autorizados daquela ciência. Os camponeses de outrora possuíam portanto um conhecimento comum que lhes fornecia respostas aos principais problemas colocados pela doença e podiam produzir um discurso estereotipado sobre a doença, comentá-la e explicá-la. (...)"

(BOLTANSKI, 1979, p.28-9).

Com o desenvolvimento das forças produtivas, a multiplicação de ofertas de inscrição a nível elementar, médio e à universidade pública e gratuita, aumentou também a quantidade de profissionais de saúde no mercado de trabalho. Por outro lado, a complexidade das sociedades modernas, particularmente, as de modelo econômico capitalista, também aperfeiçoaram-se em delimitar os papéis sociais assim como normatizar os espaços de interdição, de ilegalidade ao que se encontra à margem, estabelecendo a institucionalização do monopólio da ciência através dessa mesma legalidade. Este monopólio não se restringe apenas ao exercício das práticas instituídas, mas abrange até a formação acadêmica.

"Totalmente diferente, o usuário da medicina familiar hoje não esquece nunca o caráter ilegal dos atos médicos que executa ou pelo menos, que só tem o direito de executá-los por procuração. Do mesmo modo que 'ninguém tem o direito de ignorar a lei', ninguém mais tem o direito de ignorar que existe uma ciência médica, conhecimento de especialistas submetido à lei do progresso que a instituição escolar é a única⁴ com direito de transmitir. Se é verdade que a medicina não é propriamente objeto de um ensinamento, mesmo sumário, na escola primária, o

⁴ Grifos nossos.

fato é que a introdução nos programas de estudos das escolas primárias, das ciências naturais e de higiene, – sem que isso tenha como consequência a difusão de conhecimentos médicos propriamente ditos, – tem como resultado pelo menos a inculcação⁵ da idéia de que existe nessa matéria um conhecimento verdadeiro e único, aquele que a escola detém e transmite. A escola primária inculca nos membros das classes populares o respeito pela ciência, o respeito por aquilo que é, ficar-lhes-à para sempre, inacessível, respeito que deve se manifestar pela recusa da pretensão⁶, ou seja, por uma clara consciência de sua própria ignorância, pela submissão aos detentores legítimos⁷ do conhecimento médico, os médicos, aos quais se delega até o direito de falar do próprio corpo e dos males que o atingem. (...)"

(BOLTANSKI, 1979, p.29)

Com o início do modo de produção capitalista, ocorrem também mudanças nas relações sociais de produção. Com a consolidação do Estado Moderno, retoma-se a questão anterior da visão ampliada do Estado e seus aparelhos ideológicos e a relação entre saber e poder sob a ótica da dominação que promove o saber dito científico, que, conforme FOUCAULT (1985), chega a interferir na individualidade, na relação com o corpo, no interior dos lares, ditando como se deve cuidar da saúde e até mudando costumes, valores culturais da sociedade ocidental – é o fenômeno da medicalização da sociedade.

"O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica."

(FOUCAULT, 1985, p. 80).

A interferência na construção concreta dos costumes, da moralidade, da ética, da identidade e da cultura, por parte das classes dominantes em todo o processo histórico no Brasil é marcante.

⁵ Grifos nossos.

⁶ Grifos nossos.

⁷ Grifos nossos.

BOLTANSKI (1979) concluiu em seu estudo que, mesmo com todo esse processo de inculcação, como forma de legitimação da medicina oficial, a população continua mantendo e recriando suas formas de cuidar da saúde, a partir dos conhecimentos transmitidos pelos pais, pelas experiências individuais e até com a incorporação dos conhecimentos médicos por consultas, ou através de contatos com farmacêuticos, onde adquirem remédios sem consulta médica e outras orientações terapêuticas. Vale ressaltar neste contexto, que há necessidade de se alertar para os riscos da auto-medicação, particularmente a medicação indicada por balconistas das farmácias (de remédios industrializados ou através da leitura de bulas, sem maiores informações, muitas pessoas fazem uso destes medicamentos). Em nenhum momento neste trabalho procuraremos enveredar pela defesa da auto-medicação ou coisa que o valha.

Ressaltamos porém, que um grande valor das práticas populares de saúde e particularmente da fitoterapia, é que estas trabalham com a noção de auto-cuidado, tanto no nível de aplicação imediata, quanto no nível preventivo (para evitar doenças e manter a saúde, utilizando até regras alimentares). É de cunho educativo também, na medida em que estabelece normas a serem seguidas, orientando e organizando partes da vida e do viver. Tem também uma forte vinculação com as leis da natureza⁸.

O que nos propomos aqui é investigar as formas de simultaneidade/alteridade das concepções e das práticas de saúde, assim como tentar levantar algumas questões pertinentes às formas de conhecimento e práticas populares de saúde.

O que pode parecer, numa primeira leitura como incoerência entre defender o auto-cuidado e discordar da auto-medicação não se constitui na sua essência, em um dilema. Ponderar as diferenças entre auto-medicação e auto-cuidado, é pertinente neste trabalho, uma vez que a auto-medicação com remédios

⁸ Ver sobre isso: ROCHA, J.M. *Como se faz medicina popular*. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
BIAZZI, E. *Viva natural*. Rio de Janeiro: Ground, 1982.

industrializados, principalmente aqueles usados sem receita médica, embora venham a debelar a curto prazo os sintomas das doenças, geralmente trazem conseqüências danosas ao organismo, no tocante à saúde geral, posto que esses remédios atuam com efeitos secundários, chamados de "efeitos colaterais". Estes efeitos colaterais podem vir a comprometer o quadro de saúde de quem se auto-medidou, de forma mais comprometedora para o quadro geral de saúde que antes da auto-medicação: além dos efeitos colaterais específicos já referidos, há ainda a possibilidade (infelizmente nem sempre remota), de que o uso da auto-medicação venha a mascarar a doença que havia se manifestado antes dos sintomas para os quais a pessoa se auto-medidou. Com o mascaramento dos sintomas, a doença pode continuar seu processo de evolução sem nenhuma forma de tratamento adequado e quando a doença vier a ser realmente identificada, às vezes já será muito tarde para combatê-la de forma eficaz.

Por outro lado, o auto-cuidado não incorre nos equívocos flagrantes da auto-medicação, uma vez que as medidas utilizadas são da ordem do preventivo. E no caso das terapêuticas populares com o uso de fitoterápicos, estes atuam com substâncias, em sua maioria (embora haja casos que precisam ser alertados para os riscos), com princípios ativos que a população já tem experiência acumulada pela experimentação prática, de sua ação comprovadamente curativa e de cujos efeitos colaterais em parte são conhecidos e socializados nas trocas de informações entre os que as praticam.

Há outro aspecto nesse falso dilema, que é de suma importância ser abordado: a compreensão do uso das plantas medicinais na lógica genuinamente popular e não como uma prática de "alopatia com plantas" como refere-se ROCHA (1985, p. 63). Para este autor, vem ocorrendo nos últimos anos, uma grande difusão e incentivo do uso de fitoterapia, por parte dos "educadores populares", animadores de comunidade e de outros setores sociais que não têm origem popular, no sentido de conhecer/utilizar as plantas medicinais como alternativa terapêutica, mas utilizando a mesma lógica da utilização dos produtos

farmacêuticos: a analogia entre esses produtos no combate aos sintomas é facilmente percebida, uma vez que as plantas medicinais também atuam neutralizando-os. Porém, o uso das plantas medicinais, apenas como tratamento alternativo dos sintomas, é uma redução do universo de significações do conhecimento e práticas populares de saúde.

Há que se alertar para uma outra função das plantas medicinais pela utilização popular, que é a função de "depuração" que estas exercem. Além das funções analgésicas, anti-inflamatórias, energéticas, entre outras, há também as plantas de efeito purgativo, depurativo (que estimulam a ação antitóxica do fígado, assim como as funções excretoras dos rins e do intestino). embora sendo muitas vezes ignorada ou pouco valorizada pelos pesquisadores e catalogadores do arsenal terapêutico das plantas medicinais, é pela função depurativa das plantas, que estas têm um lugar de destaque nas práticas populares de saúde.

Tabela 1: Distribuição percentual da confiança nas práticas populares de saúde.

QUAIS OS RESULTADOS DO USO DAS TERAPÊUTICAS NÃO OFICIAIS ?	Nº	%
Ficam curadas com a terapêutica empregada.	07	70
Não acredita que se curem, só acredita nos remédios de médico.	01	10
Depende da doença, se foi "coisa pouca", "doencinha", resolve.	02	20
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro de Bom Jesus

Tabela 2: Distribuição percentual da utilização da prática de purgantes.

SABE COMO DAR PURGANTE? JÁ TOMOU?	Nº	%
Não sabe se tomou. Não sabe como é.	06	60
Sim, sabe como é. Já tomou quando criança, mas não fez para os filhos.	03	30
Já viu alguém tomar mas nunca tomou nem deu aos filhos.	01	10
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro do Bom Jesus

A difusão dessa visão da fitoterapia como atuação na sintomatologia é muito comum e foi constatado no Bom Jesus as implicações dessa prática. Dos 22 professores que atuam no Bom Jesus, apenas 06 deles (27,27%), referiram-se aos aspectos mais abrangentes do uso das plantas. Os demais, afirmaram que usavam, "para problemas mais simples"; "para dor de cabeça, febre, gripe" entre outros, enfim, sempre relacionados com a sintomatologia imediata do problema. Ao serem indagados se sabiam fazer purgantes ou se já o tinham tomado, 17 (77,27%) afirmaram que não sabiam fazê-lo. Cinco (22,72%) afirmaram saber como é feito, pois a mãe fazia para eles quando criança, desses cinco, apenas 01 (4,54%) afirmou que deu também aos seus filhos.

"Mamãe deu purgante para mim quando eu era pequena. Eu mesma dei aos meus filhos: quando as crianças eram novas, eu colocava batata de purga no mingau de manhã em jejum e depois dava banho. Do mesmo jeito que mãe criou os filhos, eu criei os meus".

(A.M. de O., 40a. Diretora da escola. Formada em pedagogia).

Os moradores entrevistados do Bom Jesus entrevistados (população em geral), ao serem indagados sobre o uso de purgantes, ninguém (100%) afirmou que utilizava essa terapêutica. Dos entrevistados, setenta por cento afirmou não saber como era pois nunca tomou. Trinta por cento afirmou saber como era, pois já haviam tomado quando criança, mas não deram aos seus filhos.

"Já tomei. Mamãe preparava no chá de hortelã (batata de purga) ou com óleo de ricino. Batia (o óleo) e ficava no quarto sem ver a luz do sol por 24 horas. Eu tomava nas primeiras gravidez (no sétimo ou oitavo mês). Diziam que era bom para o menino nascer logo."

(A.B.C. de M. 58a. Do lar. 2º ano primário. Moradora da área central do Bom Jesus).

Por outro lado, ao abordarem sobre a aplicação terapêutica das plantas 100% da população entrevistada (população geral) e 90,9% dos professores referiram à raiz do pega-pinto como um "remédio para limpar o sangue" e a corama também: "afina o sangue e deixa a mulher mais fértil porque muda o ciclo da menstruação e a pessoa engravida".

Não seria inoportuno argumentar nesse momento da discussão, que não é por acaso que se desvaloriza o processo depurativo das plantas, uma vez que a própria explicação sobre o processo depurativo envolve significações e ritualizações não racionais (embora também possam ser explicadas pela lógica racional, como fizeram acima descrevendo as funções fisiológicas) e imprimem um outro ritmo ao tempo que não é o do tempo de trabalho do modo de produção capitalista. É um ritmo de significações medidas pela vida cotidiana. Esse assunto será retomado no terceiro capítulo e se constitui na terceira hipótese levantada (e comprovada) nesta pesquisa.

2.1.2 - Ciência e Formas de Conhecimento

A ciência utiliza um método de análise e a escolha de uma corrente de pensamento, ou a incorporação de mais de uma corrente de pensamento, assim com a junção de vários métodos, na interpretação dos fenômenos sobre os quais dirige o seu olhar (a transdisciplinaridade).

A base da ciência é o conhecimento científico. Este, é a experiência metódica, a aproximação metódica e a reflexão. É a pesquisa científica um ato de reflexão que tem que ter um método. Uma das formas de conhecer o mundo é através da pesquisa: esta aproxima a **experiência da consciência**. É um ato de refletir a relação transformadora entre homem e natureza.

Tem a ciência, uma dimensão histórica, porque a sua produção está relacionada com a realidade histórica, o momento histórico-social onde ela foi produzida. Porém, não é apenas uma relativização sem valor – relativizar tudo com a corrente presentista – mas a interpretação histórica da corrente marxista, onde a ciência, em cada momento de sua produção, tem uma objetividade concreta (SHAFF, 1987). A produção científica é um resultado, um produto social e as construções sobre a realidade são diferentes. Fazer ciência é realizar um processo de trabalho (como outros processos de trabalho) que tem como finalidade, conhecer a realidade que se vive (é uma das formas de apreensão dessa realidade), explicando os fatos e as relações entre esses fatos. Procura compreender a estrutura dos processos do movimento do real e os modos de interferir sobre os mesmos.

Sendo histórica, a ciência é cumulativa em seu acervo de conhecimentos: acumula conhecimentos até estes serem superados, enquanto conhecimento passível de ampliação, de reformulação. Portanto, não é a ciência detentora de leis imutáveis. Porém é irreversível enquanto processo cumulativo.

Porque é histórica e sujeita a mudanças, a ciência é também passível de ser questionada. É um processo em aberto com possibilidades de ampliações e rupturas. Há que se lançar portanto, um novo olhar sobre a ciência e as fronteiras do conhecimento⁹.

Buscar um conhecimento mais universalista, que supere a compartimentalização do saber entre ciências da vida e do homem, enveredando por uma complementaridade entre pensamento científico e selvagem, são propostas que apontam para uma nova reordenação do conhecimento.

⁹ A UNESCO com a cooperação da Fondazione Giorgi Cini, promoveu em Veneza (1986) o Simpósio Internacional "Ciência e as Fronteiras do Conhecimento: o Prólogo de Nosso Passado Cultural". O resultado final deste encontro foi consubstanciado na Declaração de Veneza que consta de um conjunto de seis recomendações que deverão servir (pelo menos em tese) como uma carta de intenções para o desenvolvimento científico contemporâneo.

"Se os dias atuais presenciam uma forte tendência na reafirmação do desencantamento do mundo, o desencanto da ciência vem ocupando pensadores de toda ordem. Desde Thomas Kuhn, o caráter paradigmático atribuído às ciências naturais decorrente da consensualidade de seus princípios e teorias sobre a estrutura da matéria, contraposto ao perfil pré-paradigmático das ciências humanas, posto que não poderá haver consenso em quaisquer teorias societárias, parece marcar toda a textura do conhecimento acumulado. Essa dualidade, que para muitos se afigura como intransponível, vem emitindo sinais que acenam para a discussão da crise desse modelo de racionalidade e de sua superação".

(CARVALHO, 1992, p. 91-2).

Perseguir os caminhos que nos levam à construção de uma ciência nova, enquanto proposta para uma nova cientificidade, implica segundo Morin apud CARVALHO (1992, p. 95-6). "[N]uma ampla reflexão sobre a ciência tradicional, em que se torna necessário argüir a verdade, a materialidade, a lógica e o próprio homem". Nessa nova forma de cientificidade, a técnica, a invenção e a psique se entrecruzam, numa síntese mais abrangente.

"(...) Morin propõe um conhecimento que se situe enquanto subjetivação do próprio conhecimento e sirva para ser refletido, meditado, incorporado ao saber, à experiência e à vida, através de uma nova forma de entendimento entre o objeto pensado e o sujeito pensante, que supõe uma metamorfose na estrutura do pensamento para capacitá-lo a enfrentar a complexidade do real".

(CARVALHO, 1992, p. 96)

Numa forma de conhecimento que possa ser refletido, meditado e incorporado ao saber, pela experiência existencial, não seria inoportuno nos indagarmos como se colocaria o conhecimento e as práticas populares em saúde. Talvez na ordem dos confrontos de racionalidades, que possibilitam a reflexão teórico/metodológica das lógicas internas que orientam esses saberes, haja possibilidade de concretização dessa nova proposta. A pesquisa tradicional olha, classifica e relaciona: precisa-se ir além disso. É interessante registrar um aspecto dessa complementariedade que fala Morin, no tocante as práticas populares de saúde, com o uso da fitoterapia: embora se saiba que as pesquisas acadêmicas e/ou

em outras instituições oficiais hegemônicas orientem-se pela busca de isolar alguns princípios ativos ou ainda, para a extração de substâncias como óleos essenciais para serem industrializados, a farmacologia popular por seu turno, orienta-se por uma prática de utilização da planta na unidade de suas partes¹⁰ (raiz, folha, flor), característica esta que assemelha-se à prática pela medicina chinesa milenar.

Da China Antiga, há manuscritos de medicina com uso de fitoterapia de Cheng-Nug onde são mencionados mais de cem remédios vegetais, utilizavam também certas raízes para verminoses (PAIXÃO, 1979, p. 26).

2.1.3 - Sistemas de Conhecimento em Saúde: por uma possibilidade teórica

A atualidade das discussões e análises sobre as várias concepções e práticas de educação em saúde vêm tomando corpo no interior de setores tanto de saúde quanto de educação. Essas discussões abordam com mais consistência alguns dilemas que se configuram nesses contextos, como, por exemplo, admitir-se a existência de outros sistemas de conhecimentos, os quais, têm suas lógicas internas, têm seus universos simbólicos próprios e se articulam com processos explicativos, obedecendo a uma racionalidade diferente da que se institucionalizou como ciência. Essas mesmas discussões remetem à uma visão ampliada de Estado, já que o Estado é quem tem sobretudo possibilitado a institucionalização da ciência como única verdade possível, enquanto possibilidade teórica, legitimamente científica.

Essa relação entre as formas de conhecimentos **instituintes** na totalidade social e por outro lado, a forma de um referencial único como legal

¹⁰ Ver sobre isso - JORNAL DO BRASIL - 7/8/1994, p. 4: segundo a farmacêutica Martha Fioretti setenta por cento dos remédios industrializados modernos têm origem vegetal, reproduzindo em grande escala, os princípios ativos das plantas medicinais, porém a fitoterapia tem virtudes que a indústria sintética ainda não alcançou. O princípio ativo em estado bruto tem melhores resultados que sendo isolados: nos fitoterápicos os princípios ativos são usados com os princípios inativos o que poderá diminuir os efeitos colaterais.

instituído pelo poder político dominante numa determinada sociedade, coloca como nesta sociedade, é tratada a relação entre saber e poder. GRAMSCI (1966, p. 13), explicita essa relação, entendendo o Estado como o "complexo global de atividades práticas e teóricas pelo qual a classe dominante não apenas justifica, mas mantém sua dominação, pois consegue preservar o consenso ativo daqueles que são governados". Assim, o Estado desempenha um papel educativo e formativo, ao transmitir a ideologia dominante, através dos seus instrumentos e estratégias no tecido social, contribuindo decisivamente para a manutenção da hegemonia político-econômica dos grupos dominantes.

O conhecimento disponível a nível de bibliografia sobre as formulações principais deste capítulo, no que tange ao confronto dos sistemas de conhecimento em saúde, é muito recente, do ponto de vista de sua explicitação¹¹. Entretanto, se se parte para analisar o que deixa perceptível numa leitura mais cuidadosa de alguns textos, dos quais alguns deles, procurarei aqui referir-me, ao que considero neste trabalho como confronto de sistemas de conhecimentos em saúde, dominação/tutela e resistência/viabilização começa a ser melhor delineado, configurando-se como tema de relevância para investigações, enquanto contribuição teórica para subsidiar novas abordagens nas práticas de saúde popular. Porque, embora se tenha pouca produção escrita, a nível de indagações, pode-se considerar que alguns grupos vêm se preocupando com esse problema: desponta como indicativo de uma nova demanda desses grupos e movimentos sociais. E se consubstancia a nível abstrato, como uma busca de uma nova possibilidade teórica: uma nova representação do saber em saúde.

O confronto dos sistemas de conhecimentos como se dá e como poderia ser (se se considera que já existe mais de um sistema). O que se percebe é que na maioria das vezes se cria uma barreira muito grande entre os saberes. Não

¹¹ NOVA Org. Saúde e Educação Popular. Cadernos de Educação Popular nº 7. Petrópolis, 1987, 2ª ed. Vozes/Nova. Textos de Joaquim Alberto Cardoso de Melo. ENSP - Rio de Janeiro.

é interesse deste trabalho negar os avanços (quando realmente ocorrem), mas repensar a função social desse confronto, buscar formas de intervenção/aproximação, que venham a ampliar os conhecimentos e enriquecerem-se mutuamente. O saber popular e o saber científico historicamente vem sendo abordado como uma dicotomia ao mesmo tempo opositiva e complementar, na medida em que se atribui ao conhecimento popular ser este esteio do conhecimento científico, que se institucionalizou como ciência.

O senso comum tem sido visto geralmente como uma provisão de modelos de interpretação culturalmente transmitidos e linguisticamente organizados, resultante das relações experienciais do homem com a natureza, onde vai sendo adquirido esquemas de interpretação e padrões de comportamento para dar conta das experiências vivenciadas. Esses padrões de comportamento, são transferidos de geração a geração num processo de reprodução, que institui a identidade de pessoas e de cada grupo humano assim como dos animais. São os chamados **reservatórios de evidências** ou de convicções inabaladas que constituem o horizonte de seu entendimento a respeito das situações concretas da vida. Funcionam esses reservatórios de evidências, como, uma forma de saber original que está na base de qualquer interpretação do cotidiano: ela fundamenta a identidade, familiaridade e solidariedade de "pertencer" ao mesmo mundo (PINTO, 1985).

Considera-se que toda ação do homem na história tem por esteio esse saber que se vai elaborando e sendo transmitido através das gerações consubstanciando-se como o armazenamento do trabalho de elucidação de compreensão da vida, construída e experienciada pelas diversas gerações no processo histórico das formações sociais.

O saber popular enquanto mundo vivido, é o polo aglutinador desse universo de significações experienciadas no cotidiano.

A ciência, enquanto saber científico instituído, não pode ser vista como algo que se contrapõe pura e simplesmente ao saber popular, uma vez que a ciência se origina na problematização do saber popular (das questões da ordem do mundo vivido). O saber popular, através da sua problematização, formula a crítica e esta, depois é sistematizada através do método que é o conhecimento científico instituído.

Portanto, sem a dinâmica do saber popular, trazendo sempre novos elementos de criticidade e indagação do mundo vivido, não há conhecimento científico, uma vez que o saber popular é a fonte de vida significativa dos seres humanos: é o lado instituinte que aponta para uma crítica permanente. A ciência é o saber produzido através da mediação desse debate crítico, passando por um método e sistematização a nível de academias.

A racionalidade não é transposta da ciência para o saber popular, posto que a racionalização do mundo vivido é a explicação e expressão da capacidade de criatividade inerente às interpretações culturalmente transmitidas e linguisticamente organizadas.

O processo de racionalização ocorre na medida em que, uma comunidade humana, grupo social ou classe social, garante sua continuidade enquanto tal, através da reprodução material e cultural (produção dos bens simbólicos); o universo simbólico produzido é transmitido através da mediação das formas de linguagens. Quem expressa uma forma de linguagem, seja ela qual for, levanta pretensões de validade enquanto correspondência da simbolização à algo do mundo objetivo. Assim, estabelecem-se relações com os fatos do mundo objetivo.

Entretanto, há que se considerar a possibilidade de que o conhecimento popular seja visto como uma forma de conhecimento, um saber,

embora que este lide com uma racionalidade que o oriente baseada em outros referenciais diferentes da racionalidade da ciência instituída.

O desafio estar em investigar as diferentes racionalidades em jogo, buscando os pontos convergentes, os pontos divergentes e legitimando-as pelo critério de eficácia e eficiência.

Há que se levantar um ponto inegável nesse confronto que é a falta de acesso ao conhecimento já produzido e em uso por outros segmentos da sociedade, que não é assimilado pelas classes populares, em parte pela forma como esse arsenal de conhecimento é veiculado (nas academias, através da cultura letrada). Assim, se se pensa em formas de aproximação entre as racionalidades que orientam os saberes e as práticas de saúde, necessário se faz que se busquem trocas de conhecimento uma vez que, reconhecer a significação da circularidade dos saberes é reconhecer a característica da criação coletiva do conhecimento. Assim trabalhamos sobre diversos olhares, levando em conta a diversidade de enraizamento social do conhecimento: buscar a pluralidade, a alteridade.

2.2 - Conhecimento e Representações

Tratando-se do conhecimento, há que se fazer uma abordagem sobre um dos componentes desse conhecimento: a representação. Portanto, a conceituação de representação e sua materialidade enquanto componente ativo do saber no âmbito da saúde, precisa ser aqui explicitado.

Representação é um processo intelectual, portanto de construção de idéias; universal, inerente à inteligência humana. Como é um conceito dotado de múltiplos significados, tem a característica de polissemia. Só ocorre nos seres humanos – uma vez que o homem sempre pensa, sempre tem o projeto. Este projeto passa pelo processo de representação. O processo de representação é

coletivo e individual simultaneamente. É inconsciente como a linguagem e inicialmente coletivo na sua construção, mas como processo intelectual cuja materialidade se realiza no comportamento, tem uma expressão também individual.

É transmissível, porque também é linguagem e comportamento na sua base, mas não é estático. Tem conflitos e o choque é no indivíduo (relacionado também com a inserção e a opção de classe social). Trabalha com um arsenal de símbolos de identificação que reforçam a visão de mundo e ordena parâmetros referenciais simbólicos de um mundo desejado, experienciado e imaginado.

"O termo representações sociais¹² designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria constituída para explicá-los, identificando, um vasto campo de estudos psicológicos. A cunhagem desse termo e, portanto, a inauguração do campo devem-se ao psicólogo social francês Serge Moscovici".

(PEREIRA de SÁ, 1993, p. 19).

MOSCOVICI parte da tradição da sociologia do conhecimento (de DURKHEIM "Representações coletivas", 1992 - 1978), utilizando o conceito durkheimiano como primeiro abrigo conceitual para as suas objeções ao individualismo da psicologia social americana.

Na concepção de representação social de MOSCOVICI e contribuições posteriores, a vertente norte-americana peca por não se mostrar "capaz de dar conta das relações informais, cotidianas, da vida humana, em um nível mais propriamente social ou coletivo". Em contrapartida, em uma psicologia social socialmente orientada, ressalta-se tanto os comportamentos individuais enquanto fatos sociais objetivamente concretos quanto singularmente históricos.

¹² Grifos do autor citado.

Estes fatos sociais, aqui entendidos como as instituições e as práticas sociais, entre outros.

MOSCOVICI embora tendo partido do conceito de representação coletiva de DURKHEIM, demarca o seu afastamento desse conceito, argumentando que o mesmo procura dar conta de fenômenos como a religião, os mitos, a ciência, as categorias de espaço e tempo, entre outros, enquanto conhecimentos inerentes à sociedade, e que por suas características (heterogeneidade de formas de conhecimento, estática e entidades explicativas absolutas), não davam conta dos novos fenômenos detectados pela psicologia social nos dias atuais.

As representações sociais enquanto forma de conhecimento acarretam riscos que segundo DENISE JODELET (colaboradora e continuadora dos trabalhos de MOSCOVICI), podem reduzir as representações sociais a um evento intra-individual, onde o social teria uma intervenção secundária. Assim também, por se tratar de uma forma de pensamento social, há o risco deste social diluir-se nos fenômenos culturais ou ideológicos. No entanto, há que se correr esses riscos.

Para MOSCOVICI apud PEREIRA de SÁ (1993, p. 26), os conjuntos de conceitos, afirmações e explicações que se constituem nas representações sociais, devem ser consideradas como verdadeiras teorias do senso comum, "pelas quais se procede à interpretação e mesmo à construção das realidades sociais". A mobilização das representações sociais ocorre em todas as ocasiões e lugares onde as pessoas se encontram informalmente e se comunicam, na vida cotidiana por excelência, uma vez que faz parte da vida em sociedade.

As representações sociais, tratam de questões que têm uma relevância imediata para a vida das pessoas "ou têm uma atualidade tal que lhes seja socialmente importante 'estar por dentro'" (PEREIRA de SÁ, 1993, p. 26- 7).

Os grupos ou segmentos socioculturais, em suas representações sociais, lidam com a **informação** sobre um dado assunto ou conhecimento, objeto de suas representações, organizam um **campo de representação** desse conhecimento e delineiam uma **atitude** ou orientação global em relação ao objeto de representação (a atitude vai ser assim, favorável ou desfavorável).

No universo de significações expresso na fala dos moradores do Bom Jesus, fica claro que o conhecimento em saúde, principalmente o uso da fitoterapia, consubstancia-se como uma representação social, que tem seu processo de gênese e (re)criação no seu "poder convencional e prescrito sobre a realidade, terminam por constituir o pensamento em um verdadeiro **ambiente**¹³ onde se desenvolve a vida cotidiana" (Moscovici apud PERREIRA de SÁ, 1993, p. 26). Os moradores do Bom Jesus, ao responderem afirmativamente que fazem uso da fitoterapia e outras formas de práticas populares em saúde, já incluem na resposta quais as plantas que usam, como as usam para que e qual seu significado.

"Os chás que eu uso são para gripe, febre (hortelã, eucalipto com sabugueiro). Os lambedores são misturados: romã, ameixa, papaconha e mastruz (romã para inflamação, papaconha para o corpo, matrúz para inflamação e para gripe e catarro)."
(Maria das Graças, 24 anos, 6ª série. Moradora da área da capoeira).

Representar algo, não é apenas duplicá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo. É também reconstruí-lo, estabelecendo uma comunicação entre o conceito que se tem sobre o assunto e a percepção adquirida. Esse processo se dá na própria existência cotidiana.

"O conceito de Representação Social designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados. Mais amplamente, designa uma forma de pensamento social."

¹³ Grifos do autor citado.

As Representações Sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal. Enquanto tais, elas apresentam características específicas no plano da organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica.

A marcação social dos conteúdos ou dos processos de representação refere-se às condições e aos contextos nos quais emergem as representações, às comunicações pelas quais elas circulam, às funções que elas servem na interação com o mundo e com os outros".

(Jodelet apud PEREIRA de SÁ, 1993, p. 32).

As representações sociais enquanto modalidades de pensamento prático que orientam a compreensão e o domínio do meio social na construção dos bens materiais e simbólicos no cotidiano dos moradores de Bom Jesus, no que tange ao referencial de saúde, será nosso objeto de investigação no próximo item.

2.2.1 - Manifestações/Expressões do Conhecimento Popular em Saúde: onde as Representações Sociais do Processo Saúde/Doença, apontam para uma Nova Representação do Saber em Saúde.

Os moradores do Bom Jesus ao expressarem sobre os usos, os costumes e os significados que emprestam à saúde e seu cuidado na experiência cotidiana, deixam antever um rico cenário de significações que se manifestam através dos recursos terapêuticos empregados.

2.2.1.1 - A relação com a Natureza e as Plantas Medicinais

As plantas medicinais nativas do solo brasileiro, embora venham passando por um processo de extinção de algumas espécies desde o descobrimento do Brasil, ainda são consideradas de grande variedade e análoga capacidade terapêutica. Há também que se considerar que algumas plantas vieram para o Brasil trazidas de outros países e que com o passar dos tempos, adaptaram-se ao solo brasileiro, fazendo parte também da farmacopéia tradicional brasileira.

As plantas medicinais brasileiras muitas vezes recebem denominações diferentes, variando de estado para estado ou de região. As mudanças estão em geral relacionadas com a utilização terapêutica (que também muda em algumas regiões). Mudam por outro lado, as denominações das plantas, de acordo com o nome que lhe é atribuído, pela forma que se convencionou chamá-la em uma determinada região. Este nome está relacionado com a aplicação terapêutica ou pelo lugar onde estas são encontradas em sua forma nativa.

A nomenclatura popular das plantas também é atribuída de acordo com a forma e outras características da planta (formas das folhas, flores, raiz; se são amargas, cheirosas ou não). Essa nomenclatura traduz-se por um rico acervo de símbolos e significações, e, pesquisar essa variedade de nomes e significados é uma forma de contribuir para a preservação dos valores do grupo, funcionando também como "chaves" de compreensão desses valores. Assim, a planta denominada de "carrapicho de cigano" é chamada com esse nome porque associa-se que elas são conduzidas pelos que "andam muito nos tabuleiros como os ciganos". Esta planta cresce mais no sentido horizontal, em forma de arbusto rasteiro e tem nas extremidades dos galhos uma espécie de fruto (carrapicho) que prende-se nas pernas, nas roupas de quem anda por onde existe essa planta em sua forma nativa.

Há também uma forma peculiar de representação social que vincula as características comportamentais, éticas e morais às características das plantas: um sobrinho ao falar da capacidade de solidariedade de sua tia disse – "Titia é como a oiticica: dá abrigo a todos".

Na relação com a natureza, as práticas e o saber popular em saúde pautam-se por uma ritualidade de cura vinculadas aos fenômenos naturais, tais como: as fases lunares, as diferentes horas do dia ou da noite, as estações do ano, entre outros (ROCHA, 1985, p. 48).

Tabela 3: Distribuição percentual da valorização da natureza e família na existência humana.

HÁ INFLUÊNCIA DA NATUREZA E/OU DA FAMÍLIA NA SAÚDE?	Nº	%
Sim. A natureza e família são importantes. Itens abordados sobre a natureza: - Pureza do ar; - Plantas medicinais (natureza); - Água pura.	08	80
A natureza é importante, mas não sabe explicar porquê. A família é importante em muitas coisas, em tudo ela é importante. Itens abordados sobre a família: - A base de tudo; - Paz, sossego.	02	20
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro de Bom Jesus

2.2.1.2 - As Várias Formas de Morbosidade

A percepção da doença pelas classes populares, se expressa nas explicações sobre as doenças e as formas de tratá-las. Uma dessas expressões mais significativas é categoria de morbosidade, que em algumas regiões do Brasil é chamado de **reima** ou **reimoso**. No Bom Jesus e em todo o estado do RN é chamado de **carregado**. No saber popular em saúde, a doença pode está relacionada com o funcionamento de forma desequilibrada de determinadas funções do organismo, por exemplo, a circulação sanguínea pode ficar com muitas impurezas "sangue sujo", daí a necessidade de se usar remédios naturais que sejam depurativos para limpar o sangue. Essa contaminação do sangue é provocada pelas substâncias (produzidas pelo organismo) ou alimentos que tem reima (carregados). Assim quando o sangue fica contaminado, pelas substâncias carregadas, o organismo terá que se empenhar em trabalhar dobrado para eliminar a morbosidade. Quando esse processo ocorre, aparecem sintomas como forma de sinal de alerta do corpo sobre as suas condições de desequilíbrio – instalação da doença.

Os alimentos são muito importantes para definir esses quadros de morbosidade ou equilíbrio. Assim o alimento carregado (ou reimoso) é aquele que "faz mal para o sangue" por ação dele mesmo, ou que venha a potencializar no organismo a capacidade de produção de substâncias tóxicas ou "rebentar" uma ferida ou infecção. A capacidade do alimento carregado de "engrossar o sangue", pode ter também outro tipo de desdobramento no processo saúde/doença: a medida que "agita o sangue" pode também ajudar a colocar a reima para fora, ou seja, provocar a exacerbação da morbosidade a um ponto que venha a contribuir para que ocorra a sua cura pela eliminação da morbosidade que é posta para fora. Percebe-se aqui a dupla capacidade das substâncias reimosas: por um lado estimulam o mecanismo de aumento do aporte tóxico no organismo (causando a febre interna) e desencadeando o processo de eliminação das substâncias morbosas do meio interno. Por outro lado, estimulam a capacidade reativa orgânica e vai também desencadear outro processo de eliminação.

O alimento e o corpo fundem-se numa simbiose, onde o corpo se constitui daquilo que foi alimentado e digeriu até seus níveis microcelulares (ROCHA, 1985, p. 49-51). Essa concepção alimento e corpo como uma mesma unidade é característica da concepção oriental sistematizadas na macrobiótica (visão maior da vida ou visão da longa vida), onde há toda uma forma de orientar e ordenar o comportamento humano sob duas forças energéticas ordenadoras do universo: o Yin e o Yang. Na macrobiótica acredita-se que a pessoa é o resultado daquilo que ela se alimenta. Esta afirmação baseia-se no princípio vitalista do equilíbrio dos meridianos energéticos do corpo em consonância com a cosmologia do Yin e Yang.

Tabela 4: Distribuição percentual da representação social da população sobre a ocorrência das epidemias e doenças graves.

POR QUE OCORREM AS EPIDEMIAS E DOENÇAS GRAVES?	Nº	%
Não sabe.	01	10
"Todo ano aparecem doenças para passar na TV e no rádio"	01	10
É mais os tempos, clima ("a quintura"), água poluída, sujeira, água quente e poeira.	02	20
Acha que as doenças vem na maioria das vezes dos "aperreios".	01	10
Quando as pessoas adoecem e não cuidam, complica muito a situação.	01	10
As comidas que ofendem (quando) "fazem artes".	01	10
"Porque tem de pegar" a doença veio mandada por Deus.	02	20
"A Bíblia diz que no final dos tempos vão aparecer muitas doenças."	01	10
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro de Bom Jesus

Outro aspecto da morbosidade é a doença provocada pelo desequilíbrio energético/místico. Um exemplo dessa característica de morbosidade é o quebranto ou mau-olhado.

Tabela 5: Distribuição percentual da crença nas práticas manipuladas pelas rezadeiras.

VOCÊ ACREDITA EM ESPINHELA CAÍDA, QUEBRANTO, MAU-OLHADO?	Nº	%
Acredita. Contou casos. Já levou os filhos para rezar e/ou já foi rezada ela própria.	06	60
Não acredita, mas a sogra acredita e leva os filhos para rezar.	01	10
Não acredita.	03	30
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro de Bom Jesus

2.2.1.3 - Resguardo

Os moradores do Bom Jesus, respondendo sobre as diferenças e semelhanças entre os remédios por eles utilizados para curar e para prevenir doenças, suas respostas constataram que há uma certa dificuldade de separação entre os remédios para curar e os remédios para prevenir doenças. Essa constatação vem a confirmar a visão do processo saúde/doença não estanque, sem a separação corpo/natureza, e com fortes referências a concepção vitalista. **Remédios para prevenir foram:** evitar "fazer artes" (exposição excessiva ao sol, não pisar descalço na terra quente, não pegar em água quente), evitar comidas carregadas, dormir bem, não passar sono, cuidados de higiene, alimentar-se bem e não ter preocupações (não passar aperreio). **Os remédios para curar:** cuidados de higiene, dormir bem (repouso), não ter preocupação (paz de espírito) e os remédios específicos para a sintomatologia (as plantas, as rezas e/ou os remédios do médico).

"A doença que se recolhe, que não sai, mata. Também a emoção recalcada, a raiva contida, a frustração faz-se doença, do mesmo modo como é a comida reimosa uma vez ingerida. Expressa bem esta semelhança a forma popular de referir-se à contenção reativa, dizendo que 'se tem que engolir calado' o que foi desaforo, ameaça ou agressão: um 'aperreio'..."

(ROCHA, 1995, p. 54).

Há também uma articulação maior entre corpo e mente nas práticas populares que atribuem muitos problemas às "perturbações da mente". Constatamos que em sua maioria, estas perturbações estão relacionadas com as condições de vida e trabalho características da classe social à qual pertencem hegemonicamente os moradores do Bom Jesus.

Tabela 6: Distribuição e hierarquização de práticas preventivas e curativas.

HÁ DIFERENÇA ENTRE OS REMÉDIOS PARA CURAR E OS PARA PREVENIR (NOS REMÉDIOS CASEIROS)?	Nº	%
Não acredita nesses remédios.	01	10
Faz a separação - cuidados com os que estão doentes (evitar artes, sol, água quente e cuidados com a comida); comidas carregadas e separação dos objetos de quem está doente; cuidado com a higiene também.	04	40
Não sabe.	05	50
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro de Bom Jesus

Há duas formas de resguardo (resguardar-se) nas práticas populares de saúde. A primeira refere-se ao resguardo físico, o repouso quando alguém sente-se doente. A segunda é uma ampliação da primeira, isto é, além do repouso físico, faz-se também um resguardo de alguns alimentos (obedece a uma dieta). ROCHA (1985, p. 63) considera que talvez estas formas de resguardo tenham sido geradas a partir da observação do homem pela natureza, uma vez que os animais quando se encontram doentes, recolhem-se em repouso e passam a jejuar, até recuperarem-se.

Quando os moradores do Bom Jesus referem-se a "não fazer artes" para manter a saúde (forma de prevenção de doenças) e para recuperá-la (forma curativa), aludem também às formas de resguardo. A concepção de resguardo para eles é parte da terapêutica de cura e conduta de prevenção.

2.2.1.4 - A Água

A água é um dos elementos da natureza mais utilizados nas práticas populares de saúde. Tem atuação dupla assim como forma de veículo do remédio (chá, compressas e fricções) ou como o próprio remédio em si mesmo

(banhos e purificações). Por ser veículo do remédio e o remédio em si, algumas vezes tem atuação de diminuir a dor e combater as morbosidades mas também promove a limpeza – a purificação (elemento mágico) – e contribui para restabelecer o equilíbrio emocional. É o que ocorre por exemplo, nos casos dos tratamentos que envolvem o uso de lambedores ou águas serenadas¹⁴ com raízes tomadas em jejum, devendo-se depois tomar banho.

Na teoria humoral utilizada por Hipócrates (PAIXÃO, 1979) a saúde é o equilíbrio dos humores: sangue, linfa, bile branca e bile negra. O desequilíbrio entre os humores é a doença. As causas desse desequilíbrio podem ser: o ar viciado, o trabalho excessivo, as emoções, as bruscas alterações da temperatura.

Na prática terapêutica hipocrática, o princípio fundamental era não contrariar a natureza, mas ao contrário, auxiliá-la a reagir. Utiliza na sua terapêutica massagens, banhos e ginástica e determinava dieta para diferentes casos. Utilizava sangria, ventosas, vomitórios, clisteres e purgativos. Considerava a influência do clima, dos ventos, do ar, e das estações do ano, na saúde das pessoas. Remetendo-nos à classificação de OLIVEIRA (1985), explicitada no primeiro capítulo deste trabalho, constata-se elementos de práticas oficiais médicas de épocas anteriores, nas práticas populares de saúde, embora, não se restrinjam estas práticas, apenas a essa repetição deslocada da historicidade correspondente, o que já foi também discutido anteriormente.

2.2.1.5 - A Fé

A fé é um elemento que perpassa todas as práticas populares de saúde, sendo comum também, a muitas outras práticas populares. Para além da

¹⁴ Água Serenada – Quando a água é posta em local a céu aberto para receber o sereno da noite. Geralmente é composta pela maceração de algumas substâncias (alho pisado no pilão ou moído e coado, raízes, sementes e/ou outros), acrescidas de água.

concentração equivocada das elites e ciência institucionalizada, que atribuem à fé todo tipo de superstição, credice e fatalismo enquanto expressão popular, a fé dá conta de uma dimensão vivenciada no cotidiano dos grupos e classes populares, com vários aspectos e manifestações diversas (ROCHA, 1985).

Em primeiro lugar, devemos considerar que a fé não é apenas sugestão, uma vez que a escolha de tal planta para determinado uso não é uma opção alternativa.

"Será a fé, necessariamente, uma questão de crença em Deus ou em doutrinas religiosas? Estará a fé, por força, em contraste com a razão e o pensamento racional, ou divorciada dele? Mesmo para começar a entender o problema da fé, deve-se diferenciar entre a fé racional e a irracional. Por fé irracional compreendo a crença (numa pessoa ou numa idéia) baseada na submissão à autoridade irracional, em contraposição, a fé racional é uma convicção enraizada na própria experiência que se tem de pensamento ou sentimento. A fé racional não é primordialmente a crença em algo, mas a qualidade de certeza e firmeza que nossas convicções possuem".

(FROMM, 1979, p. 157).

A fé no universo das práticas populares de saúde, reveste-se de uma segurança, por conhecimento da ação das substâncias utilizadas, posto que os usuários têm intimidade muito grande com estas substâncias: sabem a quantidade a ser utilizada para produzir determinado efeito, sabem orientar sobre os cuidados para não confundir substâncias semelhantes embora de diferente ação (tóxicas e medicinais). Têm eficácia e eficiência na ação terapêutica de forma concreta.

Segundo, porque a fé não trabalha com elementos totalmente irracionais, mas estes, não são totalmente racionais: é baseada na observação e comprovação experienciada no cotidiano, transmitida e inovada com outros componentes. A segurança que dá a investidura do poder da fé, banha-se na intuição que procura inovações, re-criações da tradição¹⁵.

¹⁵ Embora a fé aqui não esteja sendo atribuída a um profissional de saúde das práticas populares (rezador, erveiro) vale registrar a contribuição de LOYOLA (1984, p. 41) ao tratar sobre o "dom" dos raizeiros,

Os moradores do Bom Jesus referem-se à fé sob esses dois aspectos supracitados, por vezes em oposição, por vezes em associação, muito embora, na análise final, constata-se que a fé tem uma dimensão concreta pela confiança e segurança nas experiências. Por outro lado, demonstram uma necessidade de atribuir um componente religioso (Re-ligare) nas formas de vivenciar as experiências, de buscar o sagrado, restabelecendo-se o equilíbrio que havia sido quebrado anteriormente pela doença.

Tabela 7: Distribuição percentual da percepção religiosa nas práticas.

DE ONDE VEM A CURA?	Nº	%
Vem só do remédio.	02	20
Primeiro de Deus, depois do remédio.	02	20
Vem primeiro do remédio e a fé.	04	40
Da fé em Deus	02	20
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro de Bom Jesus

Tabela 8: Distribuição percentual do valor atribuído ao investido para curar.

AS PESSOAS QUE CURAM SÃO DIFERENTES (DAS DEMAIS)?	Nº	%
Não.	06	60
Sim. Pela inteligência e pelo estudo.	02	20
Não são diferentes. Não tem ninguém mais do que o outro: "na natureza e nas carnes somos todos iguais".	02	20
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro de Bom Jesus

onde o seu conhecimento sobre as plantas é resultado deste dom, associado à intervenção de forças sobrenaturais. A intervenção desses elementos sobrenaturais confere legitimidade ao trabalho do erveiro e também confere uma especialidade e eficácia aos produtos que este profissional vende: assim o poder curativo dos produtos vendidos estaria ligado diretamente a sua força sobrenatural. Dentro dessa lógica do sobrenatural, os erveiros ao indicarem os remédios (receitas) incluem também recomendações místicas para completar e reforçar a ação e a eficácia dos remédios.

2.3 - O Saber e o Fazer em Saúde

2.3.1 - Os Agentes Populares de Saúde e suas Especialidades no Bairro Bom Jesus

As rezadeiras

Dona Maria Justina da Conceição, conhecida como Maria Trindade, tem 73 anos. É analfabeta, viúva, dona de casa e rezadeira. Já foi agricultora. Mora com sua neta há mais ou menos sete anos, na entrada do Bom Jesus, ao lado da pista.

Aprendeu a rezar com a sogra, os tios e o avô; e a sabedoria do manuseio das plantas, aprendeu com o povo mais velho. "Aprendi a primeira coisa com minha sogra, ela foi rezar prá menino de vento caído, ela disse: – Comadre Maria eu vou lhe ensinar porque eu posso não aturar muito tempo, que é prá quando você tiver curando um menino lembrar de mim. Depois aprendi com minhas tias, com meus tios e meu avô, que foi quem me ensinou a rezar a reza prá costurado, prá negócio de desmentido. Ele disse assim: – Olhe minha filha, eu já estou muito velho, vou lhe ensinar que é prá quando chegar uma pessoa com o braço desmentido, uma mão, aí você costura."

A maioria das pessoas que a procuram são mães que trazem os filhos para rezar em quebranto, mau-olhado e vento caído. Quando são os adultos que precisam de ajuda, geralmente é pra "desmintidura", e ela reza: – "Que caso? carne tirada, osso rendido, nervo torto; com o poder de Deus e São Frutuoso, um ou outro, tudo eu coso."

Dona Maria define o vento caído como sendo um "camaleãozinho alto na barriga do menino" quando se coloca a criança de papo para cima e fica um vergão na barriga. A reza para vento caído é a mesma para mau-olhado e

quebranto, e diz assim: "Deus quando andou no mundo três mal ele curou, quebranto, olhado e vento caído levantou". Depois coloca a criança com os pés para cima e encosta-os na soleira da porta de dentro. Essa oração é rezada três vezes, durante três dias seguidos.

Segundo ELIADE (1988, p.36) todos os atos religiosos foram inaugurados pelos deuses, heróis ou antepassados míticos. "*Devemos fazer o que os deuses fizeram ao princípio*" (*Çatapatha Brâhmana*, VII, 2, 1, 4). "*Assim fizeram os deuses, assim fazem os homens*" (*Taittiriya Brâhmana*, I, 5, 9, 4). Assim, para ELIADE (1988, p.39) o mito cosmogônico serve de modelo exemplar para qualquer cerimônia que invoque a restauração da plenitude integral e é por isso que se recebe o mito da Criação do Mundo sempre que se trata de curas, fecundidade, partos, trabalhos agrícolas, entre outros.

Assim como todos os atos religiosos foram inaugurados pelos deuses, heróis ou antepassados míticos, a ritualização de algumas práticas populares de saúde, guardam essa relação com uma volta ao sagrado, numa repetição de transmissão oral do rito e com a interpretação e sensibilidade de quem as praticam.

A rezadeira Maria Trindade trabalha com as plantas medicinais. Ela faz também lambedores para gripe, garganta e inflamação. Os ingredientes ela encontra na própria comunidade, são o mussambê, a vassourinha, corama, mastruz, malva, chanana. Para ela não há segredos no preparo, nem nas rezas. "Aparece remédio para as pessoas na natureza, às vezes a gente vê um pé de pau e não sabe e depois descobre que aquela planta cura."

Dos treze filhos que teve, somente oito se criaram, todos curados com remédios do mato e seguindo as orientações dos mais velhos, que hoje dona Maria repete: – "Fruta quente é veneno para gripe e comida misturada dá congestão. As pessoas adoecem muito porque são teimosas, e faz muita arte, se

não fosse, evitava a doença. Antigamente os cuidados com a saúde era de muita importância".

E ela ensina as receitas que sabe: para garganta cozinha chanana, coa e dá o chá; para gripe é batata de purga, mussambê, flor de mufumbo. Dentição de criança é "sossegada" com a goma da batata de purga no leite ou no chá e para espremedeira (cólica sem evacuar) parte o talo do jerimum caboclo em cruz, guarda 3/4 e faz o chá da quarta parte. Para "puxado", ela faz chá do cupim: cozinha com água e coa, coloca açúcar e apura o mel. Deve ser tomado todos os dias de manhã em jejum.

Dona Maria acredita que as pessoas adoecem porque Deus assim quis e que Ele mostra o remédio para ficar bom. "Deus e Nossa Senhora orienta os que estudam para que apareça remédio que cure as doenças que aparece". Em relação as doenças que ainda não tem cura comprovada, como a AIDS, ela diz que significa o final dos tempos: "Não diz que no fim das eras ia aparecer coisas que a gente nem sabia decifrar nada!? Pois é, aí tá chegando esse tempo"...

Com a ajuda de dois santos: Padre Cícero e São Francisco do Canindé, a rezadeira faz suas curas, dizendo que "se pega com eles em todos os problemas". Na verdade, Dona Maria acha que quem realmente cura é Deus, a fé nele. Os remédios às vezes só ajudam. "Quem dá aquele tino da gente fazer uma coisa dessa é Deus. A fé é quem cura." "Aprender a rezar qualquer pessoa pode, basta se interessar e ter prazer em fazer o bem". Essa recomendação ela recebeu do seu avô que disse: – "Minha filha, a gente deve fazer o bem para merecer o bem. Faz o bem a quem precisa."

Agora ela dá continuidade a tradição. Já ensinava a sua neta de oito anos. A menina afirma que vai continuar fazendo as curas no lugar de sua avó.

Para Dona Maria Justina, rezadeira de Bom Jesus, a compensação está na alegria de poder ajudar: "Parece que quando eu rezo num menino, que às vezes eu pergunto as mães, e eles ficam bom, parece que aquilo me alivia tanto! Eu fico tão aliviada, tão manera. É só o que eu sinto!"

Aos 79 anos (junho 93), Dona Cecília Luíza da Silva se acha muito velha. Viúva e analfabeta mora com uma filha que tem a mesma idade de sua presença na comunidade de Bom Jesus, 34 anos.

Quando era moça, fazia "limpa de enxada" e hoje, reza para olhado, quebranto, vento caído, mordida de aranha e para a enfermidade que ela chama de "cor vermelha" (pipoca roxa), e define: "Nasce um caroço, uma ferida, uma coisa, fica vermelho, bem inchado, aí eu rezo e se acaba, aquela inchação fica boa".

Aprendeu a rezar quando tinha mais ou menos quarenta e cinco anos com uma tia velha que morava em Upanema, no sítio Atoleiro e que morreu pouco tempo depois de ter lhe ensinado: "Eu achava bonito ela rezando, eu queria aprender."

Dona Cecília começou a rezar ainda em Upanema, depois mudou-se para Bom Jesus, e mesmo assim ainda vieram várias pessoas de Upanema para ela rezar de mordida de aranha.

Ela fala do prazer de rezar e diz: "As pessoas ficavam boa e eu acho bom. Quando vem rezar aqui um bichinho, que ele vem bem doentinho, que fica bom, eu acho bom, fico feliz".

Além de fazer orações para cura, Dona Cecília reza todos os dias pela manhã e à noite para ela e a família e faz também, uso do chá e do lambedor.

Sua filha que é costureira, não quis aprender o ofício da mãe e diz: – "Gosto de rezar, mas não dei para fazer isso. Cada qual tem sua vocação.

Eu gosto, rezo sempre quando deito e levanto. Sou católica. Mas aprender a curar eu não aprendi, eu não senti essa vontade de fazer isso."

Os aprendizes da rezadeira ficaram em Upanema, desde então ela não ensina para ninguém: "Na comunidade ninguém se interessou, outros não acreditam, tem gente que diz que não vale nada. Parece que o pessoal filho daqui (Bom Jesus) não se interessa".

Para Dona Cecília, as rezadeiras são pessoas diferentes das outras, porque gostam de fazer o bem, de ajudar, fazer um favor as outras pessoas. Foi assim que aprendeu com sua tia que orientava para que ela sempre desse bons conselhos e quando aparecesse "pessoas erradas ela nunca fizesse o mal".

Mulher que acredita no poder das plantas, Dona Cecília não gosta de desmatamentos, nem acredita que as doenças sejam justas. "Uma doença que não tem cura não pode ser justa não". Ela reclama também que o povo fica doente porque não tem o que comer e que isso gera perturbações e doenças mentais. "As pessoas ficam doentes da cabeça porque pegam a pensar, que são pobrezinhos demais, não tem o que comer todo dia, já tem umas crianças passando fome, aí ficam perturbados".

Para melhorar as condições de vida e saúde da comunidade, ela opina dizendo: – "Precisa de muita coisa. O povo fica doente é de fraco, não tem serviço para trabalhar, não tem nada disso. O que é necessário é trabalho, comida, remédio prá saúde".

Na comunidade Bom Jesus, mora Dona Dalvina Alves de Souza, 49 anos (vai fazer 50 anos em agosto de 93), costureira e rezadeira.

Reside no centro do bairro há 11 anos com o marido e os filhos já adultos, mas nasceu em Nazarezinho na Paraíba. Fez até o 5º ano primário e sempre trabalhou em casa, mesmo que hoje não possa mais costurar por problemas na vista e na coluna.

O ofício de rezadeira e os remédios que ela mesma prepara, aprendeu com a avó, um homem (conhecido) e com os conselhos dos mais velhos, que diz nunca ter deixado de escutar.

Dalvina conta que no ano de 1975, acordou um dia no meio da noite, das doze para uma da madrugada, com um homem (vizinho conhecido da família), lhe pedindo acolhida. Ela deu-lhe comida e abrigo por aquela noite, em sua casa.

Ao se despedir, o homem agradeceu e perguntou-lhe o que queria como pagamento, ela disse que não queria nada, mas ele perguntou-lhe se queria aprender uma oração e ela respondeu que se fosse para ajudar, fazer o bem, aceitava.

Então ele ensinou a Dona Dalvina a oração e copiou-a para ela. Com esta oração Dalvina curou o próprio marido de uma dor no umbigo que nenhum médico tinha dado jeito. Ela colocou o dedo no umbigo do marido e rezou. Ele está curado até hoje.

Para todos que a procuram, filhos, netos, vizinhos, ela passa a sabedoria que aprendeu. Não guarda segredos de seus conhecimentos porque não tem ambição em reza ou remédios: "O verdadeiro segredo da reza é a fé de quem vai rezar e de quem procura a reza. Vem a cura do coração da gente."

Mas logo depois ela faz uma revelação que só pode transmitir todas as suas orações quando estiver velhinha e não puder mais rezar, porque senão a força da oração fica fraca e não serve mais para curar, assim ensinou sua avó, que também era rezadeira. Ela diz também que seguindo a tradição do homem que a ensinou, só poderá passar suas orações para homens, nunca para mulheres.

E Dona Dalvina vai ensinando: o sumo da Malva, o melador (lambedor) da raiz da pepaconda é para gripe; "chiado no peito" de fumante se

cura com melador de Jatobá (casca amassada e cozida com açúcar); para dor de dente, reza até o dente ficar preto e se quebrar sem mais doer; e diz que na hora de alguma dor, se reza para a cura, mas só da quinta para a sexta, de madrugada, é que se reza para que aquela doença não volte mais.

A forma como a rezadeira cura cólica de criança é a seguinte: leva para a biqueira (calha d'água) da casa, onde cai o pingo d'água e lá emborca a criança, o umbigo deve ficar igual ao local da marca do pingo d'água na terra. Então faz a oração ao colocar um prego caibá (grande) no local do pingo da água na terra, dá três pancadas enterrando o prego e diz três vezes: "Basta que tu nasça um dia quando este umbigo crescer." o prego não deve ser desenterrado para que a dor não volte.

A repetição do rito descrito pela rezadeira Dalvina, traz em seu interior, elementos de aproximação com a descrição de ELIADE (1988) sobre a repetição da cosmogonia, quando trata da importância do Centro do Mundo, que para ele, é a zona do sagrado por excelência. Toda criação repete o ato cosmogônico da criação do mundo: assim tudo aquilo que é fundado, criado, é feito inicialmente num Centro do Mundo, porque a criação foi feita a partir de um centro.

*"Na Índia, 'antes de colocar a primeira pedra ... o astrólogo indica o ponto dos alicerces que está sobre a serpente que sustenta o mundo. O mestre-de-obras corta uma estaca do tronco de uma árvore **Khadira** e enterra-a no chão com uma noz de coco, precisamente no sítio indicado, para fixar a cabeça da serpente'. Coloca-se uma pedra de base (**padmacilâ**) sobre a estaca. A pedra angular fica, portanto, precisamente no 'Centro do Mundo'. Mas o acto de fundação repete simultaneamente o acto cosmogónico, porque 'fixar', enterrar a estaca na cabeça da serpente, é imitar o gesto primordial de Soma (Rig-Veda, II, 12, 1) ou de Indra, quando este último 'ataca a serpente no seu ninho' (Rig-Veda, IV, 17, 9), quando o raio lhe 'cortou a cabeça' (Rig-Veda, I, 52, 10). A serpente simboliza o caos, o amorfismo não manifestado.*

(ELIADE, 1988, p. 33-4).

Ao considerarmos a doença como esse caos, esse amorfismo não manifestado, e, a ritualização da cura como um ato de criação que se repete cada vez que se pratica, repetindo a sacralidade da transformação do caos/trevas em luz, constatamos a dimensão do sagrado que comporta essa prática de saúde.

Para Dona Dalvina não é todo mundo que sabe fazer cura, que sabe rezar. "Para rezar tem que primeiro pensar em Deus, nas coisas boas, para poder Deus ajudar, dar força". As melhores horas para rezar são quando o sol nasce e quando o sol se põe. "Gosto de rezar de madrugada, quando as pessoas estão dormindo em bons pensamentos".

Ela acrescenta que crê e tem muito respeito e carinho pelas plantas. Na sua casa se dá mais valor à medicina do mato, as cascas, as plantas e que inclusive chega a conversar com elas e pede: cinco olhos ou cinco folhas como as cinco chagas de Nosso Senhor Jesus Cristo, para curar aquela pessoa. "Tem que se pegar primeiro com Deus, Deus tem que estar em tudo. A ajuda dele é muito importante. A pessoa que me ensinou disse que eu devia ter devoção por três santos: Santo Amâncio, Nosso Senhor do Bonfim e Nossa Senhora do Desterro. São os três pontos da minha força, das minhas orações."

Para ELIADE (1988, p.45) o valor mágico e farmacêutico de certas ervas *"deve-se também a um protótipo celeste da planta, ou ao fato de ela ter sido colhida pela primeira vez por um Deus"*. Vale ressaltar que nesta concepção, nenhuma planta é milagrosa por si mesma, mas apenas pela sua participação num arquétipo ou pela repetição de gestos e palavras que isolam a planta do espaço profano e a consagram.

É interessante aqui relacionar a ritualização descrita pela rezadeira Dalvina e o resgate das formas de colheita de plantas descrito por ELIADE:

*"Assim, duas fórmulas mágicas anglo-saxónicas do século XVI, que se costumava pronunciar para a colheita dos simples, explicam a origem da sua virtude terapêutica: elas cresceram pela primeira vez (isto é **ab origine**) no monte sagrado do Calvário: 'salve, erva santa, que cresces sobre a terra, tu que apareceste primeiro no monte Calvário, tu curas todas as feridas; em nome do Bom Jesus, eu te colho' (1584). 'Tu és santa, Verbena, tu que cresces sobre a terra, pois foste encontrada primeiro no monte do Calvário. Tu curaste o nosso Redentor Jesus Cristo e fechaste as suas feridas; em nome do Pai, do Filho e do Espírito Santo, eu te colho'.*

(ELIADE, 1988, p.45)

Portanto, a eficácia dessas ervas está ligada ao fato de terem sido *"descobertas num momento cósmico decisivo (naquele tempo) no monte Calvário"* e sua consagração reside no fato de terem curado as feridas do Redentor.

"A sua eficácia 'so é válida pelo facto de aquele que as colhe repetir o gesto primordial da cura. É por isso que uma antiga fórmula mágica diz 'vamos colher plantas para as aplicar nas chagas do Salvador'."

(ELIADE, 1988, p.45)

Há que se registrar a semelhança das palavras repetidas pela rezadeira e as dos rituais citados por ELIADE: onde começa a intuição e sensibilidade dos praticantes e onde termina a conservação de resquícios da tradição oral?

Em relação ao mau-olhado, a espinhela caída, ela acredita que existam sim, mas não sabe rezar para isso. Lembra que desde criança ouvia as pessoas falarem que espinhela caída era quando caía a campainha (campainha caída) e a pessoa ficava rouca, então se rezava na porteira do curral. Sabe também que se fazia um purgante de doce de batata de purga, que era pra ficar resguardado sem ver sol ou folha verde, e tomava-se também sopa sem tempero nem sal.

Na sua comunidade, Dalvina acredita que para melhorar a saúde da população é preciso que venham vacinas no tempo certo e que se faça o

saneamento básico. "O rio Mossoró aqui eles usam para lavar roupas, compram água de uma pipa que vende". A água vem de poços artesianos (usa-se a água para beber e cozinhar) e é vendida ao litro.

Dona Dalvina acredita que tudo que a gente passa na vida, foi Deus que deixou e que com o tempo as doenças vão se acabar, porque muitas outras que já foram graves acabaram.

Há que se ressaltar aqui a característica de retorno, de (re)ligação com o sagrado nas práticas populares de saúde. A partir do que foi relatado pelas rezadeiras percebe-se que essa dimensão do sagrado ocorre de forma ritualística e obedecendo os mesmo passos. Neste momento da discussão, gostaríamos de levantar algumas indagações sobre as práticas de saúde formais, tais como:

– A perspectiva atual de busca de novos paradigmas na saúde leva em consideração a importância que a população confere a essa dimensão do sagrado, nos seus processos de saúde/doença?

– Não seria essa dimensão um elemento norteador para (re)humanização das práticas de saúde, no sentido em que, possibilita a autonomia relativa do usuário dos serviços de saúde, contribui na sua transformação para conquistar um papel ativo no processo?

As agentes de Saúde Comunitárias

Astrogilda Duarte Bezerra (Gilda) e Rosimeire Bezerra da Silva (Meire), são agentes comunitárias de saúde. Elas têm 27 e 23 anos, respectivamente, e moram no bairro Bom Jesus em Mossoró.

Gilda tem o 2º grau completo, feito no Colégio Estadual Jerônimo Rosado de Mossoró e Meire fez até a 6ª série no Colégio Castro Alves, no bairro onde mora. A escolha das duas agentes foi feita sob concurso, os únicos requisitos

para a função era saber ler e escrever e que o candidato fosse residente do bairro de Bom Jesus, porque os agentes precisam ter um convívio direto com a população para se inteirar dos problemas do bairro.

Gilda e Meire têm um ano de trabalho e foram treinadas pela Secretaria de Educação e pela II Regional de Saúde em um curso de uma semana e outros de doze dias de duração. Elas têm treinamentos periódicos de meio dia sobre doenças contagiosas como cólera, AIDS e também sobre a aplicação de flúor. "A gente vai começar semana que vem a fazer aplicação de flúor no colégio, nós já fomos treinados e já recebemos o material. Vai ser aplicado no colégio em crianças de 06 a 14 anos". (março de 1993).

O trabalho das agentes comunitárias é ligado a secretaria municipal da qual recebem um salário mínimo. Elas explicam que o seu trabalho é prestar serviço a comunidade e dizem: – "se uma criança está doente e a mãe não sabe o que fazer naquela hora, por exemplo, desinteria, a gente tem o que dizer pra elas, a solução para acabar com o problema. Nosso serviço é esse, fazer visita domiciliar. E aí as orientações para as gestantes, as mães virem trazer as crianças para vir vacinar e orientação do soro caseiro, como preparar e dar para a criança, para quando têm desinteria, para gripe, e chá caseiro."

"Com as epidemias, a gente trabalha assim, diz pras pessoas como é que pega a doença. Por exemplo, a cólera, como é que pega, através de quê. Do jeito que elas (enfermeiras de Sec. de saúde) passam a orientação pra gente, passamos para a comunidade," acrescenta Gilda.

Meire, lembra o trabalho feito com as mulheres grávidas: – "A gente orienta para vir fazer o pré-natal, porque tem muitas delas que não querem. Depois do parto a gente orienta na amamentação, tem umas que não querem e também que não tem a higiene de como amamentar. É preciso de higiene também,

o peito está sujo, ela tem que lavar primeiro para poder colocar a criança. A vacina das crianças a gente é direto orientando para vir vacinar."

O ambiente em que vivem, ventilado, sem prédios ou fumaça é mencionado como sendo muito bom, faz bem à saúde das pessoas, como também o convívio da família. As duas agentes não acreditam na total erradicação das doenças contagiosas, pois segundo elas, enquanto combatem as doenças, outras aparecerão e serão novamente transmitidas. Elas não acham as doenças justas, Meire observa que por mais que estas sejam injustas há sempre pessoas que procuram-nas, mesmo quando as agentes já têm tantas vezes orientado sobre as suas formas de prevenção.

Todas as famílias do bairro são cadastradas e divididas entre as duas agentes. Gilda conta com 82 famílias e Meire com 93, cada uma com sua área de ação determinada. Elas também atuam no Ingá, Camurupim, Passagem da Oiticica. "São 175 famílias no bairro, juntando tudo até o Camurupim. Lá é zona rural mesmo, aqui é bairro da cidade. Então é um pouco distante. Pra gente ir pra lá é muito difícil. A gente só tá indo uma vez pra lá," diz Meire.

Gilda conta que antes de ser agente comunitária fazia rezas (benzedeira), para curar doentes. "No passado eu era muito criança quando aconteceu isso. Devido meu avô ser muito doente, veio um curandeiro lá pra casa, eu achei muito bonito aquilo. Aí pedi a ele pra me ensinar, ele foi e me ensinou a rezar. Pra dor de cabeça, dor de dente, criança que tivesse olhado, vento caído. Aí ele me ensinou tudo aquilo e eu rezava e dava certo. Antigamente o vento caído era mais quando uma criança estava fazendo muito cocô. Hoje em dia não, é desinteria, é desnutrição. Na minha época que eu rezava se uma criancinha estava com o olhar bem seco e a pele meio enrugadinha, a gente dizia que era o olhado, mas não era, tudo era desnutrição, ela estava perdendo todo o seu líquido, ela estava ficando pequena, mofina. A gente rezava, dava certo, a criança ficava boa, mas às vezes era algum remédio que a mãe dava. O soro é um ótimo remédio,

porque se hoje em dia uma criança está doente e vou rezar e digo dê um soro caseiro, a mãe dá o soro ou o chá da goiabeira, a criança vai ficar boa, a gente diz, foi a reza, mas não foi, foi o soro que fez."

Hoje Gilda não acredita mais nas antigas crenças rezadeiras, e diz que não voltaria a rezar. "Eu sou muito católica, mas sobre isso eu não acredito mais, que tudo aquilo que aconteceu é a atualidade de agora."

Meire, sua colega de trabalho, acredita ainda em mau-olhado, espinhela caída e quebranto. "Eu faço o soro caseiro, acredito muito no soro, acho que abaixo de Deus é o soro, mas tendo uma rezadeira por perto eu levo pra rezar também."

Nesse momento Gilda acrescenta que compara a desnutrição com o vento caído, porque os sintomas são muito parecidos, a criança fica magra, e com os olhos fundos, desnutrida, desidratada. Ela diz: – "O olhado era quando uma pessoa achava outra muito bonita, uma criança muito gorda, aquilo vibrava entre a carne e a pessoa ficava doente. O menino começava a ter desinteria e se dizia que era mau-olhado que ele tava com quebranto. Mas eu acho que isso aí era desinteria, porque a mãe parava de dar leite, parava todo tipo de comer e a criança ficava mofinazinha, desidratada. Naquele tempo não tinha soro, aí morria a criança e diziam que a criança tinha morrido de quebranto". As agentes dizem que o chá da goiabeira é também muito bom para desinteria e que é muito usado na comunidade entre os adultos e crianças.

Em relação a situação do bairro onde moram, onde não há esgoto e a água servida das casas fica empossada elas dizem: – "Aqui tem de tudo, porque é só esse posto, em muitos cantos por aí não tem o que tem aqui. Mas aqui se tivesse asfalto para os esgotos correrem, aí seria melhor, porque as crianças poderiam brincar livre por aqui, não estavam pisando em sujeiras". E para melhorar as condições de saúde da comunidade, lembram que "tem que dar

emprego ao povo, porque você sabe que as doenças vem por causa da fome, então dar emprego ao povo, pro povo trabalhar, ganhar seu dinheiro, poder fazer sua feira, se alimentar melhor."

2.3.2 - A Educação em Saúde, a Prática Profissional Instituída e o Saber Popular em Saúde

2.3.2.1 - Educação e Saúde

A educação em saúde (ou educação e saúde) é um conjunto de técnicas, métodos, conhecimento teórico e prática político/social, que fundamenta e orienta o pensar em saúde, ao nível do seu processo educativo.

A educação em saúde guarda em seu interior duas concepções e práticas de educação. A primeira prioriza o elemento educativo em uma abordagem ahistórica e apolítica. Nesta concepção os problemas de saúde em sua grande maioria ocorrem apenas pela "ignorância", "desinformação", "atraso cultural", "tabus e crendices" da população. A questão da saúde se resolveria **pela educação em saúde**. Este projeto de educação **para a saúde** não pretende mudanças maiores na estrutura social vigente. Propõe-se apenas a acomodação das classes subalternas para continuação, manutenção do sistema social estabelecido.

"A estratégia da educação em saúde foi regulamentar, enquadrar, controlar todos os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos das classes populares e destruir ou apropriar-se dos modos de uso do saber estranho a sua visão do corpo, da saúde e da doença"

(COSTA, 1987, p. 27).

Nesta concepção, a questão da higiene e cuidados básicos de saúde, são de responsabilidade exclusiva do indivíduo e sua família, onde através da **educação** podem ser mudados. Portanto, sendo as pessoas submetidas a informação sobre esses cuidados, elas mudam de conduta: elas se educam.

A segunda concepção de educação em saúde considera que as categorias saúde e educação são duas categorias **sociais**. São portanto historicamente determinadas e socialmente construídas. Neste projeto educativo, não há proposta de educação **para** a saúde, mas de articulação **entre** as categorias sociais educação e saúde na leitura da sociedade na qual estão inseridas. Nesta concepção, a solução para a problemática da saúde é **social e econômica** e necessariamente vai questionar, propor e encampar lutas para a transformação das estruturas sociais e do modelo econômico que produz as desigualdades sociais e determina formas de adoecer, mapeando com seus emblemas o tecido social. Autores como Bohadana in IBASE (1983), MELO (1984), Loyola in GUIMARÃES (1984), Valla in MINAYO (1992), Ramos in MINAYO (1992), Valla in SPÍNOLA (1992), , entre outros, abordam esta concepção.

Consideramos que nos capítulos anteriores, ao tratarmos das formas autoritárias da legalidade/legitimidade do saber dito científico em saúde, está posto com BOLTANSKI (1979), CHAUI (1989) e outros, onde o fio condutor da análise pedagógica perpassa todo este estudo: por um lado a dimensão pedagógica da criação, transmissão e (re)criação do conhecimento popular em saúde e por outro lado a intervenção das instituições sociais legitimadas pelo poder instituído, em suas formas de interagir com o popular.

Entendendo que o processo educativo não é um universo separado do mundo das relações sociais (CURY, 1986) no presente estudo, optamos pela leitura do real, baseada na segunda concepção de educação em saúde, considerando o imperativo de se trabalhar com a dimensão social da educação e do processo saúde/doença, articulando os atores sociais e o cenário político/social onde ocorrem as situações e práticas em questão.

A educação em saúde na nossa compreensão, é essencialmente a educação para a cidadania em saúde, que é a educação para a participação política, numa sociedade de visível antagonismo entre as classes sociais.

A ação transformadora ou reprodutora da educação (incluindo aqui a da educação em saúde), perpassa as várias instituições da sociedade (escola, família, religião, meios de comunicação social, entre outras). As instituições de saúde e os seus profissionais também estão lidando diretamente com essas possibilidades políticas, na sua forma de intervir no social.

Relação Profissionais de Saúde e Usuários dos Serviços

O profissional de saúde (médico, enfermeiro, odontólogo, atendente ou outros), e doente (paciente ou usuário dos serviços), se reconhecem ambos enquanto sujeitos de um mesmo projeto histórico/social: ambos têm um interesse em comum que é a valorização (promoção de saúde), recuperação (proteção) e busca da saúde (controle da doença). Pelo menos teoricamente, deveria ser assim, porém, se considerarmos a formação desses profissionais, percebe-se que ainda hegemonicamente, a sua formação (e prática subsequente) está voltada para a **doença** e não para o **doente** e seus determinantes histórico/sociais.

A formação voltada para a doença, não para o doente, além de compreender o ser humano de forma fragmentada, o somatório das partes, dos processos das doenças, ainda tem como uma das principais características, a visão empresarial da doença: a doença é uma mercadoria que como outra qualquer, dentro do modelo de produção econômica capitalista deve gerar lucros. A doença e seu aparato institucional privativo é na verdade uma segura fonte de lucros¹⁶.

Há outro desdobramento da relação profissional de saúde x usuários dos serviços que merecem destaque, dentre eles dois aspectos que se articulam e se reforçam entre si: a legitimidade do saber e do exercício da prática

¹⁶ Ver sobre isso: CORDEIRO, Hesio. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
_____. *Estado e indústria farmacêutica: as estratégias da medicalização*. In GUIMARÃES, Reinaldo. *Saúde e medicina no Brasil*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

dita científica como única legal e a relação saber/poder que se estabelece nas relações sociais das práticas médicas (relação de autoritarismo x subordinação e dependência).

Para ilustrar esse assunto, reproduzimos um diálogo que ocorreu com professores na Escola Castro Alves, por ocasião da pesquisa no Bom Jesus.

Entrevistadora

– Você já passou por alguma experiência de tratamento com o uso de remédios caseiros, de medicina popular?"

(Luzia) – Já. A minha mãe tinha muita experiência: ficou boa da paralisia facial que teve, usando óleo de gergelim (fisioterapia). Também o óleo serve para massagem quando a gente tira o gesso do braço (fraturas)... O sebo de carneiro também tem o mesmo efeito: é bom.

(João) – Não. Eu não, mas isso é uma coisa hereditária de pai, de avô, tá entendendo? (...) Eu não sei não! ...Um chá de boldo eu já tomei, para o fígado ... (mas) eu acredito num check-up total. Ir pro médico e dizer "Eu estou sentindo isso" e ele me examinar, comprovar que eu estou doente; me provar que eu estou doente. Eu estou sentindo, mas eu quero ver cientificamente qual é a minha doença...

(Luzia) – Eu acredito muito nessas coisas. Eu aceito que o remédio caseiro vale mesmo, porque assim como remédio de farmácia vale, ele também pode valer (o chá...). E também psicologicamente vale (se a gente já tá preparado). Antigamente os índios não tinham farmácia, não tinham remédio e eram curados dentro da tribo.

(João) – ...tem que ser cientificamente, certo? Concordo plenamente, de ir ao médico, bater radiografia (...) Primeira coisa: "Tá doente? Tá!" Não queira saber de comadre, nem de vizinho não. Vá ao médico. A única pessoa indicada a lhe curar é o médico. Ele é formado para isso.

É interessante observar que dos 22 professores entrevistados, de uma forma ou de outra 20 afirmaram algum referencial, alguma forma de contato com as práticas populares de saúde, exceto os dois professores que atuaram ou atuam como agentes de saúde na escola. Estes dois professores foram treinados pela Secretaria Estadual de Saúde e de Educação, para desenvolverem sua práticas

de educação em saúde. Ambos referiram não terem recebido nenhuma orientação sobre as práticas populares de saúde (ver tabelas abaixo).

Tabela 9: Distribuição percentual da crença em elementos mágicos/religiosos nas práticas populares de saúde.

VOCÊ ACREDITA EM MAU-OLHADO, QUEBRANTO E ESPINHELA CAÍDA? CONTE COMO É.	Nº	%
Sim. Acreditam e sabem como é cada um desses problemas (já levaram seus filhos ou sobrinhos e irmãos para rezar).	16	72,7
Não acreditam.	06	27,3
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves - Bairro Bom Jesus.

Tabela 10: Distribuição percentual da crença no uso dos purgantes como prática popular de saúde.

SABE COMO DAR PURGANTE? JÁ TOMOU?	Nº	%
Não sabe. Nunca tomou.	14	63,7
Já tomou. Não deu aos filhos (não sabe ou não quer).	06	27,3
Tomou e deu aos filhos.	01	4,5
Sabe como é, mas nunca tomou.	01	4,5
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves - Bairro Bom Jesus

Tabela 11: Distribuição percentual da linhagem de transmissão do conhecimento.

COM QUEM APRENDEU OS REMÉDIOS?	Nº	%
Com a mãe, com a sogra e a avó.	06	27,3
Com a mãe e com os vizinhos.	01	4,5
Com ninguém. Não acredita.	02	9,1
Aprendeu com a mãe.	13	59,1
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves - Bairro Bom Jesus

Outro aspecto que precisa ser observado na relação profissionais de saúde x usuários dos serviços é a relação dependência e dominação: pelo saber de quem determina tudo (terapêutica, conduta do doente, e outros) e de quem tem que obedecer a tudo (tomar o remédio, observar prescrições de conduta como sono, repouso, eliminações, dieta alimentar, entre outros). Quando a relação entre os dois atores sociais supracitados é de diálogo e com ênfase no nível **educativo** e **preventivo**, há mais possibilidades de que o usuário (doente), adquira mais autoconfiança e seja efetivamente, menos dependente e menos dominado.

No momento atual de discussões em termo das práticas e dos modelos assistenciais de saúde com o advento do SUS¹⁷ e os desdobramentos para sua implementação, distritalização e municipalização, é necessário que se legitime o saber e as práticas populares em saúde. De forma que o resgate deste saber não ocorra enquanto estratégia de resolução dos problemas institucionais; tanto do ponto de vista da falta de acesso a esses serviços, quanto da sua qualidade. No que tange à luta pelo direito à saúde, consideramos que essa luta é por uma ciência que não seja exploradora nem gere mais dependências.

Por outro lado, procede a reintrodução das práticas populares de saúde no cenário da saúde, como resistência política e cultural, funcionando como interlocutora, promovendo um diálogo entre saúde e sociedade: rediscutindo a relação causa-efeito e o processo saúde/doença sob uma nova ótica.

Para que se garanta que outras formas de lidar com esta área do conhecimento sejam respeitadas em sua alteridade – como um construto de conhecimento em saúde diferente, que obedece a uma racionalidade própria e que tem uma lógica interna que o orienta.

Que seja garantido também o acesso a qualquer cidadão a essas práticas, enquanto possibilidade de opção terapêutica, e não apenas que sejam

¹⁷ SUS - Sistema Único de Saúde.

utilizadas como única saída das classes que não têm acesso aos serviços públicos de saúde.

Há que se encampar a defesa da **produção e sistematização** de uma historiografia sobre o saber popular em saúde no Brasil em novas bases, sem folclorizar, sem o olhar colonizador. Se nos indagarmos sobre o que temos de história desse saber, de forma sistematizada, constatamos que temos muito pouco. A cultura popular no que tange à saúde, carece de um acervo de sua historiografia com monografias de base, por exemplo, para ser feita outra leitura histórica, para se analisar, pesquisar e traçar programas de intervenção com bases mais sólidas. Para que, entre outras coisas, ao se elaborar projetos e programas de educação e saúde numa perspectiva mais democrática e popular, não fiquemos ancorados à caça de velhinhos e velhinhas "reservatórios" desse saber. Como algo mais folclórico, como resgate de uma dimensão quase extinta. Embora não se negue a importância dos mais idosos, que ainda guardam na memória, exercitam parte das práticas de saúde aprendidas pela tradição oral com os antepassados, é necessário que seja feito investimentos nas crianças e jovens. Para que lidemos com a perspectiva do conhecimento como atividade que transforma a realidade apreendida; como cultura enquanto o fazer histórico dos atores sociais e não como folclore.

O processo de construção do saber popular em saúde, sua auto-consciência e sua autonomia é lento. Mas em última instância tem sua consolidação forjada no processo de apropriação da realidade no cotidiano dos vários grupos e classes sociais.

As experiências destas formas de saber são diferentes em cada lugar e em cada momento histórico: são socialmente determinadas e historicamente construídas. A aceitação das diferenças sem enveredar por comparações, facilita o diálogo e o aprendizado entre as várias experiências. Têm

uma dimensão necessária de alteridade e abertura a contribuições multidisciplinares.

Neste momento de uma importância considerável para a área de conhecimento em saúde e particularmente para a enfermagem, em que esta categoria procura uma redefinição não apenas de modelos de assistência, mas sobretudo, de uma redefinição do saber em saúde – e da prática, da enfermagem – o conhecimento popular em saúde e as práticas alternativas em sua totalidade, estão postas como um dos possíveis teóricos, neste processo de redefinição do saber em saúde. No que tange à construção coletiva deste saber e suas formas de socialização, na construção coletiva do saber, junto com a população construindo uma nova proposta de representação do saber em saúde.

Considerando que estas práticas em sua grande maioria têm a contribuir para mudanças qualitativas na forma de trabalhar e construir a totalidade da saúde. Nas suas experiências de mútua-ajuda e solidariedade, na construção coletiva e cotidiana do saber através da preocupação de socializar esse conhecimento, sem enveredar pela competição e hierarquização do saber/poder; por sua capacidade de se (re)criar em cada lugar e em cada momento histórico (adaptação/recriação); por sua inserção enquanto experiência vivenciada na cotidianidade; por seu exercício de autonomia e poder popular; por sua relação com a natureza de forma mais direta, objetiva, não exploratória e predatória (ao contrário, de respeito, diálogo); por viabilizar a possibilidade de uma relação profissionais de saúde e usuários de forma democrática, menos dependente, elitista e autoritária.

A enfermagem, na sua perspectiva atual de construção coletiva de uma nova representação do saber, deve incorporar as contribuições das várias práticas de saúde, como subsídio para esta construção coletiva do saber junto com a população.

Em sua prática social a enfermagem deve estudar as representações simbólicas, sua lógica interna e as formas de trabalhá-las, como uma instância de fortalecimento dos movimentos populares, desmistificando a tutela de legitimidade como monopólio único do saber técnico acadêmico, incentivando a população a se apropriar do saber que lhe é negado e esclarecendo as formas de reivindicação dos seus direitos à saúde.

A saúde é um dos símbolos mais significativos para as classes populares e particularmente, para os trabalhadores nordestinos, do ponto de vista das suas condições materiais objetivas: São nas condições de saúde que se configuram as conseqüências das condições de produção da vida e do trabalho dessa população, com todo seu corolário de doenças infecto-respiratórias e parasitárias, acrescidas das doenças crônico-degenerativas adquiridas no trabalho insalubre.

Tabela 12: Distribuição percentual e hierarquização dos elementos que compõem a noção de saúde.

O QUE É NECESSÁRIO NO BAIRRO PARA EVITAR QUE AS PESSOAS ADOEÇAM?	Nº	%
Não acha que precisa fazer nada, o que precisa é a pessoa ter dinheiro no bolso e posição social.	01	10
Primeiro tem que ter água encanada, tem que ter banheiro, filtro. Tem que melhorar as condições de vida. Itens abordados: - (05) Salários; - (01) Emprego; - (01) Calçar as ruas; - (01) Acabar com os mosquitos; - (01) Paz de espírito.	06	60
Tem que vir remédios para o Posto (nunca tem...); o médico tem que atender: precisa ter mais assistência de saúde.	03	30
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro Bom Jesus.

Tabela 13: Distribuição percentual da percepção da população quanto a situação de saúde.

A SITUAÇÃO VAI MUDAR OU HAVERÁ SEMPRE DOENÇAS?	Nº	%
Não sabe.	02	20
Não vai acabar (o mundo tá contaminado, se acabar, acaba tudo de uma vez); todo ano eles vão "caçar" alguma doença para falarem.	03	30
Poderá mudar se as pessoas tiverem mais cuidados, assistência de saúde e se Deus quiser.	04	40
"Um dia acaba, não é possível. Eu sempre espero a melhora para o povo. Um dia deve acabar tudo que é ruim."	01	10
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro Bom Jesus.

Analizando as duas tabelas acima, constata-se que a percepção por parte dos moradores de Bom Jesus, denota por um lado a visão de um conceito concreto do que seja ter saúde, a partir das suas experiências cotidianas. É interessante notar que o conceito por eles formulado aproxima-se do que ficou estabelecido como "conceito amplo de saúde" na VIII Conferência Nacional de Saúde. Reivindica a garantia da plena cidadania em saúde: trabalho em condições dignas, com conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; alimentação para todos; moradia digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança; participação popular na organização, gestão e controle dos serviços de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão (MINAYO, 1992, p. 119).

Por outro lado, denota ambigüidade das interpretações e expectativas em relação a resolução dos seus problemas de saúde. Remetendo-nos à análise de CHAUI (1989) ao abordar sobre as dificuldades de politização, consciência crítica e formas de mobilização dos pobres em relação aos seus direitos (aqui vistos como entre outros, o direito à saúde), CHAUI cita Juan Martinez Aller, ao afirmar que há uma simultaneidade de sentimentos e atitudes

onde o conceito de mobilização ou de desmobilização, não serve para captar atitudes políticas do proletariado.

"(...) Não se pode dizer que os operários estão conformados ou inconformados com a situação, mas sim que estão ao mesmo tempo¹⁸ conformados e inconformados: de um lado, acreditam-se impotentes para mudá-la e, em vez de assumir essa falta de força, confessar seu medo e tratar de superá-lo, muitos preferem tomar uma atitude fatalista (...) de um lado, apesar da calma aparente há um inconformismo profundo, que às vezes é difícil perceber sob a capa do fatalismo. Até onde possam ir na ação, depende da repressão e da persistência do medo. Portanto, é errôneo tomar a 'despolitização' como um dado, pois pode desaparecer de um momento para outro".

(CHAUI, 1989, p.70)

Considerando essa "despolitização" e "desmobilização" no que tange à saúde, constata-se que existe essa simultaneidade de sentimentos e situações nos enfrentamentos de problemas como: falta de acesso aos serviços, de medicamentos; nos problemas gerados pela relação profissionais de saúde e usuários dos serviços (relação saber/poder, autoritarismo, democratismo, clientelismo, entre outros).

Lideranças Comunitárias

"Seu" Luiz

Ele já foi tesoureiro do Sindicato dos Trabalhadores da Indústria e da Construção Civil de Mossoró, durante três anos (1987 a 1990). Tem 51 anos e estudou o primeiro ano primário.

Luiz Gonzaga Bezerra é carpinteiro e foi também presidente do Conselho Comunitário do Bairro de Bom Jesus por dois mandatos (86 a 91) mora

¹⁸ Grifos originais.

lá há 27 anos. Sua casa se localiza no centro da comunidade, em frente ao Posto Policial, vizinho a praça.

Seu Luiz acredita na força da união dos trabalhadores e fala sobre as funções que desempenhou no sindicato e no conselho: "O sindicato somos todos nós trabalhadores, uma categoria. Qualquer categoria de trabalhador sendo organizada junto à direção do sindicato, ele tem toda a possibilidade de arranjar condições melhores de vida. O Conselho Comunitário depende de reivindicação dos poderes públicos. Na época de Dix-Huit (ex-prefeito) conseguimos posto de saúde; um terreno para a sede do conselho, que ainda hoje existe mas não foi construída; o posto policial ainda foi no meu mandato, foi com Dra. Rosalba (ex-prefeita)".

Para o Seu Luiz Gonzaga o conselho comunitário deveria ser independente de política, mesmo que para conseguir algum benefício seja necessário procurar os políticos. "É muito difícil, a gente faz dez pedidos para vir um e quando consegue".

Há na comunidade de Bom Jesus cerca de 400 eleitores e em época de eleição esse fator é de essencial importância as reivindicações da população. "Por exemplo, a água a gente foi lá e não conseguiu, aí antes da eleição num instante botaram..."

Apesar da água do rio estar poluída e ter havido muito desmatamento em torno da comunidade, ele comenta que a natureza é muito importante, comparado com o clima de alguns pontos da cidade, em Bom Jesus é bem melhor. Ele observa também que houve muita coisa: "A comunidade não está como antes, aqui qualquer pessoa dava chão de casa aqui pra se morar, pra se plantar da mesma forma. Eu era agricultor, plantava mais meu pai, a gente brocava em qualquer terreno, aí mudava pra frente. Os donos nunca iam lá. Mas hoje é diferente. Hoje não tem mais nem onde a gente faça uma casinha. Nem pra vender

não querem. Quase tudo é posseiro. Porque pelo menos eu moro aqui e a terra não é minha, eu não comprei".

Seu Luiz aprendeu com sua mãe e sua avó a acreditar e fazer uso das plantas medicinais. "Eu lembro quando eu era menino a gente adoecia de gripe (minha mãe chamava defruxo) e mandava: – vão ali naqueles mufumbo, arranque raiz, traga a flor de caatingueira. Sei que fazia um lambedor e a gente ficava bom".

Para melhorar a vida da população de sua comunidade Seu Luiz diz que é preciso em primeiro lugar a alimentação e em segundo, a construção de esgotos. "É preciso a pessoa ter condição de vida, um emprego que desse um salário melhor, que desse prá gente sobreviver. Porque eu acho que a saúde depende muito de uma boa alimentação, já que hoje o assalariado tá trabalhando e passando necessidade. Porque o que ganha não dá pra se alimentar bem, depois é quanto a esgoto, estas coisas".

"Dona" Nicássia

Nascida no Sítio Camurupim, Nicássia Duarte de Oliveira, 42 anos, é a atual Presidente do Conselho Comunitário do Bairro Bom Jesus, onde mora há 17 anos.

Ela estudou até a 5ª série e sua casa localiza-se no centro do bairro, próximo ao campo de futebol (espaço desmatado em terra batida com delimitação de quadra e duas traves de gol).

Durante os dois anos de sua liderança (completados em novembro de 1993), Nicássia afirma que ajudou a trazer para o bairro um telefone comunitário, que recebe e transmite os recados dos moradores do bairro. Ajudou também a formar um Grupo de Idosos que é ligado ao Conselho.

A diretoria do Conselho é composta por seis membros e quando há discussões de problemas relevantes à maioria da comunidade, as reuniões

chegam a contar com cerca de setenta pessoas. Porém estas reuniões não são regulares assim como o número de frequência dos participantes.

Apesar de nem sempre ter feito parte da diretoria, Dona Nicássia já participava do Conselho Comunitário há cinco anos e diz que a relação com o poder instituído (o poder local - a Prefeitura), não é fácil: é difícil marcar audiência porque lá na Prefeitura "pegam o nome da gente para falar com o prefeito, mas não marcam o contato, ele não pode receber... (dizem)".

Nicássia diz que quando tem alguém doente leva ao posto; não acredita em rezas, mau-olhado, quebrando ou espinhela caída: "acredito somente em Deus".

Aprendeu com a mãe, ainda no Sítio Camurupim, a fazer chá para dor de cabeça, inflamação, gripe: "para doenças que não seja muita".

Ela própria já se curou de uma inflamação "de mulher" com chá do miolo do cardeiro branco, pois quando foi ao posto não havia os remédios farmacêuticos. "Acho que a cura vem do remédio caseiro e algumas vezes do médico, mas os remédios médicos curam pouco, porque aqui não tem esses remédio".

Dona Nicássia lembra que antigamente davam purgante para crianças, ela mesma tomou, mas não deu aos seus filhos. "Era feito de batata de purga, pisada e colocada na comida. Tinha que ter um resguardo".

Para ela as doenças não são justas. Na maioria das vezes, as doenças só atacam os pobres, porque para eles falta o essencial: alimentação, saneamento básico e moradia adequada. "A cólera vem da falta de higiene e as perturbações vem das crises por falta de emprego, se a situação continuar assim, vai só piorar" completa dona Nicássia.

Para que a saúde da comunidade venha a melhorar, a líder sindical Nicássia Duarte acredita ser necessário mais empregos, salário justo, saneamento básico, calçamento e remédios para o Posto de Saúde do Bom Jesus.

2.4 - Simultaneidade/Alteridade das Formas de Conhecimento e Práticas de Saúde

Neste ponto das argumentações, gostaríamos de tentar resgatar as categorias analisadas, para uma melhor explicitação e elucidação das análises.

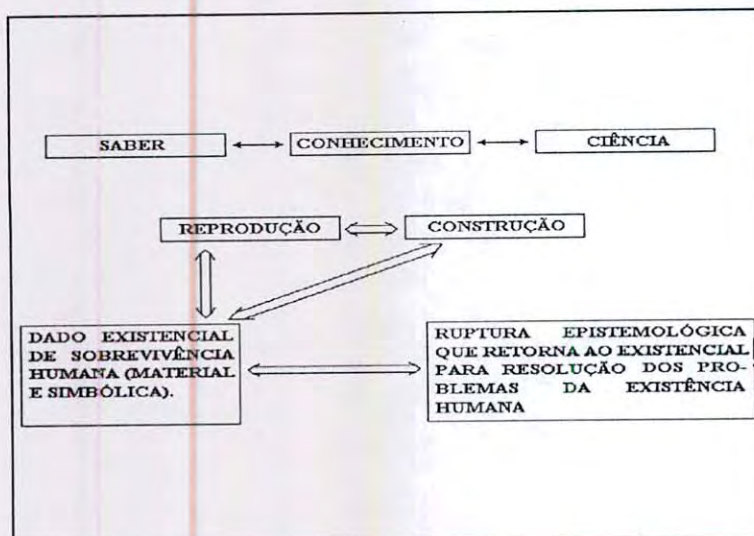
2.4.1 - As Formas de Conhecimento em Si ou a Possibilidade de Considerar Sistemas de Conhecimento em Saúde.

Utilizaremos um esquema para explicitação deste primeiro ponto, embora alertando que deve ser visto como um instrumento auxiliar na compreensão da temática abordada e nunca como a única forma de entendimento do processo explicitado.

1) Formas do conhecimento em si.



2) Categorias de construção das modalidades de conhecimento.



O saber e o Conhecimento

Considerando o que diz CHAUÍ (1989) sobre a ideologia e saber, vemos que a ideologia teme tudo quanto possa ser instituinte ou fundador, e só pode incorporar o conhecimento fundador ou instituinte, quando este já perdeu a sua força inaugural e tornou-se ele próprio, algo instituído.

"Por essa via podemos perceber a diferença entre ideologia e saber, na medida em que, neste, as idéias são produto de um trabalho, enquanto naquela as idéias assumem a forma de conhecimentos, isto é de idéias instituídas.

(...) O saber é um trabalho. Por ser um trabalho é uma negação reflexionante, isto é, uma negação que, por sua própria força interna, transforma algo que lhe é externo, resistente e opaco. O saber é o trabalho para elevar à dimensão do conceito uma situação de não saber, isto é, a experiência nada mais é senão seu caráter necessariamente indeterminado e o saber nada mais é senão o trabalho para determinar essa indeterminação, isto é, para torná-la inteligível".

(CHAUÍ, 1989, p.05)

Somente há saber quando e onde o ato de reflexão conta também com o risco – da indeterminação. Este risco significa que não se poderá contar com garantias prévias e exteriores à experiência em si nem também à reflexão originada. A ideologia para ser eficaz enquanto ideologia (nesta concepção significando mascaramento da realidade), ela vai recusar o não-saber que é componente intrínseco a experiência (por isso que ela indaga, reflete). A ideologia vai tentar neutralizar a história, abolir as diferenças (mascarando-as), vai ocultar as contradições e desarmar todas as tentativas de interrogação, conjurando e exorcizando o perigo da indeterminação social e política. Não havendo indeterminação, indagação sobre o presente e suas certezas, que seriam as representações e normas prévias que plasmam e asseguram a ordem instituída, não há risco do instituinte (desagregador da ordem instituída).

A ideologia assegurando a ordem instituída pode servir para justificar a "suposta neutralidade racional de uma certa forma de dominação" (CHAUI, 1989, p. 6).

Nessa forma de conceber o saber e o conhecimento, vê-se porque o conhecimento em saúde enquanto trabalho não é considerado um conhecimento pelo conhecimento instituído; ou quando o faz quais os interesses subjacentes a essa aparente "legitimidade", que é o de desafogar o sistema oficial de saúde e impingir a "medicina simplificada" aos pobres.

Ciência

A produção de conhecimento é um **produto social**. As construções sobre a mesma realidade são diferentes por quem as seleciona e sistematiza.

Não é demais lembrar que a ortodoxia de não se questionar a ciência, com o argumento inflexível de ser a ciência oficial a única certeza

inquestionável, não procede: a ciência está em constante desenvolvimento. E há portanto, possibilidades de rupturas epistemológicas. Essa possibilidade de ruptura epistemológica, é um processo que vai da dogmatização à desdogmatização da ciência moderna (SANTOS, 1989).

A epistemologia segundo Piaget tende a ganhar importância nas épocas de crise da ciência, porém para SANTOS (1989, p. 17) a relação entre reflexão epistemológica e crise da ciência, vai além do que propõe Piaget. São na verdade dois tipos de crises: as crises de crescimento e as crises de degenerescência.

As crises de crescimento dizem respeito a um determinado ramo da ciência. Têm como característica a insatisfação com métodos ou conceitos básicos usados e que até então encontravam contestação na disciplina.

As crises de degenerescência são crises de paradigmas: afetam todas as disciplinas e são de forma mais profunda. Essa crise vai além dos instrumentos metodológicos e conceituais e põe em questão a própria forma de inteligibilidade do real. Nessas crises a tendência é considerar o conhecimento científico como uma prática de saber entre outras práticas de saber e não como a melhor (SANTOS, 1989, p. 18). Há porém, posições contrárias à afirmação dessas crises: uns não aceitam a divisão da crise em duas e outras negam a própria existência da crise na ciência atual (SANTOS, 1989, p. 18-9).

Para este autor, a ciência atual encontra-se numa crise de degenerescência do paradigma da ciência moderna, que determina o tipo de reflexão epistemológica a ser privilegiada. O apogeu da dogmatização da ciência coincide com o início do seu declínio ou seja, ao movimento de desdogmatização da ciência. Este movimento de desdogmatização, segundo SANTOS (1989) não cessou de se ampliar e aprofundar até os dias atuais. Essa desdogmatização ocorre em três vertentes. A primeira é a vertente que parte do círculo de Viena apontando

em várias direções; a segunda é a vertente que reside na reflexão sobre a prática científica. A terceira é caracteristicamente filosófica.

A concepção de ciência pós-moderna proposta por SANTOS (1991) insere-se no movimento de desdogmatização da ciência como ele descreve. E a posição correta, nesta fase de degenerescência pragmática da ciência moderna, é a de refletir sobre a reflexão epistemológica: é a de proceder a uma hermenêutica crítica da epistemologia. Isto porque, do ponto de vista sociológico, o discurso científico na atualidade, é um discurso até certo ponto estranho aos olhos do cidadão comum. Esse discurso somente será socialmente compreensível, adotando-se uma atitude hermenêutica.

A atitude hermenêutica proposta por SANTOS (1989) significa submeter a epistemologia a uma reflexão hermenêutica, atribuindo-lhe valor e analisando segundo a sua **pragmática** e não segundo a sua **sintaxe** ou a sua semântica (que seria o caso da reflexão epistemológica sobre a epistemologia). O princípio geral que serviria de condutor para esta proposta hermenêutica seria buscar o objetivo existencial da ciência que reside **fora** dela: democratizar e aprofundar a sabedoria prática, a **phroneses** aristotélica, o hábito de decidir bem. Esse objetivo tem de ser interiorizado pela prática científica.

Para argumentar sobre a necessidade das rupturas epistemológicas SANTOS (1989) parte de BACHELARD¹⁹ onde a ciência constrói-se contra o senso comum (sociologia imediata, sociologia espontânea, conhecimento vulgar ou experiência imediata). Para esta construção a ciência dispõe de três atos epistemológicos: a ruptura, a construção e a constatação. O senso comum é um conhecimento evidente que interpreta o real tal como existe e cuja função é a de tentar a todo custo conciliar a consciência comum consigo mesma: é portanto um

¹⁹ BACHELARD, Gaston. *Le nouvel esprit scientifique*. Paris: PUF, 1971.
_____. *La formation de l'esprit scientifique*. Paris: J. Vrin, 1975.
E outras obras de BACHELARD.

pensamento conservador e fixista. A ciência para se constituir rompe essa interpretação do real e constrói um novo universo conceitual.

Na segunda ruptura epistemológica, considera-se que a "epistemologia bachelardiana só é compreensível dentro de um paradigma que se constitui contra o senso comum e recusa as orientações para a vida prática que dele decorrem" (SANTOS, 1989); um paradigma que envereda pela especialização e pela profissionalização do conhecimento gerando relações de saber/poder; um paradigma que se orienta pelos princípios racionais alijando tudo o que não considera como racional; começa por outro lado a serem gestadas condições sociais e teóricas que permitem resgatar o pensamento que não foi absolvido pelo paradigma bachelardiano (que sobreviveu em discursos vulgares, marginais, subculturais). É nesse novo contexto que ocorre o reencontro entre a ciência e o senso comum.

"Uma vez feita a ruptura epistemológica o ato epistemológico mais importante é a ruptura com a ruptura epistemológica".

(SANTOS, 1989, p. 36).

A aproximação do senso comum com a ciência se dá na medida em que não se pode conceber o senso comum como as trevas e a ciência como a luz; porque como indicam estudos sobre as subculturas, o senso comum não é apenas o modo de acomodação, e elemento conservador das classes subordinadas: há elementos de resistência que em determinadas condições, podem transformar-se em armas de luta; não o é também uma concepção fixista ou meramente interpretação preconceituosa e pré-estabelecida da existência. Dependendo das relações sociais que se estabelecem, principalmente se estas forem menos desiguais e mais solidárias, o senso comum tende a ser diferente; se os preconceitos são as trevas, a ciência não pode ser encarada apenas como a luz em oposição às trevas; a ciência também guarda muitos preconceitos, pré-noção, pré-concepção (a própria ciência já admite isso).

Assim, na relação entre ciência e senso comum deve-se considerar que: qualquer deles é feito do outro e ambos fazem algo de novo.

Não é apenas a defesa da volta ao senso comum que SANTOS (1989) defende. É antes uma transformação do senso comum e ao mesmo tempo, da ciência: propõe-se um senso comum esclarecido e uma ciência prudente, isto é, uma nova configuração do saber que se aproxima da *phronesis* aristotélica embora diferente desta.

"A dupla ruptura epistemológica tem por objeto criar uma forma de conhecimento, ou melhor, uma configuração de conhecimentos que, sendo prática, não deixe de ser esclarecida e, sendo sábia, não deixe de estar democraticamente distribuída".

(SANTOS, 1989, p. 41-2).

Consideramos o esquema supracitado, a dupla ruptura epistemológica proposta por SANTOS (1989), está enraizada no existencial como dado de sobrevivência dos moradores do bairro Bom Jesus, nas suas experiências com as práticas populares de saúde e que têm nas categorias de construção das modalidades de conhecimento, a sua expressão.

Lançamos a assertiva de que é uma forma simultânea enquanto alteridade das práticas oficiais de saúde, na cotidianidade dos grupos e classes sociais, que pelo dado existencial de sobrevivência, reproduzem e recriam essas práticas. Essa alteridade precisa ser compreendida por quem trabalha com a saúde, para que seja valorizada enquanto diferença – o outro. Para que haja condições de viabilização de uma prática de educação em saúde sem dominação/subordinação, mas ao contrário, de formas de aproximação e enriquecimento coletivo.

CAPÍTULO 3

Cotidianidade e Saber Popular em Saúde

"Nenhum processo medra, onde não há também prazer. Portanto, senhores, persigam o que mais lhes apetecer."

(SHEAKESPEARE, A Megera Domada)

3.1 - Porque o Saber Popular em Saúde se Inscreve na Cotidianidade dos Grupos Sociais

"A medicina popular está incorporada aos nossos atos concretos, cotidianamente vividos, estes atos estão cristalizados em hábitos, costumes e tradições. Não nos damos conta do quanto ela é importante, mas a medicina popular é praticada na esfera familiar, na casa de nossos amigos, vizinhos e parentes, na comunidade onde moramos, na cidade onde vivemos"

(OLIVEIRA, 1985 p.08).

O saber popular, nas suas formas de lidar com a questão da saúde, está fortemente vinculado às estratégias e formas utilizadas na luta pela sobrevivência. Sobrevivência esta que se processa no cotidiano dos grupos e classes populares através do seu caráter de resistência cultural e política; na intuição e na fé que a orienta; na solidariedade, na mútua-ajuda, na construção coletiva e socializada deste saber. São formas de criação/recriação do saber popular em saúde vivenciadas no cotidiano que têm uma dimensão pedagógica e uma função social específicas.

No cotidiano há formas de aproximação do contínuo saúde/doença mais coerentes com as condições de existência individual e coletiva dos grupos e classes sociais em uma dada sociedade. A dificuldade de incorporar/assimilar os conhecimentos básicos de saúde no cotidiano por parte das classes populares é devido por um lado, às suas condições reais de existência (pobreza, falta de saneamento, má alimentação), associados a estas limitações têm-se o analfabetismo, falta de acesso à oferta de serviços de saúde e educação, entre outros. Há necessidade de se investigar como se articulam as percepções, representações sociais e as formas de lidar com a saúde no cotidiano dos grupos e classes sociais. Daí porque a importância de se lançar um olhar sobre a vida privada e a saúde: porque o público intervém no privado. O público aqui

entendido como a inserção do grupo ou classe social na estrutura de produção econômica e social, que vai interferir e até determinar a vida privada desses grupos enquanto coletividade e enquanto individualidade. Esta intervenção/determinação gera conflitos e contradições.

Delinear os limites do público e do privado é sem dúvida, uma das questões centrais ao se abordar a vida privada, particularmente no que nos propomos a relacioná-la com a vida cotidiana: para que o cotidiano aqui não seja interpretado como individualidades pinçadas de forma ahistórica, descontextualizada da formação social na qual está inserida.

"(...) A cotidianidade não significa a vida privada em oposição à vida pública. Não é tampouco a chamada vida profana em oposição ao mais nobre mundo oficial: na cotidianidade vive tanto o escriturário como o imperador.

*(...) Que sentido tem, portanto, indagar-se qual é o sentido da vida de cada dia? (...) A vida cotidiana é antes de tudo **organização**¹, dia a dia, da vida individual dos homens; a repetição de suas ações vitais é fixada na repetição de cada dia, na distribuição do tempo em cada dia. A vida de cada dia é divisão do tempo e é ritmo em que se escoa a história individual de cada um. A vida de cada dia tem a sua própria experiência, a própria sabedoria, o próprio horizonte, as próprias previsões, as repetições, mas também as exceções; os dias comuns, mas também os dias feriados. A vida de cada dia não é, assim, entendida como oposição ao que sai da norma, aos feriados, à excepcionalidade ou à História: a hipóstase da vida de cada dia como banalidade em oposição à história, como exceção, já constitui o **resultado**² de uma certa mistificação"³.*

(KOSIK, 1989, p. 69).

No contexto da cotidianidade, se inserem os atos e os modos de cuidar da saúde de cada pessoa, de cada individualidade e de cada grupo social em suas relações com a sociedade. Partindo do pressuposto de que a vida cotidiana

¹ Grifos do autor citado.

² Grifos do autor citado.

³ Ver Kosik op. cit. p. 72 "A superação da antinomia entre cotidianidade e História e a formação de uma visão coerente monista da realidade humano-social é obra exclusiva do marxismo. Só na teoria materialista todo processo humano é histórico, com o que se supera o dualismo entre cotidianidade não-histórica e a historicidade da História".

funciona como um conjunto articulado de respostas para dar conta do movimento real do ser individualizado, do ser enquanto classe social e da sua plena cidadania, lanço a assertiva de que as práticas populares em saúde se inscrevem essencialmente no bojo da cotidianidade dos grupos e classes sociais em cada momento histórico/social e que, no momento atual, esse saber e essas práticas de saúde, têm particular importância, e emergem com visibilidade social e política cada vez mais crescentes. Pelo dado existencial de sobrevivência enquanto reposição da sua força de trabalho e do ponto de vista simbólico delimitando um espaço seu, autônomo na vida privada, de preservação do seu mundo e de seus valores. Enveredo por uma linha de pesquisa, imprimindo uma abordagem metodológica a partir da cotidianidade do cidadão comum, empregando estilos e linguagens captadas nas pesquisas, sem ter a pretensão de esgotar nenhum dos temas procurando tencionar a discussão sobre alguns aspectos do universo histórico/social e suas formas de representação e interpretação vivenciadas no cotidiano.

Para HELLER (1985, p.17), "*a vida cotidiana é a vida do homem inteiro*"⁴; ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Para esta autora, no cotidiano, este homem inteiro coloca em funcionamento todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideais e ideologias. Embora todas as suas capacidades estejam em funcionamento, o homem na sua vida cotidiana não realiza com intensidade nenhuma dessas capacidades. O homem em sua cotidianidade, para esta autora, é ativo e ao mesmo tempo receptivo em suas atividades, com aspectos diversificados e em gradações diferenciadas a nível de conteúdo, significações e importância nas atividades e modos de expressão.

⁴ Grifo da autora: ela incorpora na sua teorização esta categoria trabalhada por George Luckács.

A vida cotidiana, segundo HELLER (1985, p. 18) é composta por partes orgânicas que são: a organização do trabalho e da vida privada; os lazeres e o descanso; a atividade social sistematizada e o intercâmbio; a purificação.

Procuraremos abordar estas categorias que estruturaram o cotidiano na visão de Heller, quando a autora especifica as partes orgânicas da vida cotidiana, tecerei considerações acerca dessas facetas do cotidiano relacionando-as com outras categorias e autores, com o objetivo de assinalar alguns aspectos que apontem para a formulação de assertivas vinculadas ao saber e as práticas populares de saúde.

3.1.1 - A Organização do Trabalho e da Vida Privada

A cotidianidade é heterogênea e hierarquizada. Essa hierarquia não é imutável. Ela se modifica de modo específico em função das diferentes estruturas econômico/sociais, em cada momento histórico.

"(...) Nos tempos pré-históricos, o trabalho ocupou um lugar dominante nessa hierarquia; e, para determinadas classes trabalhadoras (para os servos, por exemplo), essa mesma hierarquia se manteve durante ainda muito tempo; toda a vida cotidiana se constituía em torno da organização do trabalho, à qual se subordinavam todas as demais formas de atividade".
(HELLER, 1985 p.18).

A organização do trabalho e da vida privada está relacionada portanto, com o modelo de produção vigente em determinada sociedade: vai imprimir um ritmo próprio e contar o tempo de acordo com a lógica que orienta esse trabalho, da produção de seus valores materiais e simbólicos.

"Todo modo de existência humana ou de existir no mundo possui sua própria cotidianidade. (...) que se dividia entre as várias classes, camadas e corporações. É fato que a vida diária de um servo da gleba era diferente da de um monge, de um cavaleiro andante e de um senhor feudal, mas o denominador comum, que marcava o tempo e impunha o ritmo segundo o

qual se desenrolava a vida de todos era um fundamento único: a sociedade feudal. A indústria e o capitalismo, juntamente com os novos instrumentos de produção, as novas classes e as novas instituições políticas, trouxeram consigo também um novo tipo de existência cotidiana, essencialmente diferente do das épocas anteriores".

(KOSIK, 1989, p.68).

No processo de desenvolvimento das formas produtivas, vêm ocorrendo muitas transformações no tecido social, com a separação marcante entre campo e cidade. Para OLIVEIRA (1985)

"(...) o fenômeno da urbanização e o da industrialização na cidade se fazem às custas dos sacrifícios das classes populares. São os sujeitos destas classes que compõem a força de trabalho necessária para que o capitalismo, enquanto um modo de produção fundado sobre a exploração do trabalho humano, se mantenha. São estes mesmos sujeitos que não se beneficiam com a riqueza coletivamente produzida. Isto é, muitos produzem muita riqueza, a qual é apropriada por poucos. Nas cidades acentua-se a distinção entre ricos e pobres: a produção da riqueza é coletiva, mas a apropriação é individual.

(...) a vida coletiva na cidade é dilacerante, massificada. Os cotidianos são iguais. O apelo ao individualismo e a negação da solidariedade destroem as possibilidades de uma vida comunitária autônoma na cidade, que também no campo já não mais existe".

(OLIVEIRA, 1985, p.34-5)

A transformação da produção e das suas relações sociais do reino da necessidade para produção para o mercado, alienou o trabalhador dos seus meios de produção que se tornou propriedade privada do capitalismo. O trabalhador perdeu ainda o controle do produto do seu trabalho também apropriado pelo capitalista. Com isso, o trabalhador perdeu a concepção do seu trabalho, ficando responsável apenas pela execução manual da produção. Politicamente, alienou o trabalhador, pois o princípio da representatividade, base do liberalismo que foi implantado com a consolidação do modelo de produção capitalista, criou a idéia de Estado como um órgão político imparcial, capaz de representar a sociedade e dirigi-la através do poder delegado pelos indivíduos.

"A força de trabalho converteu-se numa mercadoria. Suas utilidades não mais são organizadas de acordo com as necessidades e desejos dos que a vendem, mas antes de acordo com as necessidades de seus compradores que são, em primeiro lugar, empregadores à procura de ampliar o valor de seu capital".

(BRAVERMAN, 1987, p. 79).

O trabalhador, no seu dia-a-dia, luta para sobreviver e para não se deixar desumanizar. É uma resistência ao aviltamento da sua condição de homem no confronto com a estrutura do modelo econômico capitalista, na sua cotidianidade. Se o trabalho e suas relações sociais de produção o fazem "desumano" pela alienação do processo de divisão do trabalho, o homem está sempre criando e recriando a sua existência cotidiana, no espaço privado, numa perspectiva de resistir à dominação, conseguir sobreviver assim como garantir a sua identidade.

Nesse contexto vale registrar o papel que historicamente vêm tendo as práticas populares de saúde. Nas relações com a vida do trabalho e a vida privada, o trabalhador procura construir – luta por isso – um lugar seu, que lhe confira identidade, no qual ele se reconheça e reconheça seus iguais. Este lugar, este espaço simbólico, é onde se articulam o saber, o poder e as expressões das camadas populares através de seus signos e símbolos, dos profetas, artistas e lideranças populares entre os quais as rezadeiras e curandeiros, os videntes, os cantadores de viola e repentistas, entre outros.

O saber popular em saúde, parte de certas referências que são modelos e estão calcadas nas experiências vivenciadas no cotidiano. Na prática cotidiana esses modelos contém fragmentos de uma tradição oral, com a incorporação de experiências transmitidas ao longo do tempo. Esses modelos, que são formas de organizar a existência e de conceber a sociedade, ajudam a estruturar a visão de mundo e de intervir no social, uma vez que fornecem elementos a quem os evocam, nos enfrentamentos com o sistema formal (prática

oficial de saúde). Articulam e fortalecem os canais de resistência, ao consubstanciar-se enquanto referência de identidade das classes populares.

3.1.1.1 - A Dimensão Espaço/Tempo e o Referencial Popular de Saúde.

"Há tempo de nascer, e tempo de morrer. Há tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou. Há tempo de matar, e tempo de sarar. "

(ECLESIASTES 3-1 a 8).

A dimensão espaço/tempo é uma instância que informa claramente sobre as estratégias de sobrevivência/resistência das classes populares assim como a forma como esses referenciais são tratados nas análises dos cientistas sociais.

CHAUÍ (1989) refere sobre uma pesquisa de Machado da Silva ⁵ sobre o mundo do botequim e de seus frequentadores. No final da sua análise o referido autor, interpretando a relação dos homens do botequim com o tempo, conclui que estes homens são "incapazes de projetos e planos, de uma reflexão sobre o futuro, de sorte que a rígida rotina cotidiana substitui a percepção do tempo". CHAUÍ (1989) argumenta sobre essas análises: "Interfere aqui o ponto de vista do intelectual que não indaga se, para tais homens, o tempo teria necessariamente que possuir o mesmo sentido que lhe deu Benjamim Franklin".

Ainda sobre a visão do analista social, diz a autora:

"Trata-se de um preconceito semelhante ao daqueles que consideram a organização do espaço pelos 'subalternos' como restrita, indiscriminada e confusa, sem avaliar que se trata de um espaço cujas coordenadas não são idênticas à da Gestalt ⁶ burguesa, quando o arquiteto do BNH fica desolado com o caos espacial do bairro operário, tão bem planejado por ele e que foi desmantelado pela horta no lugar do jardim, pelas cores

⁵ SILVA, Luiz Antônio Machado da, "O significado do Botequim". In: Cidade - Usos e abusos. São Paulo: Brasiliense. 1978.

⁶ Grifo da autora citada.

espevitadas das fachadas, pela 'confusão' entre calçadas e quintal, não lhe passa pela cabeça indagar se essa destruição do planejado não seria uma forma de recusá-lo".

(CHAUI, 1989, p.69)

O espaço e o tempo das práticas populares de saúde também têm outro ritmo. Precisam de tempo para se curar como se precisa de tempo para viver plenamente: tempo para se alimentar com calma, tempo para o descanso, tempo para o lazer, tempo para trabalhar. Será que quando falam em não pegar em água quente, não pisar descalço na terra quente, não está relacionado com essa noção do tempo de cada coisa? Do ritmo, de uma organização do espaço e do ser individualizado que envolve uma relação específica com a natureza, com o meio ambiente com o qual se estabelecem as relações cotidianamente vividas?

"Me parece que é pelas higiênes. Os cuidados, que as pessoa adoecem. Fazem artes: andam na terra quente descalça, pegando em água quente..."

(M.F.G., 38 anos, dona de casa. 2º ano primário. Moradora da área de Capoeira – Bom Jesus).

Há que se aprofundar o conhecimento sobre as formas de apropriação e sociabilidade/subjetividade dos espaços coletivos e privados.

Em determinados locais, a forma como o espaço é ocupado, reveste-se de significados singulares. Um elemento que nos chamou a atenção nos espaços domiciliares no Bom Jesus, foi a horta de plantas medicinais e as hortaliças; nas casas visitadas e até mesmo andando nas ruas do bairro, pode-se vislumbrar por trás dos muros baixos, muitas vezes feitos de varas, vê-se um local reservado para hortas. Percebe-se o prazer que os moradores demonstram ao mostrarem suas hortas. Cada uma muda plantada, tem uma história para contar de como foi que conseguiram aquela planta (quem deu, porque deu, onde arranjou). Como a planta é "cuidada" (se pode levar sol, muita ou pouca água, qual a importância do sol na ação terapêutica); qual a ação terapêutica de cada planta (com quem aprendeu). Percebemos como há sempre um canto específico para as

plantas medicinais nos quintais ou mesmo nas portas de entrada das casas. Não há na grande maioria das casas a organização de jardins como se tem nos bairros de classe média.

Constatamos que principalmente para as donas de casa esses locais de hortas medicinais, funcionam como um referencial simbólico onde elas por vezes se refugiam para buscarem paz, para exercício do "cuidar das plantas" como elas se expressam, também elas próprias se "cuidam", "encontram sossego", "conversam até com as plantas" e pensam nos seus problemas. Há um dado de relevância singular, tendo sido constatado nesta pesquisa, e que, percebemos que não há muitas referências na produção teórica sobre este tema: a percepção da natureza por parte da população não apenas na sua utilidade imediata, mas com fortes indícios das antigas noções de sacralidade da natureza.

"O homem só valoriza as coisas na medida em que elas lhe são úteis; e como acredita, por temperamento e circunstância, que é o ponto culminante da criação da Natureza, por que não acreditaria que é também sua última finalidade? Por que não permitiria à sua vaidade essa pequena ilusão? Por que não deveria chamar de erva daninha a uma planta, se para ele seria bem melhor que ela nem nascesse? [...] De fato, nem mesmo os mais moderados que se imaginam filósofos conseguem avançar um pouco além da idéia de que tudo no mundo deve servir ao bem da humanidade. Ou então que algum efeito milagroso deste ou daquele vegetal, animal ou mineral, aproveitado pela medicina, possa ser útil ao homem, justificando assim sua de outro modo inexplicável existência".

(Goethe apud Lisboa In: HORTA, 1994, p. 107-108).

Nas conversas com os moradores do Bom Jesus, comprovamos a visão de comunhão com a natureza e não apenas a visão utilitarista do uso das plantas como remédio e/ou como fonte de renda (para os horticultores). Quando uma atendente do Posto de Saúde e um líder comunitário referiam-se a poluição das águas do rio que passa nas proximidades da comunidade, eles não apenas assinalavam o fator de doença para as pessoas pela contaminação, nem somente que aquela água já não mais servia para a aguação das hortas, mas demonstram

principalmente uma preocupação com o fato de ter sido perdido o rio que era para eles um valor em si, enquanto referência simbólica, uma figura emblemática que identificava a localidade, as suas lembranças e ao que consideravam de intocável.

A ecologia profunda foi considerada por George Sessions como "um modo cada vez mais aprofundado de conhecimento de nós mesmos". Assim, a verdadeira ecologia não seria apenas a ciência e a prática de se buscar formas de preservar o meio ambiente, mas também a indagação constante do homem sobre sua relação com o mundo a sua volta, sem o posicionamento *a priori* de antropocentrismo.

*"Quando Charles Elton, um dos fundadores da ecologia, foi interrogado sobre as verdadeiras razões para conservar, respondeu: 'A primeira razão, que não é habitualmente mencionada, é na verdade de caráter religioso'. E continuou: 'Esse valor não-humanista é simples – as espécies devem ser preservadas porque existem e por que essa existência é a expressão de um processo de grande antiguidade e admirável majestade. Aquilo que surge e permanece traz em si mesmo o direito sagrado de continuar a existir'. Para a maioria das pessoas, inclusive ecologistas, isso não tem qualquer significado. Para o físico, filósofo e Prêmio Nobel Ilya Prigogine, o universo se cria a cada momento, à medida que existe e avança. No seu livro difícil **Order out of Chaos**, ele diz: 'As moléculas que nos cercam, a turbulência, os relógios químicos, os relógios biológicos apresentam um comportamento da matéria diferente do descrito na visão clássica'. O que sabemos da realidade natural? Por que temos a pretensão de modificá-la? Será que é exatamente porque não a conhecemos? Talvez a aceitação da nossa ignorância, o amor a este mundo que mal conhecemos e a descoberta de que a quietude é uma benção não sejam suficientes para salvar a biosfera, mas serão, com certeza, a melhor forma de preservar nosso jardim interior."*

(Lisboa In: HORTA, 1994, p. 113).

Retomando a categoria analisada de espaço e suas simbolizações, não seria demais aqui inferir sobre as anotações de campo: observamos que a valorização atribuída à natureza, estaria vinculada ao sentimento de preservação do exterior (meio ambiente) enquanto extensão e expressão da preservação do interior: o que LISBOA (1994) chamaria de preservar o "jardim interior".

Considerando a dimensão do sagrado contida nessas experiências de preservação da natureza e do “jardim interior”, faz-se necessário abordar esse sagrado em seu aspecto de gratuidade. Num mundo subordinado à lógica da modernidade onde tudo funciona dentro da perspectiva dos interesses, do que é necessário, útil, não há muito espaço para a gratuidade. Há uma espécie de “colonização” do sagrado instrumentalizado pelo capitalismo. Não há espaço para o sentido transcendente da religião dentro dessa ótica instrumental. Porém, a noção de sagrado está presente nas manifestações humanas e subverte a ordem estabelecida. A experiência da gratuidade transcende à ordem mundana, subvertendo a lógica humana, questionando em profundidade os conceitos de “perda” e “ganho”, “dor” e alegria entre outros, repensando e atualizando a noção do sagrado. (LIMA, 1992). O que foi constatado através de entrevistas e observações junto aos moradores do Bom Jesus tem relação com essa dimensão do sagrado, enquanto experiência de gratuidade.

A relação com o espaço enquanto extensão e troca com o meio ambiente, também trabalha com uma noção de tempo. O tempo para os moradores do Bom Jesus é percebido de forma particular, pelos fenômenos de mudança sentidas no cotidiano do bairro e/ou o ritmo dos acontecimentos relacionados com a natureza.

"Depois que fizeram o desmatamento aqui no Bom Jesus para a Petrobrás, aumentou muito o vento. Vem uma areia fina, que o vento trás, que suja tudo e dói nos olhos. Eu tenho prá mim que isso é ruim prá saúde da gente.."

(A.B.C. de M., 38 anos; 2º ano primário, do lar. Moradora do Bom Jesus, área central).

CASTORIADIS (1982) ao tratar do tempo instituído em cada sociedade, adverte-nos para a distinção entre duas dimensões diferentes e obrigatórias desse tempo instituído: a dimensão indentitária que é o tempo das medidas, o tempo calendário, com suas divisões numéricas, ligadas aos fenômenos

da natureza-estações (períodos lunares); A dimensão do tempo imaginário que é o tempo de significações ou tempo significativo.

"O tempo identitário só é 'tempo' porque é referido ao tempo imaginário que lhe confere sua significação de 'tempo'; e o tempo imaginário seria indefinível, irreferível, inapreensível - Não seria nada ⁷ fora do tempo identitário. Assim, por exemplo, as articulações do tempo imaginário dobram ou aumentam os marcos numéricos do tempo calendário. (...) para nenhuma sociedade, antes da época contemporânea, o início da primavera ou o início do verão, nunca foram simples marcos no transcurso do ano, nem mesmo sinais funcionais para o início de tal atividade 'produtiva', mas sempre entrelaçados com um complexo de significações míticas ou religiosas; e que mesmo a sociedade contemporânea não chegou a viver o tempo como simplesmente calendário".

(CASTORIADIS, 1982, p.246)

Consideramos portanto, que as práticas populares de saúde aproximam-se da dimensão do tempo imaginário: por seu caráter que confere significações impressas na cotidianidade pelas experiências vivenciadas individualmente e/ou coletivamente e pela memória que se constrói através dos ensinamentos e das lembranças dos mais velhos; pelo tempo significativo, que está além da dimensão espaço/tempo identitário – que marca o ritmo da vida de trabalho – esse tempo de significações tem como elementos norteadores as categorias da ordem cotidiana.

O ritmo que marca o tempo mediado pelo trabalho não é o mesmo para homens e mulheres moradores do Bom Jesus: os homens levantam cedo e saem para trabalhar (nas hortas nas proximidades das residências do próprio bairro ou para o centro de Mossoró – os que são trabalhadores da construção civil, ambulantes e carroceiros). As mulheres, em sua maioria ficam em casa (são donas-de-casa, costureiras, lavadeiras, professoras e A.S.Gs da escola do bairro).

"O homem que sai para produzir encarna a transcendência e tem, portanto, a perspectiva de um tempo progressivo. A mulher, ao

⁷ Grifo do autor citado.

contrário, sem um projeto próprio, fica em casa e está destinada à imanência, a repetir a vida, só tendo noção de um tempo que se mantém".

(Beauvoir apud CALDEIRA, 1984, p. 126-127).

As características do que se convencionou pensar na nossa sociedade como "trabalho" não considera o trabalho doméstico enquanto tal, devido a sua natureza peculiar de não obedecer as suas características específicas: não é um trabalho que se vende (a força de trabalho), mas ao contrário esse trabalho executa tarefas para o próprio grupo familiar (se "cuida" da casa e da família); o empregado está disponível por um certo tempo para realizar um determinado tipo de trabalho. As mulheres donas de casa **têm que estar disponíveis** durante todo o tempo para esse "cuidar" da casa e da família. O trabalho doméstico é uma "trabalheira". A categoria "trabalheira" em distinção ao trabalho foi pesquisada por Elisabeth Dória Bilac (1983). Na sua pesquisa constatou que a expressão é empregada para ressaltar o fato de ser o pior trabalho, uma vez que não se tem horário estipulado e controle sobre o seu ritmo.

3.1.2 - Os Lazeres, o Descanso, a Atividade Social Sistematizada e o Intercâmbio

" (...) Para a população livre da Ática do Século V antes de nossa era ocupavam o lugar central da vida cotidiana a atividade social, a contemplação, o divertimento (cultivo das faculdades físicas e mentais), e as demais formas de atividade agrupavam-se em torno destas numa gradação hierárquica."

(HELLER, 1985, p.18).

As práticas populares em saúde têm uma relação profunda com as partes orgânicas do cotidiano referidas em HELLER. Primeiro porque no mundo da sabedoria popular não se faz a divisão positivista corpo/mente tão flagrante da medicina oficial. A dimensão do conhecer e lidar com a totalidade do ser no mundo das práticas populares, é uma dimensão dialética, sem cortes estanques

entre as partes corpo/mente. Na prática a separação corpo/mente é evidente e a literatura que já existe sobre o assunto demonstra claramente esta constatação. Autores como OLIVEIRA (1985) e ROCHA (1985) argumentam que é devido a construção destas práticas populares de saúde ocorrerem na cotidianidade, conferindo-lhes a característica de não-fragmentação entre corpo/mente.

Partindo do pressuposto supracitado, tomemos a instância do corpo.

Para ROCHA (1985), há uma grande importância de se buscar esse conhecimento do corpo:

"O simples conhecimento do corpo humano não garante a sua consciência. Entretanto, a consciência do seu próprio corpo é fruto também do conhecimento a seu respeito. De fato, o conhecimento do próprio corpo, do fenômeno da vida, leva a perguntas, cujas respostas são inquietantes e que, pela disposição comum de não querer pensar (face à condição de dependência), acabam por diluir-se no cotidiano. Em consequência, o homem não toma conhecimento nem consciência daquilo que é, 'sem dúvida, o mais natural, o mais concreto, o primeiro e o mais normal patrimônio que o homem possui': seu corpo. E se não toma conhecimento nem consciência, não toma posse nunca. Terá seu corpo, como sua vida, sempre expropriado, alienado.

A luta em direção à posse de si mesmo leva portanto a indagações sobre os requisitos necessários à vida, ao viver saudável, à saúde. Saúde deixa de ser um 'departamento', um 'programa' e passa a ser a própria característica do viver a que pode aspirar qualquer homem".

(ROCHA, 1985, p.67)

Os trabalhadores na sua vida privada necessitam de ter tempo para si; há uma consciência atualmente de tentar resgatar esse tempo para si que se tinha antigamente, uma busca de um encontro com seu eu e com o cosmo, com a natureza e com seus semelhantes. A necessidade de retomar uma ritualidade de um tempo também para si, no ritmo do cotidiano há muito perdida. As pessoas em seus grupos de origem ou inserção reivindicam a seu modo – e de vários modos – uma certa autonomia de cuidar de si próprio, de dar respostas para seus problemas

mais imediatos. Autonomia esta, que passa pela redescoberta do seu próprio corpo; do mundo a sua volta e a própria relação com a natureza. Dessa forma, a dimensão do corpo é experienciada de forma unificada com a mente e com alguns elementos da natureza.

"A natureza é muito importante! ... Só em a gente chegar aqui na porta, olhar para esse mato, tudo verde... É lindo (risos). Eu acho tão lindo que chega dá uma coisa assim no coração... Eu gosto muito de pranta. Eu sempre pranto umas aqui. Acho bonito, dá sossego.!!"

(Dona Cecília. Rezadeira, 79 anos, analfabeta. Moradora da área central do Bom Jesus).

Numa entrevista com uma senhora da Capoeira⁸, perguntávamos se ela achava que a natureza era importante para a saúde das pessoas. Ela imediatamente afirmou com muita ênfase balançando a cabeça e olhando nos meus olhos e disse: " – É importante o mato. Lá estão os remédios para as doenças da gente. Desde menina, quando a gente adoecia, mamãe ia logo no mato caçar remédio prá nós. Hoje em dia eu caço as plantas para fazer os remédios para meus filhos". É presente aqui, o sentido original da discussão atual sobre a relação do homem com a natureza.

A dimensão da natureza como um prolongamento do próprio corpo, já era uma concepção aceita pelos orientais desde a Idade Antiga. Para eles, homem e natureza não são dois: é uma única totalidade.

O "Feng-Sui" (pronuncia-se "Fong-suei") significa em chinês "Vento-Água". É uma forma tradicional de conhecimento, que tem por objetivo, a detecção, por regras e sinais e por uma percepção extra-sensorial das energias telúricas de um local ou edifício, bem como a utilização de forma mais adequada das energias consideradas boas a um ambiente e àqueles que o habitam, assim como, possibilita o conhecimento e a possibilidade de neutralizar as energias

⁸ Capoeira - Área mais pobre e menos urbanizada do bairro Bom Jesus - Mossoró/RN.

telúricas negativas dos ambientes, harmonizando energias e ambientes. "Vento-Água [é chamado assim] porque é uma coisa como o vento, que não se pode compreender, e como a água, que não se pode agarrar." (EITEL, 1985 p. 22).

Em seu contexto mais amplo, Feng-Sui vai muito além da relação do homem com a natureza, no sentido de tentar harmonizar as formas positivas e neutralizar as negativas de um ambiente: é na tradição chinesa, a forma de orientação estética dos edifícios e da felicidade dos seus habitantes. A definição tradicional chinesa de Feng-Sui é "a arte de adaptar as residências dos vivos e dos mortos de modo a cooperar e harmonizar com as correntes locais do sopro cósmico." (EITEL, 1985, p. 13).

A relação do homem com a natureza também está articulada com a sistematização da vida social.

OLIVEIRA (1985) fala sobre essas relações sociais que se estruturam no diálogo com a natureza.

"Os lavradores, ao dialogar com a natureza através do trabalho de obter o seu sustento, criavam relações sociais comunitárias, locais, de subsistência. Extraíam dela os seus recursos terapêuticos geralmente com as plantas. Estes formavam uma ciência à base do conhecimento popular dotado de uma eficácia e de várias lógicas (...) Estes poderiam ser barganhados por toda a população, diferente do anonimato e da impessoalidade da prática médica erudita".

(OLIVEIRA, 1985, p.23)

Isso demonstra a força que tinham estas práticas por sua origem popular, pela capacidade de serem socializadas e permitirem a (re)construção: de serem, em si, um instrumento de solidariedade.

OLIVEIRA (1985, p. 32) ainda acrescenta "a legitimidade encontrada para as medicinas populares é também a sua experiência de solidariedade, concebida como um prolongamento da experiência de vida no campo feita por seus praticantes".

Percebe-se, portanto, que os lazeres e descanso (tempo de festejar e tempo de descansar) a atividade social sistematizada e o intercâmbio, têm íntima relação com as características atribuídas à medicina popular por ROCHA (1985, p. 41), que são: primeiro, sua origem popular; segundo, o seu objetivo marcado pelo tom de resistência e terceiro seu método intuitivo.

A solidariedade é uma instância da medicina popular que tem sua cristalização na cotidianidade dos grupos e classes populares através dos mutirões, dos trabalhos de mútua-ajuda. Da vontade de ajudar, da solidariedade emerge como um dos seus desdobramentos a intuição. Da opção pela identificação de classe, de situação, tem-se a resistência e o exercício de identidade: remete às representações sociais que conferem identidade no interior do grupo social.

A troca de experiências entre vizinhos e amigos é outra faceta dessa solidariedade. Nestas ocasiões são contados os "causos" de fulano, como se tratou; são feitas consultas e dadas orientações de como fazer tal chá, lambedor ou até como colher a planta. Essas redes que se formam, funcionam como um canal de socialização do conhecimento, como uma instância de exercício da identidade e poder popular e também um espaço de concretização das estruturas e atividades sociais. Como práticas sociais, elas têm uma vinculação histórica e política.

"(...) A medicina popular é uma prática de cura que oferece respostas concretas aos problemas de doenças e sofrimentos vividos no dia-a-dia. Ela aproxima e fortalece as relações sociais entre as pessoas, já que pressupõe ajuda e solidariedade".

(OLIVEIRA, 1985, p. 8 -9).

Indagados sobre com quem haviam aprendido a utilizar os remédios e as práticas caseiras de saúde, a população do Bom Jesus (60%) afirmou que aprendeu com familiares e/ou com vizinhos, (20%) referiu ter aprendido através de livros e/ou com os profissionais do Posto de Saúde do bairro. Constata-se assim a manutenção da tradição pela transmissão do conhecimento

oralmente e a linhagem dessa transmissão é familiar (sanguínea) e no próprio grupo social (vizinhanças).

Tabela 14: Distribuição percentual da linhagem de transmissão do conhecimento.

COM QUEM APRENDEU OS REMÉDIOS?	Nº	%
Com a mãe, com a sogra e a avó.	02	20
Com a mãe e com os vizinhos.	02	20
Intuição (sozinho) e vizinhos	01	10
Aprendeu sozinho uns (livros) e outros com a mãe (no Posto também ensinam)	02	20
Com ninguém. Não acredita	01	10
Aprendeu com a mãe.	02	20
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro Bom Jesus.

O lado místico está em parte relacionado com os sonhos – a mãe reza e sonha com o remédio, a planta que irá curar o filho. Ela vai no mato procura a planta, faz o remédio e o filho fica curado. A intuição e a fé são básicas neste processo. A transmissão das experiências individuais confidenciais, dos conselhos de vizinhos, amigos e familiares também são muito importantes.

Aprendi com o povo de casa e os mais velhos"

(M.F.G., 38 anos, dona de casa. 2º ano primário. Moradora da área Capoeira - Bom Jesus).

"Aprendi com minha mãe: via ela fazendo e aprendi. Também aprendi com minha sogra. Aqui no Bom Jesus todo mundo faz."

(M.D.G., 24 anos, 6º série, dona de casa. Moradora da Capoeira - Bom Jesus).

OLIVEIRA (1985) dá ênfase a questão da determinação histórico-social e o caráter de autonomia relativa das práticas populares em saúde:

"Por serem práticas sociais, nascidas no meio de relações entre os homens, feitas por eles e como respostas às suas necessidades, isto é, para eles, elas são permanentemente atualizadas. Por serem práticas fecundas e dinâmicas, elas são constantemente

inventadas e reinventadas. (...) E o seu poder de recriação na cidade é também a relativa autonomia que estas medicinas populares possuem na nossa sociedade".

(OLIVEIRA, 1985, p.17-8)

Para esta autora, a medicina popular é uma herança do campo, do rural, da produção da vida comunitária, que tem uma "experiência singular" de solidariedade:

"O contato direto com a natureza, com a terra, com os rios, vales, montanhas e árvores; a ajuda mútua nos mutirões visando à construção de uma casa, uma colheita de produtos (frutas e cereais); a participação dessa comunidade nas festas que marcavam a entrada e a colheita dos seus alimentos; as trocas cerimoniais nas festas feitas aos santos, etc... Era uma experiência enraizada na vida de cada camponês. Eles não podiam se compreender a si mesmos nem aos outros, sem isso: era a sua identidade. Esta identidade era forjada na lida com a terra, através do seu trabalho, e no modo como eles pensavam a vida e as relações entre si mesmos"

(OLIVEIRA, 1985, p. 19).

O dado da solidariedade e da mútua-ajuda é muito presente no cotidiano dos moradores do Bom Jesus. Além das redes de referências por vizinhanças que se estabelecem em bairros populares, particularmente de periferias de cidades onde todos se conhecem e conhecem as famílias, tem ainda um elemento decisivo na formação local: há um entrelaçamento singular de parentesco entre as famílias. Os próprios moradores referem-se ao fato de ocorrer muitos casamentos entre as famílias amigas e até na própria família. A permanência por grande parte dos moradores em todos os estágios de suas vidas na comunidade é outro elemento que favorece a aproximação⁹.

"Aqui quase todo mundo tem plantas que servem para remédio em casa: goiabeira (o olho), mastruz, hortelã, malva, alecrim E tem os que são do mato mesmo (mussambê, chanana...). Quando alguém precisa e não tem em casa (a planta) outra pessoa dá um

⁹ A presente pesquisa não tem dados quantitativos sobre essa afirmativa, porém é um dado confirmado pelos profissionais que atuam na comunidade: professores da escola Castro Alves e pelos profissionais de saúde do Posto de Saúde, além de depoimentos da população.

galhinho, uma raiz, o que precisar. Aqui quase todo mundo é parente, é conhecido, é amigo".

(Maria Trindade, 73 anos, rezadeira, analfabeta. Moradora da área central do Bom Jesus).

Retomando as categorias orgânicas do cotidiano segundo HELLER (1985, p. 18), é importante pontuar os aspectos do lazer e do descanso. Indagados sobre o que acham que provoca as doenças, principalmente os problemas mentais, os moradores do Bom Jesus responderam (100%) que as perturbações mentais ocorrem em sua grande maioria, por causa das condições de vida e trabalho das pessoas. Afirmam que as pessoas precisam ter paz, sossego *"ter a mente descansada"*. O lazer também é necessário para ajudar a *"aliviar a cabeça"*.

"A preocupação dá doença. A gente fica preocupada, com cuidado na família, com medo dos perigos (acidentes, assaltos), por tudo... aí a pessoa fica perturbada, não tem paz, não tem sossego".

(L.E.C.M., 27 anos, auxiliar de serviços gerais em Mossoró. 1º ano primário. Moradora da área central do Bom Jesus).

(...) Às vezes eu fico preocupada pelos meus filhos. Tem dias que choro... Quem é mãe tem um toque no coração".

(A.B.C., de M. 58 anos, 2º ano primário, dona de casa. Moradora da área central do Bom Jesus).

O descanso e o lazer insere-se na vida cotidiana dos moradores do Bom Jesus de acordo com a percepção e a valorização desse lazer e descanso para cada indivíduo e/ou subgrupo da população. Os moradores mais jovens falam de lazer, como: sair para passear, conhecer outros lugares, se divertirem. As jovens estudantes do primeiro grau maior, da Escola Municipal Castro Alves¹⁰ afirmam que gostariam de poder estudar e sair da comunidade: irem morar em outros bairros em Mossoró (áreas mais centrais), terem a oportunidade de cursarem uma faculdade. Porém no bairro tem apenas o primeiro grau completo e muitas afirmaram que elas não têm condições financeiras de continuarem os estudos.

¹⁰ Depoimento prestado por algumas jovens da comunidade, através de conversa informal, sem o uso de uma entrevista estruturada (março/93).

Algumas referiam-se à possibilidade de mudança de suas vidas, através de um casamento com os trabalhadores das empresas contratadas pela Petrobrás¹¹.

Para os moradores mais velhos (em idade) e também quase sempre os mais antigos moradores do bairro, o que se traduz como descanso e lazer, é principalmente sossego e a tranquilidade do bairro e da vida que levam.

3.1.3 - A Purificação

A purificação enquanto categoria cotidiana, é a forma de buscar uma condução da vida estabelecendo uma ordenação que hierarquiza as atividades da vida cotidiana, baseada em valores éticos/morais norteadores para o grupo social e para o ser individualizado. É um processo de aperfeiçoamento do eu, uma busca interior, por parte do ser individualizado, estabelecendo também, uma relação com o mundo exterior, uma vez que seleciona e discrimina o que se quer conservar e o que se quer rejeitar.

A seleção que discrimina, é da ordem dos valores individuais e tem como base alguns referenciais coletivos por sua anterioridade de significações, transmitidas por cada sociedade ao longo do tempo. Estas significações variam de acordo com o momento histórico e suas formações sociais específicas; as ritualizações que demarcam suas fronteiras; as formas de experimentação das dimensões sagrado e profano.

"Medir-se-á o precipício que separa as duas modalidades de experiência – sagrada e profana – lendo as descrições concernentes ao espaço sagrado e à construção ritual da morada

¹¹ Há no Bom Jesus alguns alojamentos de empreiteiras da Petrobrás; esses alojamentos, têm duração indeterminada e a permanência dos seus trabalhadores (os peões) também é indeterminada. Os pais de família entrevistados e alguns professores da Escola Castro Alves, expressaram insatisfações pela vizinhança com esses alojamentos: alguns atribuem à chegada da Petrobrás a mudança de comportamento dos jovens na comunidade, as jovens namoram com os peões na perspectiva de casarem e saírem da comunidade. Porém muitos desses trabalhadores são casados. Algumas jovens engravidaram e tornaram-se mães solteiras. Não há por parte do Posto de Saúde um estudo com dados concretos sobre a incidência de gravidez na adolescência e nem sobre mães solteiras. Não há também programa de planejamento familiar no Posto.

humana, ou às variedades da experiência religiosa do Tempo, ou às relações do homem religioso com a Natureza e o mundo dos utensílios, ou à consagração da própria vida humana, à sacralidade de que podem ser carregadas as suas funções vitais (alimentação, sexualidade, trabalho, etc.)".

(ELIADE, 1990, p. 28)

O sagrado e o profano são duas formas de ser no mundo assumidas pelo homem ao longo de sua trajetória existencial. Esses modos de ser do homem (sagrado e profano) vão ser determinados de acordo com as diferentes posições que o homem conquistou no cosmos. As experiências religiosas de um grupo social ou de uma determinada sociedade podem ser explicadas em suas especificidades "pelas diferenças de economia, de cultura e de organização social; numa palavra, pela história" (ELIADE, 1990 p. 31).

Embora vivenciando experiências religiosas diferentes, para ELIADE (1990, p. 31), há uma validade de comparações entre factos religiosos do domínio de diferentes culturas. Parece-nos pertinente aqui, pontuar sobre as situações existenciais constatadas no Bom Jesus, onde pela contemporaneidade daquele grupo social, pertence à sociedade moderna e portanto, "vivendo num cosmos des-sacralizado", porém carrega em seu bojo, características do homem religioso (*Homo Religiosus*).

"Para o homem religioso, o espaço não é homogêneo¹²: o espaço apresenta roturas, quebras; há porções de espaço qualitativamente diferentes das outras. 'Não te aproximes daqui, disse o Senhor a Moisés, descalça as sandálias; porque o lugar onde te encontras é uma terra sagrada'. (Êxodo, III, 5). Há, portanto, um espaço sagrado, e por consequência 'forte', significativo – e há outros espaços não-sagrados, e por consequência sem estrutura nem consistência, em suma: amorfos. Mais ainda: para o homem religioso esta não-homogeneidade espacial traduz-se pela experiência de uma oposição entre o espaço sagrado – o único que é real¹³, que existe realmente¹⁴ – e tudo o resto, a extensão informe que o cerca".

(ELIADE, 1990, p. 35).

¹² Grifos do autor citado.

¹³ Grifos do autor citado.

¹⁴ Grifos do autor citado.

O espaço sagrado quando é revelado (revelação de uma realidade absoluta), tem um valor existencial para o homem religioso "porque nada se pode começar, nada se pode fazer"¹⁵, sem uma orientação prévia, esta orientação prévia implica na aquisição de um "ponto fixo", que é o estabelecimento de um "centro do mundo". Este "centro do mundo" significa a "fundação do mundo": a saída do "caos" da homogeneidade e da relatividade do espaço profano, para a revelação do espaço sagrado fundado na criação do ponto fixo ou centrado: a transformação do "caos" em "cosmos" pelo ato Divino da criação.

A rezadeira Dalvina ao descrever como é que cura a cólica das crianças, refere-se a um local específico de sua casa, onde faz essas orações:

"(...) a gente pega um prego caibá (grande) virgem com um martelo, aí reza primeiramente na criança, no umbigo. Aí leva à biqueira da casa¹⁶ e marca onde cai o pinga da água da biqueira e põe a criança emborcada com o umbigo igual onde cai o pinga d'água e diz as palavras da oração. Põe a criança três vezes em cruz emborcada. Aí tira e bota o prego e prega com o martelo e diz três palavras com as três pancadas, enterrando o prego no chão e dizendo: '- Basta que tu nasça um dia quando este umbigo crescer'. Diz três vezes e ali a criança fica curada: não deve desenterrar o prego, que é para a dor não voltar nunca mais."

(Dalvina, 42 anos, rezadeira – Bom Jesus)

É interessante observar que o lugar é significativo – onde cai a água. A água tem sentido de purificação: fertiliza a terra. Limpa, mata a sede.

Outra significação importante é a que se refere aos números: sempre em número de três. O número três é um número perfeito na cabala judaica. É o número da Santíssima Trindade no catolicismo (Pai, Filho e Espírito Santo).

Dona Dalvina também estabelece outros aspectos de ritualização, impregnados de significações que delimitam os domínios do caos e cosmos.

¹⁵ Grifos do autor citado.

¹⁶ Biqueira - é o final da tubulação (geralmente feita em zinco), onde é drenada e escoada a água da chuva que é assim jogada no solo.

"A gente quando é para rezar, tem que primeiro pensar em Deus, pensar nas coisas boas, prá poder Deus ajudar, dar força. Agora que as horas melhores de rezar numa pessoa é quando o sol sai e antes do sol se pôr. Depois que o sol se põe e antes do sol sair, a reza não voga tanto quanto durante o dia".

(Dalvina, 42 anos, rezadeira – Bom Jesus)

Esta ritualização também trabalha com outro arquétipo milenar: a luz traz a luz. Sem a presença do sol, tem-se as trevas, o caos. Com o sol, tem-se a fundação, a instauração diária da sagração, do sacramento que se repete (comunhão com o sagrado), através da ritualidade do dia. Os moradores do Bom Jesus referem-se a planta mandacaru branco, que é usada para problemas respiratórios: é tirado um fio da raiz desta planta do lado que a planta recebe a luz do sol nascente. Este fio da raiz por sua vez, é dividido em 3 partes e usado uma só parte. Esta técnica está relacionada com a potencialização pela ação do sol de certos princípios ativos da planta ("O sol dá força a raiz da planta"; "O sol limpa tudo, tem força").

Para as orações pessoais da sua devoção com os santos e de sua ligação com o Ser Supremo, dona Dalvina diz que a hora melhor que ela acha para rezar é de madrugada:

"É uma hora boa, porque é uma hora silenciosa: os pensamentos das pessoas tá tudo dormindo em bons pensamentos. Quando eu rezo em alguém na minha casa (quando alguém procura para rezar numa dor) então na madrugada da quinta para a sexta-feira, eu me levanto para rezar. Eu tenho essa penitência, que é para a dor não voltar mais (para prevenir)."

Aqui percebe-se que não há referência às polaridades trevas/luz, mas ao que no cristianismo é chamado de "comunhão dos santos": quando alguém reza com fé em qualquer parte do mundo, todas as orações e bons pensamentos convergem e se fortificam na oração de quem reza. O dia da reza também é significativo: é o amanhecer do dia que Jesus Cristo foi crucificado (a sexta-feira da paixão). Dentro desta concepção, a sexta-feira é sempre uma repetição

simbólica, que obedece a toda uma ritualização, da paixão de Cristo e para os cristãos, significa um momento de purgação, de purificação, de limpeza, para recomeçar a vida, noutra semana.

Dona Maria Trindade outra rezadeira do Bom Jesus, também demonstra na forma de sua cura em criança com quebranto e mau-olhado, a dimensão do sagrado e profano.

"(...) Eu boto a criança com os pés para cima e encosto os pezinhos dela na parte de cima da porta de dentro. Tem que ser uma porta de dentro de casa (...) Aí eu rezo – 'Deus quando andou no mundo três mal ele curou: quebranto, olhado, vento caído levantou.'"

Esta ritualização trás outros elementos a serem analisados: por que tem que ser uma porta de dentro da casa? Por que não a porta da entrada? Depois, por que colocar a criança com os pés para cima, encostados na parte superior da porta?

"Dentro de uma concepção, não limitada ao físico, do que seja a enfermidade, também é relevante a existência de rezas e 'simpatias' que facultam, à semelhança dos toques e alguns tipos de 'massagens', a dispersão ou concentração de 'energia' na pessoa enferma e que, por razões que não são muito claras para nós, ajudam a levar à cura."

(ROCHA, 1985, p. 64)

Na tradição chinesa do Feng-sui, há dois princípios: Yang (princípio masculino, solar, que vem do céu para a terra) e Yin (princípio feminino, lunar, que vem da terra para o céu). São duas energias que se movimentam em alternância constante determinando o movimento pulsante do universo. A energia que anima esses dois princípios é chamada de "Hi", ou "Alento da natureza", energia vital que estar presente em todos os seres. A ordenação geral da natureza, desse alento, é chamada de "Li". (EITEL, 1985, p. 25-6).

O quebranto ou vento caído como o próprio nome diz, é uma quebra, uma ruptura do que no simbolismo religioso popular, estar relacionado com energia vital da pessoa afetada, embora não explicitem o termo energia vital, o sentido expresso nos depoimentos e explicações sobre o significado do quebranto e vento caído, são bem claros. Assim, colocar a criança de cabeça para baixo, estaria relacionado talvez, com uma forma de receber a energia vital solar (que vem do céu).

"Quebranto nas carnes mata. A gente ouvia os mais velhos dizerem que a doença entra nos homens pelos peitos e na mulher pelos pés."

(M.A.M.F., 53 anos. Profª da Escola Castro Alves).

Neste depoimento, tem-se elementos do princípio vitalista onde a força do homem sua energia vital – vem do céu, do "Yang", o princípio masculino (entra no homem estas emanções ao nível do tórax); a energia da mulher vem do princípio feminino "Yin" – da terra (entram essas emanções da terra na mulher, pelo baixo ventre). Na *Çatapatha Brâhmana*, VII, 2, 2, 5, a terra é identificada como o órgão gerador feminino (*yoni*) e a semente como *sémen viril*. (ELIADE, 1988, p.41).

As doenças são nesta concepção, provocadas, pelo desequilíbrio da energia vital.

Outro aspecto relacionado com as emanções da energia vital, é demonstrado na crença de que "quebranto botado por mulher menstruada é muito forte". A menstruação das mulheres está relacionada com as fases da Lua e esta com o movimento das marés. A lua faz parte da simbolização da energia vital "Yin", a energia da terra – o princípio feminino. Significa dizer talvez, que no período menstrual, a mulher estar lidando com a sua energia vital em toda sua capacidade potencial.

Há que se considerar o aspecto da menstruação da mulher como é tratada no universo de significações da sabedoria popular, sobre um outro aspecto:

o da discriminação. Historicamente a mulher é vista como "estranha" e/ou "maldita" por causa da menstruação e como "designo de mistério" da capacidade de gerar filhos. Dizem que mulher é fraca e tem para elas uma série de restrições e proibições por causa da menstruação (não pode passar por baixo de limoeiro estando menstruada; por causa da menstruação, a mulher é mais fraca). A menstruação não é considerada como uma fase dentro do curso fisiológico do organismo feminino. É tratada como doença e/ou incômodo.

A tentativa de levantar o que nós chamamos de expressões significativas de ritualidade no cotidiano dos moradores do Bom Jesus, procura tensionar uma abordagem sobre o imaginário, as representações sociais desse cotidiano. Ressaltamos como inferência última desse capítulo (sem termos a pretensão de esgotarmos o assunto), de que pode-se vislumbrar nessas formas de expressões uma tentativa de preservação e/ou redescobrimento da ritualidade na vida cotidiana, mesmo num grupo social com as características de Bom Jesus que refletindo a sociedade na qual está inserida, guarda as contradições flagrantes de uma sociedade em transição entre o rural e o urbano; entre as possibilidades de desenvolvimento das forças produtivas e a necessidade de preservação/recriação dos seus valores simbólicos. De um cotidiano comum a todos e experienciado de forma individualizada, em sua dimensão urbana/moderna, alheio a toda forma de religiosidade, cada vez mais secularizado em seus referenciais, e por outro lado, essa redescoberta/recriação da busca de um cotidiano mais cheio de significações. Esta é uma outra faceta da sociedade atual, onde, a nível mundial e em suas formas regionalizadas, vêm ocorrendo transformações substanciais no que tange às aspirações humanas, enquanto projeto de vida individual e coletivo: é uma busca decisiva às fontes da linguagem e da sensibilidade da condição humana, onde não apenas se reivindica uma melhor divisão da renda e um acesso mais igualitário dos bens materiais e simbólicos: o querer ser feliz plenamente no momento presente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as análises do estudo realizado sobre o universo simbólico, as representações sociais dos atores investigados e sua contextualização histórico-social, constatamos que:

a) Há elementos de confronto (ou poderia melhor dizer de conflito) e de resistência político/cultural enquanto extensão das posições de classe social que permeia o tecido social da realidade estudada. Percebemos que quanto maior vinculação com o bairro – morar lá, conviver com proximidade e/ou ter prática de **escuta** das formas de vida e valores da população – maior possibilidade de uma prática de educação em saúde com bases mais democráticas. Confirmamos portanto, a primeira hipótese de que há um conflito social nas relações de saber/poder entre a população e os profissionais de saúde. Esse conflito se dá não apenas na esfera do conhecimento: ele tem uma construção histórica e uma determinação de classe social (LOYOLA, 1984; OLIVEIRA, 1985). Também encontramos outro desdobramento da relação saber/poder nas práticas de saúde: alguns profissionais de saúde de nível médio e elementar entrevistados, inicialmente davam muita ênfase ao cientificismo (como se achassem que seria a resposta que se esperavam deles) porém, depois, mais espontaneamente falavam de suas representações sociais sobre saúde com elementos do universo simbólico popular. Da mesma forma, os professores que são agentes de saúde escolar foram os únicos entre os professores os que são agentes de saúde escolar foram os únicos a demonstrarem a não aceitação do uso das práticas populares de saúde.

b) O saber popular em saúde é uma forma de saber instituinte, originário do trabalho experiencial e reflexionante dos que o praticam: é uma das construções sobre a realidade e, concluímos a partir da presente análise, que este saber tem muito a contribuir para uma nova forma de representação do saber em

saúde, neste momento de crise de paradigmas uma vez que, trabalha com outros referenciais e pode (re)criar o saber em saúde.

c) O uso das práticas populares de saúde, particularmente as plantas medicinais e a benzeção, constituem-se numa (dentre outras) forma de manter algumas tradições ligadas à preservação da vida em sua totalidade: estão além da visão fragmentada do processo saúde/doença da alopatia, uma vez que não separa homem/natureza. Confere identidade, exercício de autonomia relativa e conservação da memória coletiva. Tem uma dimensão político/pedagógica que redistribui o saber e dilui o poder. Transmite a cultura mantendo-a ao mesmo tempo que socializa esse saber, (re)criando a própria cultura.

d) Constituem-se como elementos de sobrevivência da subjetividade de uma nova visão do individual e do coletivo que busca uma realização no presente, no cotidiano. Nas formas de expressão da representação social da saúde, percebe-se o conceito de saúde amplo e não o conceito abstrato da O.M.S. Expressam a busca de formas de atendimento e acesso aos serviços de saúde, não apenas em maior oferta – embora esta também seja importante – mas uma nova orientação do modelo de saúde enquanto concepção e prática: sem dependências, sem clientelismo, sem dominação pelo saber/poder.

e) Emerge como uma contribuição teórica no sentido de desmistificar a medicina popular, ao realizar um trabalho de desconstrução e (re)construção da temática: por um lado, desvelando os equívocos das concepções das práticas populares como alternativa efetiva de opção de tratamento e/ou enquanto única saída por parte dos que não têm acesso aos serviços de saúde oficiais. Por outro lado, posicionando-se na linha propositiva de uma interpretação da temática na sua alteridade de saber em saúde, rejeitando a postura de aparente

“fascínio” do “exótico”, que na essência do fenômeno é uma forma discriminatória de interpretação.

Articulando os pontos b, c e d temos a confirmação parcial, da segunda hipótese levantada. Em parte porque não ficou claro a autonomia relativa e a identidade conferida em todos os momentos na fala da população e por ocasião das observações de campo. Há uma identidade afirmada na prática e em alguns momentos é expresso de forma mais consciente (quando falam da condição de vida, do trabalho) em outros momentos não fica claro. Porém, consideramos enquanto conclusão neste estudo que o saber e as práticas populares em saúde deve ser um **direito de opção** do cidadão de orientação de saúde assim como uma responsabilidade do Estado no redirecionamento dos paradigmas de saúde para garantia de modelos mais vinculados a realidades específicas.

Os benefícios sociais que se teria com a generalização das práticas populares em saúde seriam muitos e até imprevisíveis em seus desdobramentos. Podemos apontar alguns a título de suscitar a discussão:

- 1) Voltar à gênese para ver as contradições e procurar superá-las, ou seja, onde esse acontecimento tem suas raízes, quais os fundamentos, onde mudou, porque mudou. Se há necessidade de mudanças e por que.
- 2) Considerando-se que o instituível é uma conquista como possibilidade social, enquanto movimento social junto a outras práticas de cultura constitui-se como um rico terreno de investigações sobre as conquistas e os limites encontrados por esse movimento.
- 3) Maior possibilidade de estabelecimento de relações interpessoais com mais equidade pelo reconhecimento da alteridade de saberes e de formas de viver. Pela mudança nas relações profissionais de saúde e usuários

dos serviços. E principalmente pelo exercício do papel ativo, de sujeito desse usuário nas suas relações com seu processo saúde/doença.

4) Mudança na relação nacional e internacional na produção de medicamentos no Brasil: a partir do momento que houver vontade política para a formulação de leis que estimulem e garantam as pesquisas com as plantas medicinais brasileiras que permitam a produção de medicamentos a partir dos óleos essenciais, dos princípios ativos ou parte *in natura* dessas plantas e sejam revistas as leis de patentes. A adoção de programas regionais e a instalação das farmácias vivas (hortas caseiras, comunitárias ou nas instituições de saúde, com laboratórios de manipulação) para as plantas cultivadas e medidas de preservação de reservas de plantas silvestres. Essas medidas irão contribuir na maior possibilidade de acesso da população, maior segurança e eficácia na utilização, permite o estudo de casos controle e dimensões epidemiológicas da utilização dessas formas de cuidar da saúde.

Foi constatado também que o dado existencial de sobrevivência é um elemento aglutinador de todas as práticas. O outro elemento de aglutinação é a dimensão do sagrado. Essas práticas guardam no seu interior elementos místico-religiosos enquanto experiência calcada na cotidianidade, de forma ritualizada e sagralizada: uma espécie de volta ao sagrado, enquanto exercício contínuo de (re)ligação com o cosmos, com um ser supremo. Verificou-se ainda que na transmissão dessas formas de saber, a linhagem feminina é hegemônica, fato que merece posteriores estudos mais aprofundados sobre as formas do rito e a linhagem feminina.

Além da confirmação das duas hipóteses levantadas, lançamos a assertiva de simultaneidade das formas de saber no interior das práticas populares em saúde no nível das alteridades, das várias formas de conceber e praticar a

saúde. E que estas práticas têm sua reafirmação/consolidação experiencial no cotidiano, tendo sido este cotidiano abordado a partir de HELLER (1985) relacionando as partes orgânicas da vida cotidiana segundo este autor, com as representações sociais e as práticas populares de saúde dos moradores do bairro Bom Jesus. Esse é um dos aspectos da contribuição deste estudo, uma nova abordagem, enveredando por uma linha **propositiva** e não apenas de resistência cultural: indicando alguns rumos para a construção do novo sistema que pode e deve dialogar em condições de igualdade com outras formas de conhecimento em saúde. Há que se ter novos paradigmas e neles, ser dada ênfase na eficácia positiva dessas práticas, entendendo a lógica interna que as orientam.

ANEXOS

7.1 - TERMOS UTILIZADOS

Hipocrático: Referente a Hipócrates, médico grego que viveu em torno do ano 400 a.C, considerado no ocidente como o "pai da medicina".

Morbosidade: Condição enfermiça, doentia; enfermidade.

Terapêuticos: Usadas como tratamento.

Fitoterapia: Tratamento utilizando plantas; tratamento com plantas medicinais ou extratos, tinturas, essências, concentrados e complexos obtidos de plantas. Foi uma terapia muito utilizada popularmente no Brasil há algumas décadas passadas; embora atualmente, poucos produtos estejam disponíveis. Na década de 80, o Ministério da Saúde após pesquisas de confirmação da eficácia, aprovou a utilização oficial de 20 (vinte) espécies de plantas de uso popular. As pesquisas confirmaram: alho como excelente bacteriostático; capim-limão como calmante; erva-cidreira como estomáquico; hortelã como vermíforo entre outros.

Reima: É uma substância que está presente em alimentos ou no corpo das pessoas, que são combinadas, têm a capacidade de potencializar o desenvolvimento de processos doentios e/ou desequilíbrios dos organismos locais ou generalizados.

Mau-olhado: (De mau + olhado) – qualidade que se atribui a certas pessoas de causarem desgraça àqueles para quem olharem (Aurélio. Ed. Nova Fronteira. p. 1106).

7.2 - PESQUISA DE CAMPO – Bom Jesus – Mossoró-RN

Período: 1991 (1ª etapa)

1993 (2ª etapa)

Blocos do Universo Pesquisado:

1. As rezadeiras – História de vida e questionário geral (Q. Geral).

– 03 rezadeiras

2. Profissionais de Saúde: 11

– 06 profissionais foi aplicado o questionário geral (Q.G.):

* 01 - Enfermeira.

* 02 - Atendentes de enfermagem.

* 01 - Assistente social.

* 02 - Agentes comunitário de saúde.

– Há 07 profissionais de nível superior foi aplicado o questionário padrão - Q.P. (Por consulta de documentos)

* 01 - Enfermeira.

* 01 - Assistente social.

* 02 - Dentistas.

* 03 - Médicos.

Total: 11 profissionais.

3. Liderança em geral: 25

Questionário geral (Q.G.)

* Professores: 20

* Orientadora de saúde da Escola: 02

* Diretora da Escola: 01

* Liderança comunitárias: 02

4. População em geral: 1% = 10 pessoas (Questionário Geral - Q.G.)

Total = 49 pesquisados.

7.3 - QUESTIONÁRIO PADRÃO (Q.P.)

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Origem De onde é; onde mora (raízes culturais – se é da região ou não. Quais as influências culturais):

4. Escolaridade (onde estudou, onde se formou): _____

5. Profissão (o que faz; como é o trabalho): _____

7.4 - QUESTIONÁRIO GERAL (Q.G.)

Nome: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Sexo: _____

1. Quando alguém adoece na sua casa, a quem vocês procuram?
2. O senhor(a) sabe fazer remédios caseiros, rezas ou outra coisa que aqui na comunidade é usada para curar as pessoas?
3. Como são feitos esses remédios?
Quem prepara?
Quem administra?
Tem algum segredo no preparo? Quem é que sabe esse segredo?
4. Como a senhora ou o senhor aprendeu a preparar e a usar esses remédios, rezas ou outra coisa usada para curar e ou cuidar da saúde?
5. Quais os resultados? Como é que as pessoas ficam depois do tratamento?
6. O senhor(a) já passou pela experiência de ser curado por outra forma de tratamento diferente da medicina dos médicos? Deu certo ou não? Por quê?
7. Os remédios, as rezas ou outros tratamentos e cuidados de saúde que o senhor(a) conhece, têm diferença entre os que servem para tratar das doenças (curar) e os que servem para evitar pegar doenças? Quais são?

8. Qual a influência da natureza, da família e da própria pessoa na saúde física e mental?
9. As doenças são justas ou não? Por quê? Você acha que as pessoas ficam doentes por que merecem? E os que já nascem doentes?
10. Algumas doenças graves e epidemias (Cólera, AIDS), por que elas existem? As pessoas que ficam com a mente perturbada, por que isso ocorre? Isso é uma consequência de quê?
11. O senhor(a) acha que essa situação vai mudar ou haverá sempre doenças?
12. Quando alguém faz uma reza, toma ou dar a outra pessoa um chá, um lambedor ou outra coisa para curar um problema de saúde, o que faz a pessoa ficar curada? De onde vem a cura?
13. As pessoas que curam são diferentes ou qualquer um pode curar?
14. Você acredita em mau-olhado? Conte como é isso?
15. Você acredita em quebranto? Conte como é isso?
16. E espinhela caída? Conte como é isso?
17. Você sabe como se dar um purgante? Você já tomou um purgante alguma vez? Como é?
18. O que poderia ser feito na sociedade para que não existisse pessoas doentes?

7.5 - ROTEIRO PARA AS HISTÓRIAS DE VIDA

1. TRAJETÓRIA DE VIDA

- 1.1. Origem de onde veio. Qual o percurso que fez para definir o "sentido de lugar", de "pertença";
- 1.2. Atualidade – onde mora, o que faz (consciência do seu papel).

2. FORMAÇÃO

- 2.1. Com quem aprendeu:
 - a) Linhagem sangüínea ou não;
 - b) Linhagem mulher/homem ou mulher/mulher.
- 2.2. Como foi a primeira experiência (rito de passagem).
- 2.3. Investidura.
 - a) Eficiência na ação e/ou na técnica; ou em ambas;
 - b) O papel e a investidura funcionaram como signos na comunidade? Sua vida e sua prática servem de exemplo e/ou referência humana/espiritual na comunidade: os moradores pedem-lhe conselhos?

3. MANUTENÇÃO DA TRADIÇÃO/INOVAÇÕES

- 3.1. Como se realiza o rito – fidedignidade do rito ou incorporação de inovações: reprodutividade ou atualização do rito – quais os motivos?
- 3.2. Repasse do conhecimento.
 - a) Tradição oral;
 - b) Tradição escrita;

c) Quanto aos aprendizes:

- O número (há restrições e/ou critérios) e a qualidade (perfil);
- Linhagem;
- Segredo.

3.3. Princípios norteadores: orientações para a prática, para a vida do rezador, dos aprendizes e da população em geral; valores éticos, morais e religiosos.

3.4. Visão de mundo e representações sociais.

4. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA.

7.6 - TABELAS

Tabela 01 - Distribuição percentual sobre a responsabilidade da preparação e administração das práticas populares de saúde

QUEM PREPARA; QUEM ADMINISTRA?	Nº	%
Eu sei preparar e administrar.	05	50
A sogra (ou a mãe) prepara e eu administro.	03	30
Não preparo, não acredito.	01	10
Eu preparo com mamãe e nós administramos.	01	10
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro Bom Jesus

Tabela 02 - Distribuição percentual sobre a percepção dos entrevistados quanto ao segredo na preparação dos remédios caseiros

TEM SEGREDO NO PREPARO?	Nº	%
Não tem segredos.	08	80
Tem segredo para mim que não sei fazer.	01	10
Não acredita em nada disso.	01	10
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro Bom Jesus

Tabela 03 - Distribuição percentual quanto a confirmação de cura com as práticas alternativas em saúde

JÁ FOI CURADO POR OUTRA FORMA DE TRATAMENTO DIFERENTE DA MEDICINA OFICIAL?	Nº	%
Não lembra. Não acredita.	01	10
Sim os filhos foram curados. Continua usando quando precisa para os filhos e para todos da família.	09	90
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro Bom Jesus

Tabela 04 - Distribuição percentual sobre a preferência da forma de ajuda procurada ao adoecer

QUANDO ADOECEM A QUEM PROCURAM?	Nº	%
Procuram o Posto de Saúde de Bom Jesus.	07	70
Vão a Mossoró (Hospital Tancredo Neves).	03	30
Obs: 90% afirmam que no dia-a-dia usam remédios caseiros para problemas simples.		
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro Bom Jesus

Tabela 05 - Distribuição percentual sobre o conhecimento da confecção de remédios caseiros

SABE FAZER REMÉDIO CASEIRO?	Nº	%
Sim. Os remédios: chás, lambedores. Não sabem fazer reza (levam crianças para rezadeiras; adultos rezam espinhela-referem).	06	60
Sabe fazer chá, lambedor, não (a mãe é quem faz).	02	20
Não sabe fazer remédios nem rezas.	01	10
Não sabe fazer, mas a mãe e a sogra sabem.	01	10
Obs: Inclusão de outras substâncias às plantas.		
- Inclui AAS e soro caseiro.	01	10
- Inclui soro caseiro.	02	20
- Inclui bálsamo de São Damião (farmácias)	01	10
TOTAL	10	100

Fonte: População do Bairro Bom Jesus

Tabela 06 - Distribuição percentual dos entrevistados sobre a existência de endemias e doenças graves

EPIDEMIAS E DOENÇAS GRAVES POR QUÊ ELAS EXISTEM?	Nº	%
As epidemias por contágio, contaminação (a maioria "fazem artes"). Problemas de dificuldades sócio-econômicas também causam muitas doenças.	07	31
Contágio e falta de conhecimentos, cuidado de higiene (individual e coletivo), relaxamento nos valores éticos/morais (e "artes").	12	54,5
Não sabe.	03	13,7
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves - Bairro Bom Jesus

Tabela 07 - Distribuição percentual dos entrevistados sobre causalidade dos distúrbios mentais

PERTURBAÇÕES MENTAIS: POR QUE OCORREM?	Nº	%
Relacionadas com as condições de vida e trabalho (moradia, trabalho, alimentação).	21	95,5
Nunca pensou nisso.	01	4,5
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves - Bairro Bom Jesus

Tabela 08 - Distribuição percentual sobre a percepção dos entrevistados quanto às necessidades de saúde do bairro

O QUE É NECESSÁRIO NO BAIRRO PARA EVITAR QUE AS PESSOAS ADOEÇAM?	Nº	%
Melhorar as condições de vida da população e melhorar a educação e assistência de saúde. Itens abordados: • (08) Saneamento básico (água potável – 1ª prioridade); • (01) segurança; • (02) transportes; • (10) salários e emprego; • (03) mais hospitais; • (02) mais remédios (e controle de qualidade dos mesmos); • (04) alimentação.	22	100
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

Tabela 09 - Distribuição percentual das representações sociais dos entrevistados sobre as perspectivas de saúde

A SITUAÇÃO VAI MUDAR OU HAVERÁ SEMPRE DOENÇAS?	Nº	%
Pode mudar com as orientações de saúde (educação).	01	4,5
Pode mudar se mudarem as condições (sócio-econômicas) e educação – as próprias formas de orientação. A medicina ajuda, mas há outros problemas.	07	31,8
Haverá sempre doenças mesmo que sejam diferentes das antigas para as quais já se encontrou cura, por causa da poluição, fome, descaso político dos governantes, previsões da Bíblia e curso da vida.	10	4,5
Quanto mais a medicina avança, melhora a saúde (e a educação em saúde também).	04	18,2
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

Tabela 10 - Distribuição percentual das representações sociais dos entrevistados sobre a doença

AS DOENÇAS SÃO JUSTAS?	Nº	%
Às vezes, há muitos tipos de doenças e causas.	02	9,0
Não diz que sejam justas, mas se tivesse cuidados de higiene pessoal e ambiental para evitar contaminações e seguir as orientações de saúde não contrairia doenças.	08	36,4
São injustas, estão relacionadas com as condições de vida e trabalho.	03	13,7
Não sabe.	08	36,4
Não é justa, nem injusta: é o curso da vida.	01	4,5
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

Tabela 11 - Distribuição percentual da linhagem de transmissão do conhecimento

COM QUEM APRENDEU OS REMÉDIOS?	Nº	%
Com a mãe, com a sogra e a avó.	02	20
Com a mãe e com os vizinhos.	02	20
Intuição (sozinho) e vizinhos.	01	10
Aprendeu sozinha uns (livros) e outros com a mãe (no Posto também ensinavam).	02	20
Com ninguém. Não acredita.	01	10
Aprendeu com a mãe.	02	20
TOTAL	10	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

Tabela 12 - Distribuição sobre o conhecimento da confecção dos remédios caseiros

SABE FAZER REMÉDIOS CASEIROS OU REZAS?	Nº	%
Sabem fazer remédios caseiros e usam. Não sabem fazer rezas.	19	86,4
Não sabem. Não usam	03	13,6
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

Tabela 13 - Distribuição percentual dos entrevistados sobre percepção e valorização das diferenças entre as formas de utilização das práticas de saúde popular

HÁ DIFERENÇA ENTRE OS REMÉDIOS PARA CURAR E OS PARA PREVENIR (NOS REMÉDIOS CASEIROS)?	Nº	%
Sim. Não explicou a diferença	01	4,5
Sim. Os que são para curar (chá, lambedores, sumos, rezas e outros.) Casos graves – médico. Para prevenir: higiene pessoal e ambiental, cuidados com a alimentação e vacinação.	19	86,4
Os remédios são para curar. Tinha também os cuidados que mãe falava: não levar sereno, não fazer “artes” (não pegar em água quente, nem andar em terra quente descalço, etc.).	02	9,1
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

Tabela 14 - Distribuição percentual da linhagem de transmissão do conhecimento das práticas populares de saúde

COM QUEM APRENDEU?	Nº	%
Com a mãe.	14	63,7
Mãe/avó e sogra.	01	4,5
Mãe/antepassados.	02	9,1
Mãe/vizinhas.	01	4,5
Não lembra.	02	9,1
Mãe/sogra.	02	9,1
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

Tabela 15 - Distribuição percentual sobre a responsabilidade da preparação e administração das práticas populares de saúde

COMO SÃO FEITOS OS REMÉDIOS: QUEM PREPARA; QUEM ADMINISTRA. TEM SEGREDO NO PREPARO?	Nº	%
Ela (ou ele) prepara e administra aos filhos, para as pessoas da família e para si própria. Não tem segredo.	19	86,4
Não sabe. Não usa.	03	13,6
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

Tabela 16 - Distribuição percentual sobre a percepção da valorização e/ou investidura dos que praticam a cura

AS PESSOAS QUE CURAM SÃO DIFERENTES (DOS DEMAIS)?	Nº	%
Não.	10	45,4
Sim, (diferentes no conhecimento com que lidam, embora humanamente sejam iguais).	12	54,6
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

Tabela 17 - Distribuição percentual sobre a preferência da forma de ajuda procurada ao adoecer

QUANDO ADOECEM A QUEM PROCURAM?	Nº	%
Levam ao posto de saúde.	10	45,5
Ao hospital.	05	22,7
A ambos (dependendo da gravidade).	02	9,1
Levam ao médico (consultório).	05	22,7
(Obs: 20 dos 22 entrevistados afirmaram que no dia-a-dia usam também remédios caseiros para pequenos problemas de saúde.		
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

Tabela 18 - Distribuição percentual quanto a confirmação de cura com as práticas alternativas em saúde

JÁ FOI CURADO POR OUTRA FORMA DE TRATAMENTO DIFERENTE DA MEDICINA OFICIAL?	Nº	%
Sim.	19	86,4
Não.	02	9,1
Não respondeu.	01	4,5
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

Tabela 19 - Distribuição percentual quanto a eficácia positiva das práticas alternativas em saúde

QUAIS OS RESULTADOS?	Nº	%
Ficam curados com a terapêutica empregada (práticas populares de saúde: resultados positivos).	18	81,8
Não acreditam que dê resultados positivos.	02	9,1
Às vezes dá certo.	02	9,1
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

Tabela 20 - Distribuição percentual sobre as representações sociais dos entrevistados quanto a responsabilidade da cura

DE ONDE VEM A CURA?	Nº	%
Primeiro Deus (fé), depois do remédio.	08	36,4
Do remédio e de Deus (fé)	08	36,4
Do remédio.	05	22,7
Do remédio e do emocional da pessoa.	01	4,5
TOTAL	22	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

Tabela 21 - Distribuição percentual sobre a importância da natureza e/ou da família na saúde

HÁ INFLUÊNCIA DA NATUREZA E/OU DA FAMÍLIA NA SAÚDE?	Nº	%
Sim. Há importância de ambos.	22	100
Itens abordados:		
a) Natureza:		
• Poluição		
• agrotóxicos		
• fertilizantes		
• anabolizantes		
• hormônios		
• clima (chuva/seca)		
• preservação de nascentes e de matérias-primas		
b) Família		
• Base do equilíbrio emocional (paz, sossego)		
• Regras de conduta na sociedade – valores		
• doenças hereditárias.		
TOTAL	10	100

Fonte: Professores da Escola Municipal Castro Alves – Bairro Bom Jesus

ENTREVISTA COM OS ORIENTADORES DE SAÚDE DA ESCOLA MUNICIPAL CASTRO ALVES.

QUANDO ADOECERAM A QUEM	JÁ FOI CURADO POR OUTRA FORMA DE TRATAMENTO DIFERENTE DA MEDICINA OFICIAL	QUAIS OS RESULTADOS
01 Vai ao Posto de Saúde.	01 Não lembra. Não pratica.	01 Não acredita que dê resultados positivos.
01 Vai ao Posto (problemas mais simples).	01 Não acredita em nada disso.	01 Idem.
Vai a Mossoró (problemas mais graves)		
Total: 02	02	02

SABE FAZER REMÉDIOS COMO SÃO FEITOS.	TEM SEGREDO NO PREPARO.	COM QUEM APRENDEU.
01 Não	01 Não sabe, não os prepara.	01 Não lembra se aprendeu, mas não acredita e não pratica.
01 Não	01 Não sabe se tem segredo, mas prepara-os.	01 Idem.
Total: 02	02	02

ENTREVISTA COM OS ORIENTADORES DE SAÚDE DA ESCOLA MUNICIPAL CASTRO ALVES.

HÁ DIFERENÇA ENTRE OS REMÉDIOS PARA CURAR E OS PARA PREVENIR (NOS REMÉDIOS CASEIROS)?	HÁ INFLUÊNCIA DA NATUREZA DA FAMÍLIA OU DO INDIVÍDUO NA SAÚDE?	DE ONDE VEM A CURA?	AS PESSOAS QUE CURAM SÃO DIFERENTES?
01 Não acredita em remédios caseiros. Somente orienta as informações que recebe nos treinamentos. Prevenção – vacina, cuidados de higiene, cuidados de alimentação.	01 Sim. Segue orientação de acordo com a Secretaria de Educação e Saúde (treinamentos).	01 A cura vem do remédio e do tratamento adequado.	01 Não.
01 Prevenir – cuidados de higiene pessoal e ambiental, cuidados com alimentação. Curar – ir fazer tratamento médico.	01 Família – base de tudo, para tudo: saúde, educação (transmissão de valores éticos, morais). Natureza é importante porque também somos seres vivos em contato com o meio ambiente (poluição, ar puro, etc).	01 Vem do remédio.	01 Sim, pelo conhecimento (este é diferente).
Total: 02	02	02	02

ENTREVISTA COM OS ORIENTADORES DE SAÚDE DA ESCOLA MUNICIPAL CASTRO ALVES.

ACREDITA EM MAU-OLHADO, QUEBRANTO E ESPINHELA CAÍDA?	SABE COMO DAR PURGANTE. JÁ TOMOU?	EPIDEMIAS E DOENÇAS PORQUE ELAS EXISTEM?	GRAVES
01 Não	01 Não tomou nem sabe como administrá-lo.	01 As epidemias por contágio, (em geral) seus agentes etiológicos. Não pensou sobre as perturbações das pessoas.	
01 Não	01 Não sabe. Não tomou	01 Não sabe.	
Total:	02	02	

ESSA SITUAÇÃO PODERÁ MUDAR OU HAVERÁ SEMPRE DOENÇAS?	AS DOENÇAS SÃO JUSTAS?	O QUE PODERIA SER FEITO NA SOCIEDADE PARA EVITAR QUE AS PESSOAS ADOECAM?
01 Com o avanço da medicina as doenças podem acabar se as pessoas seguirem as orientações de saúde.	01 Não pensou nisso.	02 1º Melhorar a educação: acesso às orientações sobre saúde; 2º Aumentar a cobertura dos serviços de educação em saúde e mudança das condições de vida.
01 Vai melhorar com o avanço da tecnologia, educação em saúde e mudança das condições de vida.	01 Não é que sejam justas, mas se as pessoas tivessem mais cuidados de higiene individual e ambiental, seguindo orientações de saúde, evitaria-se de contrair muitas doenças.	
Total:	02	02

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, Iaperi. **A medicina popular**. Natal: Editora Universitária/UFRN, 1981.
- ÁVILA, Fernando Bastos de. Uma ética para o novo século. In: HORTA, Luiz Paulo. (Coord.) **Sagrado e profano: XI retratos de um Brasil fim de século**. Rio de Janeiro: AGIR, 1994. p. 143-155.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 18-21; 28-29.
- BOURDIEU, Pierre. **Grandes cientistas sociais**. nº 39. 2. ed. São Paulo: Ática, 1994.
- BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987, p. 79.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Geral. **Orientação para organização de centros de saúde: o planejamento local**. Brasília: CDMS, 1985. p. 74 (Série A: Normas e Manuais Técnicos; n. 20).
- BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica. Resolução CFM nº 1246/88**. Brasília: Tablóide - Editora e Publicidade. 1990. 72p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Comissão Nacional da Reforma Sanitária, 1986.
- _____. **Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: SNS, 1990.
- CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. **A política dos outros: o cotidiano dos moradores da periferia e o que eles pensam do poder e dos poderosos**. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- CARDOSO, Ruth (Org.). **A aventura antropológica: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- CARVALHO, Edgard de Assis. **A Declaração de Veneza e o desafio transdisciplinar: margem**. Faculdade de Ciências Sociais - PUC/SP. São Paulo, nº 1, p. 91-103, mar. 1992.
- CARVALHO, Maria Cecília M. de. (Org.). **Construindo o saber: técnicas de metodologia científica**. Campinas, SP: Papyrus, 1988. p. 161-62.
- CASTORIADIS, Cornelius. **As encruzilhadas do labirinto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. v.1.
- _____. **A Instituição Imaginária da Sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. (Coleção Rumos da Cultura Moderna, v. 52).

- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CHAUÍ, M. S. **Cultura e democracia: o discurso da competência e outras falas**. 4. ed. rev ampl. São Paulo: Cortez, 1989.
- COSTA, Nilson de Rosário. Estado, Educação e Saúde: a higiene da vida cotidiana. **Cadernos do CEDES - Centros de Estudos, Educação e Sociedade**. Campinas: Cortez, 1987, p. 27.
- CURY, Carlos; ROBERTO, Jamil. **Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo**. São Paulo: Cortez:Autores Associados, 1986. p. 12-14.
- DANTAS, Vera Lúcia de A., MEDEIROS, Soraya Maria de. **As práticas alternativas em saúde**. Trab. apres. no 42º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Natal, 1990.
- DONNANGELO, C. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, Maria Cecília F.; PERREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. 11. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- EITEL, Ernes J. **Feng-shui: a ciência do paisagismo sagrado na China antiga**. São Paulo: Ground, 1985.
- ELIADE, Mircea. **O sagrado e o profano - a essência das religiões**. Lisboa. Livros do Brasil, 1990.
- _____. **O mito do eterno retorno: arquétipos e repetição**. Lisboa: Edições 70: Perspectivas do Homem, 1988.
- _____. **Aspectos do mito**. Lisboa: Edições 70: Perspectivas do Homem, 1986.
- FELIPE, Joana D'Arc A. et al. **Análise de uma área em transição do rural para o urbano: o caso do Bom Jesus**. Universidade Regional do Rio Grande do Norte - URRN: Mossoró-RN, 1992. Mimeo.
- FOLHA DE SÃO PAULO. **Folhetim Medicina popular - uma alternativa de cura e atendimento**. São Paulo, 22 mar. 1981. nº 218.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense - Universitária, 1980.
- FREIRE, A.M.A. **Analfabetismo no Brasil. Da ideologia da interdição do corpo à ideologia nacionalista, ou como deixar sem ler e escrever desde as Catarinas (Paraguaçu), Filipinas, Madalenas, Anas, Genebras, Apolônias e**

- Gracias até os Severinos.** São Paulo: Cortez, Brasília; DF: INEP, 1989. p. 29-41.
- FROMM, Eric. **A arte de amar.** Belo Horizonte: Itatiaia, 1979. p. 157.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE - IDEC - SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E FINANÇAS. **A pobreza no Rio Grande do Norte – condicionantes sócio-econômicos.** Natal-RN, 1995. Mimeo.
- GERMANO, Raimunda M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil.** 2. ed., São Paulo: Cortez, 1985.
- GIGANTE, G. Amílcar. **O que é Remédio.** São Paulo; Brasiliense, 1988. p. 70-71. (Coleção Primeiros Passos, 199).
- GRAMSCI, Antonio. **Concepção Dialética da História.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966.
- GUIMARÃES, Reinaldo (Org.). **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate.** 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- GUTIERREZ, R. História, memória e comunidade: o direito do patrimônio contruído. In: Departamento do Patrimônio Histórico - DPH. **O direito à memória: patrimônio histórico e cidadania.** São Paulo: DPH. 1992. p.121-128.
- HAHNEMANN, Samuel. **Organon da arte de curar.** 6. ed. São Paulo: Grupo de Estudos Homeopáticos "Bendit Mure", 1984.
- HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história.** 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1985.
- HUBER, J. **Quem deve mudar todas as coisas: alternativas do movimento alternativo.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. (Coleção Biblioteca Alemã; v. 5).
- JORNAL DO BRASIL. Rio de Janeiro, 12 set. 1992.
- KOSIK, Karel. **Dialética do concreto.** 5. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- LAPLANTINE, François; RABEYRON, Paul-Louis. **Medicinas paralelas.** São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LIMA, Marcelo Ayres Camurça. O sagrado na era do desencanto. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 15 de março de 1992. p.8-9.

- LISBOA, Luiz Carlos. Preservando o jardim do coração. In: HORTA, Luiz Paulo (Coord.). **Sagrado e profano: XI retratos de um Brasil fim de século**. Rio de Janeiro: AGIR, 1994. p. 107-113.
- LOPES JÚNIOR, Edimilson.Ou Dallas Haiti. Rev. **RN Econômico**, Natal, v. 24, n.225, p. 12-17, set. 1993.
- LOUZADA, Wilson Molim. **Diferentes suportes para a memória**. São Paulo: Secretaria Municipal de Cultura - DPH. 1992. p. 13-16.
- LOYOLA, Maria Andréa. Medicina popular In: **Saúde e Medicina no Brasil**. GUIMARÃES, Reinaldo (Org.) 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 229.
- _____. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.
- LUZ, Madel T. **Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MAFFESOLI, Michel. **O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva**. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- _____. **O tempo das tribos: o declínio do individualismos nas sociedades de massa**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.
- MAGNANI, José Guilherme Cantor. **Festa no pedaço: cultura popular e lazer na cidade**. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- _____. Os pedaços do centro. **Espaço & Debates**. São Paulo, V. 6 n° 17, 1986.
- _____. **Da periferia ao centro: pedaços e trajetos**. São Paulo: USP, 1992.
- MANACORDA, Mário Aliehierio. **Marx e a pedagogia moderna**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1991.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São paulo: Ciências Humanas, 1979.
- NOGUEIRA, Roberto Passos *et al.* In MINAYO, Maria Cecília de souza. **A saúde em estado de choque**. 3. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/IBASE/FASE, 1992, p. 117-128.
- NOGUEIRA, Roberto Passos *et al.* (sistematização). Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). In: Minayo, Maria Cecília de Souza. **A saúde em estado de choque**. 3. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/IBASE/FASE, 1992. p. 117-128.
- MELO, Joaquim Alberto Cardoso *et al.* **Saúde e educação popular**. Petrópolis: Vozes, Cardernos de Educação Popular; v. 7. 1984.

- MENDONÇA, Otávio. Justiça e meio ambiente. In: **Revista do Direito Agrário**. 30 anos do estatuto da terra. Brasília, Nº 12, p. 37, 2 Sem. 1994. Edição Especial.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.
- MORIN, EDGAR. **O método II: a vida da vida**. 2. ed. Lisboa: Biblioteca Universitária, 1980.
- OLIVEIRA, Elda Rizzo de. **O que é medicina popular**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense: 1985. (Coleção Primeiros Passos; 31).
- ORTIZ, R. **Cultura brasileira e Identidade Nacional**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Julio e Reis, 1979.
- PAOLI, MARIA CÉLIA. Memória, história e cidadania: o direito ao passado. In: Departamento do Patrimônio Histórico - DPH. Secretaria Municipal de Cultura. **O direito à memória - Patrimônio Histórico e cidadania**. São Paulo: DPH, 1992, p.25-28.
- PINTO, Álvaro Vieira. **Ciência e existência: problemas filosóficos da pesquisa científica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- PENNA, Maura. **O que faz ser nordestino: identidades sociais, interesses e o "escândalo" Erundina**. São Paulo: Cortez, 1992.
- PONCE, A. **Educação e luta de classes**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1983.
- POSSAS, Cristina. **Saúde e trabalho: crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- RADIS. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - ENSP. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Rio de Janeiro, abr. 1994, p. 3.
- ROCHA, Jorge M. **Como se faz medicina popular**. Petrópolis: Vozes, 1985.
- REIS FILHO, Nestor Goulart. Espaço memória: conceitos e critérios de intervenção. In: Departamento do Patrimônio Histórico - DPH. **O direito à memória: Patrimônio histórico e cidadania**. São Paulo: DPH, 1992, p.167-168.
- ROMEIRO, A. *et al.* (Orgs). **Reforma agrária - produção, emprego e renda. Relatório da FAO em debate**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: IBASE; Brasília: FAO, 1992. (Univesidade e Sociedade nº 04).

- SÁ, Celso Pereira de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. IN: SPINK, M.J. (Org). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.
- SANTOS, Boaventura de Souza. **Introdução a uma ciência pós moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989
- SERRANO, A. I. **O que é medicina alternativa**. São Paulo: Abril Cultural; Brasiliense, 1985. (Coleção Primeiros Passos; 19).
- SHAFF, Adam. **História e Verdade**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- SHERER-WARREN, Ilse; KRISSETTE, J. Paulo (Org.). **Uma revolução no cotidiano? os novos movimentos sociais na América Latina**. São Paulo: Brasiliense: 1987.
- SILVEIRA, Fátima; JORDÃO, Lúcia. **Das raízes à resistência: repensando a medicina popular**. Campina Grande: Centrac/UEPb, 1992.
- SOUZA, Lúcia Ribeiro de.; VERAS, Renato. Ideologia e saúde. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS - IBASE. **Saúde e trabalho no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1983. p. 11 e 12.
- SPINOLA, Arary Witt de. *et. al.* (Coord) **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992.
- STORT, Eliana V.R. **Cultura, imaginação e conhecimento: a educação e a formalização da experiência**. Campinas: editora da UNICAMP, 1993.
- THIOLLENT, Michel. **Metodologia de pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986.
- TRIVINÕS Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1992.
- VALLE, Edênio; Queiroz, José I. (Orgs). **A cultura do povo**. 4. ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Espaciais, 1988.
- VIEIRA, Evaldo. **Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio a Geisel**. São Paulo: Cortez, 1983.