

PEDRO PAULO FREIRE PIANI

**SOBRE A POSSIBILIDADE DE INTEGRAÇÃO DE
SABERES LOCAIS NO SUS: UM ESTUDO SOBRE
MANGUEIRAS NA ILHA DO MARAJÓ, PARÁ.**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**PUC-SP
SÃO PAULO – SP
ABRIL DE 2007**

PEDRO PAULO FREIRE PIANI

**SOBRE A POSSIBILIDADE DE INTEGRAÇÃO DE
SABERES LOCAIS NO SUS: UM ESTUDO SOBRE
MANGUEIRAS NA ILHA DO MARAJÓ, PARÁ.**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Social com a orientação da Profa. Dra. Mary Jane Paris Spink.

**PUC-SP
SÃO PAULO – SP
ABRIL DE 2007**

PEDRO PAULO FREIRE PIANI

**SOBRE A POSSIBILIDADE DE INTEGRAÇÃO DE
SABERES LOCAIS NO SUS: UM ESTUDO SOBRE
MANGUEIRAS NA ILHA DO MARAJÓ, PARÁ.**

Texto submetido ao exame em 05 de junho de 2007.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Mary Jane Paris Spink
(orientadora)

Profa. Dra. Rosa Elizabeth Acevedo Marin (UFPA)

Profa. Dra. Leny Sato (USP)

Profa. Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia (PUC-SP)

Prof. Dr. Odair Furtado (PUC-SP)

À minha filha Dandara e à Eliane

Ao meu pai Pedro, pela jovialidade permanente

Minha mãe (in memoriam), que com seu apoio integral
possibilitou a entrada na UFPA

Às manas Márcia, Mônica, Cláudia e Rita

À todos meus sobrinhos, sobrinhas e cunhados

AGRADECIMENTOS

À Mary Jane, orientadora conhecida por seu cuidado, me aceitou no Programa, acreditando no imponderável.

Aos moradores de Manguelinas e membros da Secretaria Municipal de Saúde de Salvaterra pelo apoio à pesquisa. Os sentimentos pela melhoria na área da Saúde nos unem e a atenção integral é o elo que nos move.

Agradecimento especial a toda equipe da Fundação Carlos Chagas, responsável no Brasil pelo Programabolsa da Fundação Ford que concedeu a bolsa para a realização do doutorado.

Aos professores (as) do Programa em Psicologia Social da PUC-SP que manteve diálogo e que fazem desse Programa um espaço institucional de reflexão e vanguarda na pesquisa.

Às professoras Fúlvia Rosemberg, Regina Pahim Pinto e Maria Luiza Ribeiro pelo estímulo intelectual e acolhimento.

Ao professor Peter Spink com suas idéias desconcertantes, mas articulantes.

Aos (as) professores (as) Antonio da Costa Ciampa, Maria Cristina Vicentin e Odair Furtado pelos diálogos que fazem acreditar numa academia sempre renovada.

À Marlene, secretária eficiente do Programa e de paciência além do limite com a gente.

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa em Práticas Discursivas e Produção de Sentidos um agradecimento especial pelas discussões e pelo carinho.

Aos companheiros bolsistas da Fundação Ford no Brasil e de Moçambique, uma companhia agradável e militante.

Às Professoras Rosa Acevedo e Edna Castro, do Núcleo de Altos Estudos da Amazônia/UFPA, pelo acolhimento no Pará durante o doutorado e o trabalho sério que realizam na Universidade e na defesa de direitos das populações amazônicas.

À Profa. Dra. Stela Graciani e ao Núcleo de Trabalhos Comunitários pelo acolhimento e pela dinamicidade de seus trabalhos na extensão da PUC-SP.

À Profa. Alda Rabelo por sua atuação e acolhimento.

À Professora Jacqueline Brigagão (USP), parceira do diálogo no campo da Saúde e grande incentivadora do debate na academia.

À antropóloga e educadora Joanice Santos pelas longas conversas sobre saberes.

Grande amigo João Farias e sua justiça cotidiana, sem comentários. Seu Davi e Cristina.

Ao quase historiador José Carlos (Zelão), Mara e Janaína pelo companheirismo.

Ao amigo Erick pelas contribuições na língua inglesa e a turma da Digitall.

**Nascia, então, a seguinte questão:
como tão pouco saber pode gerar tanto poder?
Foucault (Entrevistas, 2006)**

RESUMO

Esta tese objetiva discutir práticas integrativas no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da atual implementação do princípio da integralidade. Problematizou-se a noção de integralidade a partir da configuração de saberes e estratégias em uso nos serviços e ações de saúde. Partindo do pressuposto que a organização da área da Saúde é orientada por modelos hegemônicos de saber que dificultam uma maior dialogicidade com saberes locais, tenta-se dar visibilidade a práticas que priorizem o usuário em sua demanda de atenção integral. As práticas integrativas são compreendidas, no contexto desta pesquisa, como saberes e estratégias que visam à prevenção de agravos e o restabelecimento da saúde tanto no interior do SUS como na ação de pessoas que cuidam da saúde em Mangueiras, comunidade na ilha do Marajó, Salvaterra, Pará, local onde ocorreu a pesquisa. A abordagem etnográfica do problema, a partir da Psicologia Social crítica, utilizou-se da observação participante, de entrevistas e da revisão de produção acadêmica e documentos oficiais sobre integralidade para compor o cenário de análise da pesquisa. Constatou-se uma multiplicidade de ações de saúde em Mangueiras promovida por pessoas que disponibilizam seus saberes para a população e, dessa forma, agilizam o atendimento local, sem o apoio institucional dos serviços de saúde. Por outro lado, embora a Secretaria Municipal de Saúde recorra a ações que envolvem a participação de vários setores e atores com objetivos de atender integralmente as demandas da população, a atenção integral se dá em ações isoladas, pouco potencializadas, dificultando o acesso e a resolubilidade na perspectiva do usuário. Propõe-se um maior diálogo entre práticas populares de saúde e o SUS na perspectiva da atenção integral à saúde, através de formas possíveis e planejadas que agilizem o atendimento e favoreçam a compreensão do processo de saúde/doença visando à prevenção e superação dos agravos em saúde. Esta pesquisa se insere na produção do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Práticas Discursivas e Produção de Sentidos da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Palavras-chave: integralidade; práticas de saúde; saberes locais; SUS

ABSTRACT

This thesis focuses discussing integrative practices on the Sistema Único de Saúde – SUS (Brazilian Public Health) from the current integrity implementation. The integrity notion is in trouble due to the configuration knowledge and strategies applied on the health services and actions. From the point of view the health area follows hegemonic standards of discernment which make it impossible a clear talk for acting in services, is tried to concentrate in practices which prioritizes users on their demands of entire attention. The integrative practices are understand, on the context of this research, as knowledge and strategies which focus prevention of getting worse and the health reestablish, both on the internal SUS itself and people demand on professionals who take care of health in Mangueiras – community located in ilha do Marajó, Salvaterra, Pará – the place where the research was performed. The ethnographic approach of the problem, based on the critical social psychology, participant observe was used as well as interviews, academic production review and official documents on integrity in order to originate the scenery of the research analysis. There have been observed a multiplicity of actions on health in Mangueiras, encouraged by people who willing offered their knowledge, and this way speed up the local service without a significant institutional support. On the other hand, the municipal health department (Secretaria Municipal de Saúde) appeals to many actions involving many sections and actors committed in completely grant people demand. Thus, the integral attention will be performed in isolate actions, not much influential, making it difficult the access and the solution on the user view. A more efficient talk is suggested between popular health practices and SUS, on the perspective of a complete attention to health, through many possible and planned ways that speed up the service and benefit the comprehension of the health/disease process, focusing the prevention and health aggravation overcoming. This research is part of the production of the Research Centre on Discursive Practice and the Production of Meaning at the Pontificia Universidde Católica de São Paulo.

Keywords: integrity; whole attention; practice of the health; SUS.

RÉSUMÉ

Cette thèse a pour objectif discuter pratiques intégrées dans le Système Unique de la Santé (SUS) avec l'actuelle implantation du principe d'intégralité. La notion d'intégralité a été approchée à partir de la configuration des savoirs et des stratégies en usage dans les services et actions de la Santé. Partant de la présupposition que l'organisation du Système de la Santé est orientée par modèles hégémoniques de savoirs qui rendent difficile le dialogue avec les savoirs locaux, s'essaye donner visibilité aux pratiques qui donnent emphase au usager à la recherche d'une attention intégrale. Les pratiques intégrées sont comprises, dans le contexte de cette recherche, comme savoirs et stratégies qui visent à la prévention de maladies et le rétablissement de la santé dans l'intérieur du SUS ainsi que dans les actions des personnes qui soignent de la santé en Mangueiras, communauté en île de Marajó, Salvaterra, Pará, lieu où cette recherche a été réalisée. L'approche ethnographique du problème, à partir de la Psychologie Sociale critique, s'est utilisée de l'observation participante, des entretiens et de la révision de la production académique et des documents officiels sur l'intégralité pour composer le scénario d'analyse de la recherche. Une multiplicité d'actions de santé en Mangueiras est promue par personnes qui disposent leurs savoirs pour la population et, de cette façon, rendent plus agile l'accueil local, sans le soutien institutionnel des services de santé. Par ailleurs, bien que la Secretarie Municipale de la Santé recoure aux actions qui enveloppent la participation de plusieurs secteurs et acteurs avec l'objectif de répondre intégralement aux demandes de la population, l'attention intégral se donne en actions isolées, peu puissantes, rendant plus difficile l'accès et la résolution du problème dans la perspective de l'usager. Nous proposons un plus grand dialogue entre les pratiques populaires de santé et le SUS dans la perspective d'attention intégral à santé parmi les formes possibles et projetées qui puissent rendre l'accueil plus agile et favoriser la compréhension du procès de santé/maladie visant la prévention et la réduction des aggravants de santé. Cette recherche s'inscrit dans la production du Noyau de Pratiques Discursives et Production de Sens de la Pontificie Université Catolique de São Paulo.

Mots clefs: intégralité; pratiques de santé; savoirs locaux; SUS.

SUMÁRIO

Introdução.....	12
1. Situando as práticas tradicionais de saúde no debate contemporâneo sobre conhecimento.....	22
1.1. A ciência moderna como modelo de racionalidade.....	22
1.2. Tem sentido falar de conhecimento <i>tradicional</i> ?	31
1.3. Bases epistemológicas dos sistemas terapêuticos tradicionais.....	34
1.4. Saberes tradicionais em Saúde e ecologia política.....	42
2. Integralidade e sistemas terapêuticos tradicionais: um diálogo possível?.....	46
2.1. O ordenamento jurídico.....	47
2.2. A indefinição conceitual da Integralidade.....	53
2.3. A integralidade como perspectiva.....	57
2.4. Integralidade e práticas complementares: a Portaria da Integralidade.....	61
3. Sobre os caminhos da pesquisa.....	67
4. Mangueiras.....	79
4.1 Localização e história	79
4.2. A Saúde em Mangueiras	88
4.3. O saber local: conversando com as pessoas que cuidam.....	95
4.4. Os moradores falam sobre problemas de saúde que tem resolução local.....	108
4.5. Os moradores falam sobre problemas de saúde que exigem encaminhamento.....	121
4.6. Saúde, integralidade e ambiente	128

5. O SUS a três horas da capital	132
5.1. O SUS na Amazônia e em Salvaterra.....	132
5.2. O SUS no Município de Salvaterra.....	134
5.3. O encaminhamento a especialistas: a fala da assistente social.....	138
5.4. Os vínculos com Mangueiras: os agentes de saúde e a odontóloga.....	140
5.5. O que é mesmo integralidade?.....	144
5.6. Como integrar saberes no SUS?	146
Considerações finais	149
Referência bibliográficas	154
Anexos	161
Anexo A: Declaração de Consentimento Informado	162
Anexo B: Transcrição integral das entrevistas	163
Anexo C: Receitas de Dona Lídia.....	227
Anexo D :Portaria 971/2006	228

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa objetiva refletir sobre práticas integrativas no campo da Saúde, a partir do princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), e sua efetivação atual. Esse princípio foi constituído como diretriz norteadora de ações e serviços num contexto institucional amplamente desfavorável. Conhecimento e política aqui não são tratados como fenômenos separados, modelo compreensivo que mais inebria possíveis conexões do que as revela. Ao contrário, são fenômenos entrelaçados entre si num movimento em que nem sempre se percebe claramente a intencionalidade, quer da política, quer do conhecimento. O fazer ciência, tradução moderna de certo tipo de conhecimento, é acompanhado permanentemente do fazer política, ou seja, uma constante busca das possibilidades de efetivação do fazer ciência e o necessário convencimento para tal empreendimento humano. O campo da Saúde se constitui bastante heterogêneo, apesar da hegemonia das práticas médicas baseadas na tecnologia, principalmente quando se trata de distribuição de recursos. E é aí que saúde, ciência moderna e política se encontram.

A tese que apresento é que a integralidade, mesmo representando um avanço como princípio favorecedor de novas bases epistemológicas para pensar a saúde e organizar serviços (quer na atenção primária, secundária e terciária), ainda encontra barreiras institucionalizadas em práticas hegemônicas fundamentadas em modelos pseudo-herméticos, centralizada numa organização hospitalocêntrica dos serviços e alocação de verbas e de uma noção de campo de saber sem capilaridade. Tal cenário tem como consequência a precarização da inclusão de setores da população no processo de demanda e de atendimento à saúde. Nesse sentido, para dar visibilidade a essa rede de múltiplas relações, a noção de campo-tema de Peter Spink (2003) foi importante para um exame de práticas, documentos e produção bibliográfica que expressam posicionamentos que constituem os fenômenos do campo da Saúde e os transformam. Esta noção faz emergir a idéia de que o “objeto de pesquisa não está lá” (Spink, P. 2003). É uma construção relacional que pode ter uma multiplicidade de motivações iniciais.

Tomei como referência para análise do problema proposto, o caso de Mangueiras, na ilha do Marajó, povoado do município de Salvaterra, Estado do Pará. Como fonte subsidiária, analisei os documentos oficiais relacionados ao tema e o contexto de produção bibliográfica mais recente. Verifica-se que a integralidade, um dos três princípios de funcionamento do SUS, extrapola o campo da intervenção e compreende todo um processo de construção e reafirmação de conhecimentos que são legitimados por vários mecanismos e hierarquizados por meio de discursos, planejamentos, gestão e intervenção¹ na saúde. O princípio da integralidade foi introduzido para fazer frente a saberes em uso, no auge de sua hegemonia. Qualquer nova proposição de organização do sistema visando novas práticas de saúde e de racionalidades administrativas encontra uma série de práticas instituídas a confrontar-se ou a mesclar-se num híbrido, mas sem reconhecimento pleno do *novo* por parte dos que estão envolvidos. O embate entre o que está instituído e o novo se dá, por excelência, no campo da produção de discursos de natureza técnica, idéia usada por Latour (2000) para justificar as práticas em uso.

No caso específico da região amazônica, com suas características ambientais peculiares e grande contingente de população rural, constata-se uma ausência do direito fundamental à Saúde materializado na rede de atendimento (Oliveira, 2005). Por outro lado, constata-se uma quantidade importante de práticas locais populares de saúde advindas das culturas indígenas e populações de origem africana que utilizam recursos biogenéticos da região (plantas, ervas, raízes, água) para a prevenção e o tratamento das doenças.

Observa-se no Brasil uma multiplicidade de experiências de integralidade na perspectiva da atenção integral, principalmente em âmbito municipal, envolvendo atores sociais, oriundos de setores de baixa renda, portadores de um saber chamado de *tradicional*, porém de importante inserção na população. Pode-se afirmar, a partir de ampla literatura histórica, que essas práticas de cuidado são seculares no Brasil, o que nos permite perguntar sobre a razão de sua continuidade mesmo diante da oferta da Medicina oficial. A noção de *tradicional*, construída em oposição à noção de *moderno*, apresenta um percurso discursivo

¹ O termo *intervenção* aqui é utilizado para referir-se à relação direta, por meio de procedimentos, dos profissionais de saúde com os usuários. Adotaremos na tese o termo *cuidado* para referir a um outro modo de compreensão e ação sobre a saúde e a doença (Pinheiros e Mattos, 2005 e Pedrosa, 2006).

amplo encontrado na literatura acadêmica, documentos de organizações internacionais e nacionais ou em contendas publicados em diversos meios. Esta oposição geralmente é baseada em uma dicotomia epistemológica. Contudo, um dos caminhos para sua compreensão pode ser com base nos posicionamentos em evidência.

A partir da década de 1990 o princípio da integralidade começou a ser tematizado e a expressão *integralidade*, como qualidade do que é *integral*, foi incluída em documentos do Ministério da Saúde e na produção acadêmica. O tema da integralidade é ao mesmo tempo, apaixonante e instigante. Apaixonante porque envolve saberes não hegemônicos em uma sociedade com tendências à massificação, razão talvez de sua pouca ressonância, e instigante porque, ao se analisar as experiências com integralidade percebe-se se tratar de arena de heterogeneidade com diversidade de atores, práticas, caminhos e produção documental e bibliográfica normatizadora e crítica surgida principalmente nos últimos anos.

A tensão que opera no interior do SUS, cuja demanda pressiona não somente pelo acesso, mas também pelo bom atendimento, está presente no Sistema também a partir da elaboração das políticas de atendimento e da organização dos serviços. Essa tensão é acirrada em períodos característicos de reivindicações, de disputas e manutenção de espaços. E, em relação ao princípio de integralidade que deve orientar a atenção integral a partir das necessidades emergentes da população e de suas práticas no campo da Saúde, avolumam-se as disputas pela afirmação de saberes. A integralidade, que será tratada com mais elaboração no capítulo dois, refere-se à atenção integral que é diretriz para as ações e serviços, além de envolver a possibilidade de inclusão de saberes múltiplos. E é nesta terminologia, aparentemente agradável, dos saberes múltiplos, que se estabelecem os conflitos que vão incidir nas ações e nos serviços de saúde. Saberes que se configuram em modelos e sistemas, esses, por sua vez, quando vasculhados em suas composições indicam conexões não explicitadas pelos saberes constituídos oficialmente pelas instituições que detêm o controle da normatização jurídica. Esses saberes têm se organizado epistemologicamente a partir de categorias dicotomizadas (Spink, MJ. 2003b).

Os avanços tecnológicos que a Medicina ocidental contemporânea alcançou nas últimas décadas (Luz, 2005), não dissiparam os problemas que

cercam a saúde da população e mostraram-se incapazes de dar as respostas aos pacientes que as tecnologias de suporte em diagnósticos e tratamentos tentam dar conta. A abordagem do profissional em Saúde, ou seja, a habilidade desenvolvida na escuta e observação, continua sendo fundamental para a compreensão mais ampla dos processos de saúde/doença. Contudo, predomina uma tendência à tecnociência no saber médico, pressionada por uma indústria que atua em torno do fenômeno da doença e que espera o retorno dos investimentos realizados na área.

Além desse aspecto específico relativo ao desempenho relativo das tecnologias de diagnósticos e tratamentos, outro aspecto que se apresenta como situação-limite é o acesso quase intransponível dos segmentos de menor poder aquisitivo da população a essas tecnologias, disponibilizadas na rede privada com alto custo para os usuários e na rede pública estatal apenas nos centros de referência, incluindo nesse rol principalmente os hospitais universitários. Esses aspectos - limites da tecnociência na saúde, dificuldade no acesso as novas tecnologias médicas, além de determinadas condições históricas que viabilizaram práticas de cuidado no Brasil - podem ser destacados como condições para o aparecimento da noção de integralidade na saúde.

Uma das experiências que motivou essa reflexão e posterior caminho pelo qual a pesquisa enveredou foi a visita de avaliação feita ao Programa *Sôro, Raízes e Rezas* da Secretaria de Saúde do Município de Maranguape, no Ceará². Esse Programa, planejado por uma equipe de saúde desta Secretaria composta por enfermeiras e assistentes sociais, objetivava reduzir a mortalidade infantil por diarreia na região do município, que apresentava índices anuais altos. As assistentes sociais e enfermeiras, constatando que as mães levavam seus filhos às rezadeiras da cidade e região, tomaram a decisão de convidá-las para conversar e incluí-las em um programa de combate à mortalidade infantil compondo uma rede de Saúde mais ampla na região. As rezadeiras ao receberem as crianças com diarreia, além de benzê-las, administravam o soro caseiro e as encaminhavam ao posto de saúde mais próximo, procedimentos cruciais para o tratamento e recuperação das crianças, inclusive o da benzeção, de valor cultural e de reconhecimento por parte da população. As rezadeiras

² Esta experiência concorria à premiação do Programa Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getúlio Vargas-SP. Participei como visitador ao lado de Verônica Paulics, do Instituto Polis.

tinham reuniões e encontros com a equipe da Secretaria, recebiam material necessário para administração do soro caseiro, como filtro para água potável, sais minerais e jarros. Passados dois anos de Programa, a redução da mortalidade infantil por diarreia que caiu de 25 para 2 casos foi considerado como o maior triunfo da integração de novos atores, nesse caso atrizes, pois das 188 pessoas cadastradas pela Secretaria de Saúde 90% eram mulheres. Por outro lado, mesmo sem uma participação efetiva dos médicos no Programa, a redução serviu para setores da classe médica aceitarem a inclusão das rezadeiras na rede.

Esta experiência desperta para a possibilidade de integração de saberes considerados tão distintos e que tiveram resultados que são perseguidos tanto pelas rezadeiras como pelo complexo e amplo sistema médico. Porém a pergunta que fica é o que os separa: procedimentos? Metodologias? Interesses? Esta é uma das motivações desta pesquisa.

Uma das questões por mim colocadas nesta pesquisa é sobre o que une e o que separa os saberes tradicionais e os saberes médicos. A Medicina ocidental contemporânea, sem desconsiderar a diversidade contida nesta expressão, está historicamente relacionada à agregação de valor econômico às suas práticas, e tem seu grande impulso com o advento do capitalismo moderno (Foucault, 1999). Os recursos genéticos, por exemplo, utilizados tanto em conhecimentos tradicionais como pela biomedicina (nesse último caso, já transformados em biotecnologia), assumem alto valor econômico. Contudo, se considerarmos toda a cadeia de vínculos que cerca e apropria-se dos recursos genéticos, no início da cadeia estão as populações locais que são as primeiras cuidadoras desses recursos, não somente com técnicas simples de cultivo, mas também por praticarem atividades econômicas de baixo impacto que preservam mais esses recursos.

O campo da Saúde, com os seus processos de concepção, planejamento, gestão e serviços e os problemas aí enfrentados, pode ser estudado sob diversos olhares e concepções. Um argumento que norteia esse estudo, é que a demanda em saúde de uma população, elevada a uma importância central, tem uma dinâmica que pressupõe uma macro-organização da saúde, em uma grande estrutura racionalizada de governo da população e, nesse sentido, a sua

governamentalidade, ou seja, a mentalidade de governo³, que serve, por sua vez, para organizar profissões, serviços e formatar demandas, e uma dinâmica local que se manifesta em estratégias de saberes com sentidos variados. Ambas as dinâmicas interagem e conflituam em sua processualidade cotidiana.

Os processos de saúde/doença não são fenômenos naturais, estritamente reflexos de determinações biológicas, intransponíveis ou de intervenções determinadas intrinsecamente pela especificidade dos problemas. A compreensão desses processos aqui é tratada no campo da Saúde como um grande sistema social com demandas da população e com reações e planejamentos dos que tem interesses nesse campo como profissionais, gestores, governos e a indústria envolvida na área da Saúde.

Os autores que utilizo para o diálogo foram selecionados à medida que contribuíram para a compreensão dos problemas propostos na pesquisa, tanto em relação ao seu esclarecimento como na contraposição ou negação dos mesmos problemas. Certamente outros autores terão analisado, problemas e questões semelhantes, porém a seletividade do pensamento acompanha as opções teórico-metodológicas da pesquisa. Falarei a partir de textos para não cair no equívoco de analisar e caracterizar autores e obras a partir de fragmentos, que são momentos da trajetória do autor, presentes ou não na continuidade de sua obra. Permanências e rupturas epistemológicas, assim como híbridos epistemológicos podem ser encontrados na obra de qualquer autor. É necessária uma análise mais cuidadosa para fazer afirmações sobre obras inteiras. Enfim, o diálogo dá-se mais em relação a posições encontradas em fragmentos de obras que se reportam a epistemologias, metodologias e intervenções políticas do que na obra completa desses autores, que não se constitui análise não se constitui o objeto desta tese.

Para a compreensão dessas questões destaco as noções de *rede* de Latour, de *biopolítica* de Foucault e das *práticas discursivas* de M. J. Spink. Tomando como ponto de partida a idéia de Geertz (2004) de que as definições não explicitam ou fazem entender os fenômenos, e que estes não representam realidades em sua totalidade, no capítulo primeiro desta tese, empreende-se uma reflexão sobre as negociações de sentidos presentes nas relações entre

³ O termo *governamentalidade* refere-se a estratégias de governo. É encontrado no texto de mesmo nome incluído na coletânea brasileira de Foucault intitulada *Microfísica do Poder* (1979).

conhecimento e política, considerando principalmente que os saberes são antes de tudo expressões do interesse de indivíduos e grupos.

Perguntei-me se a estratégia de incluir parteiras, raizeiros, etc, nas práticas de saúde oficializadas, na perspectiva da integralidade do SUS não é simplesmente uma saída culturalista ou, ainda, se não estava sob a égide de uma espécie de império dos direitos instituídos que, nas últimas décadas, principalmente na Europa e nos Estados Unidos e, depois, em países do terceiro mundo, tomou lugar das grandes lutas de trabalhadores e dos partidos dirigentes. Quanto à primeira preocupação, do viés culturalista, não há como negar que essas práticas de saúde têm relação com outros modos de vida, usos de recursos e do território, que não se assemelham, pelo menos em sua estrutura, aos modelos vigentes nas sociedades capitalistas que tem no uso exploratório e maximizado a sua dinâmica de funcionamento. Quanto ao império dos direitos instituídos, que surgiu e se multiplicou a partir da década de 1960, até hoje, não é possível fazer uma análise de mão única em que só o aspecto da imposição da explicitação do direito como condição de sua existência e de uso pleno, mesmo nas democracias, é relevado. É importante considerar a oxigenação que os movimentos sociais trouxeram às sociedades apontando entraves das democracias e formulando direitos em uma multiplicidade sem igual na história. A resistência que se construiu paulatinamente em oposição ao biopoder que se propunha a governar a todos foi o revés do processo. Esta resistência traduziu-se em direitos. O que se pode afirmar desta resistência é que ela compreendeu determinados extratos sociais com maior poder aquisitivo, maior acesso a bens culturais e organização mais planejada enquanto política de enfrentamento.

A integralidade, como princípio que envolve uma concepção de atuar no campo da Saúde, garantida na Constituição de 1988 e regulamentada em 1990, foi concebida em uma multiplicidade de interpretações e diversas implementações municipais, ainda que pontuais e sem muita visibilidade. Como afirma Mattos (2001), a integralidade não foi definida pela Constituição Federal (CF) de 1988, contudo apareceu como diretriz para o direito ao “atendimento integral, com prioridade para as atividades, sem prejuízo dos serviços assistenciais (CF, 1988, art. 198)”. Porém, quando este artigo da CF fala de Sistema Único com as suas três diretrizes, inclui a participação da comunidade, necessária para a identificação de demandas da população a quem está a serviço. Ou seja, a

participação da comunidade é condição par definir o atendimento integral. Essa relação estabeleceu uma materialidade jurídica. O princípio da integralidade foi resultado de uma década de discussão e críticas de setores da Saúde em relação a práticas de outros setores mais hegemônicos no campo estrutural de organização dos serviços. Mas, um princípio não se organiza somente a partir de uma lei, que é um elemento, dentre outros, que se constitui nesse processo. O que é proposto nesta tese não é caracterizado necessariamente como avanço nas discussões já que outros certamente poderão ter feito esta reflexão ou ainda apresentar posicionamentos diferentes. Ou ainda, o que é avanço para uns pode ser mera elucubração para outros. A intenção deste autor é tratar de um aspecto que se considera pouco explorado nos documentos e políticas de saúde: o da participação da população com suas estratégias de saúde numa perspectiva de integralidade.

Na primeiro capítulo da tese discutirei o conhecimento como produção histórica, com suas permanências e suas discontinuidades, como criação e como apropriação e, tendo como dinâmica principal, a fluidez, mesmo em sua aparente cristalização, em discursos e práticas. Nesta pesquisa interessa tomar o conhecimento a partir da sua configuração como ciência, na época moderna, quando houve uma maior repartição e classificação de competências e poderes. Para a compreensão da rede de sentidos e materialidades que constitui o fenômeno do conhecimento nos apoiaremos em contribuições Foucault, Latour e Boaventura, assim como nas reflexões do Núcleo de Práticas Discursivas e Produção de Sentidos da PUC-SP. Ainda neste primeiro capítulo, tratarei de uma *arqueologia* do conhecimento tradicional, tomando emprestado um termo utilizado por Foucault, e as distinções estabelecidas em relação ao conhecimento dito científico. Um dos objetivos é o de apresentar a intencionalidade discursiva das separações hierarquizadas do conhecimento. Este não é um produto natural de movimentos que os indivíduos empreendem como numa evolução. A diversidade de modos de vida, com suas práticas multiformes é um acontecimento das coletividades. O aparato discursivo em torno desse acontecimento cria realidades, institui hábitos e códigos e gera co-construtores ou opositores.

No segundo capítulo, tratarei da noção de *integralidade*, que considero fundamental para pensar o problema das distinções, inclusões e exclusões de saberes e práticas. Os documentos recentes sobre a integralidade têm sua

importância pelo momento de efervescência do tema com reações de profissionais da Saúde através de deliberações, projetos de leis e liminares na Justiça.

Os caminhos da pesquisa são apresentados no capítulo três. O trabalho de campo foi realizado no Marajó, em uma comunidade (vila) chamada Mangueira, no município de Salvaterra, e envolveu três etapas. Para compor um material de análise do problema, tive como suporte uma produção bibliográfica sobre integralidade e documentos oficiais acerca deste princípio do SUS, priorizando aspectos relacionando às práticas integrativas como saberes.

Núcleo central desta tese discutirei integralidade a partir de experiências vivenciadas e informadas na comunidade de Mangueiras, Pará, no capítulo quatro. A ênfase é dada às práticas locais de saúde da população que funcionam como estratégias para superação de problemas de saúde e como *modus* de vida. Mangueiras é uma comunidade que conta com um número significativo de pessoas que cuidam da saúde e formam uma rede de atendimento emergencial que funciona pela criatividade acionada nas situações diversas.

O capítulo cinco trata das relações do SUS no município de Salvaterra com as práticas e atores locais de Mangueiras. A partir de sua organização no município, o SUS se caracteriza como uma rede nem sempre presente e de difícil acesso. Mas isso não explica totalmente o uso de práticas alternativas e complementares em saúde, e esta tese não tem a pretensão de respondê-la. Contudo, como esses usos se dão no cotidiano, é de extrema importância para que o SUS dialogue e ofereça serviços de qualidade aos usuários.

E no plano da pesquisa de campo se apresenta a relação dos fenômenos da saúde com o território, este entendido como espaço social dinâmico, de relações negociadas e conflituosas. A Amazônia, região marcada por vários tipos de ocupação histórica e contemporânea, tem suas especificidades no processo saúde/doença e nas políticas dos governos. Finalizo a tese apresentando possibilidades de diálogo entre os setores sociais que podem contribuir para o aperfeiçoamento dos modelos locais de atenção à saúde.

Retomo as palavras de Foucault que, no final do Prefácio de *O nascimento da clínica* (XVI, 2004), diz que “este livro não é escrito por uma medicina contra outra, ou contra uma medicina por uma ausência de medicina... trata-se de um estudo que tenta extrair da espessura do discurso as condições de sua história”.

E ainda em uma entrevista concedida em 1976 (Foucault e Pol-Droit, 2006) dizia não se tratar de destruir as ciências, mas de ter o direito de questioná-las. A aura em torno da ciência que lhe concede um poder de decisão desigual sobre pessoas e coletividades, acentuada na sociedade contemporânea, que contradiz aquela imagem do cientista recluso e isolado, além de desinteressado, institui entraves para que as transformações sejam processos fluidos e coletivos.

1. Situando práticas tradicionais de saúde no debate contemporâneo sobre conhecimento.

Neste primeiro capítulo, iniciarei situando o conhecimento como uma produção histórica, assentado numa multiplicidade de linguagens, destacando principalmente nesse contexto, o paradoxo da ciência moderna como conhecimento hegemônico da atualidade. O paradoxo referido está ancorado em uma concepção que compreende ciência em bases unívocas, mas que está assentada em práticas multiformes organizadas de forma peculiar a partir de procedimentos e dispositivos de inscrição.

Buscarei responder a seguir, a pergunta: tem sentido falar de conhecimento tradicional? E problematizar na seqüência, as bases epistemológicas dos sistemas terapêuticos tradicionais. Concluirei situando esta pesquisa na perspectiva da ecologia política.

1.1. A ciência moderna como modelo de racionalidade

As discussões sobre o conhecimento têm uma longa trajetória na história do pensamento e se fazem presentes em uma lista extensa de autores. Há vários modos ou caminhos a se tomar para refletir acerca da construção do conhecimento. O que se pretende aqui é seguir um percurso de reflexão que tem dois objetivos. O primeiro é de preparar caminho para uma crítica ao conhecimento em sua expressão principal na modernidade, a ciência. O segundo é, a partir da crítica à ciência moderna como expressão da racionalidade exemplar, abordar o campo da Saúde de uma forma mais ampla e relacional, abrindo perspectiva para a integralidade dos saberes como estratégia para planejar, organizar e avaliar ações e serviços de atenção integral no Sistema Único de Saúde.

O registro das discussões sobre o conhecimento no Ocidente⁴ tem como marco fundante os *Diálogos de Platão*. Sócrates, nos Diálogos, perguntava a si e a outros, o que era conhecer, o que era a verdade. A atitude da pergunta como método para conhecer é uma herança socrática adequada para aqueles que problematizam o conhecimento. Por outro lado, a tendência ao universalismo ou à opinião verdadeira já se fazia presente, como é o caso do diálogo com *Teeteto*, que reage ao relativismo dos sofistas, ou o caso de *Fedro* em que a ambigüidade e os usos da linguagem escrita são apresentados por Sócrates por meio da metáfora da droga que pode curar ou matar. A escrita, naquele período, despertava debates sobre sua validade e importância diante do medo de se perder ou substituir a oralidade ou a mnemônica como arte por excelência da memória e da transmissão. Uma discussão sobre essa ambigüidade da escrita é realizada por Derridá (1997) que recorre à metáfora da *droga* que pode curar ou fazer morrer.

Alguns autores localizam nos textos platônicos a origem das grandes dicotomias que permeiam hoje a discussão sobre o conhecimento. Os debates, muitos séculos depois, que envolveram a escolástica e, ainda mais à frente, as escolas racionalistas e as escolas empiristas do pensamento, ilustram a extensão do tema e as ausências intencionais no debate.

Qual a validade de se pensar conhecimento desde tempos mais remotos como diria Jack, um lógico, personagem de Feyerabend em seu texto *Fantasia Platônica*⁵ “– Não é algo um tanto atrasado no tempo?” E continua: “- Bem...esse tipo viveu há mais de dois mil anos , não conhecia nem lógica nem a ciência moderna: assim, o que podemos aprender dele sobre conhecimento?” - sobre o texto intitulado *Teeteto* dos Diálogos de Platão, que seria estudado no seminário imaginado. Ao que Bruce, outro personagem-aluno do seminário imaginado por Feyerabend, e sociólogo, retrucou: “E você pensa que os cientistas sabem o que é conhecimento?” E Jack novamente: “Não falam dele, mas o produzem”.

⁴ *Ocidente* é uma noção genérica referente a um conjunto de tradições greco-romanas e judaico-cristãs expansionistas que se desenvolveu na Europa e Mediterrâneo e, depois, foi estendida a outras partes do mundo. O que pode caracterizar mais o mundo ocidental em seus projetos político e cultural é justamente o expansionismo. É importante compreender também o Ocidente como um fenômeno de assimilação nesse movimento de expansão.

⁵ Feyerabend, P. Diálogos sobre o conhecimento. p. 13.

A intenção aqui não é de passar em revista ou fazer um panorama do problema do conhecimento e de seus métodos, tarefa impossível de realizar tal o percurso e a diversidade de enfoques na história que versaram quer sobre seus fundamentos, quer sobre os métodos utilizados para sua abordagem ou produção, ou ainda entrecruzando esses aspectos para gerar um só problema. Contudo, a discussão sobre a natureza do conhecimento, assim como de sua posterior organização em campos e em lugares como as universidades, permearam certas configurações que a ciência moderna adquiriu. Problematizar o conhecimento a partir de suas condições e das possibilidades que o configuram e o transformam permanentemente é a objetivo deste capítulo.

As rupturas que trazem o novo acontecem por que o que se quer superar está presente. Esta idéia orienta a posição epistemológica desta Tese. História e novidade se entrelaçam e geram conflitos principalmente quando se querem separar. Então, um problema a ser enfrentado é como se define o que é novo e o que é velho. O que institui e demarca a diferença. O caminho das grandes explicações ou como diria Lyotard (1990), das *grandes narrativas*, deixou muitas histórias e experiências de fora.⁶

A referência histórica para esta tese é o advento da ciência moderna, sabendo de antemão que esse período arrasta consigo uma etapa anterior que sofre transformações e recriações que tornam a própria idéia de periodização um problema a ser enfrentado. O período é uma construção do outro sobre um tempo que já passou. Para essa tarefa conta-se com uma série de recursos e tradições instituídas que podem tornar o trabalho menos desafiador se o autor assim se dispor. O estabelecimento discursivo de modelos e paradigmas, enfim, da linguagem e dos procedimentos da ciência moderna constitui o ponto de partida para as argumentações que desenvolvi na pesquisa. O substrato da crítica que empreendo tem como alvo a idéia de ciência estabelecida a partir do século XVII, caracterizada pela prática das experimentações e de argumentação que elege a racionalidade como uma qualidade inerente à ciência. Para muitos autores, o estabelecimento das bases da ciência moderna, com suas características de

⁶ Lyotard discute a idéia de *grandes narrativas* da modernidade e sua superação na pós-modernidade no texto *O pós-moderno*.

racionalidade experimental e preditiva, ocorre no Renascimento, não sem conflitos, principalmente com a Igreja Católica⁷.

A crítica à ciência como conhecimento especial, com regras unívocas e demonstráveis, ancorada em uma racionalidade que se estruturava desde o século XVI e teve no movimento iluminista um período irradiador, não é nova. Essa crítica certamente teve vários contornos e trajetórias, além de ter sido realizada por diversos setores da sociedade, inclusive os chamados setores leigos. Porém, vou focalizar aqueles que podem contribuir mais especificamente com o objetivo deste capítulo que é o de superar os argumentos que levam à exclusividade da ciência moderna como único caminho para conhecer os eventos da sociedade, particularmente no campo da Saúde, e apresentar a possibilidade da integralidade de saberes.

Weber (2006), no auge da já consolidada disciplina sociológica, afirmava em um texto de 1904:

Com o despertar do senso histórico uma combinação de evolucionismo ético e relativismo histórico veio a dominar nossa ciência, procurando despir as normas éticas de seu caráter formal e determinar quanto ao conteúdo o domínio do ético mediante a incorporação do conjunto de valores culturais, alçando assim a economia política à dignidade de uma 'ciência ética' com base empírica. Na medida em que se imprimia no conjunto de todos os ideais culturais o timbre do 'ético', diluía-se a dignidade específica dos imperativos éticos, sem todavia ganhar coisa alguma a favor da 'objetividade' da validade desses ideais...ainda hoje não desapareceu e compreensivelmente se mantém habitual entre os praticantes a ideia de que a economia política produza juízos de valor a partir de uma 'concepção de mundo científica'.

Diga-se desde logo que cabe à nossa revista⁸, como representante de uma disciplina especializada empírica *rejeitar inteiramente* essa concepção, pois sustentamos que jamais será tarefa e uma ciência empírica produzir normas e ideais obrigatórios, para delas extrair receitas para a prática. (p. 14)

⁷ Para não fazer da Igreja Católica uma instituição homogênea, mesmo nesse período, é bom lembrar que em seus recintos, principalmente em mosteiros, experiências, que poderiam enquadrar-se no que se convencionou chamar de ciência moderna, foram realizadas com ou sem o consentimento das autoridades superiores.

⁸ A referida revista intitulava-se *Arquivo para ciência social e política social*.

As ciências culturais, como chamava Weber, também passavam pelas primeiras rupturas epistemológicas enquanto ciências empíricas. Isso preparou caminho para uma crítica mais minuciosa da ciência na segunda metade do século XX enquanto linguagem objetiva da realidade. Weber quer mostrar que a natureza *subjetiva* não está fora da discussão científica. A pergunta que faz consiste em saber qual o interesse da crítica científica aos valores e juízos presentes nos postulados científicos.

As décadas de 1980 e 1990 podem ter sido um desses períodos de multiplicação de estudos críticos da ciência. Vários estudos nesse período contribuíram para as concepções presentes neste trabalho, entre eles os de Canguilhem (1989, 2006) e Foucault (2004, 2005).

Sobre a teoria, Foucault afirma que “o solo sobre o qual repousa é o que ela descobriu” (2005, p. 18). Isto é fundamental para pensar um método de análise histórica e para pensar o conhecimento. Para Foucault as noções de continuidade, tradição, mentalidade e espírito permitiam “estabelecer entre os fenômenos simultâneos ou sucessivos de uma determinada época uma comunidade de sentidos... É preciso por em questão, novamente, essas sínteses acabadas” (2005, p. 24). Ou ainda, como afirma no livro *Arqueologia do Saber*, as continuidades irrefletidas. Nesse sentido, Foucault não nega as permanências estruturais e discursivas, mas atinge a lógica epistemológica das leituras totalizadoras. Os fatos de discurso se tornaram em Foucault, a matéria-prima da análise. Esses fatos de discurso referem-se a unidades discursivas das quais o livro e a obra são expressões importantes e as quais não apresentam unidades. Não há homogeneidade na produção de um livro e dos gêneros que eles divulgam, assim como não há unidade na obra de um autor ou de uma corrente.

Para a crítica ao conhecimento e suas relações de poder, Foucault toma como ponto de partida a Psicopatologia, a Medicina e a Economia Política. A intenção é analisá-las de fora, e não de dentro, com o objetivo de questioná-las. Foucault não estava interessado apenas em estudar as unidades e apreender as regras da Medicina, da Psicopatologia ou da Economia Política para compreender concepções ou como o saber se instituía. Os temas da sexualidade, da política que sempre estiveram presentes na trajetória do pensador são reveladores de sua inserção política nesses campos.

É preciso estar pronto para acolher cada momento do discurso em sua irrupção de acontecimentos, nessa pontualidade em que aparece e nessa dispersão temporal que lhe permite ser repetido, sabido, esquecido, transformado, apagado até nos menores traços, escondido bem longe de todos os olhares, na poeira dos livros. Não é preciso remeter o discurso à longínqua presença de origem; é preciso tratá-lo no jogo de sua instância. (Foucault, 2005, p. 28).

Esse aspecto é central no pensamento de Foucault e o coloca na linha de frente da crítica ao pensamento objetivista e determinista de ciência e de conhecimento em geral. Para este trabalho, a análise foucaultiana baseada tanto em sua arqueologia como na genealogia, é fundamental pois, a partir desse jogo da instância do discurso que vamos tratar de *conhecimento tradicional*.

A unidade ou a homogeneidade dos enunciados para Foucault não está na semelhança ou simplesmente na continuidade. Os objetos e os discursos são formados a partir de regras, ou melhor, do jogo de regras que define e transforma esses objetos e discursos na história. É na dispersão desses objetos que se tornam possível aprender os interstícios que os separam, e aí verificar sua lei de repartição. Mais ainda, além dos objetos dispersos, há os *estilos* que formam também as ciências e a identidade e persistência dos temas. Descrever os enunciados, principalmente da Medicina, da Psicopatologia e suas relações com a Economia, era um dos objetivos de Foucault.

Por que dialogar com Foucault numa tese sobre práticas de saúde tendo em vista que na tradição antropológica, sociológica e de forma incipiente na psicologia, seu estudo caracterizou-se pelo isolamento conceitual e não pela perspectiva relacional. Em outras palavras, pela compartimentalização. O que se faz ao tentar descrever um tema ou um fenômeno? A história do pensamento apresenta várias de respostas a essa questão. Vou pensá-la a partir de Foucault (Foucault, 2005, p.33).

Fora de cogitação, entretanto, está o fato de se poder descrever, sem limites, todas as relações que possam assim aparecer. É preciso, numa primeira aproximação, aceitar um recorte provisório: uma região inicial que a análise revolucionará e reorganizará se houver necessidade. Mas como circunscrever essa região?

A preocupação epistemológica de Foucault pode ser mais aplicável quando o recorte é temático e se complexifica quando o estudo que se pretende objetiva dar visibilidade a fenômenos relacionais. Mas qual fenômeno não é relacional, desencadeador de permanências ou rupturas.

Outra grande contribuição de Foucault tem como ponto de partida o conceito de biopolítica que possibilitou a retomada da noção de *bio* como vida, ou seja, algo que não aprisiona a realidade corporal nas explicações da biologia, da genética, da química. A noção de biopolítica⁹ é entendida como um movimento constante de politização da vida capitaneada não somente pela interpretação médica da vida, mas também por historiadores, sociólogos e administradores que se colocaram a serviço dos governos regionais e nacionais para formularem estratégias de governamentalidade com a finalidade de disciplinarização dos corpos.

A relação do Estado com o racismo¹⁰, rapidamente tratada por Foucault (1999, p. 58ss), através da criação de mecanismos de submissão variados como leis de propriedade de terra, acesso à escola, é um exemplo, não do biológico incidindo sobre a política, mas da política reconstruindo o biológico conforme suas estratégias de governo. A retomada ou o alargamento do *bio* (vida) em sua relação com o capital e o Estado é o que permite a noção de biopolítica foucautiana.

Isto implica outra forma de pensar e fazer ciência. E outra forma de constituir campos de saberes, esses espaços sócio-institucionais discursivamente herméticos, porém liquidamente constituídos. A questão que quero tratar aqui é sobre a possibilidade da ciência se formar sobre um contexto de abertura dos campos. Isso no campo profissional tem implicações talvez até mais complexas pela disputa acirrada de espaços de atuação aí empreendidos pelos campos profissionais.

⁹ Segundo Peter Pal Pebart (2003, p. 55), o termo *biopolítica* tem três aparições iniciais: na Conferência *O nascimento da medicina social*, pronunciada em 1974, na UERJ, no Rio de Janeiro; em *A vontade de saber*, terceira parte da História da sexualidade, no capítulo quinto *Direito e morte e poder sobre a vida*, em 1976; e em uma aula no Collège de France, também 1976, publicada no livro *Em defesa da sociedade*.

¹⁰ É interessante notar que as classificações raciais iniciam sua trajetória no século XVIII e encontram seu desenvolvimento mais elaborado e sistematizado no século XIX. A noção de racismo que daí surgiu não é contemporânea ao período escravista do mundo ocidental. Ela surge quando esse período começa a dar amplos sinais de desgaste.

É nesse contexto de disputas que trazemos Bruno Latour para o diálogo. O autor, nas décadas de 1980 e 1990, destaca-se pelo desnudamento da ciência que faz através de sua etnografia de laboratório (Latour, 1997) ou seguindo grupos de cientistas que vão a campo (Latour, 2000). Através de uma perspectiva que vai além da análise discursiva e envolve vários atores, desenha redes de *actantes* para apresentar a ciência moderna como uma prática social. A noção de rede é central na obra de Latour.

A tentativa de Latour, ainda em pleno desenvolvimento¹¹, de desnudar a ciência moderna em suas expressões mais “duras” - as ciências exatas e naturais – contribui certamente para o enfrentamento de uma hegemonia, muitas vezes, com impasses éticos.

No contexto atual de reprodução do conhecimento em campos merece destaque a “guerra de ciências”, como ficou conhecido o debate que se estende até hoje entre cientistas preocupados com a especificidade hermética de seus campos e os pós-modernos, encabeçados por filósofos, sociólogos e psicólogos sociais com uma tarefa alucinante de desconstrução da ciência, não como saber válido, mas como saber com uma lógica interna a ela mesma, universal, neutra e sempre benéfica às populações do planeta.

Esta não é uma guerra ocasional. Ganhou dimensões maiores e mais acirradas porque se vive hoje, talvez, uma passagem para uma gama de investimentos vultosos em áreas de ponta como a biologia molecular (engenharia genética) com desdobramentos para áreas rentáveis como a Medicina, a Agricultura e a Biotecnologia. O incidente mais conhecido, entre os muitos ocorridos a partir da década de 1990 quando houve tal acirramento foi o *Sokal affair*¹².

A exposição de Law sobre conhecimento como rede de relações trabalhada em seu texto *O laboratório e suas redes*¹³ tem um ponto de partida que espanta num primeiro momento: o cientista como empresário. Espanta por ser

¹¹ Latour atualmente trabalha na École de Mines – Paris.

¹² Para se ter um panorama desta *guerra de ciências* a coletânea organizada por Boaventura Souza Santos, *Conhecimento Prudente para Vida Decente* (2004), é importante não somente por apresentar as posições dos pós-modernos, mas de incluir indicar referências do outro lado. O mais importante é que inclui pontos e vistas de autores da América Latina e África, usualmente excluídos do processo de debate.

¹³ Texto original *The Networks of the laboratory*. Tradução de Ana Lúcia do Amaral Villasboas, revista por Ivan da Costa Marques.

uma comparação, ou metáfora como o próprio autor afirma, pouco usual e que atinge o imaginário que se estabeleceu sobre o cientista como alguém devotado à ciência e à sociedade, personagem neutra em certas descrições de ciência e da imprensa de massa. Pode causar também estranheza numa certa tradição de ciência que crê que a mesma esteja acima da economia de mercado moderna. A descrição feita por Law já revela as conexões que o cientista e sua equipe estabelecem com vários atores e objetos e a influência que estes tem no dia a dia do laboratório, em alguns momentos em maior destaque, e outros, em menor destaque, mas não menos importantes ou reveladores.

A leitura que se faz, a partir de uma perspectiva de rede, tanto da ciência como de outras formas de conhecimento, evidencia uma prática social complexa. Isso exige uma postura epistemológica diferente. O construcionismo como postura sobre o conhecimento (Spink, MJ. 2004) é uma das perspectivas que se apresenta para problematizar essa via. Certamente não é a única. Nas últimas décadas multiplicaram-se análises críticas da ciência como prática social investigando-se as condições de produção da mesma, a política envolvida para torná-la possível. A relação entre conhecimento e política, anunciada por vários críticos, tornou-se mais proeminente para aqueles que querem não somente desconstruir a ciência, mas analisar as condições de produção, interferir nos seus caminhos.

Boaventura Santos (2004a, p. 21) explicita a posição dos que defendem a ciência como conhecimento racional por excelência, constituído desde o século XVI e, tendo no século XIX, seu grande salto para este modelo da seguinte forma:

A partir de então pode falar-se de um modelo global de racionalidade científica que admite variedade interna mas que se distingue e defende, por vias de fronteiras ostensivas e ostensivamente policiadas, de duas formas de conhecimento não científico (e, portanto, irracional) potencialmente perturbadoras e intrusas: o senso comum e as chamadas humanidades ou estudos humanísticos (em que os incluíam, entre outros, os estudos históricos, filológicos, jurídicos, literários, filosóficos e teológicos).

Há outra ordem de conhecimentos que faz parte, a partir de certa visão construída desde o século XVIII, do rol dos conhecimentos sem racionalidade suficiente para ser considerado moderno: é o *conhecimento tradicional* vindo, de modo geral, de populações indígenas e rurais. Esse tipo de conhecimento lida com recursos genéticos hoje muito valorizados pela indústria farmacêutica, e

onde as populações envolvidas detêm o saber que serve como indicação para procedimentos tecno-laboratoriais.

Saberes plurais e ecologia dos saberes (Santos, 2006), novas ciências e pensamento alternativo (Casanova, 2006) são conceitos-chaves de uma nova percepção epistemológica do mundo no campo das Ciências Sociais. Suas demonstrações, recorrendo inclusive a modelos gerados em grandes centros de produção de tecnologias e saberes financiados pelo capital internacional, como o MIT (Massachusetts Institute Technology), querem realçar a interconectividade do conhecimento científico, filosófico, cultural, artístico e tradicional na atualidade e suas apropriações horizontais e verticais.

1.2. Tem sentido falar de conhecimento *tradicional*?

É comum encontrar na literatura acadêmica, na mídia impressa e em documentos oficiais uma distinção nem sempre enunciada explicitamente, entre conhecimento científico e conhecimento tradicional. Não seria difícil também encontrar uma diversidade de descrições e explicações para cada uma dessas categorias epistemológicas as mais diversas possíveis. Para a primeira categoria, o conhecimento científico, é comum o uso de qualificativos ou procedimentos para caracterizá-lo como racional, comprovável ou replicável, resultante de observações e experimentos, enfim, uma quantidade grande de descrições para essa invenção da sociedade moderna. Para a segunda categorização, o conhecimento tradicional, há atributos de simplicidade, acompanhados de referência ao tempo (conhecimentos antigos) e espaço (conhecimentos locais), entre outros mais.

Tomando ambas formas de conhecimentos como práticas, pergunto: quem estabelece as diferenças? O que define a distinção entre essas práticas? Essas distinções são naturalizadas apenas pelos não-especialistas ou os especialistas também a naturalizam? E com que razões?

A história está repleta de relatos, principalmente nos usos que a nova ciência da Química fez dos conhecimentos alquímicos utilizando recursos materiais e processos alquímicos, mas aplicando novos processos, desta vez,

sem as explicações metafísicas da alquimia. (Alfonso-Goldfarb, 2001) Ou na análise dos usos das imagens na construção do estatuto de ciência da Química. Nesse plano das imagens utilizadas nos livros e em outros objetos-comunicantes é possível perceber usos ao invés de essências da ciência (Beltran, 2000). Os primórdios da obstetrícia moderna e suas transformações mostram passagens de práticas culturais de um setor da população para outro, de um campo para outro, do parto domiciliar para o parto no hospital, das parteiras para os médicos (Spnk, MJ. 2003 a).

No trabalho de Jane Beltrão (2004) sobre a epidemia de cólera no Pará em 1855 a autora mostra através de análise de documentos da época, usos de saberes populares pela medicina, numa apropriação não explícita.

A braços com a epidemia, os médicos fizeram ou foram forçados a fazer uma pausa para ouvir 'pessoas estranhas à medicina' que descobriram como curar a cólera usando sumo de limão. O tratamento consistia em oferecer sumo de limão às colheradas em pequenos intervalos de tempo ou em maiores intervalos de acordo com gravidade do caso. (p. 197)

A eficácia do sumo de limão sobre a cólera teria sido descoberta por índios pescadores que em sua canoa teriam cuidado de um companheiro doente caído na água somente com o sumo de limão, único recurso que dispunham na canoa (idem, 2004). O que chama atenção é a fundamentação dada pelo médico pelo médico Silva Castro ao uso que fez do sumo:

Diante de tantas loas e apoio ao miraculoso medicamento, Silva Castro se apressou em experimentar o sumo de limão em sua clínica particular. Mas emprestou à tarefa foros acadêmicos, citando o trabalho do químico francês Cavailon que, 1832, debelava vômitos com limonadas saturadas, conforme informações divulgadas pelo jornal Chynica Medica (sic). Relata o estudioso médico que tratou 29 enfermos dos quais perdeu apenas um. (idem, p. 198)

Pensei em descartar o termo *tradicional* em decorrência de seus múltiplos sentidos e respectivos usos. Contudo, qual termo não apresenta variedade de sentidos em sua trajetória de transmissão realizada por pessoas ou por meio de textos? Os documentos oficiais de governos nacionais, de agências internacionais

e até campos de conhecimento como a Antropologia tem se utilizado do termo *tradicional* para se referir ao conhecimento elaborado por populações locais e que não façam uso de tecnologias mais recentes.

Segundo o Dicionário Houaiss, *tradicional* é a qualidade de tradição. Em sua etimologia de origem latina, tradição é *ação de dar; entrega, traição*. O dicionário lista sete sentidos para tradição: 1. ato ou efeito de transmitir ou entregar; transferência, ato de conferir; 2. comunicação oral de fatos, lendas, ritos, usos, costumes etc. de geração para geração; 3. herança cultural, legado de crenças, técnicas etc. de uma geração para outra; conjunto dos valores morais, espirituais etc., transmitidos de geração em geração; 4. transmissão de uma notícia ou de um fato; 5. em certas religiões, conjunto de doutrinas essenciais ou dogmas não explicitamente consignados nos escritos sagrados, mas que, reconhecidos e aceitos por sua ortodoxia e autoridade, são, por vezes, usados na interpretação dos mesmos; 6. aquilo que ocorre ao espírito como resultado de experiências já vividas; recordação, memória, eco; 7. tudo o que se pratica por hábito ou costume adquirido; uso, costume .

Tradição é um substantivo que designa ato de transmitir ou entregar ou ainda transmissão oral de lendas, fatos, valores espirituais, através de gerações. Percebe-se o elemento da oralidade, que não é condição necessária para que algo seja considerado como tradicional, mas apenas uma das formas de transmitir.

Contudo a etimologia não explica a trajetória dos termos. E, nesse caso, o que interessa nesse trabalho é ver o *jogo de instâncias* que o termo possibilita. Por isso, a idéia de conhecimento tradicional como saber comunicante que engendra um conjunto de transmissões de conhecimentos, instrumentais ou não, utilizados por pessoas ou grupos de um *coletivo* pode ser mais adequada¹⁴. Mas o termo *tradicional* será utilizado quando evocado em documentos, depoimentos e entrevistas utilizadas na pesquisa.

Retomando a etimologia, é possível caracterizar a forma vigente de transmissão dos conhecimentos de certas populações ou indivíduos. A forma de transmissão é uma dimensão ou um tema do que se convencionou chamar conhecimento tradicional. Outro tema, fundamental para o propósito desta parte, é

¹⁴ Latour (2004) utiliza *coletivo*, primeiro para substituir natureza e sociedade. Compreende a relação entre humanos e não-humanos com sua repartição de poderes.

sobre o que seja tradicional. De antemão, *tradicional* é uma classificação de um outro para algo ou alguma coisa ou mesmo para alguém. Essa perspectiva é importante para evitar naturalizações ou familiaridades que impedem a reflexão.

Cunha e Almeida (2001) definem de forma extensiva populações tradicionais. Afirmam tratar-se, ressaltando sua fase inicial de vida, de populações que apresentam baixo impacto ambiental, lutam pela retomada de seus territórios e tem existência administrativa por meio de um órgão do IBAMA. Destacam os seringueiros, os castanheiros e mais recentemente, os remanescentes de quilombos. As populações indígenas não estão incluídas como tradicionais por apresentarem uma história diferente e órgão federal próprio (FUNAI). Não há intenção aqui de confundir população tradicional com conhecimentos tradicionais, nem de atribuir esses tipos de conhecimentos como resultantes da experiência de populações tradicionais. O que pode ser simétrico na definição é sua extensividade. Os conhecimentos tradicionais se caracterizam por causarem baixos impactos no meio em que são engendrados, utilizam baixos custos e, geralmente, sua transmissão não se dá pela compra de outrem. Sua oferta se baseia na camaradagem e na solidariedade. Sua aquisição se dá pela observação e experimentação cotidiana. Contudo, seus usos podem fluir do espaço não-institucional para os espaços institucionais como centros de pesquisas e universidades. Dessa forma, o *tradicional* adquire ares de *moderno*.

1.3. Bases epistemológicas dos sistemas terapêuticos tradicionais.

As práticas de saúde nunca foram exclusividade de um só grupo ou categoria profissional no Brasil. Mesmo quando encarada como ofício, teve uma diversidade de cuidadores e cuidadoras reconhecidos quer pela população, quer por algumas autoridades constituídas que conviveram ou aceitaram a atuação desses atores sociais ao lado da perseguição que também se fazia sobre essas práticas ou pessoas. Seu engendramento, seus usos foram efetivados pelas mais

distintas classes de pessoas: filósofos, barbeiros, cirurgiões, médicos, parteiras, curandeiros conviveram em espaços muito próximos ou o mesmo espaço. O que gerou criação ou apropriação de um saber por determinado grupo ou profissional é difícil examinar e determinar¹⁵. O que se torna mais visível é a produção de discursos que legitimam ou omitem usos dessas práticas.

O estudo sistematizado dessas práticas de saúde tradicionais, alternativas ou não-oficiais, no Brasil teve início principalmente com os antropólogos e a seguir com trabalhos de sociólogos. Para o primeiro grupo, predominou etnografias. Quanto aos sociólogos que tematizaram a saúde, os estudos realizaram-se numa perspectiva mais macrosocial, focalizando as relações com os aspectos da sociedade, da economia, da modernidade, das transformações que trouxeram para a sociedade brasileira.¹⁶ Outro grupo que tematizou a saúde em suas relações com a estrutura social brasileira foi o de sanitaristas que liderou o movimento de Reforma Sanitária no Brasil. Esse grupo constitui-se no principal porta-voz e sistematizador das mudanças que deveriam ocorrer nas concepções vigentes e enraizadas em modelos biomédicos e na organização dos serviços de saúde no Brasil. Mais recentemente historiadores têm produzido estudos sobre personagens e fenômenos relacionados às transformações médicas e das instituições.

A importância dos estudos antropológicos, sociológicos, históricos e da psicologia social acerca de práticas de saúde alternativas, complementares ou não-oficiais foi dar visibilidade a outros saberes que a população brasileira utilizava no enfrentamento de seus problemas de saúde e no cuidado com a mesma no sentido da prevenção da doença. A vulgarização da Medicina não havia suprimido essas outras práticas. Sua hegemonia dava-se não sem conflitos ou com uma política agressiva de estabelecimento e convencimento como ilustram alguns acontecimentos conhecidos como a revolta da vacina no Rio de Janeiro ou as epidemias de cólera no Pará. A primeira é mais conhecida através da literatura sociológica e histórica e a segunda, de grandes proporções, conta

¹⁵ Roberto Machado et al (1978) investigam “o nascimento de um tipo de medician característico da sociedade capitalista” em sua obra *Danação da Norma*.

¹⁶ Há poucos trabalhos no Brasil sobre o conjunto de contribuições da sociologia da saúde. Everardo Nunes cita de Philippe Adam e Claudine Herzlich. *Sociologia da doença e da Medicina*. Porém, há trabalhos mais antigos como o de Gilberto Freire intitulado *Sociologia da Medicina*, publicado pela primeira vez em 1967, e que consiste quase que num tratado bem amplo sobre sociologia dos saberes médicos culturalmente e institucionalmente implantados nas Américas.

com poucos estudos (Beltrão, 2004; Vianna, 1975). Alguns autores apontam que o campo da Saúde é estudado prioritariamente através de estudos *macroinstitucionais* (Pinheiro, 2005) havendo uma lacuna sobre estudos que investiguem a demanda a partir dos usuários em sua relação com profissionais e gestores e vice-versa. Aliás, o estudo das políticas de planejamento e de gestão da saúde, que reflete os modelos adotados pelos governos, pode ser realizado a partir do fluxo e alocação de investimentos na saúde nos setores que compõem o SUS e naqueles que ficam de fora. Além das demandas, as práticas e estratégias de saúde utilizadas pelas populações para suprir suas demandas constituem um outro foco de atenção ainda a ser potencializado.

Ainda Pinheiro (2005) atesta que em suas pesquisas no cotidiano das instituições de saúde, os modelos hegemônicos provenientes principalmente da biomedicina eram insuficientes para compreender a demanda do usuário em razão de sua redução a problema de saúde estritamente individual – a doença do indivíduo.

Quanto à literatura que estudou as práticas de saúde, uma parte tratou as práticas como sistemas. Uma parte menor da literatura concebe as práticas como ocorrências abertas que expressam continuidades e discontinuidades, ensinam e absorvem, num movimento que não se assemelha a um sistema fechado de cura, mas que atua em função de suas demandas: o bem-estar e a superação do sofrimento extremo. A pergunta sobre em que contextos se dão essas práticas de saúde pode ser uma perspectiva para futuros estudos e contribuições sobre o tema (Marin e Castro, 2004).

Para introduzir essas breves notas sobre modelos terapêuticos explicativos dos processos de doença é necessário enfatizar dois aspectos centrais da relação doença e saúde: o primeiro aspecto é o da *concepção* de doença e de saúde e o segundo aspecto, o da *construção* do modelo terapêutico. Cada modelo apresenta sua visão de mundo e sua proposta de intervenção na doença. Foucault em *O nascimento da clínica* (2004) afirma que o advento da Medicina moderna não se deu apenas pelo desenvolvimento da tecnologia e pelas novas descobertas no campo médico e clínico, mas representou toda uma mudança de concepção, métodos e política em relação aos cuidados com a saúde e a sociedade. Em outras palavras, houve toda uma intenção de mudança, com objetivos bem definidos por parte daqueles que detinham o controle do saber e

dos meios materiais disponíveis.

A doença não é só um fato biológico. E nem o fato biológico é somente *biológico* na especificidade de sua configuração. O exemplo da Engenharia Genética ou da Biotecnologia atestam tal afirmação. A doença surge não somente dos distúrbios bioquímicos que acontecem no organismo do indivíduo, mas também da relação deste indivíduo com o ambiente social a que está inserido, ou seja, a relação estabelecida entre a pessoa e o contexto é propiciador de saúde ou de doença. O avanço de técnicas científicas e a massificação da mídia eletrônica não efetivaram a pretendida homogeneização das visões. A divulgação de notícias, campanhas e outras formas de anúncio das descrições e descobertas científicas e planos de intervenção na área da saúde, desencadeia recepções variadas no seio das populações ou grupos destinatários. O discurso científico com suas regras mais formais é colocado sob julgamento a todo momento, não só pelos pares, mas por setores não admitidos como qualificados para o assunto.

O cuidado com a saúde e a intervenção na doença, numa sociedade onde o centro é o capital, corresponde a posturas e práticas que acompanham uma concepção de mundo e uma política oriunda desta concepção. Os objetivos, nesse contexto, nem sempre estão relacionados ao bem-estar dos indivíduos ou a cura definitiva de doenças. A atenção dispensada com a saúde e o tipo de intervenção na doença está relacionada a construções de concepções e meios materiais que seguem mais a interesses de grupos detentores do capital do que à outros possíveis fins (Foucault, 1999). Essas construções vão ocorrendo não só através do desenvolvimento dos meios materiais, da tecnologia, mas principalmente por meio de idéias e crenças que vão justificando e legitimando uma forma de tratar a saúde e a doença. A demora em tornar pública as epidemias ou novas doenças, comportamento freqüente de vários governos, ilustra o controle sobre a população e a idéia de *governamentalidade*¹⁷ também no campo da saúde.

A pergunta de Foucault (1979, p. 281) “como introduzir a economia – isto é, a maneira de gerir corretamente os indivíduos, os bens, as riquezas no interior da família – ao nível de gestão de um Estado?” é extensiva ao campo da Saúde. Essa inserção paulatina e planejada do capital na Saúde possibilitou a construção

¹⁷ Entenda-se aqui *governamentalidade* como estratégia para governar. Esse conceito foi trabalhado por Foucault em sua *Microfísica do poder* (2002).

do modelo biomédico, hegemônico atualmente na organização dos serviços de saúde das sociedades ocidentais, mas não homogêneo em decorrência da atuação de diversas correntes na sua conformação. Para situar epistemologicamente o modelo biomédico, Póvoa (2002, p. 4) caracteriza sua racionalidade com os seguintes matizes:

- a objetividade, baseada nas concepções de causa e efeito ou na forma mecânica de encarar o binômio saúde-doença;
- a visão ontológica de doença;
- o cientificismo utiliza-se da ciência como principal ferramenta (no seu viés positivista), visto que sua crença é que este caminho é soberano na busca do conhecimento.

Enquanto Camargo Jr. (2005, p. 178) afirma que a racionalidade médica ocidental se sustenta a partir de três proposições, a saber

- dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais: caráter generalizante;
- os modelos aludidos acima tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o 'Universo' a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos: caráter mecanicista;
- a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das 'leis gerais' do funcionamento da máquina universal pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pelas somas das partes: caráter analítico.

Passando em revista alguns modelos terapêuticos contemporâneos pode-se destacar aqueles que compreendem doença e saúde sob um olhar histórico-social, enfoque que tem forte influência do materialismo histórico de Marx. Nesse enquadre, a leitura da problemática da saúde e da doença é feita a partir de estruturas macro-sociais, incluindo aí a infra-estrutura e a superestrutura marxista. Por um lado, gera uma compreensão de como desenvolver políticas mais amplas de intervenção no campo da saúde; por outro lado, os universos micro-sociais, onde as representações acontecem e se reproduzem, ficam excessivamente encobertos. E esses universos micro-sociais são fundamentais para o diagnóstico dos problemas da saúde, tanto individual como coletivo, segundo modelos

microsociais.

Apesar das lacunas do enfoque histórico-social de doença e de saúde, há uma grande contribuição no sentido de compreender as estruturas que geram a doença. Estruturas que se desenvolvem num nível macro-social e que atingem amplas formações sociais e até grupos aparentemente isolados. Um exemplo disso é o alcance da AIDS em grupos indígenas da Amazônia ou em comunidades do sertão nordestino. As evidências de que a saúde está relacionada com a estrutura macro-social estão em toda parte. Não só a produção da doença, se assim podemos nomear, mas também as intervenções terapêuticas sobre a mesma, têm relação estreita com as estruturas econômicas, culturais e sociais vigentes. As epidemias no Brasil, em sua história mais recente, servem de exemplo para esta análise.

É importante ressaltar aqui a análise de Laplantine em seu texto *Antropologia da doença* (1991) sobre os modelos terapêuticos. Com base em pesquisa realizada na França a partir de textos literários, filmes, entrevistas com clínicos e obras clássicas da medicina, o trabalho de Laplantine tinha o objetivo de tentar traçar um perfil de uma antropologia da doença e da saúde, disciplina nova entre os franceses. Esses modelos terapêuticos, que são construções estruturadas de acordo os sistemas vigentes apresentam um caráter sempre duplo. O que o autor quer dizer com isso é que sempre que um modelo apresenta uma característica própria o seu correspondente inverso estará presente. Por exemplo, os modelos exógenos e endógenos explicam a doença a partir de fora e a partir de dentro para fora, respectivamente. No caso dos modelos exógenos a doença é provocada por fatores externos ao organismo: um vírus, um acidente ou uma maldade alheia, entre outros. Os modelos endógenos atribuem as causas a fatores internos como a hereditariedade, temperamento, campo, etc.

A multi-causalidade da doença é uma característica que torna mais complexa esta questão. Não se trata apenas de listar as várias causas, pois as causas se relacionam, se constroem paulatinamente e sempre. As estruturas macro-sociais produzem e absorvem novas causas. É como um vírus mutante que está em constante movimento e transformação, mas precisa ser atacado e combatido até fazê-lo desaparecer. Aquilo que chamamos de *social* é uma rede complexa de relações entre indivíduos e grupos. Por isso, os campos do saber não podem ser estanques, ou seja, fechados.

O tema dos modelos terapêuticos aponta para um outro aspecto: o da sua construção histórica. Costa (1983) nos apresenta uma análise histórica do advento da Medicina e sua relação com a cultura urbana que começava a nascer no Brasil durante a passagem do *modus* colonial para o *modus* urbano. A centralidade de sua análise está no poder que opera mudanças nos hábitos de higiene e de organização familiar, assim como nos hábitos de consumo das famílias coloniais. Este poder tem na figura do médico um operador dessas mudanças. Não o único, mas fundamental para o surgimento do embrião da família burguesa no Brasil. São mudanças que vem de fora e se processam dentro da casa. O espaço auto-suficiente da casa-grande se abre e sofre influências de todos os lados, assim como impõe outras demandas: novas orientações e regras, desejos revelados em função do consumo de produtos que chegavam ainda em pequena escala e pouca variedade, porém, com uma força de mudança muito grande. Enfim, uma gama de transformações econômico-sociais que criaram também novos problemas chamados mais tarde de urbanos, inclusive para a saúde da população.

Um modelo terapêutico explica a doença a partir de determinada concepção de vida e de mundo, por mais amplo que seja. Modelos clínicos, modelos de matriz religiosa, modelos mais preventivos e outros mais, têm o seu campo de atuação tanto no aspecto social como no aspecto individual. Ora dividem o indivíduo, dissociando-o do social, ora o vêem como um todo que faz parte também de um corpo social. As combinações são as mais variadas e diversas, sugerindo um leque de causas e possibilidades terapêuticas.

Geertz (1999), numa crítica a Evans-Pritchard sobre seu estudo com os azande que vê explicações mágicas exageradas em todos os comportamentos desse grupo, afirma a necessidade de entender a lógica própria que perpassa a cosmovisão de um grupo, de uma população ou de uma sociedade. Nenhum modelo explica a totalidade dos fenômenos, assim como nenhum fenômeno é a totalidade de si mesmo.

Diante de todos os modelos terapêuticos existentes faz-se necessário a utilização de critérios de avaliação, visando o bem-estar individual e da coletividade. Isto requer reflexão crítica considerando como a ciência pode ser

construída levando em conta o acúmulo de conhecimento que a população dispõe em forma de conhecimentos tradicionais. Ambas têm um caminho de diálogo a percorrer e a oferecer para a coletividade, e mesmo que se traduzam em modelos, que sejam abertos ao diálogo com novos conhecimentos. A comunidade científica tem um papel de responsabilidade, sem a intenção aqui de torná-la exclusiva, para a resolução dos problemas de saúde que surgem pelo mundo, particularmente nos países em que suas receitas estão comprometidas como o pagamento de dívidas e altos juros. Responsabilidade no sentido de rede de comunicação entre saberes que se criam e recriam na sociedade para atuarem em várias direções.

A Psicologia em sua multiplicidade de abordagens apresenta uma longa trajetória de interface com a área da Saúde, aqui entendida como atuação nos serviços, e o campo teórico da Saúde. Vários sub-campos se formaram nessa interface tal como a chamada Psicologia Hospitalar, Psicologia da Saúde, Saúde e Trabalho e outros. Nessa interface, é possível identificar trabalhos relativos à atuação dos psicólogos nos serviços de saúde com predominância nos hospitais, trabalhos sobre a contribuição da psicologia ao campo da Saúde.

O trabalho de garimpar a produção nesse grande panorama seria inadequado para esta tese. Por outro lado, a interface mais recente de teorização no campo da Saúde Coletiva é mais apropriada para os objetivos desta tese.

Sobre a Psicologia e as práticas populares de saúde a escassez de produção bibliográfica é evidente quando se consulta bases de dados¹⁸ que incluem livros, artigos de como da BVS – Psicologia, ainda em construção, bases de periódicos e teses. A inserção institucional da Psicologia nos serviços da Saúde e, nas últimas décadas, no SUS, pode explicar a diferença de produção existentes nessas interfaces, além de outros fatores como investimentos em pesquisa para as áreas institucionalizadas da Saúde, o que não é o caso para a interface da Saúde com práticas populares no interior do SUS que só agora começa a despertar maior interesse por parte de profissionais e pesquisadores da psicologia. O pequeno interesse da Psicologia por essa interface tem uma relação com a institucionalização de saberes que abre espaço para a atuação profissional e para a pesquisa financiada atraindo maiores contingentes profissionais.

¹⁸ A consulta foi realizada na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), com destaque para a BVS – Psicologia que está no início de sua alimentação de dados e na Base de Periódicos Capes.

A atuação e participação de parteiras no meio rural, através de alguns Programas Municipais é um tema mais comum nas poucas produções sobre práticas populares. As benzedeiras ou rezadeiras, conforme denominação utilizada em cada região, também mereceram algum destaque. Porém, esta produção está restrita a Anais de Seminários e Congressos.

1.4. Saberes tradicionais em Saúde e ecologia política

O objetivo desta seção é discutir a noção de ecologia política da saúde considerando-a em sua complexidade de relações. Pensar o fenômeno das práticas de saúde nesse contexto exige o estabelecimento de um plano de análise para refletir sobre relações tratadas, muito freqüentemente, de forma naturalizada. Escolhem-se noções com o intuito de explicitar melhor as relações sociais, suas especificidades e dinâmicas. Tratarei primeiro da noção de ecologia política de Latour (2001, 2004) e sua relação com outra noção adotada por Latour, a de rede (1994). Num segundo momento, discutirei o alcance dessa noção para a compreensão da complexidade do campo da Saúde. Discutirei a transposição de uma noção que surge no campo da reflexão sobre os problemas ambientais e da política que os envolvem para o campo das determinações da Saúde.

O ponto de partida é a noção de ecologia política sem a natureza de Latour (2001, 2004) que servirá de referencial para pensar situações locais e mais amplas. Primeiro é importante notar que ecologia política não é um sistema com conceitos e categorias organizadas separadamente. Essa é a crítica principal, empreendida por Latour (1994) aos trabalhos que tratam das relações entre conhecimento, política e discurso. Mas desse aspecto retomaremos mais à frente.

O termo *ecologia* é de origem grega. *Eco* significa lar, casa e *logos*, discurso. No sentido dado por Latour, *logos* é *articulação*. Política também é um termo de origem grega e fazia referência à cidade, polis, ou mais precisamente à participação nas decisões sobre a cidade. Em Aristóteles, política assume o

significado de arte de governar. Para Latour, o sentido dado à política é o da produção de fenômenos, de campos e de intervenções, e tomaremos esse sentido como referência nesse trabalho. A anamnese dos termos aqui não tem o sentido de recurso retórico. Esses termos em suas etimologias originais podem revelar mais histórias sobre os fenômenos analisados do que os discursos instituídos acerca do tema da saúde numa região como a Amazônia.

A noção de ecologia política faz referência a uma maneira de enfrentar duas grandes categorizações denominadas de natureza e sociedade ou natureza e cultura, sustentada por fortes representações que objetivam governar interesses e superar problemas. Latour não distingue ecologia política de ecologia científica. A produção do campo científico é uma produção política com discursos, práticas, intervenções. Essa é uma das consequências dessa noção. A outra consequência interpretativa é que podemos considerar várias racionalidades nesse campo aberto, diferente da noção de campo de Bourdieu, com quem Latour estabeleceu um debate a partir da noção de rede.

Latour não descarta a noção de ecologia política. Ela serve para pensar a constituição das relações entre humanos e não-humanos, entre coisas e pessoas, e a repartição de poderes aí efetuada. Esta relação entre humanos e não-humanos substitui a velha e persistente relação entre sujeito e objeto. A nova constituição é a ecologia política, que tenta superar as inscrições da ciência.

A ecologia política tem o objetivo de refletir sobre relações políticas que constituem fenômenos, antes vistos de forma naturalizada ou, ainda, sem intenções. Esse é o aspecto mais importante que pode ser considerado e a razão dessa importância é a amplitude de relações que essa noção pode apontar e problematizar. Como se constitui uma política nacional a partir de vários interesses em disputa, os diversos atores sociais envolvidos nessas disputas com suas representações? A ecologia política, nesse sentido é uma tentativa de compreensão do que está em jogo, das regras explícitas e encobertas do jogo, desde que haja um movimento permanente de revisão de seus pressupostos e de suas conclusões.

Como foi mencionado anteriormente, a ecologia política tem uma relação de continuidade com a idéia de rede desenvolvida por Latour. Encarando as

relações entre ciência e política como tramas, a intenção de Latour não deixa de ver o desvendamento dessas tramas de uma forma bem peculiar. Para tal fim, afirma que o seu “meio de transporte é a noção de tradução ou rede. Mais flexível que a noção de sistema, mais histórica que a de estrutura, mais empírica que a de complexidade, a rede é o fio de Ariadne destas histórias confusas” (Latour, 1994, p. 9).

Por que re-elaborar e utilizar esta noção engendrada a partir das relações dos humanos com os não-humanos para o contexto da saúde? A idéia que orienta este trabalho é encontrar formas que descrevam com amplitude e profundidade os problemas aqui colocados. Qualquer espaço físico e social, que compreende coisas e seres humanos configura-se singularmente. Uma região com grande variedade de biodiversidade não escapa desta generalização. A sua constituição singular não é analisada com instrumentos teóricos flexíveis, mas pelo contrário muito homogêneos e rígidos. Latour afirma que *nada menos estabelecida que a idéia de natureza* (2004, p. 105). Só a superação do estatuto já secular da ciência baseado em regras pré-estabelecidas e homogêneas pode sugerir outras compreensões da trama que envolve os poderes.

A ecologia política na Saúde pode servir para pensar a apropriação-exclusão de saberes provindo de setores não institucionalizados. Ou para pensar o fenômeno saúde/doença como processo social, retomando a argumentação foucaultiana de doença como acontecimento social.

As condições de saúde são condições do ambiente, este entendido como espaço em que os humanos estabelecem alguma relação mesmo sem sua presença, espaço ao qual o homem intrinsecamente faz parte, e não se restringem somente a processos bioquímicos. A proposta de Latour de ecologia política sem a natureza tem algo a dizer sobre as relações que envolvem a saúde. “Em outras palavras, as ‘questões’ da natureza não tem relação com a exterioridade, com a selvageria, mas com a extensão da intervenção humana sobre os não-humanos, intervenção explicitamente política e não mais dissimulada como antigamente”.(2001, p. 33) A crítica do autor refere-se a uma concepção corrente de compreender os fenômenos e suas relações com lugares definidos, natureza pré-determinada, dimensões próprias, e as relações de produção dos eventos são encobertas pela particularização dos fenômenos.

Os vários sentidos buscados numa etnografia de laboratório e a montagem de um parque selvagem no Quênia são exemplos-argumentos que Latour apresenta para discutir a noção de produção de fatos científicos. As narrativas de um evento evidenciadas indicam a possibilidade de uma quantidade n de concepções e intervenções. A área da Saúde é planejada a partir de uma série de determinações oriundas de uma diversidade de atores sociais. O sofrimento expresso pelo paciente-usuário de um Sistema de Saúde de uma sociedade capitalista não é a única referência para a oferta de serviços desse mesmo Sistema. Profissionais organizados em categorias, indústria de equipamentos da área, governantes e os próprios usuários organizados compõem a grande rede de tensões que opera no interior do campo e da área da Saúde.

2. Integralidade e sistemas terapêuticos tradicionais: um diálogo possível.

A garantia da universalização do acesso ao SUS a partir da Constituição Federal de 1988 colocou o problema do atendimento pleno à saúde para uma população de 180 milhões no ano 2000 e uma rede de profissionais e equipamentos de saúde insuficientes. Não era mais possível pensar e organizar o sistema de saúde sem a equidade e a atenção integral no atendimento que a ampliação do acesso impunha. O direito à saúde, com todos os sentidos e implicações que essa palavra aciona, resulta de um movimento social de Reforma Sanitária, que contou com a participação de profissionais da saúde (principalmente sanitaristas, sociólogos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) e dos movimentos de saúde de setores da população e deu-se num contexto pouco favorável para sua implantação e implementação. Um dos suportes do modelo biomédico, o sistema hospitalar, mostrou-se incapaz de atender sozinho a demanda¹⁹ que vinha da população. Esse sistema de gestão da saúde exige volumosos recursos e, para alguns, insuficientes para um país de tamanha dimensão e com a população que tem.

A chamada crise na Saúde não é restrita ao Brasil; países da Europa como Inglaterra, Alemanha e França e os EUA na América do Norte revêem os seus serviços e, principalmente, consideram o seu financiamento como um dos problemas mais importantes de suas agendas. Ao lado da crise do financiamento há pressão dos planos privados que buscam assumir a parcela da população de maior poder aquisitivo e ao mesmo tempo ser financiada pelo poder público em questões como pesquisa médica - e da indústria farmacêutica que exige liberdade de preços para seus medicamentos patenteados.

Contudo, tanto o movimento da Reforma Sanitária como os movimentos populares defenderam, na Assembléia Constituinte, a gestão pública da Saúde e garantiram no texto constitucional esse direito. Nesse contexto, a universalização veio acompanhada de outros dois princípios, o da equidade e o da integralidade.

¹⁹ *Demanda* aqui é entendida como uma construção social complexa. A queixa do usuário deve ser um referencial central para a construção da atenção à saúde. Para esse tema ver *Construção social da demanda*, de Roseni Pinheiros e Rubem Mattos (2005).

O princípio da equidade corresponde a uma exigência de justiça num contexto de universalização dos serviços. O princípio da integralidade corresponde, além de alargamento da possibilidade de cuidado e de atendimento das demandas dos usuários, uma estratégia de resolubilidade do sistema, inatingível pelos modelos vigentes há décadas.

O princípio da integralidade do SUS que aparece pela primeira vez como norma jurídica na Constituição Federal de 1988, tem uma trajetória importante de debates e de práticas no Brasil que serviram de reflexão e estímulo para a formulação desse princípio constitucional.

Abordarei, neste capítulo, quatro dimensões que possibilitam situar a integralidade como noção ordenadora dos objetivos desta tese. Tratarei primeiramente do ordenamento jurídico que a situa como princípio organizador do SUS. A seguir, pontuarei as dificuldades suscitadas pela imprecisão conceitual do SUS. Na continuidade, situarei a integralidade como perspectiva e, por fim, abordarei o lugar das práticas terapêuticas populares nas ações pautadas pela integralidade a partir da análise da chamada “Portaria da Integralidade”.

2.1. O ordenamento jurídico da integralidade

Esta seção passa em revista o estado legal em que se encontra a integralidade enquanto diretriz constitucional e princípio do SUS. Após duas décadas de mudanças mais substanciais na forma de conceber e organizar a Saúde no Brasil constituiu-se um aparato legal presente na Constituição Federal de 1988, na Lei 8.080/90 que instituiu o SUS, em portarias e nas conferências nacionais e setoriais que apresentam as diretrizes políticas e filosóficas do sistema. Esse ordenamento ainda incipiente não impediu uma trajetória polissêmica da integralidade, que por sua natureza heterogênea, será sempre matéria de discussão quanto a seus sentidos e implementações. E é este aspecto que queremos tratar antes de entrar propriamente no aparato legal.

Se há uma natureza na relação entre integralidade e lei esta é a sua tensão ou fluidez na compreensão e nos encaminhamentos que se fazem no intuito de corresponder a uma atenção integral ao usuário. A questão é complexa porque

envolve vários atores como usuários e suas demandas e expectativas, profissionais da saúde com práticas já em uso e gestores com políticas já estabelecidas.

Como princípio estabelecido por lei, a integralidade institucionalizada foi seguida de uma série de portarias e também de processos jurídicos referentes ao exercício de práticas terapêuticas e prerrogativas profissionais que têm nos tribunais um de seus momentos de normatização. O embate jurídico continuará em vista do período singular de disputas de espaços pelo exercício profissional de novas e velhas terapêuticas e de espaços de atuação e intervenção profissional para alguns e de cuidado para outros.

Outro aspecto a se considerar é o tipo de ordenamento jurídico que se estabeleceu paulatinamente após uma etapa reivindicatória dos movimentos sociais e do movimento sanitário. No caso da saúde, os movimentos reivindicatórios tiveram suas propostas sistematizadas nas grandes conferências e na formulação de leis. São leis oriundas de uma certa pressão popular. A passagem das insatisfações, reivindicações e propostas mais organizadas não se dá de forma direta para o texto da lei nem para os serviços. Um grupo de especialistas (profissionais da saúde geralmente pertencentes ao movimento da Saúde ou que acompanharam o movimento) reescrevem essas reivindicações apropriando-se de um saber em discussão no campo e dos aparatos jurídicos conquistados. As propostas de mudanças se fazem presentes na perspectiva de serem incorporadas mais à frente num movimento que vai exigir tempo para compor novos recursos, formar em bases diferentes, etc. O que entra em cena com o movimento sanitário e com os movimentos sociais a partir da Constituição Federal de 88 são os Conselhos, entre eles, os Conselhos de Saúde, instituições de participação e controle popular. Essa característica normativa traz em seu bojo a tensão.

A 8^a. Conferência Nacional de Saúde de 1986 é considerada um marco no posicionamento de amplos setores da sociedade brasileira frente aos seus problemas de saúde.²⁰ A crise no modelo de atendimento e de financiamento da Saúde, geradora de grande insatisfação popular e o fim do período militar abrem espaço para o Movimento Sanitário se organizar e reagrupar as aspirações de

²⁰ A 8^a. Conferência Nacional, coordenada pelo sanitarista Sérgio Arouca, contou com mais de 4.000 participantes, sendo 1.000 delegados.

amplios setores da sociedade brasileira que se utilizava dos serviços precarizados de saúde.

O relatório final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde traz proposições estruturais e prepara-se para o grande enfrentamento que seria a Assembléia Constituinte que culminou com a carta constitucional de 1988. O documento da 8ª. Conferência está dividido em três grandes partes: a primeira parte versa sobre o direito à saúde e apresenta uma concepção ampliada de saúde relacionada às condições sócio-econômicas da vida, como direito de todos e de responsabilidade estatal com o controle da população; a segunda parte referente à reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a criação de um sistema único estatal; a terceira parte concerne ao financiamento da Saúde. Pode-se identificar um cerne da perspectiva da integralidade nas duas primeiras partes, sem desconsiderar a importância da terceira parte que é o financiamento, o grande responsável para que uma política seja implantada com maior efetividade.

Na primeira parte do documento, intitulada saúde como direito, o evento saúde é *a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde* (Relatório Final da 8ª. CNS, item 1) e *define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas* (Relatório Final da 8ª. CNS, item 2). Ainda nessa nova maneira de abordar o tema, o pleno direito à saúde envolve garantias sociais e econômicas como *“trabalho em condições dignas..., alimentação..., educação e informação, repouso, lazer, segurança, participação da população da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, direito à liberdade e acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.”* (Relatório Final da 8ª. CNS, item 6) .

Essa compreensão abrangente de saúde, perseguida nas décadas de 1970 e 1980 nas críticas ao modelo médico, centralizador e à um sistema precário de atenção à população, acompanhará toda a reformulação pretendida pelo Movimento Sanitário e pelo Movimento Popular da Saúde (MOPS) que participou das mudanças efetuadas na Saúde, inclusive pressionando o próprio Movimento Sanitário. A reivindicação por participação efetiva na 8ª. Conferência Nacional de Saúde é um dos exemplos dessa pressão.

Na segunda parte, referente à reformulação do Sistema Nacional de Saúde, estão as principais idéias propostas que serviriam de escopo para a integralidade. Quanto à organização dos serviços, o documento propõe a *integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo e a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático e escolher a terapêutica preferida*. (idem, item 3). Quanto às condições de acesso e qualidade é afirmado que o atendimento seja *oportuno segundo as necessidades* e que haja *assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente*. Na política de recursos humanos, o relatório propõe a *composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial*, e ainda a *inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas e a incorporação de agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários*. (idem, item 3).

As pesquisas em saúde, responsabilidade principal do nível federal, devem, segundo o texto, ser *amplamente discutidas entre as instituições de pesquisa, serviços e universidades visando a um direcionamento mais produtivo e relevante na resolução dos problemas de saúde do país*. (idem, item 6). As bases para uma formulação da saúde na perspectiva da integralidade foram lançadas a partir da 8ª. CNS e sua retomada institucional é recente e esporádica. A proposição da estatização da indústria farmacêutica, em dissonância com a concessão ao setor privado dos serviços em saúde, praticamente não foi levada adiante, mas teve repercussões no desenvolvimento do complexo médico-hospitalar em que a aliança corporativa profissional com a indústria farmacêutica fortaleceu esse modelo de assistência que tem nos estabelecimentos de saúde seu principal lócus e atuação.

Na terceira parte do relatório a política de descentralização aparece como central na reorganização do Sistema de Saúde brasileiro e o financiamento, de responsabilidade do Estado, abre caminho para a institucionalização de modelos e saberes provindos de setores da população e outros campos profissionais como a Psicologia, a Assistência Social, a Odontologia, a Nutrição e outros.

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Estabelece diretrizes que devem orientar a criação e funcionamento do Sistema Único de Saúde a ser criado em legislação complementar. Em uma das três principais diretrizes está o *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais* (Art. 196, II) que pode ser considerado como o núcleo para a formulação da integralidade dos serviços e das ações em saúde. Mas a terceira diretriz constitucional, que prevê a *participação da população*, se constitui também um motivo para a demanda da integralidade, pela via da participação nos Conselhos. Não se poderia esperar algo mais detalhado de uma constituição nacional a não ser garantias gerais e a estruturação macro-política. Porém com as formulações constitucionais, a repercussão nos níveis estaduais e municipais foi imediata com as elaborações das constituições estaduais e leis municipais. Na esfera municipal multiplicaram-se e fortaleceram-se os movimentos para a Saúde em sua plenitude. E foi essa a consequência mais direta. A reorganização estrutural, paulatina, do Sistema se mostrou resistente e alicerçada em práticas que funcionavam como um *habitus*.²¹

Como vimos anteriormente, a CF de 1988 abre a possibilidade de diversificação e ampliação do atendimento ao caracterizá-lo como integral tanto na assistência como na promoção (art, 196,II). Essa caracterização constitucional, portadora de um significado abrangente colocava uma série de questões a serem enfrentadas, mas também de possibilidades. Após o texto constitucional, tornou-se imperativo a regulamentação do setor. A principal mudança viria com a criação do Sistema Único de Saúde pela Lei 8.080/90. Além desse marco jurídico inicial, vieram normas, portarias e também muitos processos que visavam a demarcação de espaços profissionais.

A Lei 8.080 de 1990 *dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*, ou seja, cria o Sistema Único de Saúde gerido e financiado pelo Estado. No seu artigo 4º. está escrito que o *conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das*

²¹ Aqui a noção de Bourdieu (2003) é adequada para exemplificar as práticas da rede oficial de saúde.

fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde.

Mas é no Art. 3º. que o escopo da integralidade começa a se configurar ao afirmar que a saúde *tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.* O parágrafo único do referido artigo traz as dimensões da definição de saúde da OMS de *bem-estar físico, mental e social* como programas de ação para as pessoas e a coletividade.

A integralidade surge como princípio de forma explícita nesta lei em seu artigo 7º, parágrafo II: *integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade.*

Para funcionar deve ser integrado e integral, inclusive em suas especificidades e especialidades, na organização, nos serviços, na pesquisa e na educação permanente. Nesta lei, a integralidade aparece adjetivada pelo termo assistência. Com isso, o desafio era imenso e extrapolava o Movimento Sanitário e Popular que deram origem às transformações estruturais do Sistema de Saúde no Brasil. Convencimentos e mediação de conflitos seriam as grandes tarefas que os setores responsáveis pela mudança teriam no campo da saúde no seio do Estado brasileiro.

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/96) que regulamenta o Sistema Único de Saúde, em seu item 9, ao propor bases para um novo modelo de Atenção à Saúde formuladas a partir das *Conferências, Conselhos e espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes* não define um espaço privilegiado onde deve ocorrer as elaborações e implementações do modelo. Os espaços citados, em maior ou menor grau, viabilizam possibilidades de transformações na Saúde. Os *espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes*, ainda assim, são espaços de tensão entre usuários e profissionais. Isso porque uma das diretrizes do SUS é o direito à saúde que inclui a participação e escolha no processo saúde/doença. São espaços institucionais que apresentam possibilidades, mesmo que tensionadas, de mudanças ou aperfeiçoamentos do modelo de Atenção à Saúde, trazidas por setores sociais diversos, inclusive os de menor cobertura do Sistema.

Pela dinâmica corrente, impressa pelo modelo jurisdicional em que reivindicações se transformam em leis detalhadas, pela multiplicidade de profissionais envolvidos com a saúde no Brasil e pelas práticas singulares existentes no trato com a saúde e a doença, a tendência tem sido de multiplicação de leis e normas para atender as exigências de setores profissionais e para a inclusão no Sistema de práticas de saúde oriundas de vários campos de atuação, incluindo segmentos classificados como mais populares.

Entretanto, a implementação da integralidade como princípio norteador da atenção à saúde nos vários níveis de ações e de serviços é dificultada, na prática, pela falta de compreensão desta noção, tema que abordarei a seguir.

2.2. Indefinição conceitual da Integralidade

Alguns estudos destacam a integralidade como termo polissêmico, impreciso, que suscita variadas leituras (Camargo Jr., 2005, Mattos, 2001). Era de se esperar de algo elevado a princípio norteador de um grande projeto de mudança na Saúde, que reuniu muitos aspectos em uma unidade de proposições, mas sempre gerou caminhos múltiplos de implementação ou de impasses, e que fazia ressurgir em diversos momentos a defesa de campos e de atuações profissionais, em que o critério poderia ser mais a reserva de mercado profissional do que a abordagem do problema em um contexto mais amplo.

No contexto desse trabalho, a integralidade é vista mais como perspectiva do que uma definição precisa, pois carrega consigo a idéia daquilo que é integral e aberto para novas configurações. A integralidade é uma perspectiva que atravessa horizontalmente uma nova concepção de saúde, exigência e organização dos serviços e formação profissional, desta forma, retoma processos de escuta, ações conjuntas de cuidado na saúde. A demanda pela integralidade pode vir da população no exercício de seu direito de escolha e exigência por bons serviços, pode vir dos profissionais, no reconhecimento de suas limitações e na necessidade de completar-se na busca pelo outro que participa da rede, pode vir das crises do sistema que por sua natureza cristaliza-se a ponto de massificar a

todos. Em seu impulso inicial, a perspectiva da integralidade se depara com um dilema, pois sua efetivação não é permanente e sempre se depara com o já constituído. Este é um grande desafio a ser enfrentado, pois o que está instituído geralmente faz o movimento de manter-se.

Mas que sentidos são acionados nessa perspectiva? Isso é difícil de precisar. A aproximação certamente se dá por meio de um processo de escuta, aqui entendida também como ato de investigação profissional sobre a atenção necessária para o cuidado na saúde. Os significados dicionarizados, a literatura bibliográfica e os documentos oficiais produzidos sobre o tema refletem relações existentes e produzem propostas e ações.

Recorrendo ao sentido dicionarizado, o Dicionário Houaiss apresenta *integralidade* como sendo a qualidade do que é *integral*. É a *totalidade, completude*. Em outras palavras é a captura daquilo que se considera como representativo do objeto referido que por si não pode ser visto de outra forma, pois então perderia sua completude.

Já *integral* corresponde à reunião de todas as partes para formar um todo; aquilo *que não sofreu qualquer diminuição ou restrição; completo*. Do latim *integral* corresponde ao que *não foi tocado, não danificado*.

O sentido de totalidade dado à integralidade pode ser um projeto inalcançável, pois a apreensão é sempre limitada, uma versão. Para o cuidado na Saúde a pista que surge para superar esse sentido dicionarizado de integralidade é a tentativa que se faz para não se perder nada, estar atento ao que vem do outro, ao que surge. A atenção, a ação, enfim o cuidado é que tem que ser integral. A reunião de olhares, com ou sem o suporte tecnológico, para a apreensão da demanda é o procedimento para a compreensão do fenômeno trazido pelos usuários. A imagem-objetivo na expressão de Mattos (2004).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001, p. 342) afirma que o

princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Ou seja, o princípio envolve uma plataforma ampla, pois a integralidade não é somente ação no procedimento específico realizado por profissional da saúde, mas se insere no planejamento, na gestão, no cuidado da equipe e na avaliação, além da formação.

Mattos (2004, p. 1412) restringindo-se ao contexto de Reforma Sanitária, identifica três conjuntos de sentidos para integralidade.

Um primeiro aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. Aqui, a integralidade se referia, sobretudo, à abrangência dessas respostas governamentais, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais. Um segundo conjunto de sentidos era relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde. Um terceiro era voltado para atributo das práticas de saúde.

Camargo Jr. (2005, p. 37), num contexto mais geral, envolvendo inclusive o período mais recente, identifica três conjuntos de tendências sobre integralidade que formam tradições argumentativas sem definições precisas:

por um lado, um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e de promoção de saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país; por fim, nas críticas e proposições sobre assistência à saúde de alguns autores acadêmicos em nosso meio.

Acrescentaria uma quarta tendência, mais recente, que se configura a partir de organizações de base da saúde. Essa quarta tendência tem se constituído nos encontros locais (de comunidades, nos níveis municipais), regionais e até nacionais. Sua característica principal é a denúncia da precariedade dos serviços de saúde e mais recentemente, a divulgação de saberes locais e as articulações para a inclusão dos agentes comunitários na rede oficial como servidor público. Seus documentos (atas, relatórios de encontros, cartas-denúncia) explicitam essas características. Qual a importância dessa quarta tendência? Talvez seja demonstrar, nas práticas cotidianas, os limites do SUS e da atuação profissional de cada categoria. Ao mesmo tempo, em que a integralidade alarga os horizontes de compreensão dos problemas de saúde, revela os limites de cada competência.

Camargo Jr. (2005) chama atenção para os riscos da imprecisão conceitual e o alargamento do princípio que poderiam gerar um “imperialismo sanitário” ou uma “medicalização também integral”. A proposta do autor de tomar a integralidade como “dever” pode contrastar com o risco acima, pois o dever abre portas para a permanente busca da integralidade que se realiza principalmente a partir da organização local dos serviços.

Essa quarta tendência poderia ser caracterizada como uma reação às tendências citadas acima, de um setor ainda pouco ouvido nas instâncias decisórias da saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde têm uma ressonância inaudível nas postulações de políticas de atenção integral, tanto no nível preventivo como assistencial, assim como na alocação de verbas.

Os estudos sobre integralidade realizados por algumas escolas no Brasil têm um auditório²² específico: os gestores federais e aqueles que atuam na formação dos profissionais da saúde. Como princípio que recebeu até o presente momento menor atenção entre aqueles que se originaram do Movimento Sanitário e reconhecidos a partir da Constituição Federal de 1988, a estratégia de endereçamento dos estudos justifica-se pela necessidade de participar mais ativamente das elaborações das políticas nacionais e da formação dos profissionais a partir dessa perspectiva.

Na dimensão da formação dos profissionais de saúde, várias mudanças ocorreram, certamente no campo jurídico de forma mais significativa (Ceccim, 2005), e com uma velocidade maior devido à pressão crescente de setores comprometidos com a mudança e a crise de gestão e de assistência no sistema de saúde brasileiro (Luz, 2005).

Poucos trabalhos tratam das práticas de saúde mobilizadas pelas populações na perspectiva da integralidade (Acioli, 2001) ou simplesmente como análise da situação (Luz, 2001). Certamente não pela ausência de práticas utilizadas população e também por seu caráter não-científico. Arriscaria dizer que a integralidade divide poderes, autoridade e verbas, mas do que a universalização ou mesmo a equidade que podem ser geridas numa perspectiva centralista. Mesmo a portaria n. 971 do Ministério da Saúde que autoriza outras medicinas

²² *Auditório* aqui é tomado a partir da definição de Perelman como *conjunto daqueles que o orador quer influenciar pela sua argumentação* (1999, p. 33). O auditório pode ser qualquer lugar, pessoa ou grupo e o texto também é meio de se atingir a essa finalidade.

tradicionais e alternativas no SUS não garante a participação de atores de baixa renda no sistema assim como um retorno, através de serviços, para certas regiões que funcionam como cuidadoras dos recursos genéticos utilizados na fitoterapia.

2.3. Integralidade como perspectiva

A integralidade como diretriz de sistema nacional tem uma implantação tardia no Brasil. Nas décadas de 1970 e 1980, as bases conceituais da Reforma Sanitária já eram amplamente debatidas na saúde. A CF de 88 assegura a integralidade como diretriz do sistema, mas apenas uma década depois, sua implementação a nível nacional começa a ser debatida. Cuba na década de 70 já tomava a integralidade como eixo do seu Servicio Nacional de la Salud²³. O modelo de funcionamento do Plan Del Médico de la Familia contava com o apoio, nas policlínicas e hospitais rurais, dos especialistas médicos, enfermeiras, professores e psicólogos que atendiam nos consultórios dos médicos de família. Essas equipes, agrupadas nas Policlínicas e Hospitais rurais, compunham os Grupos Básicos de Trabalho.

Afirmar que a integralidade dos saberes é uma solução para o atendimento da demanda no Brasil pode soar como um imperativo categórico fácil de ser desmontado visto que, antes de tudo, é uma afirmação posicionada a partir de uma construção analítica que se faz a partir de experiências localizadas e da literatura selecionada. Do lado daqueles que defendem a integralidade dos saberes não é difícil perceber o argumento do convencimento humanístico em vista de atendimento mais integral e humanizado em oposição a um atendimento mais impessoal e sem resolutividade. Argumento válido, mas que não enfrenta a grande caixa preta (Latour, 2000) que é a presença hegemônica de saberes na Medicina e na Saúde. Mais à frente discutiremos mecanismos de enfrentamento

²³ Cuba nacionaliza, na década de sessenta, clínicas, hospitais e cria policlínicas. Na década de setenta cria o Servicio Nacional de la Salud. A gestão dos serviços de saúde municipais passam para as províncias e municipais. A formação médica é reorganizada sob controle do serviço nacional. Na década de 1980, há uma revisão com ênfase para a atenção primária e a formação de médicos generalistas (El plan del médico de la familia em Cuba).

dos entraves da integralidade. Por ora, quero tratar, nesta parte, a integralidade como perspectiva, já apresentada no item anterior, e que expressa múltiplas dimensões e problemas.

A opção epistemológica de encarar a integralidade como uma perspectiva deve-se principalmente ao imenso rol de sentidos e tensões que ela aciona. De postura epistemológica à organização dos serviços, ela é reivindicada e reinventada, em sua trajetória discursiva, para pensar e organizar ações em Saúde. Destaco duas dimensões desse efeito político-programático já em curso no campo da Saúde no Brasil, mas ainda incorporada apenas pontualmente no SUS.

A *integralidade como ruptura* é tratada a partir da noção de olhar introduzida por Foucault (2004; 2005) para compreender as transformações e instituições de saberes e práticas na Medicina e de outro lado, da noção de alargamento dos campos em direção à noção de redes de apropriações, descobertas, conflitos e negociações que subjazem o modelo e profissionalização nas sociedades contemporâneas.

O que fez a Medicina transformar seus olhares, tomando emprestado o termo de Foucault, em procedimentos imprescindíveis na intervenção sobre os corpos dos humanos? Não poucos diriam que a experiência médica foi a porta de compreensão da doença. Para isso era necessário homogeneizar os corpos e os saberes, não que tenha sido este o único caminho possível, mas, nas circunstâncias, foi o caminho escolhido. “A coincidência exata do corpo da ‘doença’ com o corpo do homem doente é um dado histórico e transitório” (Foucault, 2004, p. 2). A anatomia patológica teve seu desenvolvimento acelerado no XIX que impulsiona para uma medicina classificatória que buscará a relação entre doença e espacialização corporal. A preocupação com as definições e denominações direcionava-se para uma nosologia que, passando pela experiência clínica, a superava para formar gêneros, classes e espécies, enfim, para formar a medicina classificatória.

A formação da Medicina classificatória na segunda metade do século XVIII e no decorrer do século XIX é registrada nos manuais e textos desse período²⁴. A classificação médica das doenças requer um espaço inscrito no corpo, “espaço

²⁴ Gilibert, *L'anarchie médicale* (1772), F. Boissier de Sauvages, *Nosologie méthodique* (1772), W.ullen, *Institutions de médecine pratique* (1785), apud Foucault (2004).

profundo, anterior às percepções e que as dirige de longe: é a partir dele, das linhas que cruza, das massas que distribui ou hierarquiza, que a doença, emergindo ao olhar, insere suas características próprias em um organismo vivo.” (Foucault, 2004, p. 3) Ainda para Foucault, essa *configuração primária da doença* tem quatro princípios.

Com o primeiro princípio, os médicos do século XVIII afirmam a configuração da doença na experiência histórica e não mais no saber filosófico. Elegem o observável como critério essencial. É o olhar médico o definidor da doença. Com o segundo princípio, a doença é configurada pela analogia, pelas semelhanças que apresentam naquele espaço determinado através do olhar médico. Com o terceiro princípio, a configuração da doença ganha um salto baseado na racionalidade. As analogias não revelam apenas um sistema de referência das doenças, mas uma ordem racional da natureza. O modelo classificatório eleva-se a uma racionalidade médica de essências confirmadas pelo olhar. A doença passa a ter uma racionalidade própria como a vida a tem. Com o quarto princípio, a doença passa a estar no doente, mas é apartada dele. A nosologia médica é o saber a ser conhecido pelo médico para o enfrentamento da doença e sua cura. As características encontradas no doente são apenas acidentes em relação ao essencial que comporta a doença.

Mas esses princípios não bastam para conectar os espaços do corpo e a configuração das doenças sem comprometer a essência nosológica instituída pelo saber médico em formação. O problema encontrado é que o espaço das classes é plano e homogêneo e a doença, classificada em uma família, tem sua sede num órgão. A contradição é resolvida pela *comunicação simpática* (que assegura a relação com o espaço) e pela *causalidade* que assegura *as simultaneidades e os inter cruzamentos entre as purezas essenciais* estabelecidas pela nosologia.

A outra forma de compreensão da ruptura da integralidade é com a noção fechada de campo que baseia a profissionalização dos saberes e práticas nas sociedades contemporâneas. A regulamentação profissional não tem somente como objetivo o bem-estar de sua demanda. A configuração dos saberes profissionais segue uma dinâmica de campo de saber e de atuação (Bourdieu, 2003). Em um contexto mais amplo, os governos de populações planejam a partir

das possibilidades de ganho do capital, estratégias de governamentalidade²⁵ mais do que as forças coercitivas da sociedade. A perspectiva da integralidade desnuda práticas e rompe discursos oficiais organizativos.

A integralidade como estratégia, atribuindo a esse termo um sentido menos carregado e mais revelador de um significado político-programático, é expressa em parte da produção bibliográfica sobre o tema. Para Mattos (2004, p. 1417):

Uma primeira dimensão da integralidade, na prática se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos. Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências de sofrimento, ações voltadas para a prevenção.

Essa dimensão, realçada por Mattos, tem um aspecto importante para o que se convencionou chamar de integralidade a partir das proposições do Movimento Sanitário e dos ordenamentos jurídicos existentes. Contudo, a proposição mais conseqüente à natureza da integralidade proposta envolveria a necessária participação dos usuários, como co-autores de uma demanda a ser construída plenamente e permanentemente. Isso requer a retomada radical do processo de escuta por partes dos profissionais da saúde, desde os níveis primários, secundários e terciários, assim como no nível do controle social, nos conselhos e em outros mecanismos mais ágeis para atendimento das demandas.

O argumento aqui tratado consiste em conceber a integralidade como dialogicidade para compreender a experiência local, esta entendida como expressão dos problemas locais trazidos pelos usuários do sistema, quer por meio de processo de escuta, quer através de pesquisas epidemiológicas planejadas a partir do que se tem sobre a localidade.

Antes da tematização da integralidade, uma série de práticas de saúde em uso já indicava que a população recorria a seus saberes ou a práticas que vinham de fora. É quase impossível precisar razões para o uso de determinados saberes e não de outros ou mesmo de sua conjunção, de forma genérica, com a

²⁵ Ver *A governamentalidade*. In: Foucault. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, São Paulo, Graal, 1979.

pretensão de explicar esse fenômeno tão presente no Brasil. Poderia-se indicar a insatisfação com determinada terapêutica ou a busca de um bem-estar maior como motivadores de fundo ou ainda outros sentidos decorrentes das experiências de saúde/doença vivenciadas pelos indivíduos.

A demanda por variadas práticas de saúde além do sistema médico oficial é apontada por alguns como esgotamento do modelo médico atual, a forma de funcionamento dos serviços, e num contexto maior, de investida da política neoliberal no campo da saúde (Luz, 2005). Mas, a partir do que foi apresentado no primeiro capítulo da tese, condições históricas podem ser apresentadas como propiciadoras de uma demanda que privilegia práticas de saúde que hoje pressionam para o alargamento do sistema. A ação continuada desses atores sociais como curandeiros, parteiras, raizeiros caracteriza permanências no campo do cuidado que podem dialogar com os profissionais de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou documento extenso intitulado *Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional (2002- 2005)* que em certo sentido motivou a Portaria 971/06 do Ministério da Saúde que tratarei a seguir.

2.4. Integralidade e práticas complementares: a “Portaria da Integralidade”²⁶

Em 03 de maio de 2006 o Ministério da Saúde lançou portaria que autoriza o uso de terapias integrativas e complementares no SUS através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, já aprovada anteriormente no Conselho Nacional de Saúde. Sua natureza é integrativa e complementar como o próprio nome da portaria indica. As práticas aprovadas para fazerem parte do SUS não substituem outros modelos, mas na lógica integrativa do Sistema estarão à disposição dos usuários como opções de escolha como prevê o direito

²⁶ Esta denominação referente à Portaria foi usada pelo Ministério da Saúde em seu site oficial em 2006 logo após a publicação da mesma.

à Saúde garantido na Constituição Federal e na Lei 8.080/90. Reações através da mídia entre as quais do Conselho Regional de Medicina de São Paulo indicam a dificuldade de implementação que a política terá pela frente.

A Portaria concentra-se na homeopatia, na acupuntura, na fitoterapia e no termalismo, práticas já utilizadas oficialmente no setor privado da Saúde e exercida geralmente por médicos/as. Por meio desta o SUS fica autorizado a oferecer essas práticas em sua rede de atendimento como direito do usuário. A Portaria 971/2006 não define quem exercerá cada uma dessas práticas. O exercício profissional depende de várias instituições normatizadoras: Conselhos de categoria, Ministério do Trabalho e Ministério da Justiça. Era de se esperar que uma Portaria de caráter inicial não definisse tais exercícios. Há uma quantidade de processos e liminares que estão tramitando em várias instâncias da Justiça com objetivos de regulamentação de atividades profissionais.

A despeito da discussão do atendimento integral da demanda e da satisfação do usuário, a Portaria constitui um avanço no aspecto da oferta de serviços assim como na concepção em saúde. Uma primeira constatação sobre a Portaria é que as práticas aprovadas são utilizadas por setores organizados da sociedade brasileira e que pertencem a extratos médios de renda. Mesmo com as reações contrárias de setores médicos, essas práticas têm amplo reconhecimento e uso na sociedade e movimentam um setor econômico importante no mercado.

A acupuntura consiste numa *tecnologia de intervenção em saúde*, contextualizada principalmente a partir da Medicina tradicional chinesa. Pela Portaria pode ser usada de forma isolada ou complementar, na *promoção e recuperação da saúde e na prevenção de doenças*. No Brasil há várias centros/escolas de acupuntura oferecendo cursos técnicos que habilitam para o uso desta tecnologia.

A homeopatia constitui em *sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde e doença*. Atua no campo da promoção e recuperação da saúde e na prevenção de doenças. Sua presença no Brasil como saber ocorre durante o século XIX (Luz, 1996). Sua aceitação no Brasil ocorre em todas as regiões, principalmente urbanas.

A fitoterapia é um *recurso terapêutico* que utiliza plantas medicinais em formas farmacêuticas variadas. Tem implicações importantes no desenvolvimento comunitário. Seu uso é antigo. Os primeiros habitantes do vasto território

brasileiro já utilizavam plantas, ervas e raízes amplamente; os grupos africanos também cultivavam a prática fitoterápica e os primeiros religiosos trouxeram saberes de outras terras que frequentaram. É um uso disseminado principalmente em zonas rurais, mas que chegou em determinados espaços urbanos, em pequenas hortas ou pelas farmácias fitoterápicas e homeopáticas.

O termalismo social constitui-se em uma *abordagem* terapêutica encontrada mais nas regiões sudeste e centro-oeste do Brasil, com potencial também na região nordeste. O termalismo social ou crenoterapia é um recurso terapêutico que consiste no uso de águas termais como terapêutica complementar indicada pelos médicos e com uma freqüência de auto-indicação importante, mesmo nas regiões mais urbanizadas em que o poder aquisitivo permite o deslocamento para os locais em que há instâncias hidro-minerais ou simplesmente fontes ricas em águas com sais minerais. Geralmente os municípios que abrigam essas instâncias têm suas economias aquecidas pelo pequeno comércio e rede hoteleira de pequeno porte. O interesse pela preservação do local passa a ser uma preocupação constante.

QUADRO 1: Práticas que constam da Portaria da Integralidade (N. 971/2006)

	<i>Início no Brasil</i>	<i>Associação Nacional ou congênera</i>	<i>Abrangência atual no território</i>	<i>Quem exerce</i>
ACUPUNTURA	-Índios no Brasil já praticavam; -1810: imigrantes chineses;	1972: Associação Brasileira de Acupuntura (vários profissionais); 1984: Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura 1994: Associação Médica Brasileira de Acupuntura (médicos)	Nacional	Qualquer profissional com curso técnico de acupuntura autorizado.
HOMEOPATIA	1840	1843, Instituto Homeopático do Brasil, Rio de Janeiro.	Nacional	Médicos com especialidade em homeopatia
FITOTERAPIA	Com a população indígena, jesuítas (desde o século XVI)	1990: Associação Brasileira de Medicina Complementar e Estratégias Integrativas em Saúde (médicos) - Associação de Farmácias Fitoterápicas	Nacional	Vários profissionais e população
TERMALISMO	1818: Decreto de D. João VI criando a 1ª. estância termal brasileira Caldas e Cubatão (SC)	Não tem; Associação de Hoteis	Regiões Centro-Oeste, sudeste, sul e nordeste	Vários profissionais

O Quadro 1 oferece elementos para algumas análises de conjunto. Das práticas integrativas apenas uma, a homeopatia, é exercida exclusivamente por médicos. As outras três práticas são exercidas por vários profissionais, não sendo exclusivas de nenhum deles. Médicos também praticam a acupuntura²⁷ e a fitoterapia e sugerem tratamento com águas termais. Uma outra característica é que todas essas práticas acionam uma cadeia econômica considerável que envolve profissionais, equipamentos, estabelecimentos, laboratórios e setores acadêmicos já existentes. Os usuários dessas práticas dispõem de poder aquisitivo acessível para recorrerem às mesmas, quer por indicação médica, quer por conhecimento adquirido.

²⁷ Vários Conselhos Regionais de Medicina entraram na Justiça solicitando ilegalidade no exercício da acupuntura quando praticada por não-médicos. O Supremo reconheceu acupuntura como recurso terapêutico não-privativo a qualquer área profissional.

Para a Amazônia, principalmente na zona rural, a Portaria 971/2006 não apresenta possibilidades imediatas de implementação. Com exceção das duas grandes capitais da região, Belém e Manaus, as práticas autorizadas não são usuais. Poderíamos argumentar que a fitoterapia da região é rica, contudo, essa Portaria não indica a inserção dos fitoterapeutas tradicionais. O benefício será para as farmácias fitoterápicas e homeopáticas já instaladas ou a instalar-se, o que a princípio não é problema. O que deve ser considerado é como os fitoterapeutas tradicionais da região podem ter seu trabalho valorizado e as relações daí provenientes possam ser equitativas e não apenas de apropriação de saberes para posterior uso comercial.

A implementação da integralidade no SUS no aspecto da oferta de saberes reconhecidos como práticas terapêuticas integrativas e complementares poderá trazer mudanças graduais na organização dos serviços e nas relações entre profissionais da saúde dos diversos estabelecimentos que compõem a rede. A introdução de novas práticas que requerem mais a escuta, a formação e educação profissionais em novos modelos e a recomposição da organização interna dos serviços podem introduzir importante diferencial em consonância com as diretrizes as orienta. Como e onde a integralidade entraria no sistema e nos serviços? Como perspectiva que requer uma postura de trabalho que tem na escuta do usuário a primeira fonte de informação e na escuta dos profissionais de saúde envolvidos. A integralidade, assim pensada, perpassa todas as esferas de atendimento, desde a atenção primária até os serviços da mais alta complexidade.

Nas práticas alternativas de terapia introduzidas no Sistema, critérios gerais podem ser adotados, mas a dinâmica do trabalho de atendimento deve ser da equipe de profissionais de saúde que cuidam dos usuários. Um hospital talvez não possa comportar todas essas práticas pela especificidade de sua atuação. Certamente pode comportar uma brinquedoteca, quando tiver setor de Pediatria, porém muitas das práticas terapêuticas podem ser introduzidas em centros de saúde ou em espaços novos criados ou a serem criados como as casas de parto.²⁸

²⁸ Os estabelecimentos que compõem o Sistema geralmente estão classificados em Posto de Saúde, Centro de Saúde, Unidade Mista, Policlínica, Pronto-socorro e Hospital.

A atenção básica em âmbito municipal tem sido a porta de entrada das práticas integrativas, porém ainda sem o acompanhamento mais sistemático da educação permanente²⁹. As equipes responsáveis pelos Programas deveriam gerir tanto a execução do mesmo quanto a orientação e educação das equipes. Poderia haver uma parceria entre setores federais e municipais. Onde houvesse experiências de práticas integrativas, a educação permanente se faria presente num processo que ganharia tanto os profissionais locais, como os profissionais-educadores responsáveis pela educação permanente a nível federal.

²⁹ A educação permanente em Saúde faz parte hoje de uma Secretaria específica do Ministério da Saúde e as instituições responsáveis pelos cursos de capacitação pertencem a esfera estadual e federal e estão concentrados nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

3. Sobre os caminhos da pesquisa.

Esta pesquisa desenvolveu-se, por caminhos que me levaram a posicionamentos, dúvidas e retomadas de posicionamentos, surgidos a partir da reflexão e da experiência com o tema. Posicionamentos relativos ao processo de construção do conhecimento que deveria empreender e rever conforme novos problemas metodológicos e de *episteme* se apresentavam. A produção do conhecimento como prática social apresenta uma característica de heterogeneidade e hibridismo pouco assumida na sua expressão escrita - o texto - que se tornou nas últimas décadas um aspecto fundamental, sem tornar-se exclusivo, para os estudos centrados na análise do discurso. O texto como acontecimento, o texto como versão para colocar-se como alternativa política diante de outras versões, é uma perspectiva de pouca aceitação no mercado científico-acadêmico. Um dos aspectos mais caros ao positivismo científico é a possibilidade da objetividade dos procedimentos e das verdades produzidas que, embora temporárias para o positivismo, são excludentes de outras possibilidades. Um projeto científico geralmente é planejado a partir de uma previsibilidade retórica que o caminho percorrido pode levar a resultados e conclusões não previsíveis. Nesse sentido, tem-se o paradoxo que é tão comum na pesquisa enquanto prática social que investiga relações, fenômenos, enfim, que é o de impor ao pesquisador(a) o dilema de resolvê-lo ou explicitá-lo.

Esta pesquisa, e aqui vou arriscar uma generalização, emprestando um termo contemporâneo, exigiu uma postura de reflexividade sobre aquilo que construímos como problema por mais evidente que este possa parecer, pois os modelos, e sempre os carregamos, conformam nossos olhares. O desafio é justamente ver o problema em sua multiplicidade de relações, apesar dos recortes, e, dessa forma, abrir perspectivas variadas e possíveis de abordá-lo antes que se encerre em uma caixa preta ou, na existência dela, empreenda-se um desentrelaçar da rede que a formou, tomando aqui como referência Latour (1994, 2000), sabendo de antemão que muitos fios serão perdidos ou passarão sem serem percebidos. Pode ser que o problema de pesquisa apareça como um objeto em uma redoma de vidro, causando uma sensação de totalidade na apreensão do que alguns convencionam chamar de objeto. Como já indiquei, a

precaução tomada para evitar essas posturas foi de construir o problema de forma relacional em suas construções sociais e, de forma narrativa, na exposição do pesquisador, trazer para o texto os repertórios daqueles atores sociais envolvidos na pesquisa com o objetivo de focalizar o problema proposto.

Esta postura de abertura ao problema tem contornos de estratégia, não de indefinição. Estratégia que visa deixar fluir uma metodologia de abordagem. A metodologia, nesse sentido é, ao mesmo tempo, uma filosofia itinerante de produção do conhecimento, interpretações e re-interpretações. Como afirma Foucault em *Arqueologia do Saber* (2005) devemos desconfiar das tradições e olhar para as discontinuidades. Não se trata de desconsiderar as permanências, mas de rechaçar as *continuidades irrefletidas*.

Por outro lado, o *evento Sokal* assim como a *guerra das ciências* espalhada pelos laboratórios, departamentos, colegiados, produção bibliográfica, e conferências, nos fazem lembrar que vivemos em época ainda avessa ao debate sobre o conhecimento e os status que atribuímos aos saberes sociais. No caso conhecido como Sokal (Santos, 2004a, 2004b), o que começou como um grande incômodo-provocação, transformou-se em uma avalanche de escritos, muitos dos quais revelavam mais vaidades acadêmicas, com pouco espaço para o debate ou o que estava fundamentalmente em jogo: como e com que interesses se produz ciência. Não arriscaria perguntar também qual a validade da ciência assim produzida para a sociedade ou, como Rousseau (1971), se as ciências e as artes tem contribuído ou corrompido os valores, pois estaria dando um estatuto universal a essas formas de conhecimento, além de cometer a injustiça de não considerar o que Rousseau entendia por arte e ciência em sua época. O que é fundamental para alguns, para outros pode ser trivial ou sem expressão na ordem tecnocientífica e econômica do momento e, nesse sentido, acionam o discurso do campo científico como espaço próprio, técnico, torna a evidenciar-se para demarcar áreas e competências.

A principal pergunta da tese foi se a perspectiva da integralidade pode integrar saberes e estratégias locais sobre processos de saúde/doença visando à atenção integral nas ações e serviços de saúde? E que dificuldades apresentam-se para sua implantação e implementação?

Com isso, o objetivo é de problematizar a noção de integralidade considerando-a como princípio de ação e como concepção epistemológica,

consistindo aí, nesses aspectos, a principal origem dos conflitos para sua implantação. Destaca-se também o impasse da generalização tanto jurisdicional como de ação em que contextos locais ficam submetidos ou à espera de ações que dependem de políticas centralizadas a nível federal.

Na busca de uma metodologia para a abordagem do problema e construção da episteme, opções foram feitas, que incluíram a escolha de aspectos do problema proposto em sua complexidade, distribuídos por uma rede de relações³⁰. Para compor o problema da pesquisa selecionamos e organizamos conjuntos de fontes que informam o tema da integralidade, o contexto da produção documental e bibliográfica e as práticas de saúde numa comunidade. São conjuntos de informações que materializam relações entre conhecimento e política, ou mais adequadamente poderia ser chamado de *política de conhecimentos* formulada e empreendida não só por setores hegemônicos e dotados de poder para, como também por setores excluídos intencionalmente do processo, considerados não autorizados pelo saber instituído. Assim, a própria noção de integralidade vai se materializando nas produções bibliográficas e documentais e nas experiências de atenção à saúde, espalhadas pelo Brasil, como uma rede que flui, mas com pontos largos, sem a condensação de pontos bem próximos que possam dar sustentação às ações.³¹

Para explicar o multi-locus da pesquisa, a noção de *campo-tema* de Spink P. (2003) aponta para uma escolha do campo no contexto de um processo de negociação constante que envolve desde os estudos do pesquisador, as conversas preliminares com pessoas do lugar ou especialistas do tema e outras situações que vão acompanhar a pesquisa. Para Spink P.(2003, p.28):

Campo entendido como campo-tema não é um universo 'distante', 'separado', 'não-relacionado', 'um universo empírico' ou um 'lugar para fazer observações'. Todas essas expressões não somente naturalizam mas também escondem o campo; distanciando os pesquisadores das questões do dia a dia. Podemos sim, negociar acesso às partes mais densas do campo e em consequência estar mais perto na sua processualidade.

³⁰ A noção de *rede* aqui é a de Bruno Latour (1994,2000) em que um fenômeno é analisado em suas produções e conexões coletivas.

³¹ Utilizo aqui a metáfora da rede de pano para dormir ou descansar, comum no Brasil, principalmente nas regiões do Norte e Nordeste. A maioria das redes são feitas com pontos bem próximos, emparelhados. Outras redes são feitas com pontos distantes como uma teia em que se vê o outro lado. A construção dessa simetria entre rede com pontos largos e a noção de rede da integralidade serve para dar visibilidade ao estado atual do tema e das experiências como uma presença-ausência.

Com esse modo de compreender a ação no campo, evidencia-se a pesquisa como prática social que se institui numa rede de relações possíveis. Esse multi-locus da pesquisa pode ser descrito didaticamente da seguinte forma:

1. Análise de documentos oficiais acerca da Saúde e mais especificadamente da integralidade, escritos a partir da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, considerada marco político e conceitual para mudanças no sistema de saúde brasileiro: a Constituição Federal de 1988, quando as bases para a integralidade no SUS são lançadas; a Lei 8.080 de criação do Sistema Único de Saúde, assim como portaria, resoluções e normas, e a última portaria sobre integralidade (Portaria 971/06).
2. Contexto de produção bibliográfica especializada no tema, particularmente artigos em periódicos e capítulos de livros, disponibilizada em bancos de dados, e ainda concentrada predominantemente nas universidades e centros localizados nos Estados do Sudeste e do Sul. O diálogo com o contexto de produção do tema se dá à medida que a exposição do problema é apresentada.
3. Análise das experiências com saúde/doença, em uma comunidade na ilha do Marajó, denominada Mangueira, enfocando as estratégias para superação de problemas de saúde engendrados pela própria população local. Uma série de informações foi obtida junto à população, por meio de entrevistas e conversas³², que possibilitaram o desenho de uma rede que aciona o tema da integralidade nas concepções pronunciadas no SUS ou que apontam outros caminhos e por meio de observações que poderiam se caracterizar como observação participante que o autor empreendeu nessa comunidade.

³² As entrevistas e conversas foram autorizadas para uso de acordo com os objetivos da pesquisa, mediante assinatura de *termo de consentimento informado* (Anexo 1), como estabelece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Quando o participante não podia assinar seu nome, o termo era explicitado e a autorização gravada em fita magnética.

Esses três tipos de fontes de informações compuseram o material de análise e a própria materialidade da pesquisa. A escolha se pautou pelo objetivo de dar visibilidade, de uma maneira qualitativa, ao uso de saberes e de práticas cotidianas de uma população. Por que juntar análises de documentos e de produção bibliográfica com experiências e práticas classificadas sob o prisma da presença ou ausência de integralidade? O argumento principal para responder a essa questão é que o tema proposto se movimenta por saberes e práticas que se entrelaçam em um mesmo contexto, e se torna alvo de embates que ocorrem hoje na Saúde na disputa por campos de atuação, tão comum à instituição e desenvolvimento da Medicina no decorrer dos dois últimos séculos. Na perspectiva do *campo-tema*, documentos oficiais e produção bibliográfica, nessa pesquisa, são substratos para reflexão sobre as práticas e os saberes que aí se manifestam em sua processualidade. São transversalizados na pesquisa em função da visibilidade que podem dar, considerando diferenças e semelhanças, às práticas de saúde investigadas.

Os documentos sobre integralidade ou sobre Saúde em que o tema da integralidade aparece em alguma parte assumem maior importância na atual conjuntura de elaboração de políticas e de orientações devido à visibilidade e ebulição da discussão que ocorre no campo da saúde entre as diversas áreas profissionais que disputam espaços ou que quebram barreiras disciplinares e a própria população. Os documentos de domínio público em questão têm sua importância na transformação ou na permanência de relações que garantem a dinâmica do que está instituído ou do que se pretende mudar. Os documentos de domínio público podem revelar mais do que registros explícitos.

Segundo Spink P. (1999) as práticas discursivas contidas em documentos expressam produções de sentido que vão construindo o tempo na história. Para esse autor, os documentos de domínio público podem ser uma matéria de múltiplos achados. A ubiquidade dos temas é fundamental para a compreensão de como e porque certas questões são tratadas assim e não de outra forma. Ou, ainda que nenhuma forma de tratamento seja dispensada, pois a produção de sentidos se dá nas articulações que se faz nos documentos que são produções sociais e que se tornam públicos. As práticas discursivas contem gêneros de fala e conteúdos que se articulam em formas diversos. Diários oficiais, jornais,

relatórios, manuais de instrução, anúncios, publicidade e outros. No contexto da produção das práticas discursivas, até a nota de rodapé tem a sua importância. Tanto os arquivistas como os historiadores podem ensinar a partir de suas lógicas de organização e análise a perceber a produção social de sentidos desses processos dinâmicos de instauração e manutenção da realidade.

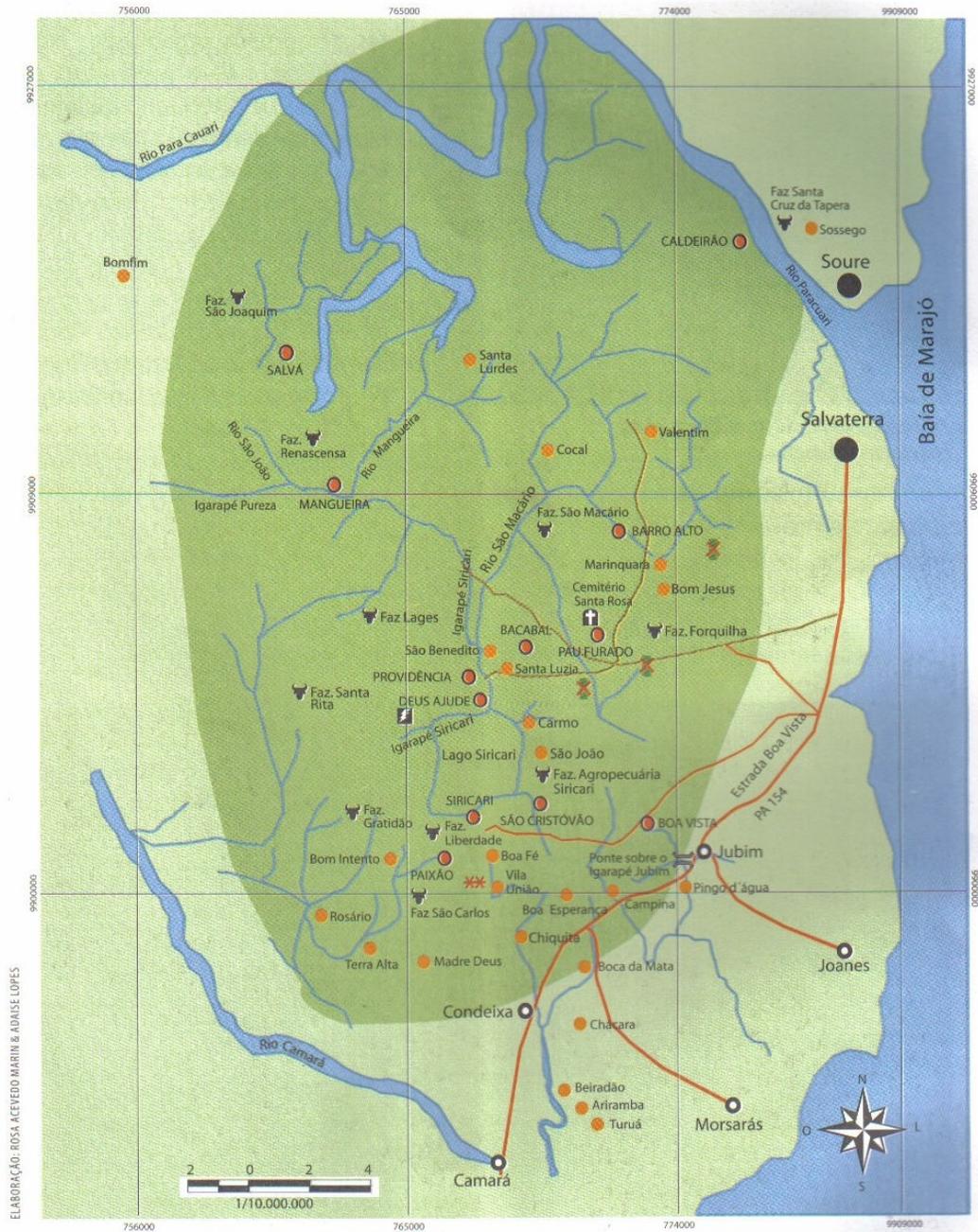
No contexto da produção bibliográfica, considere a produção anterior ao período de aparecimento mais explícito da integralidade e o período propriamente explícito da integralidade que se dá na década de 90. Essa divisão não é simplesmente didática. Tem o sentido de mostrar as bases históricas do que se convencionou chamar de integralidade. Nesse período anterior constata-se uma antropologia da saúde que fazia etnografias de práticas de saúde de populações denominadas tradicionais e de indígenas e uma sociologia da saúde que buscava descrever e analisar influências nas políticas de saúde no Brasil, assim como de dar visibilidade às insatisfações da população.

O trabalho de campo teve como objetivo levantar um conjunto de informações acerca das práticas de saúde em Manguelras e das ações voltadas para a prevenção e terapêutica promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvaterra. A obtenção dessas informações foi organizada de forma a facilitar uma co-construção das informações, principalmente em relação às conversas e entrevistas. As informações provindas de Sistemas de Informação do Ministério da Saúde, Censo e outros levantamentos oficiais que disponibilizavam dados sobre a região e o município de Salvaterra³³ serviram como suporte complementar para compor as informações para análise do atual estado da atenção à saúde disponível para a população, já que esses sistemas de informação apresentam uma escassez de informações mais detalhadas sobre os pequenos municípios brasileiros.

O trabalho de campo foi realizado em três etapas. A primeira etapa se deu entre 20 e 28 de julho de 2004 (verificar quantos dias). A segunda entre 26 de fevereiro a 10 de março de 2005. E a terceira, entre 28 de novembro e 08 de dezembro de 2006.

³³ Informações sobre a comunidade de Manguelras estavam inseridas nas informações organizativas e epidemiológicas sobre o município. Com isso, foi necessária uma série de consultas realizadas na Secretaria Municipal, no Hospital Municipal e com a equipe de saúde que atende em Manguelras para a obtenção de informações mais específicas sobre a comunidade e registradas em caderno de campo.

O território quilombola de Marajó



- | | | |
|-----------------------------------|----------|--|
| Sede Municipal | Estrada | Cemitério |
| Distrito | Caminhos | Cercas elétricas |
| Localidades | Drenagem | Cercamento ilegal de povoamento quilombola |
| Comunidades mapeadas pelo projeto | Fazendas | Proibição de botarem roça |

A primeira etapa do trabalho de campo concentrou-se na comunidade de Mangueiras. O deslocamento foi através de barco do município de Soure até o porto de São João, em Mangueiras, num percurso de aproximadamente duas horas. O contato inicial foi feito com a presidente da recente Associação de Remanescentes de Quilombo de Mangueiras para quem os objetivos da pesquisa foram explicitados. A partir daí, durante dois dias, andamos em Mangueiras e São João³⁴ conhecendo moradores, entre eles alguns que cuidavam da saúde na comunidade. Nos primeiros dias, ela apresentava-me aos moradores e cuidadores como o rapaz do Cedenpa (Centro de Estudos e de Defesa do Negro do Pará), da Universidade ou do grupo da Professora Rosa Acevedo do NAEA (Núcleo de Altos Estudos Amazônicos) e até mesmo como sendo do governo para ver como estava a água. Depois de explicitar mais a minha procedência e de alguma insistência de minha parte, a fim de evitar filiações inexistentes, passou-me a apresentar como o rapaz da Universidade fazendo pesquisa sobre saúde.

A coleta de informações deu-se através de conversas inicialmente livres e que se encaminhavam para o tema da saúde em questão. Para os moradores, a pergunta era sobre o que faziam quando tinham problemas de saúde. Com as pessoas que cuidam em Mangueiras³⁵, a pergunta era como faziam para prevenir ou tratar das pessoas que os procuravam. Essas conversas foram realizadas nas casas dos moradores e das pessoas que cuidam ou em caminhadas pela comunidade quando os interlocutores assim o permitiam. Nesse caso, recursos da natureza eram mostrados utilizados na prevenção e tratamentos eram mostrados e anotados pelo pesquisador.

Nesta fase foram visitados o Posto de Saúde que estava fechado para atendimento à população³⁶, por falta de condições higiênicas, recursos materiais e equipamentos para o nível de atenção básica que exigia, e a escola municipal que recebia provisoriamente as equipes da Secretaria Municipal de Saúde para os

³⁵ A denominação *pessoas que cuidam* será utilizada para referir-se genericamente aos que são reconhecidos por moradores e pares com este ofício em Mangueiras e Salvaterra, mas não tem o reconhecimento oficial de suas atividades: parteiras, médicos da terra, rezadeiras, pajés. A denominação específica será utilizada quando tratar-se de determinada pessoa.

³⁶ Os moradores e o pessoal da Secretaria de Saúde não deram uma informação precisa sobre o tempo já decorrido do fechamento do Posto de Saúde. O tempo sugerido é de cinco a dez anos.

mutirões de saúde em substituição ao Posto de Saúde. A hospedagem foi na casa da família da presidenta da Associação de Remanescentes.

A segunda etapa de trabalho de campo deu-se, como na primeira, na comunidade de Mangueiras, e o deslocamento foi através de moto-taxi passando por várias fazendas da região e atravessando o rio Paracuarí (ou Rio das Mangueiras nesse trecho). Utilizei a entrevista como procedimento principal para o registro de informações sobre as ações em relação à saúde. Foram entrevistados quatro moradores e duas pessoas que cuidavam da saúde. O mesmo procedimento da Declaração de Consentimento Informado foi solicitado. Durante as caminhadas na comunidade conversei com outros moradores sobre os problemas de saúde mais frequentes e seus itinerários terapêuticos. Fez-se um levantamento sobre as parteiras, rezadeiras, curandeiros e outros que atuavam na comunidade de Mangueiras. A fonte de informações para tal levantamento foram os próprios moradores de Mangueiras que são os que demandam cuidados e reconhecem esses ofícios. A hospedagem, dessa vez, foi na casa alugada pela Secretaria Municipal de Educação destinada a receber professores do Sistema Modular de Ensino Médio, para evitar maiores incômodos para moradores e interferir demasiadamente em suas rotinas de trabalho.

A terceira etapa concentrou-se em obter informações com a Secretaria Municipal de Saúde e os profissionais que atendiam em Mangueiras. A hospedagem foi na sede do município, em uma pequena pousada. Durante o dia dirigia-me a pé para a Secretaria Municipal de Saúde, para as residências dos profissionais de saúde que atendiam em Mangueiras ou de moto-taxi para a mesma comunidade. A finalidade dessa etapa foi de coletar informações sobre as estratégias de saúde oficiais voltadas para a comunidade de Mangueiras e, de modo geral, me familiarizar com o sistema atual de referência e contra-referência do município. Foram realizadas 12 entrevistas: com a secretária municipal de saúde, o assessor principal da Secretaria (essas entrevista foram realizadas na própria Secretaria Municipal de Saúde), os dois agentes de saúde que atendem à comunidade de Mangueiras, a odontóloga do Hospital que participa dos mutirões de saúde em Mangueiras (essas entrevistas em suas residências), a assistente social do Hospital Municipal de Salvaterra e uma ex-parteira hoje auxiliar de enfermagem no Hospital Municipal (estas realizadas no Hospital Municipal) e com cinco moradores de Mangueiras (entrevistas realizadas em suas residências) que

relataram casos específicos de agravos e seus encaminhamentos. A escolha de membros da Secretaria como de moradores nessa etapa era para levantar as rotinas dos serviços como as dinâmicas cotidianas que estavam presentes nos mesmos, assim como verificar o sistema de referência e contra-referência disponível e utilizado.

Foram realizadas várias visitas mais duradouras nesta etapa. Uma delas foi à exposição sobre endemias e epidemias mais freqüentes no município de Salvaterra e o trabalho de prevenção realizado e teve o acompanhamento de um servidor público da Secretaria. A exposição recebia visitas dos alunos das escolas municipais. Três visitas foram realizadas ao Hospital Municipal: uma para conhecimento das rotinas de atendimento e entrevista com a assistente social, outra para conhecer o Laboratório da Secretaria, localizado no Hospital, que investigava os casos endêmicos e epidêmicos do município, acompanhado pelo técnico de laboratório e a terceira para entrevistar uma senhora, ex-parteira e atualmente auxiliar de enfermagem no Hospital. Foi utilizado o procedimento da Declaração de Consentimento Informado para autorização das entrevistas.

Os dados epidemiológicos sobre o município e a comunidade foram coletados a partir de informações obtidas na Secretaria Municipal e no Hospital. Não há uma centralização dos dados e o envio periódico desses dados sobre a saúde está restrito a, por exemplo, natalidade, mortalidade infantil e óbitos. As outras notificações não são periódicas. Com isso, fica prejudicada a alimentação dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde (atualmente disponibilizados on-line). Os registros se encontram individualizados e necessitam de sistematização e tratamento.

Tive uma conversa com um membro do Conselho Municipal de Saúde ao qual relatou a realização de um Seminário de Capacitação do SUS sobre controle social organizado pelo Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria de Saúde, ministrado por membros do Conselho Nacional de Saúde e equipe do Ministério da Saúde.

Visitei o Posto de Passagem Grande que é referência para o atendimento à população de Mangueiras para atividades de prevenção e atendimento de casos de agravos considerados menos graves.

Foram realizadas três visitas diurnas à comunidade de Mangueiras para fazer as entrevistas e visitar o Posto de Saúde em plena reforma com previsão

para re-inauguração em dezembro de 2006. O deslocamento dava-se pela manhã por meio de moto-taxi até a Fazenda Dallas e a travessia de barco no rio Paracaurí e o retorno à tarde para Salvaterra. Nas duas primeiras visitas realizamos as entrevistas com os moradores sobre casos de agravos e seus encaminhamentos e na terceira visita conheci a sede da Associação de Remanescentes de Quilombo de Mangueiras e o Projeto para instalação de Caixa d'Água Comunitária e distribuição através de encanamento pelas casas, resultado de solicitação dos moradores junto ao Programa Raízes do Governo do Estado do Pará que é responsável pela assessoria técnica às comunidades remanescentes de quilombo do Estado do Pará.

Em resumo, nas três etapas de trabalho de campo foram realizadas 15 (quinze) entrevistas e várias conversas das quais duas foram registradas como relatos de itinerários terapêuticos. Os moradores-participantes da entrevista foram escolhidos aleatoriamente e os que cuidavam da saúde na comunidade foram escolhidos em razão dos objetivos da pesquisa. Os membros da Secretaria Municipal de Saúde que ocupavam funções que apresentavam vinculação direta com Mangueiras foram entrevistados, com exceção do médico que compunha a equipe do mutirão da saúde por razão de ausência no município durante o período de realização do trabalho de campo.

Na análise das entrevistas se destacaram os repertórios lingüísticos identificados como saberes que se manifestam nas práticas de saúde por sua frequência ou pelo simples aparecimento, em razão da especificidade do eixo central da pesquisa que tem na atenção integral do usuário e da população seu foco. O saber não é uma unidade-estaque, isolada, manifesta-se nas práticas e por elas tem seu estatuto de continuidade. A investigação não é direcionada ao procedimento, mas ao processo em que ele está inserido como uma estratégia.

As entrevistas, desta maneira, são compreendidas como práticas discursivas que produzem sentidos em contextos coletivos, de dialogia. O interlocutor é um sujeito que também faz a mediação e a negociação através da palavra e de gestos com o intuito de fazer fluir o processo. Aqui vale ressaltar que duas pessoas que apareceram citadas no levantamento sobre aqueles que cuidam da saúde em Mangueiras quando solicitadas para a entrevista apresentaram as seguintes posições: uma não se considerava como pessoa que desempenhava essa função na comunidade, mas relatava os atendimentos que

fazia para tratamento e prevenção quando solicitada e outra, não quis dar entrevista, mas estava presente quando sua própria mãe falou o que sua filha fazia na comunidade para atender os moradores.

A objetividade não é suprimida, mas ressignificada como “*visibilidade*, concebida como pressuposto básico da intersubjetividade” (Spink e Lima, p. 104, 2004). Ao se evidenciar como os moradores atuam no tratamento e prevenção dos problemas de saúde deu-se visibilidade ao sentido de suas práticas e ao posicionamento. O *como* não é uma descrição literal, é uma dialogia que é construída com concessões e omissões, posicionamentos em que o entrevistado é um sujeito que constrói sentidos e se posiciona.

4. Mangueiras

4.1. Localização e história³⁷

Mangueira fica situada entre os Rios São João e Mangueiras, a duas horas e meia de barco ou uma hora de carro pela rodovia estadual PA 154, atravessando fazendas, a oeste da sede municipal Salvaterra. Não há transporte público regular. É necessário fretar moto-taxi, táxi ou barco para chegar lá, a não ser que se aproveite a viagem junto com grupos de moradores que fazem os fretes coletivos pela acessibilidade do valor cobrado por pessoa. Para os alunos de Mangueiras que fazem o ensino médio em Salvaterra no período noturno, a Prefeitura disponibiliza um ônibus que vai buscá-los na Fazenda Dallas. A travessia do Rio das Mangueiras é por conta dos alunos em pequenos botes de moradores da região, nem sempre disponíveis, assim como não é incomum o ônibus da Prefeitura estar quebrado.

Há uma variação no nome da vila. Alguns a denominam *Mangueira* e outros, *Mangueiras*. Esta variação foi constatada entre moradores da própria vila e membros da Secretaria Municipal de Saúde. No único equipamento público em funcionamento na vila consta *PMS E. M. Ensino Fundamental de Mangueiras*. Nos documentos e textos elaborados pela Universidade são empregadas as duas grafias. Nesta tese adotou-se a denominação *Mangueiras*, seguindo a grafia que identifica a escola municipal da vila.

³⁷ As informações sobre localização, história e a Tabela 1 tiveram como fonte principal o fascículo Quilombolas da Ilha do Marajó do Projeto de Pesquisa Nova Cartografia Social da Amazônia e o CD Quilombolas do Pará, além de informações provenientes da pesquisa de campo realizada para esta tese.



Visão panorâmica de Mangueira
Foto: Pedro Piani, julho de 2004

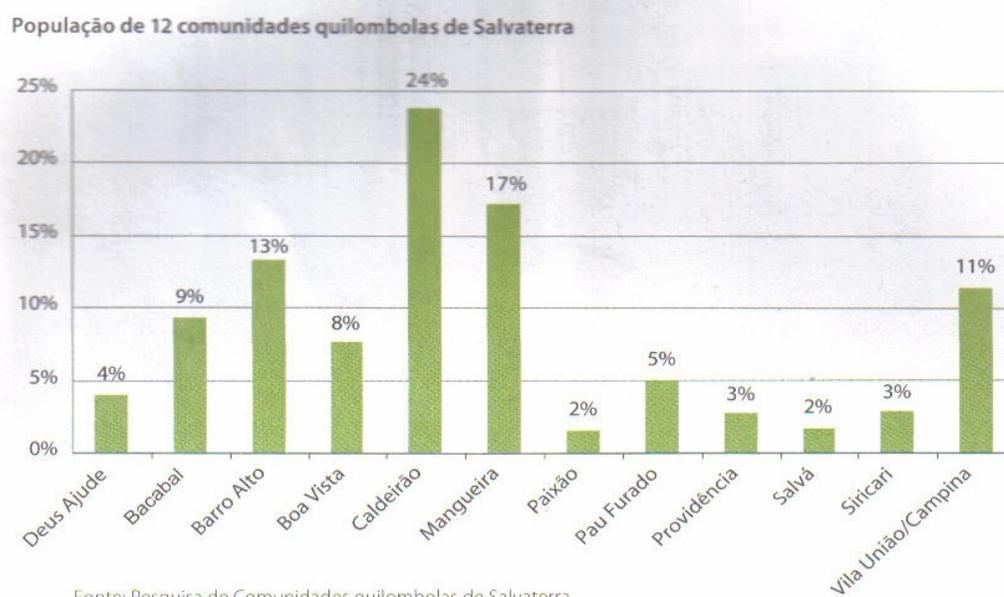
Atualmente há um projeto de identificação e reconhecimento de áreas remanescentes de quilombos para fins de titulação das terras, como garante a Constituição Federal de 1988. Este Projeto é resultado de parceria entre Governo do Estado do Pará e Universidade Federal do Pará (UFPA), coordenado pela Profa. Rosa Acevedo, do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) da Universidade Federal do Pará (UFPA). No município de Salvaterra, doze comunidades³⁸ estão em processo de identificação como remanescentes de quilombo: Deus Ajude, Bacabal, Barro Alto, Boa Vista, Caldeirão, Mangueiras,

³⁸ Quando iniciei a pesquisa de campo em 2004 eram aproximadamente oito comunidades em processo de identificação: Bacabal, Paixão, Caldeirão, Santa Luzia, Barro Alto, Deus Ajude, Mangueiras e Salvá.. Hoje existem doze, mas esse número pode chegar à dezoito. Essa progressão numérica não é tão simples quanto parece. É resultado de um processo de auto-identificação das populações locais ao lado do movimento social negro e de luta pela terra para a conquista da titulação definitiva de seu território, prerrogativa garantida na CF de 1988.

Paixão, Pau Furado, Providência, Salvá, Siricari e Vila União/Campina. Esses povoados reúnem aproximadamente 2.600 pessoas, o que corresponde a 38% da população rural do município de Salvaterra.

Mangueira, uma das 12 comunidades (vilas) em processo de identificação e reconhecimento como remanescente de quilombo do município de Salvaterra tem aproximadamente 17% da população total dessas comunidades.

Tabela 1



As ocupações principais dos moradores são a pesca e o trabalho com pecuária em fazendas da região. Há moradores que são professores de Ensino Fundamental, agentes de saúde e enfermeiras. A presença de gado e de suínos criados soltos na área de Mangueira e regiões próximas impede uma agricultura permanente ou mesmo “roças” menores. As trocas de produtos cedem lugar à comercialização local e a compra nas cidades de Salvaterra e Soure. Até a farinha, antes produto disponível por causa das roças, hoje tem que ser comprada em vários lugares.



Casa de farinha - Mulheres e crianças de Mangueira

Foto: Pedro Piani,
dezembro de 2006.

Manguieras tem aproximadamente 800 pessoas (Acevedo, Rosa. Relatório NAEA/UFPA, 2004). Há relatos de que esse povoado originou-se com a vinda de escravos fugidos de fazendas. Um dos relatos conhecidos é que uma mulher escrava, de nome Ana, fugiu de uma fazenda e chegou ao lugar. Ana ficava nua na beira do rio comendo ajurú e era muito brava, segundo os que a avistavam ou tinham algum contato com ela. (Castro e Marin, 2005. Quilombolas do Pará - CD). Em 2006, os moradores iniciaram a construção da sede da Associação de Remanescentes de Quilombo de Manguieras, no lado conhecido como São João, que é considerado o bairro com maiores carências.



Futura Sede da Associação
de Remanescentes de Quilombo
de Manguieiras

(Ivana , primeira presidente, e
sua filha).

Foto: Pedro Piani,
dezembro de 2006.

Vários núcleos pequenos podem ser identificados em Manguieiras: Manguieiras (central), São João, Vila Pereira, Mucajá, Taboca (Retiro Bom Jesus), Caranã, Pureza, Sítio Nascimento. Esses lugares têm seu pequeno porto que viabilizam a comunicação entre eles e dá acesso às áreas de pesca. Também há a presença de vários núcleos familiares como os Alcântara. Esses grupos familiares, envolvendo vários níveis de parentesco, vivem próximos uns dos outros e relatam suas origens antigas no território. A população atual de Manguieiras é predominantemente negra.

Como se chega

Há três principais caminhos para se chegar até Mangueira. Um caminho é percorrido de barco a motor, saindo de Salvaterra ou Soure, até os pequenos portos de Mangueiras. O outro caminho é saindo de transporte terrestre de Salvaterra pela Rodovia PA 154, atravessando várias fazendas até a última delas antes de chegar à Mangueiras, a Fazenda Dallas, as margens do Rio Paracaurí (conhecido nesse local como Rio das Mangueiras), para depois de atravessar de canoa, chegar ao povoado. Outro caminho pode ser feito todo de carro percorrendo várias vilas antes de chegar ao povoado, contudo, segundo relatos locais, a estrada é quase intransitável e longa, além de piorar seu estado no inverno. Na entrevista com o agente comunitário de saúde que atende em Mangueiras a dificuldade do acesso é explicitada, apesar da melhora que ocorreu nos últimos anos:

P3: Então, certo, a primeira pergunta é a seguinte: como trabalhar com vilas tão distantes e situação tão precária como em Mangueiras?

A4: Olha, é complicado porque quando assim acontece algum caso de doença tem que telefonar pra cá pra Salvaterra pro transporte buscar na Dallas, entendeu [Fazenda Dallas, do outro lado do rio das Mangueiras (o mesmo rio Paracaurí) ao lado de Mangueiras]. No passado, agora não o acesso do tráfego tá melhor, tá mais rápido. Porque antigamente quando era só fluvial, chegou a morrer gente no meio do rio. Porque antigamente vinha pra Soure de bote.

P5: Quantas horas de barco era?

A6: Duas horas e meia de viagem, inclusive teve um ano aí teve uma senhora que tava grávida, aí como naquela época só a parteira, as parteiras não deram conta, trouxeram pra fora quando no meio da viagem aí morreu. Deu ataque de albumina e não resistiu.

P7: E agora melhorou o acesso?

A8: É agora melhorou mais o acesso porque fizeram um aterro que atravessa o lago de Deus Ajude e agora os carros vão buscar direto até na Dallas. E a duração de viagem, o período de duração de viagem é de meia hora à quarenta minutos.

P9: Meia hora e quarenta até o Rio Mangueiras?

A10: É, atravessa o Rio Mangueiras.

P11: Depois?

A12: E depois o carro vem chega até na Fazenda na Dallas, a duração de lá é de meia hora a quarenta minutos..

P13: E do aterro de Mangueiras até a comunidade de Mangueiras tem uns dez minutos andando?

A14: Tem uns 10 a 15 minutos andando.

P15: Como o pessoal leva quando fica doente.

A16: Olha, inclusive, ano passado teve um rapaz que foi mordido, picado de cobra a noite lá, nós trouxemos ele duas horas da madrugada lá na casa dele pra cá pro começo do aterro na Dallas, mais ou menos durou um ameia hora porque a casa dele é bastante distante, sabe, embaixo de chuva. Amarramos, pegamos uma vara, amarramos uma rede, colocamos nos (3), só que era bastante gente, quando dois cansavam, dois pegavam [.

P17: No ombro?

A18: No ombro.

P19: E quem veio buscá-lo na Dallas?

A20: Aí a ambulância foi buscá ele na Dallas, telefonamos e a ambulância foi buscar duas horas da madrugada na Dallas. E geralmente acontece assim quando adoecer uma pessoa, telefona pra cá, a Kombi vai buscar lá, quando não é a Kombi, é a ambulância. (Anexo B18)



Igarapé que leva ao pequeno porto de São João (Mangueiras)

Foto: Pedro Piani, julho de 2004

A história da ilha é contada em uma extensa literatura desde o século XVII, literatura sobre suas populações, suas ocupações econômicas, seus mitos, suas religiões, as transformações que passou, enfim, literatura de vários ângulos e feições. A baía do Marajó que circunda todo o norte da ilha é também retratada amplamente na literatura histórica e ficcional. A relação de histórias envolvendo seus moradores, a fauna e a flora da ilha é uma característica singular³⁹. Narradas entre familiares, nos grupos que se encontram para prostrar ou mesmo em espaços como a escola, essas histórias vão sendo transmitidas e recontadas, constituindo-se numa forma privilegiada que exercita a oralidade como mecanismo de transmissão de conhecimentos e de compreensão dos problemas que enfrentam. Aqui não refiro-me às chamadas cosmologias tão presentes na literatura antropológica como recurso retórico que instituiu saberes que exotizaram populações indígenas e tradicionais criando-se categorias estanques de análise limitada sobre o modo de vida dessas populações.

A ilha do Marajó, desde o início de sua colonização, teve no extrativismo, na pesca e posteriormente na pecuária, suas principais ocupações econômicas. Mas também as culturas da cana de açúcar (esta sem grande sucesso), do tabaco e dos seringais eram exploradas na região. A Companhia de Jesus (jesuítas) foi a primeira ordem religiosa a se fazer presente na ilha, no século XVII, através da catequese e da instalação de fazendas, primeiro timidamente, depois com autorização da coroa portuguesa interessada na aliança com os índios de uma importante região na foz do grande Rio Amazonas. A morte de indígenas e o desaparecimento de seus grupos impulsionou a entrada de grupos de africanos escravizados na ilha do Marajó (Salles, 1971, p.124ss). Os conflitos entre colonos que continuavam a escravizar indígenas, jesuítas que queriam catequizar intensamente as populações indígenas e os próprios índios eram acentuados. Foi o Pe. Antonio Viera que sugeriu a proposta de substituição dos indígenas pelos africanos para a região. A metrópole aceitou e fundou a Companhia do Comércio do Maranhão em 1682 que, num período de 20 anos, deveria introduzir escravos africanos ao preço de 100 mil réis cada *peça*⁴⁰

³⁹ Destaco o escritor Dalcídio Jurandir muito conhecido na região e por críticos literários como um dos grandes escritores brasileiros, que narrou em vários romances o cotidiano dos marajoaras e daqueles que para a ilha se deslocavam. Entre os romances sobre a ilha de sua autoria, cito *Chove nos Campos de Cachoeira e Marajó*.

⁴⁰ *Peça* era o termo oficial utilizado para denominar o escravo em vários documentos do período colonial.

(Simomsem, 1957). A presença negra no século XIX é grande na ilha. Em 1832 a Comarca do Marajó tinha 1.853 escravos (Salles, 1971, p. 126). Presume-se que nesse período também houvesse uma população negra livre, alforriada, bastante numerosa. A pecuária destacou-se na ilha e alguns fatos são importantes para a compreensão dos interesses econômicos pela ilha. Por exemplo, a implantação de um laboratório de pesquisa de vacinas animais já no início do século XIX, mesmo período de uma epidemia de varíola no Pará (Vianna, 1975). Investimento científico razoável para um lugar longe de Belém, o centro da região, mas promissor aos interesses dessa atividade econômica.

Atualmente Mangueiras tem uma escola com três salas onde funciona o ensino fundamental. O ensino médio acontece através do Sistema Modular da Secretaria de Educação do Estado do Pará em que professores da capital se deslocam para lá e por 40 dias ministram as disciplinas. Não é um sistema regular porque depende de disponibilidade de professores, assim como de eventuais problemas como a ingestão de água que já levou professores a adoecerem e cancelarem seus cursos.

Mangueiras foi representada por seus líderes na primeira Audiência Pública sobre Ocupação de Terras e Água do Município de Salvaterra, Ilha do Marajó, realizada em 10 de maio de 2005, na cidade de Salvaterra. Na audiência estavam presentes lideranças das comunidades em processo de reconhecimento como remanescente de quilombos, professores do NAEA/UFPA, o Ouvidor Agrário Nacional, representante do Incra, o bispo da Prelazia de Soure e representante da Secretaria Especial da Defesa Nacional.

Os principais problemas apresentados pelas lideranças, nessa Audiência Pública, referiam-se ao uso do território para pesca e o direito de ir e vir nos rios e fazendas que ocupam a região. Isso porque, em algumas áreas, há proibição, por parte dos fazendeiros, de pesca ou simplesmente de passagem de seus pequenos barcos nos rios da região. Em outras áreas, as empresas de pesca entram sem permissão ou qualquer controle, destruindo redes de pescadores e pescando espécies ainda muito novas. Vale lembrar que, nos últimos dois séculos, no Marajó, houve a preponderância da pecuária imprimindo na região uma paisagem toda peculiar e relações de trabalho em que direitos trabalhistas não constituem a regra geral. Essas duas grandes atividades têm sufocado as

atividades de subsistência e de pequeno comércio desenvolvidas pelos moradores da ilha que não são absorvidos ou não querem trabalhar nas atividades maiores.

4.2 A Saúde em Mangueiras

A comunidade de Mangueiras conta com um Posto de Saúde, que se encontra desativado. As equipes de saúde da sede municipal⁴¹, Salvaterra, quando se deslocam para vacinação periódica, consultas clínicas e tratamento dentário, ocupam a Escola Municipal ao lado do Posto. Segundo depoimento de duas moradoras, realizado em 2004, esses mutirões da saúde acontecem pelo menos três vezes no ano. Entretanto, em 2006, os moradores entrevistados relataram uma periodicidade mais freqüente. Alguns falavam da visita da equipe de saúde a cada 15 dias, outros falavam em visita mensal. A periodicidade não foi consenso da população local e nem da equipe de saúde. Uma moradora, em entrevista, afirmou que o dentista, durante o mutirão, não conseguia atender todos os casos num só dia. Em uma das visitas do dentista, acabou a anestesia e ocorreu a suspensão do atendimento ainda na metade do dia. Além do dentista, o clínico geral está presente nos mutirões. Para as especialidades, os encaminhamentos são feitos para Belém.

⁴¹ Nesse caso, entenda-se como equipe de saúde o grupo de profissionais que realizam o mutirão de saúde organizado pela Secretaria Municipal de Saúde, composto de médicos, dentista, enfermeiras, agentes de saúde, auxiliares de cozinha para fazer a alimentação da equipe, com o objetivo de atender num só dia as demandas daquela comunidade. Tal estratégia difere do Programa Saúde da Família que atende no Posto de Passagem Grande nas comunidades do entorno. Pelo PSF as visitas são feitas pelos agentes de saúde que orientam em procedimentos básicos e encaminham os casos, conforme sua gravidade, ora para o Posto de Passagem Grande, ora para o Hospital de Salvaterra.



Posto de Saúde Mangueira desativado

Foto: Pedro Piani, julho de 2004



Posto de Saúde de Mangueira em reforma,
Com previsão de inauguração para dezembro de 2006.

Foto: Pedro Piani, dezembro de 2006

Os agravos de saúde em Mangueiras têm os seus registros comprometidos. As notificações se concentram na mortalidade infantil e nos casos resultantes de epidemias que chegam até o Hospital. Os principais agravos estão relacionados com as situações ambientais de Mangueiras. Os trechos a seguir, das entrevistas com os dois agentes de saúde da comunidade, mostram aquilo que ambos vêem como determinantes para os agravos:

A agente de saúde:

P74: Certo, e segunda pergunta é: quais os principais agravos e problemas de saúde e como você lida?

A75: Olha hoje frequentemente eu vejo a situação que se agrava mais é a diarreia, principalmente em Mangueiras. A diarreia e a desnutrição né.

P76: A diarreia (3) tem algum público específico ou é em todo mundo?

A77: A é específico assim algumas né, algumas crianças, alguma gestantes, por exemplo aquele menina que ta pra lá hospitalizada (??) ela tá uma grávida que tá com baixo peso né. A criança ela tá fraquinha, quer dizer eu fico observando que é na alimentação de cada pessoa né, de cada morador que tem um pouco mais, outro não tem né. Eu vejo a dificuldade muito grande aí.

(Anexo B17)

Em mais uma parte da entrevista quando perguntada sobre a periodicidade da equipe do PSF na comunidade, a agente introduz o problema da água.

A127: Tão reformando pra ver se aguenta um pouco de medicamento. Eu acho que melhorou um pouco mais, agora eu acho o que deveria melhorar era a água de lá. A água é uma situação precária que aquilo é todo dia problema da água aí.

P128: Contaminada?

A129: Contaminada, eu pelo menos eu vou, eu tenho medo de tomar água de lá. Eu tomo água de lá me dar uma dor de barriga. Eu vou, as vezes eu passo o dia todo senão levar minha água, só venho tomar minha água em casa. A gente espalha hipoclorito, mas o pessoal, muitos não tem o esclarecimento assim de usar. A gente fica esclarecendo, eles ficam com medo. Ainda tem aquele pouco de medo, ah eu vou colocar na água eu vou morrer.

(Anexo B 17)

O agente de saúde que atua em Mangueiras:

P21: E outra pergunta é: quais os principais agravos, problemas de saúde e como vocês lidam?

A22: Olha, picada de cobra, tem muito, diarreia, verminose também . O que mais dá é isso, diarreia, verminose, infecção respiratória, tosse né. A gente é (4), a diarreia, ainda mais tem o caso de prevenção porque lá não tem tratamento de água, entendeu, adoce mais por causa disso, porque não tem tratamento de água, agora que eles tão pegando o hipoclorito, porque quando acaba o hipoclorito aí as pessoas não tem aquele trabalho de querer tá fervendo água. E lá tem, é muito animais e durante o inverno enche tudo, aí vai pra dentro do rio, filtra pra dentro do poço, e vai fezes de animal, urina de animal e geralmente aí a acontece a diarreia.

P23: Quais são os agravos para o Posto de Passagem Grande e depois para o Hospital de Salvaterra? Quais vocês cuidam mais localmente?

A24: Agravado assim, pode ser gestante também?

P25: É, claro.

A26: Olha, o que vem mais pra cá é gestante, criança pra vacinação, entendeu. (3) Porque geralmente agravo, isso não é agravo. Agravado você quer dizer esse negócio de doença?

P27: É, mas também, é, exato, agravos são problemas de saúde. Mas esses casos de acompanhamento de gestante[

A29: Acompanhamento de gestante[

P30: Vacinação [

A31: Vacinação .

P32: É feito onde?

A33: Em Passagem Grande, no Posto Passagem Grande. Agora quando é campanha, eles vão em Mangueiras vacinar.

P34: No período de Campanha é Mangueiras?

A35: É Mangueiras. Agora quando é negócio de falta, a criança está faltando, as mães trazem as crianças pra Passagem Grande pra vacinar.

P36: Em Passagem Grande tem as vacinas?

A37: Tem.

P38: Não precisa vir em Salvaterra?

A39: Não. As vezes quando elas querem fazer algum serviço, elas já passam direto pra cá, porque elas querem fazer algumas compras e aproveitam para vir direto pra cá (???) . Agora de doenças que não se pode resolver lá que pode trazer pra cá é corte que as pessoas fazem negócio de lavoura, sabe, que corta, aí tem que trazer pra cá, não pode se resolver lá, traz pra cá, picada de cobra, quando a diarreia tem os casos mais graves, sabe, de diarreia que já tá no período de desidratação, (5) as vezes complicação de diabete que tem, caso de diabete que tem pessoas lá, problema de pressão alta que eu vejo pessoas[

P40: Diabete e pressão alta vão pra onde?

A41: Hospital.
(Anexo B18)

Um posto de saúde foi construído em Passagem Grande, vila à beira da rodovia estadual PA 150, para atender a população de Passagem Grande, Mangueiras e comunidades adjacentes, porém a falta de transporte público impossibilitava os moradores de Mangueiras de chegarem até o Posto com frequência, sendo possível, a muito custo, fazer o percurso a pé ou de bicicleta, depois de atravessar o Rio das Mangueiras. Nos casos de urgência, a situação tornava-se mais difícil em decorrência da demora da obtenção de transporte.

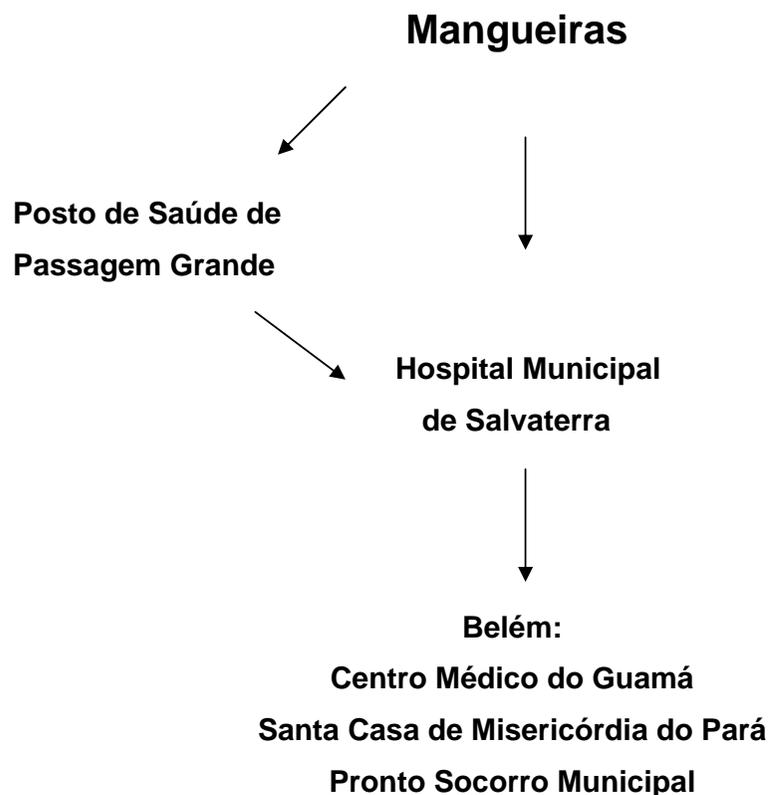


Posto de Passagem Grande

Foto: Pedro Piani,
dezembro de 2006

A seguir, apresento um esquema sobre o que seria o sistema de referência de Mangueiras, elaborado segundo as informações que obtive com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde e os agentes comunitários de saúde que atendem Mangueiras, confrontadas com as informações obtidas junto a comunidade. Das três equipes de PSF do município, uma atende a comunidade de Mangueiras e tem sua base no Posto de Passagem Grande.⁴²

Referência e contra-referência de Mangueiras



⁴² Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde elaborou projeto de ampliação de 35 para 51 agentes comunitários, o que permitirá o aumento das equipes de PSF e a redução da área de atendimento, considerada muito extensa pela Secretaria.

A população de Mangueiras é atendida pela Equipe de Saúde da Família sediada no Posto de Saúde de Passagem Grande, situado à uma hora aproximadamente de Mangueiras através da travessia do Rio Paracuarí ou Rio das Mangueiras, de barco e pela estrada, caminho este feito de carro ou moto. Passagem Grande é uma comunidade-bairro cortada pela Rodovia PA 154. O Hospital Municipal de Salvaterra é a referência para os casos de média complexidade, não atendidos no Posto. As especialidades de maior complexidade são encaminhadas para Belém, em três equipamentos que atendem casos de média e alta complexidade: Centro Médico do Guamá, Santa Casa de Misericórdia e o Pronto Socorro Municipal. O encaminhamento inicial geralmente é feito pelos agentes de saúde a partir de suas visitas rotineiras nos domicílios, ou quando solicitados pela população, a qualquer hora do dia e da noite, ficando sob suas responsabilidades a solicitação de transporte (que pode ser ambulância ou não) para a remoção dos usuários. De acordo com minhas observações a triagem inicial é feita pelo próprio agente de saúde que encaminha conforme a avaliação realizada preliminarmente quer para o Posto de Passagem Grande, quer para o Hospital de Salvaterra ou mesmo direto para a assistente social que encaminhará a pessoa para Belém.

Em dezembro de 2006, durante a terceira etapa de campo, o Posto de Saúde de Mangueiras estava sendo reformado, com previsão de inauguração até o final de 2006 e a perspectiva de funcionamento permanente com a presença de enfermeira e agente de saúde. Com a reforma do Posto será possível abastecê-lo com medicamentos e material para atendimentos e procedimentos básicos. A reforma estava sendo realizada com recursos da Secretaria de Saúde. Uma cerca seria construída para evitar a aproximação de animais criados soltos no campo próximo ao Posto.

Não há água tratada na comunidade. A água para todo tipo de consumo (beber, fazer comida, tomar banho) vem de poços cavados pelos moradores próximos às suas casas. No período de verão os poços secam. A água fica mais suja e salgada com o limo acumulado nos poços. No verão de 2004, apenas um poço estava em condição de consumo, segundo vários moradores consultados em março de 2005. No inverno, as águas das chuvas escorrem para dentro dos poços levando dejetos do gado e dos suínos que estão soltos nas terras da

comunidade. Os moradores apontam algumas soluções mais provisórias como a construção de pequenos poços artesanais e outras, mais permanentes, como a instalação de uma pequena estação de tratamento de água na comunidade que atenderia também outras comunidades próximas.

Entre os anos de 2004 e 2006, havia uma expectativa das lideranças locais em relação aos Programas Especiais de atendimento às comunidades remanescentes de quilombos oriundos do Estado e da União. Esperava-se por programas de saneamento básico, tratamento de água, construção de casas, porém, até o ano de 2006, não havia sido concretizada nenhuma dessas melhorias.

4.3. O saber local: conversando com as pessoas que cuidam.

O ofício de curar e prevenir no Brasil desde o período colonial foi exercido por setores da população considerados leigos e proscritos pelos que vieram a estabelecer-se depois. Se retrocedermos até onde a história registrou, os pajés e as mulheres indígenas foram os primeiros cuidadores da saúde no Brasil⁴³. E serviram como transmissores para outros personagens perspicazes que apareceram como os missionários jesuítas que observaram e registraram essas práticas de cura e prevenção, e a despeito de sua tradição católica e europeia, e em muitas situações utilizaram e reproduziram tais conhecimentos em suas Missões.

Com a vinda dos africanos, outras tradições de conhecimentos foram acrescidas e transformadas em terras brasileiras. Esse híbrido de práticas de saúde, se fez presente e foi utilizado conforme as necessidades e disponibilidade de recursos no ambiente. Para Santos, F. (2000, p. 935), em artigo sobre plantas medicinais na Amazônia.

as comunidades que vivenciaram aculturação mais forte apresentam, hoje, um uso mais extensivo de plantas, um maior conhecimento de espécies utilizadas e, provavelmente, soluções terapêuticas para uma maior número de doenças.

⁴³ Sobre a atuação desses atores no período colonial, ver *Entre a Cura e a Cruz: jesuítas e pajés nas missões do Novo Mundo* de Maria Leônia Chaves de Rezende (2003), as *Ordenações Filipinas, Livro V, parte 3, Dos Feiticeiros*, promulgadas em 1603 por Filipe I de Portugal, e que perdurou no Brasil até 1830. Sobre a região amazônica, o relato bastante depreciativo de Padre João Daniel, *Tesouro Descoberto no Máximo Rio Amazonas*, principalmente capítulos 10, 11 e 12, sobre os costumes e atuação dos pajés revelam o estranhamento e o combate de certos viajantes e missionários pelas terras brasileiras.

Mesmo havendo um combate sistemático aos *curandeiros* e suas práticas, a reputação e solicitação de seus serviços foi constante, mesmo nos períodos de maior disciplinarização das profissões médicas. O crescimento populacional das cidades exigia uma atuação na higienização e saúde que as autoridades constituídas exerceram com métodos diversificados e não poucas vezes violentos⁴⁴. As demandas nas cidades e zona rural era bem maior que a oferta dos poucos médicos disponíveis na Colônia e no Império e que se dedicavam ao atendimento das famílias da aristocracia.

As práticas populares de saúde que utilizam recursos da natureza permaneceram, transformadas e negociadas, por praticamente todo o território brasileiro, só refluindo em grandes centros urbanos onde houve um combate mais sistemático e a introdução da Medicina de forma mais organizada. Mesmo assim, no caso das grandes cidades outros modelos terapêuticos se mostraram pujantes.

Várias pessoas em Mangueiras cuidam da saúde da população. Essas pessoas são denominadas e se auto-denominam de diferentes formas e de acordo com os seus ofícios.

Nas várias visitas a Mangueiras, identifiquei sete pessoas que cuidavam da saúde, embora alguns moradores referissem a existências de mais pessoas ou eles mesmos sabiam maneiras de como tratar dos problemas que surgiam. Além disso, é comum a prática de consulta com curandeiros e rezadeiras de outras comunidades. Contudo, o contato, as conversas e as entrevistas foram realizadas com as pessoas que moravam em Mangueiras: parteiras, curandeiros/médicos da terra, rezadeiras e outros. Em algumas conversas e entrevistas aparece a reclamação da escassez na comunidade das plantas utilizadas para tratamento. Atribui-se esse problema à criação de gado e de suínos soltos na área e aos períodos de seca. Por isso, alguns moradores, entre eles os que cuidam da saúde da população local, tem a prática de plantar e cultivar ao redor da casa essas plantas e ervas. São hortas medicinais domésticas, cultivo encontrado em vários estados do Brasil, como por exemplo, no Ceará e Amapá, com a parceria de Universidades e Governos Municipais.

⁴⁴ Há muitos trabalhos sobre os conflitos nesse período. Destaco aqui Jane Beltrão (2004) sobre a cólera no Pará em 1855, Sidney Chalhoub (1996) em um estudo social da epidemias da corte no século XIX e Mariza Romero (2002) estudando a medicalização da saúde em São Paulo de 1889-1930.

As pessoas que participaram da pesquisa que cuidam da saúde em Mangueira com seus conhecimentos e práticas próprias, utilizando ou não recursos biogenéticos, não se opõem ao Sistema Oficial de Saúde. Porém, reconhecem a limitação do SUS, quer no diagnóstico das doenças quer na escassez e falta de material e equipamentos hospitalares adequados. A idéia de sucesso da Medicina está construída em cima da idéia de eficácia. Quando esta experiência da eficácia não ocorre com as pessoas que procuram os serviços de saúde é provável que atitudes de insatisfação e crítica apareçam e outras práticas de saúde sejam acionadas.

Em 2005, durante a segunda etapa da pesquisa de campo, foi realizado um levantamento de médicos da terra, parteiras, rezadeiras (Quadro 2) a partir de uma consulta a moradores escolhidos aleatoriamente e aos próprios pares indicados em conversas preliminares. O procedimento foi o de perguntar aos próprios moradores quem eles procuravam para se prevenir ou tratar e, por outro lado, quem as pessoas que cuidavam consideravam como portadores dessa tarefa de *cuidar* ou *curar*. No eixo horizontal estão moradores e pessoas que cuidam, a quem se fez a pergunta. No eixo vertical estão as pessoas que cuidam citadas.

Quadro 2 - Médicos da terra, parteiras, rezadeiras, curandeiras.

Moradores	Analina	Júlio	Antonia	Dinorá	Elizabeth	Ivana	Noca
Pessoas que cuidam citadas							
Antonia		x	x	x	x	x	x
Júlio			x	x	x	x	x
Analina	x	x			x	x	x
Nivalda		x	x	x	x	x	
Oscar			x	x	x	x	

Sete pessoas com o ofício de cuidar⁴⁵, em uma comunidade de mais de duzentas famílias, pode ser considerado um número significativo em relação à população residente em Mangueiras. O reconhecimento de seus pares é também outro aspecto importante tanto para entender a boa reputação que gozam na comunidade. Essas pessoas não oferecem seus serviços, sempre são solicitadas, a não ser, em casos de urgências e emergências⁴⁶ Dona Antonia e Seu Júlio foram os curadores citados por todos. Dona Lidia, a curadora mais conhecida em Mangueiras e citada na primeira etapa de trabalho de campo, não aparece nesta etapa porque tinha falecido em janeiro de 2005. Entrevistei Seu Júlio e Dona Antonia citados no Quadro 2. Não foi possível entrevistar Seu Oscar, pois ele estava fora de Mangueiras nas ocasiões em que realizei as visitas.

Apresentarei-os, a seguir, com base em informações concedidas nas entrevistas realizadas (Anexo B) e no levantamento feito em 2005 (Quadro 2)⁴⁷. Iniciarei com uma breve síntese sobre Dona Lídia que, embora já falecida quando retornei a Mangueiras na segunda fase da pesquisa, foi uma interlocutora importante para me introduzir no mundo das práticas locais de saúde. Diferente das demais entrevistas, o contato com Dona Lídia foi por meio de conversas mais informais, uma das quais foi gravada.

⁴⁵ Além dos cinco pessoas que apareceram no levantamento, estão incluídos Dona Lídia e Dona Elizabeth. A primeira já falecida, e não citada no levantamento que ocorreu na segunda etapa do trabalho de campo e a segunda, não se reconhecia em tal condição, mas atendia com frequência aos moradores em sua casa.

⁴⁶ Urgência e emergência aqui têm o sentido dado por Jairnilson Paim (1994) para situações em que há risco de vida. No primeiro caso, o risco de vida não é iminente; no segundo caso, o risco de vida é iminente.

⁴⁷ Todas essas pessoas autorizaram o uso de seus nomes. Sr. Oscar citado no quadro não foi encontrado em nenhuma das etapas de trabalho de campo. Analina e Nivalda preferiram não conceder entrevistas, apesar de aceitarem conversar.

D. Lídia: parteira de muitos talentos



D. Lídia e D. Raimunda, sua auxiliar nos partos.

Foto: Pedro Piani, julho de 2004.

Dona Lídia era a cuidadora mais conhecida e citada em Mangueira. Sua agilidade na conversa e nas indicações de plantas para tratamento era uma característica que sobressaía para aqueles que a conheciam. O contato que manteve com ela foi durante a primeira etapa do trabalho de campo realizada em

julho de 2004. Ela faleceu em janeiro de 2005, diagnosticada com câncer no aparelho digestivo. D. Lídia morava na confluência entre os bairros de Mangueira e São João, em uma casa pequena com cercado para proteger da entrada de gado e suínos. Na parte interna do cercado tinha algumas plantas e ervas que cultivava para uso terapêutico, porém, como afirmou em conversa, a maioria desses recursos, apanhava no mato, na natureza, ou seja, eram nativos da região. Sobre uma de suas principais atividades, fazer parto, disse ela:

Já fiz mais de cem (100) partos e nunca estraguei nenhuma mulher. Algumas crianças se perderam, mas não tinha jeito. Depois de três horas de trabalho de parto se a mulher não apresenta mais de uma polegada de abertura, encaminho para o hospital.

(Anexo B1)

Terapias utilizadas

Mas como muitos moradores, Dona Lídia conhecia vários recursos para uso terapêutico. Em nossas conversas, impressionava sua desenvoltura sobre seu ofício e sua curiosidade por São Paulo. Sentados na área externa da casa, Dona Lídia, Dona Raimunda (sua auxiliar nos partos), Ivana, a moça de Belém e eu conversamos. Perguntei sobre as ervas e plantas que utilizava, onde ela conseguia. D. Lidia disse:

A gente pega no mato, ao redor da casa. A terra dá o que a gente precisa para os remédios.

(Anexo B1)

E apontou para uma *vassourinha vergamorta* que estava no quintal da casa de D. Raimunda.

Preparo os remédios pela manhã ou a tarde e devem ser ingeridos no final da tarde, pois assim os males, as doenças são levadas com o dia.

(Anexo B1)

Tomar remédio ao entardecer tinha o sentido de fazer a doença ir embora, acalmar os males. Dona Lídia listou uma série de receitas⁴⁸ que utilizava para os males que tratava. Para exemplificar, listei a seguir alguns sintomas/doenças e remédios citados por ela: afermentação, tratada com alho, azeite de oliva, alecrim, copaíba; *ezipra*⁴⁹ (erisipela), tratada com vassourinha vergamorta, folha de pimenta malagueta e cachaça; reumatismo, tratado com andiroba, amoníaco e querosene; diarreia tratada com verônica e elixir de *bixo* (bichos do mato); vermes tratados com vinagre e alho; ataque de verme tratado com banha de galinha, hortelã, mamão macho e mastruz; ajeitar barriga de mulher grávida com massagem utilizando óleo, alho e cebola. Afirmava Dona Lídia:

Vou lhe ensinar os remédios para que o senhor utilize com as pessoas em Belém e São Paulo.
(Anexo B1)

D. Elizabeth

D. Elizabeth é bastante conhecida em Mangueiras. Afirma que não é cuidadora, porém não nega que sempre passou receitas para cuidar de pequenos problemas de saúde. Além da entrevista e caso relatado, mantive várias conversas e onde presenciei essa prática de indicar chás e infusões para algumas pessoas. No quintal ao lado de sua casa há uma horta com várias plantas e ervas medicinais plantadas justamente visando essas práticas terapêuticas.

D. Elizabeth citou o caso de epilepsia de seu filho, que acompanhou e encaminhou para tratamento médico. Em todas as etapas de trabalho de campo em Mangueira, mantive contato com ela. É possível ver um itinerário mais

⁴⁸ As receitas escritas por Dona Lidia em meu caderno de campo se encontram em anexo na tese.

⁴⁹ Grafia utilizada por Dona Lídia.

completo nesse caso de como o rapaz foi encaminhado para Belém.⁵⁰ É um exemplo para pensar as dificuldades que as pessoas têm no acesso aos serviços, no sistema de referência e contra-referência e na convivência entre terapias locais e terapias médicas.

Das terapias utilizadas, ela relata o tratamento que fez com seu filho:

P37: (...) E a senhora, além do tratamento médico, a senhora usou outro tipo de tratamento aqui na sua casa com ele?

E38: Usei, remédios caseiros né, usei.

P39: Quais?

E40: Porque tem um remédio que chama os olhos de boi, aí a gente dá. O alecrim da angola a gente com o chá, aquilo combate um pouco, mas não elimina, não elimina.

P41: Olho de boi é?

E42: Um remédio, é no mato que a gente pega.

P43: É uma folha?

E44: É uma fruta.

P45: É uma fruta.

E46: A gente rala e faz o chá e dá.

P47: E o alecrim?

E48: O alecrim da angola é uma folha.

P49: É uma folha. Uma fruta e uma folha.

E50: É.

P51: E a senhora acha que melhorou um pouco?

E52: Melhora um pouco, mas não, mas tem pessoas que tem ficado bom com isso.

P53: A senhora continua usando esse tipo de tratamento?

E54: Continuo usando. Tem pessoa que fica bom. Tem pessoas que ficaram bom com isso. Pra ele não deu pra eliminar de vez.

P55: Como é que dá pra ele? É toda semana, todo dia?

E56: Dá toda a noite.

P57: A senhora continua dando toda noite?

E58: Toda noite. Agora ele até não ta tomando porque ele não ta muito assim.

(Anexo B4)

O remédio caseiro não satisfaz plenamente o tratamento (E52), mas é aplicado quando das crises para atenuá-las (E52; E58). O seu uso é ponderado pela experiência que dona Elizabeth adquiriu ao lado do filho. Esse tratamento tem uma função complementar, contudo, necessária para o bem-estar de seu filho, na superação das crises mais agudas.

⁵⁰ A entrevista e o caso relatado encontram-se em anexo.

D. Antônia: sobre ervas e rezas



Foto: Pedro Piani, dezembro de 2006

D. Antônia é parteira em Mangueiras. Muito conhecida pelos moradores locais, já fez dezenas de partos. Acompanhar o pós-parto das mulheres que atende ou daquelas que envia para o Hospital por complicações é uma rotina em sua prática. É muito elogiada pelos moradores, como na fala de Rosângela, moradora de Mangueira:

P41: Não deu pra fazer o parto porque?

R42: Não porque o posto não tava em condição, não tinha parteiro mesmo lá no posto.

P43: E nesse caso, a D. Antonia não podia fazer [

R44: Ela que veio me acudir. Não, ela que pegou o menino. Ela que pegou o menino. Eu tive o menino aqui, aí eu tive o menino, mas eu tive com tudo, meu útero veio pra fora, aí não tinha quem me acudisse né.

(Anexo B6)

Entretanto, a entrevista focalizou, sobretudo, os problemas de saúde que são resolvidos por meio de seu conhecimento sobre a capacidade de curar das plantas e ervas. Sua entrevista permite entender a tensão entre saberes locais e práticas da Medicina oficial. Por exemplo, D. Antonia citou o caso de um senhor, diagnosticado com tuberculose, que veio do sanatório sem recuperação e se tratou com ela tomando uma batida composta de Emulsão *Scott*, *leite de Amapá*, *Leite Moça* e *canela em pó*.

A63: Isso cura tuberculoso, tuberculose, junto com matruz. Olha que eu tratei desse senhor, ele já tava entregue mesmo, que tinha despachado de médico do sanatório, já. Quando o Dr. Carlos que tratou ele lá no sanatório viu ele na cera, ele chamou ele prá perguntar. Ele disse: olha, o senhor não dá valor no tamanho da minha médica que me botou em pé. Ele disse, Raimundo, certo mesmo? Eu vou lhe mostrar a minha médica que assumiu minha cura. Gordo ficou, engordou, ele era seco. Ele andava assim, era assim (mostrando com gesto como era).

P64: E a médica era a senhora? (risos)

A65: Era eu. Só com isso. Dentro da minha casa eu separei copo, colher, prato, tijela, tudo pra ele, né. Então, porque o pessoal dele eram crente, não acreditavam. E ele então falou, o senhor que levou ele lá pra mim, falou que era para mim tomar conta dele assim com remédio e depois prestava conta. E a gente não pode ter medo de certas coisas ea gente tem Deus pra livrar a gente, né. E só com isso, o sumo dele misturado com matruz e a clara do ovo e o pó da canela e o leite. Só o que ele gastava o dinheiro dele era com leite.

(Anexo B6)

Contudo, para curar é preciso um pouco mais do que saberes locais. A reza, para Dona Antonia, faz parte do processo de cura, como pode ser visto no caso que ela escolhe para ilustrar como certos problemas podem ser resolvidos no próprio local:

P29: Tem alguma que mistura que é daqui?

A30: Tem o leite do Amapá. É um pau que tem aí no varjão.

P31: Tem aqui?

A32: A gente tira, tem, a gente tira ele, e ele é muito bom pra pessoa assim anêmico, problema de estômago, a gente tira o leite dele e toma novinho. E ainda um dia desse eu preparei, tratei de um rapaz aí, um empregado do seu Belezinho. Um rapaz magrinho, ele chegou bem dizer se acabando. Olha, eu botei, eu rezo assim, esse negócio de espinhela, peito aberto, sabe, eu rezo, e eu preparei, eu trouxe o remédio, e preparei, taí.

(Anexo B")

Seu Júlio: cirurgião e médico da terra

Seu Júlio mora na beira do grande pasto que praticamente divide Mangueiras em dois grandes bairros conhecidos como Mangueira e São João. É conhecido como curandeiro por vários membros da comunidade e se auto-denominou *cirurgião e médico da terra*. Suas práticas de cura e prevenção envolvem procedimentos e rituais de origem indígena e afro-brasileira. Administra recursos da natureza como ervas, cascas, plantas, assim como rituais religiosos com orações, chocalhos e outros elementos.

Com relação aos problemas que aparecem para curar, Seu Júlio classifica em dois grupos quanto à origem dos mesmos: os determinados pelas condições de Mangueiras e os decorrentes de forças de cunho religioso. No primeiro grupo, ele destaca: gastrite, enfraquecimento de peito, reumatismo, diarreia, tumores humanacidas, anemia e dor de estômago. Para ilustrar o segundo grupo, fala de um caso de bruxaria.

Quanto às terapêuticas, também as classifica em dois grupos: aqueles que ele pode curar e prevenir como médico da terra e os que devem ser encaminhados para o médico da cidade (termo utilizado por Seu Júlio).

Como exemplo de terapias por ele utilizadas para resolver os problemas de saúde decorrentes das condições de vida em Mangueiras, cito o caso do tumor humanacida⁵¹.

P23: - Tem aparecido gente com tumor, caroço?

M24: - De vez em quando aparece.

P25: - O que é que o senhor acha que é e como o senhor trata?

M26: - É humanacida que dá na pessoa. Aparece uma ou duas caroços, então a gente pega a banha do camaleão, banha da jibóia e a banha da tartaruga, mistura, passa, aí aquilo amolece, aí a gente coloca, queima o rabo do tatu com pouquinho do sabão (?), faz aquela mistura, coloca o leite da sucuba, aquilo fura, aquele pus que tem dentro, sabe, aí sai o carnegão, e aí sara logo. (...)

⁵¹ *Humanacida* foi uma queixa freqüente das mulheres em Mangueiras. Sua predominância em Mangueiras é bastante evidente depois de alguns dias de convivência na comunidade. Crianças, mulheres e homens são atingidos. Forma-se um tumor sub-cutâneo, alguns de grande tamanho. Membros da Secretaria consultados não tinham informações sobre esse agravo. A quantidade de insetos é grande em Mangueiras e a freqüência de fezes de animais também. As regiões mais freqüentes de localização dos tumores ficam desprotegidas: cabeça, braços, coxas.

P27: - Outra coisa, o pessoal aqui fala muito desse tumor humanacida. O que é humanacida?

M28: - Humanacida, ele cresce assim, ele cresce, aí a pessoa, ele ta acostumado a dar febre na pessoa. Se não deixar sair aquele carnegão, ele sai em outra parte, pode até furar, mas ele vai sair em outra parte, se ele tomar uma injeção ele pode aparecer em outra parte. É porque recolhe, entendeu, aí tomou injeção, aquilo sumiu daquela parte e apareceu em outra parte.

P29: - Então o senhor também não se opõe que eles façam o tratamento no sistema oficial de saúde, que é médico, médica, posto de saúde, hospital, o senhor encaminha também?M: - Isso. Quando eu vejo que o negócio não dá para remédio da terra, então eu encaminho para ir com o médico.

(Anexo B2)

Como pode ser visto na citação acima, Seu Julio não vê problema em encaminhar casos que atende para o médico. Mas, quando eu solicitei que ele escolhesse um caso para relatar, sua escolha recaiu justamente em uma situação que os médicos não haviam conseguido resolver, sendo necessário tratar dela com uma mescla de fitoterapia e rezas. A explicação do processo da doença, primeiro, através do diagnóstico médico como alguém desenganada e depois como caso de bruxaria, coloca praticamente sua resolução fora da esfera médica oficial.

P1: - Então, de todos esses casos, eu queria que o senhor escolhesse um, e falasse como o senhor atendeu, tratou, encaminhou, se melhorou ou não, o mais recente. Pense num e fale.

M2: - Eu atendi uma menina que veio aqui, essa menina veio desenganada pelos médicos, ela veio carregada. Até meu irmão carregou ela, o Mundico, ela mora aqui (próximo), ela é minha parenta. Então, a menina tava muito acabada, o senhor conferia as costelas dela. Então, elas falaram que lá tinha jeito, então ela veio, eu tava trabalhando numa farinha que a gente costumava fazer lavrura também, coisa de roça. E a mãe dela foi lá, falou comigo ... e pediu pra fazer trabalho pra ela, fiz a consulta pra ela. Aí tiraram uma besteira que ela tinha. Uma bruxaria que ela, colocaram nela, tiraram.

P3: - É bruxaria?

M4: - É bruxaria, você já ouviu falar nisso?

P5: - Já, já.

M6: - Bom, tiraram, aí fui tratar dela. Então, graças a Deus e a Nossa Senhora da Virgem Conceição, ela ficou boa, ai engordou, ta gorda.

P7: - Como foi que o senhor tratou dela, através de remédio, planta, oração?

M8: - De rezas, de ervas, remédios, aqueles sucos que eu falei, erva de passarinho, mastruz, da folha de algodão com mel de abelha, aí tem o leite de Amapá e o caldo de turú.

P9: - Turú?

M10: - Turú, um grande fortificante. O suco do genipapo, um grande remédio pra anemia.

P11: - Ah, o genipapo pra anemia?

M12: - Isso.

(...)

P21: E quanto tempo durou esse tratamento todo?

M22: O tratamento durou uns três meses.

P23: Três meses. Ela vinha aqui ou o senhor ia lá?

M24: Ela vinha aqui.

P25: E qual era a periodicidade? De quanto em quanto tempo?

M26: Ela vinha três ou quatro dias. Vinha aqui, eu rezava nela.

P27: Junto com a mãe e o pai

M28: Era.

P29: Pra rezar o senhor usa alguma erva, alguma coisa?

M30: A vassourinha, quando não o maracá.

P31: O maracá é aquele instrumento tipo um chocalho.

M32: Isso. Com a pena de arara. O senhor já viu?

P33: Sei, sei.

M34: Com a pena de arara. Aí a gente sacode vai rezando, vai rezando.

P35: Aquele é de origem indígena, negra?

M36: É indígena negra.

(Anexo B3)

Dona Analina

Dona Analina, jovem curandeira, foi iniciada por Seu Júlio, segundo informações dela mesma e do Seu Júlio. Procura tratar as pessoas com práticas terapêuticas e rituais religiosos que envolvem elementos indígenas e afro-brasileiros. Não concedeu entrevista, mas acompanhou nossas conversas em sua casa com sua mãe e parentes.

Dona Nivalda

Dona Nivalda trata dos problemas das pessoas por meio de práticas religiosas. Adepta da umbanda, seu atendimento e cura dá-se no contexto da religião. Realiza seus trabalhos em rituais da umbanda. Não concedeu entrevista, porém, realizei várias conversas informais com ela. Na última, entoou uma cantiga que pede o auxílio de uma entidade chamada marinheiro Fernando, e disse que poderia ser gravada:

Minha barquinha
Venho remando
Sou eu marinheiro Fernando
Sou eu marinheiro
Sou eu marinheiro
Sou eu marinheiro Fernando

Fui crescendo, crescendo, crescendo
Fui crescendo nas ondas do mar
Um dia meu pai me disse
Vai Fernando teus filhos ajudar

A minha falta ninguém sente
A minha despedida ninguém chora
Vai embora marinheiro
Ele vai para linda aurora.

(Cantiga do Marinheiro Fernando)

4.4. Os moradores falam sobre os problemas de saúde que tem resolução local

As situações de agravos na saúde que tem resolução local apresentaram uma diversidade tanto das doenças como da forma como o caso foi tratado. O que está presente em todos os tratamentos é o uso dos recursos das plantas, ervas, raízes e cascas da região preparadas por infusão, maceração, decocção, cataplasma, sumo ou xarope para uso externo ou por ingestão oral⁵². As razões

⁵² Em todas essas formas de preparo constatou-se o uso da água. Nos casos da infusão, decocção e algumas formas de cataplasma (pomada) a água é quente. Nas outras formas, a água é utilizada fria, o que exige que água disponível nas residências seja de boa qualidade. Sobre plantas medicinais ver Vieira (1992), Matos (2002) e Roveratti (1999).

para o tratamento local variam. Alguns casos não necessitam do encaminhamento aos serviços médicos, outros casos são tratados em Mangueira pela impossibilidade de deslocamento para o Posto de Passagem Grande ou para o Hospital de Salvaterra. Outros encaminhamentos dependem da passagem da equipe do PSF ou dos seus agentes nas visitas domiciliares que fazem. Os itinerários para tratamento dependem das circunstâncias em que o morador se depara no momento do agravo ou de sua experiência quanto à natureza do seu agravo e a decisão de tratá-lo com as formas alternativas que dispõe em Mangueira, exercendo, nesse caso, o seu direito à escolha.

Dona Noca

Encontrei Dona Noca na segunda etapa de trabalho de campo. Ela cozinhou algumas vezes para mim quando estava hospedado na casa destinada a receber professores do Estado para o Sistema Modular de Ensino Médio. Então, pedindo que contasse um caso resolvido no local, ela relatou o caso de adoecimento de seu pai e o tratamento que fez com o Pajé Manuel Caraparú, este já falecido.

N3: Pois é, eu estive com pai internado no hospital em Soure. Passou 28 dias, aí cada dia que ia lá não via melhora, cada dia que ia lá não via melhora nenhuma. Aí eu disse pro marido da minha prima onde nós estávamos hospedados, eu disse: Seu João eu vou tirar meu pai do hospital que ele não está melhor. Ele falou pra mim: - Tu achas? Acho que sim. Aí o meu marido trabalhava nessa época com o pai da Noélia. Aí eu estive lá, aí eu falei pra ele e ele disse: tu que sabes. Aí eu fui falei com Seu Emanuel que era esse senhor com quem meu Mario trabalhava ele disse que sim, que ele me dava o transporte dele que ele tinha nessa época canoas motorizadas, aí acertou ele ia nos apanhar, quando eu tirei meu pai do hospital, ele foi nos apanhar na casa da minha prima, aí viemos, quando chegamos aqui a noite em Mangueiras, a noite umas nove horas da noite, ele disse pra minha mãe, ele era compadre da minha mãe: - Comadre, Pedro mande Valdir, que era meu irmão, na casa de seu Manoel Caraparú, mande contar direitinho, vamos ver. Aí assim a minha fez, Pedro mandou meu irmão, falou pra ele como era pra ele dizer, chegou lá ele disse. Ele mandou ensinar todos os remédios, ouviu, e disse que era pra minha mãe passar e deixar ele embaixo de um mosquiteiro sem pegar vento nenhum, viu, aí minha mãe passou umas oito horas da manhã o remédio como ele mandou fazer. Meu pai não falava durante esses 28 dias que ele estava internado, só sabia que ele estava vivo porque o coração pulsava. Aí quando foi umas cinco horas da tarde do mesmo dia, eu estava em casa, a outra casa do lado era da minha mãe, aí ela me chamou, aí digo meu Deus papai tá morrendo, aí saí pra lá correndo, cheguei lá ela disse: Minha filha teu pai falou. Aí ela disse vai lá e eu fui, cheguei lá, baixei, chamei ele e ele respondeu pra. O senhor tá me ouvindo papai. Ele disse: - To. Aí eu disse: O senhor ta me vendo. Ele disse: - To. Aí eu chorei, aí a partir daí continuou fazendo remédio conforme ele mandava, sabe. Aí meu pai ainda durou oito anos depois disso com remédio do senhor de lá

que era o seu Manuel Caraparú que era o pajé nessa época.

P4: Vocês não chegaram a ir até ele?

N5: Não. Ele só mandou

P6: Ele só mandava a recomendação.

N7: Foi, ele nem chegou ver meu pai.

P8: A senhora chegou a conhecer ele?

N9: Conheci.

P10: Era de origem indígena, de origem negra?

N11: Não, não sei como ele era.

P12: Ele era branco, negro, como ele era?

N13: Ele era branco, assim da sua cor.

P14: Ela já faleceu?

N15: Foi, faleceu, há quase seis anos, mas aqui ele era um pajé muito bom.

P16: A senhora se lembra dos remédios?

N17: Eu me lembro, ele mandou a mamãe fazer uma flexão que se chama de arruda, puçá, pila de, deixo eu me lembrar como era o nome daquela pila, meu Deus, não lembro agora, como era o nome da pila, pra machucar junto com as folhas, bater e um pouco de aguardente alemã. Era um líquido de um vidro assim.

P18: Achava onde a aguardente alemã?

N19: Com um senhor, lá que morava na casa da minha vó, ele tinha esse remédio, era remédio antigo eu se comprava na farmácia Cardoso em Belém. E aí a mamãe fez, bateu tudo e flexionou. E depois disso, ele falou que era pra mamãe mandar comprar um vidro da mesma aguardente alemã pra botar na cabeça dele.

P20: Quanto tempo seu pai ficou se tratando assim?

N21: Quando terminava de fazer aquele primeiro remédio que ele mandava, quando terminava, aí a mamãe mandava lá de novo, aí ele mandava passar outra receita. Há pouco tempo que eu joguei fora limpando lá em casa, aí eu mostrei até pra minha filha. Digo olha minha filha isso aqui era receita do papai que seu Manuel Caraparú mandou ensinar a gente. O que ele era mamãe (perguntou a filha)? Ele era um pajé muito bom daqui.
(Anexo B7)

As práticas de saúde utilizadas pelas pessoas que cuidam recorrem a uma diversidade de recursos biogenéticos da região. Recursos que são aplicados com ou sem rituais, em contextos religiosos ou não. Esses recursos biogenéticos não são encontrados somente no entorno de suas casas ou proximidades. Dona Lídia e Seu Júlio relataram que buscavam algumas ervas no meio da floresta. No

período de maior estiagem, algumas plantas ficam escassas, por isso, devem ser cultivadas também próximas de suas casas. O quadro que segue apresenta os sintomas/doenças e os recursos terapêuticos empregados para o tratamento que aperfeçaram nas entrevistas. A lista de indicações terapêuticas é muito maior se for considerada as conversas informais realizadas nas caminhadas em Mangueiras. Para efeitos de registro, se privilegiou as entrevistas.

Quadro 3: Sintomas/doenças e recursos empregados.

Problema de saúde	de Antonia	Júlio	Lídia	Elizabeth
Gastrite		suco do Mastruz com leite		
Diarréia			verônica	
Dor no estômago	leite do Amapá	chá do amor crescido com jambú e Boldo do Maranhão		
Anemia		suco de Jenipapo		
Enfraquecimento do peito		leite do Amapá, Biotônico Fontoura, suco de erva de passarinho, com suco da erva do algodão com leite e mel		
Enfraquecimento Peito aberto/ Espinhela caída	erva de passarinho socada com mastruz	caldo de turú		
Tuberculose	- erva de passarinho, tira o sumo dela, mastruz, claro de ovo, bate com leite			
	- mastruz, pó de canela, leite			
Dor	chá de salva do Marajó, alho e casca seca de laranja			
Rins	erva doce com amor crescido			
Fígado	chá de Sucurijú			

Reumatismo		pomada de querosene, andiroba com amoníaco e querosene, amoníaco, casca da corticeira queimada
Humanicidas		banha de camaleão, de jibóia e de tartaruga masserada e colocadas no tumor
Picada de cobra	- sumo de vassourinha com leite Cebola cortada em cima dos furos - ovo cozido, coloca em cima para chupar o veneno	
Bruxaria		- rezas e remédio com erva de passarinho, mastruz, folha de algodão com mel de abelha, leite do Amapá, caldo de turú - suco de jenipapo - pra rezar... a vassourinha, quando não o maracá.
Verminose		vinagre aromático com 1 ou 3 dentes de alho dependendo do tamanho
Ataque de verme		- banha de galinha, banha de arraia, um pouco de andiroba -hortelã pimenta, raiz de mamão macho e raiz de mastruz
Afermentação		- 3 dentes de alho no azeite puro de oliva - um pouco de azeite puro de oliva e um pouco de óleo de copaiba - chá de

Erizipela

alfazema, alecrim
 e um pouco de
 amêndoa-doce
 - reza com
 vassourinha
 vergamorta
 - cachaça,
 vassourinha,
 folha de pimenta
 malagueta,
 mangarataia
 - babosa, gema
 de ovo, óleo de
 alcãfora

Epilepsia

- olhos de boi (é
 uma fruta),
 alecrim da
 angola,....com
 chá.

o **Saberes compartilhados: acervo compartilhado.**

No Quadro 3, observa-se a administração conjunta de recursos da natureza com remédios e produtos industrializados como é caso do leite de Amapá com Biotônico Fontoura e da pomada de andiroba com o amoníaco. Alimentos como o leite industrializado é misturado com, por exemplo, o suco da erva do algodão. O suco de mastruz, considerado muito forte, com leite. Poderíamos nos perguntar qual a origem de tais misturas? Heranças, tradições, mas isso não explicaria ainda a origem. Contextualizando a partir de uma trajetória de observações e experimentações é possível dar sentido a aquisição de conhecimentos por parte de setores que mantêm acesso restrito.

A explicação dada por Boltanski (2004) à medicina familiar, a partir de sua pesquisa na França nos anos de 1967 e 1968, como sendo uma medicina imitativa em decorrência da difusão maciça do conhecimento médico relega os setores populares que administram cotidianamente esses saberes a expectadores. O papel do ensino regular da medicina nas escolas médicas e mesmo sua divulgação científica nos vários níveis de ensino não suprimiram as medicinas alternativas e complementares em várias sociedades ocidentais.

Em um estudo comparativo sobre a biomedicina e outras racionalidades médicas⁵³, realizado entre 1995 e 1997, em serviços públicos de saúde na cidade do Rio de Janeiro, constatou-se que a população entrevistada assimilava terminologias do campo médico e tinha nos exames clínicos uma referência para a boa qualidade do diagnóstico e da terapêutica. Essa população era bastante crítica à relação médico/paciente. Os posicionamentos revelavam uma população que atuava sobre seus encaminhamentos e reagia de maneira diversa, incluindo nesse caso, o não retorno ao serviço.

O acervo compartilhado de medicamentos, quer caseiros, quer próprios da indústria farmacêutica, viabilizam uma terapêutica híbrida administrada conforme as necessidades e gravidades do agravo na saúde demandado pela população e acompanhado com uma atenção baseada na escuta, empreendida pelas pessoas que cuidam.

o **Conhecimentos específicos: tendências pessoais /estilos pessoais.**

No aprendizado e nas experiências vividas, estilos próprios vão se formando entre os cuidadores. Práticas de saúde acompanhadas de rituais e rezas, ou ainda sendo administradas conforme as fases do dia e da noite. O processo de escuta dos problemas de saúde dos moradores é indispensável para o emprego da receita mais adequada. A diversidade material e de sentidos é combinada a partir de elementos disponíveis a sua volta. A origem para tais conhecimentos é sempre difícil precisar. O *como se faz* é o caminho que o pesquisador as vezes empreende para compreender o processo desde que não se tome esse *como* na perspectiva de uma etnografia plena (descrição). A dinâmica do *como se faz* se dá a partir do *para quem* e *com quem se está*. E o registro? Este é feito por quem está interessado no problema formulado, numa perspectiva de campo-tema. No que foi exposto, é possível ver tendências/estilos pessoais? Sim, numa perspectiva dialógica, não essencialista, esta, por sua vez dificulta a percepção de dinâmicas próprias.

⁵³ Esse estudo fez parte do Projeto Racionalidades Médicas coordenado por Madel Luz (1997)

Os estilos dos cuidadores são modos que fluem nos contextos terapêuticos, na demanda que solicita o atendimento, no tipo de escuta que empreendem. Os moradores demonstraram suas preferências em Mangueira pelo cuidador que procuram. Neles não se busca necessariamente a resolução definitiva dos seus problemas, mas respostas para encaminhamentos ou tratamentos complementares. Dona Elizabeth costumava encaminhar seus atendimentos para outros cuidadores. Todos os cuidadores com quem conversei tinham a prática de encaminhar os casos atendidos aos serviços de saúde, quando necessário, formando uma rede local de encaminhamentos que atuava juntamente ou ao lado dos agentes de saúde de Mangueiras.

- o **Como a Secretaria e a Equipe de Saúde (agentes de saúde) lidam com essas práticas junto ao SUS.**

As práticas de saúde dos moradores são de amplo conhecimento da Secretaria de Saúde como das equipes que freqüentam Mangueira. Os membros da mesma são também moradores habituados a ver e a praticar a medicina alternativa e complementar. Uma das diferenças sociais entre os que estão na Secretaria é a sua formação no Sistema Oficial de Saúde o que lhes dá um saber e uma ofício diferente dos cuidadores. Outro aspecto que pareceu comum é a convivência que esses membros tem com as práticas sem uma atitude de combate ou de educação para suprimir essas práticas. O respeito foi uma atitude reivindicada por vários membros da Secretaria ao lado também de uma certa vigilância para evitar que agravos se tornem emergências ou urgências por morosidade ou omissão no atendimento.

- Secretária de Saúde: orientação, parceria.

P21: Terceira. Essa região É rica em saberes locais, ervas, remédios caseiros e outras práticas da população. Como a Secretaria de Saúde lida com isso?

SM22: Bem, é nós sabemos sim que desde os princípios tem as pessoas que lidam lá com cha caseiro, ervas, as rezadeiras, que sempre existiram e hoje ainda é um problema né, não tanto aqui na zona urbana, mas na zona rural eles ainda usam muito. Eu acredito que vale a pena porque hoje nós vemos as pessoas no hospital, no dia a dia, atrás de remédio, a população gosta de levar remédio pra casa, muito remédio e não tem, e ficam brabos, muitas vezes nem tem tanta necessidade de antibiótico, mas eles querem antibiótico, eles querem diclofenaco em nós sabemos que os remédios eles fazem bem pra alguma coisa mas prejudicam outra né, já aparecem outros também, a pessoa não tem problema de pressão alta e a medida que ela vai tomando diclofenaco sódico, aí daqui a pouco ele já ta com hipertensão, né. Nós sabemos disso porque já aconteceu mesmo. E lá nas, os conhecimentos das pessoas que usam muito as ervas, as ervas medicinais, isso aí vale a pena porque muitos né não vem ao hospital porque resolvem o seu problema lá com o seu remédio caseiro, e também nessa parte aí das benzedeiras, nós temos as equipes do Programa de Saúde da Família né, nós temos aqui no município, são três equipes de PSF e temos 35 agentes comunitários de saúde. Essas pessoas, eles são orientados quanto o, o, no caso assim, a criança aparece com diarreia, a mãe leva pra benzedeira, lá a benzedeira já recebe a orientação do médico lá do Programa de Saúde da Família, do agente comunitário e ele tem que colocar o hipoclorito na água pra que possa né, aquela água ficar [

P23: Tratada.

SM24: Ficar tratada, exatamente, em condições de ser oferecida pra criança né, pra qualquer morador da vila. Eles são orientados assim quanto o uso do hipoclorito, o sôro oral né, o soro caseiro, e se a criança não melhorar, enviar pro hospital pra ser atendido pelo médico no hospital ou mesmo, até mesmo internar no caso da criança ficar desidratada por causa de uma diarreia que eles falam que foi um quebranto né, e a criança tem que vir pra começar a tomar soro né, soro oral ou até mesmo soro na veia pra que possa hidratar, em geral em problema mais sério.
(Anexo B15)

- Assessor de Saúde: respeito

P26: Certo. Terceira pergunta. Esta região é rica em saberes locais: ervas, plantas e outras práticas da população, remédios caseiros. Como a Secretaria de Saúde lida com isso?

A27: Olha, você falou uma coisa muito importante aí. Assim como tem essa questão da gente conhecer as pessoas muito por apelido que é uma coisa dos nossos antepassados né, dos nossos avós, bizavós, tem aquela cultura da medicação, aquelas ervas medicinais, que a nossa população, graças a Deus, conhece bastante. Mas é infelizmente, posso te dizer, vem sendo esquecido muito né, e hoje, a nossa equipe, a partir do momento que ela faz uma avaliação do que já feito em termo de saúde, ela observa que é necessário resgatar isso. Então, hoje nós já estamos criando programas, já elaborando para o ano de 2007 pra que incentivem mais isso. Você tem a Pastoral da Criança, você conhece né, que é uma pastoral que mostrou né que dá resultados.

P28: Através da multi-mistura e outras (??)

A29: Então, a Secretaria ela não vai, a equipe de saúde jamais vai contra as crenças, esses tratamentos com ervas que a população ainda dispõe, muito pelo contrário, tem casos que a gente pode comprovar realmente que tendo uma assistência técnica, um acompanhamento,

isso surte muito efeito e diminui muito a questão também com gasto com medicamentos. Você que conhece Mangueiras que é das localidades mais distantes nossa. É uma das localidades que o acesso é mais difícil, nesse ano agora nós estamos reformando o Posto de Saúde de lá, é uma dificuldade muito grande pra transportar material pra lá, mas a gente tá conseguindo. É uma localidade que a gente pode, bem próximo dali tem uma localidade chamada Deus Ajude que tem até uma horta lá que trabalho com esse tipo de ervas, de plantas.

P30: A horta medicinal né que chamam.

A31: Então, é importante. A Secretaria procura sempre trabalhar com a comunidade dando valor para seus conhecimentos populares, claro, e implantando nossos programas de prevenção também. O que é necessário se fazer em termos de tratamento com medicamentos, é medicina curativa né, a gente faz, mas a gente tem procurado priorizar a medicina preventiva.

(Anexo B16)

◦ Assistente Social: costumes, atenção, vigilância

P98: Essa região aqui, ela tem várias práticas de saúde que não são oficiais. Quando eu falo oficiais é que o SUS não adotou e elas estão, são vivenciadas pela comunidade. E, é a parteira que faz o parto na sua vila, no seu vilarejo, na sua comunidade, é a raizeira ou raizeiro que dá uma erva, dá uma planta pra tratar de alguém que o procura na sua casa e uma série de outras práticas de saúde nas comunidades. É, como é que você vê essas prática locais? Como é que você lida com isso?

AS99: A nossa religião (corrige) região é muito cheia de ervas, assim, eu também fui criada assim, em primeiro lugar na minha família é sempre, é sagrado a copaíba, qualquer coisa, copaíba, então faço idéia as pessoas que moram aqui. E tem muitos casos de pacientes que eles chegam com o caso gravíssimo aqui. Aí eu quando passo nas enfermarias eu digo: quanto tempo você tá com essa enfermidade e a pessoa diz: ah tem uma semana. Então eu digo assim: você demorou uma semana pra vir pro hospital? Tem paciente, tinha uma senhora com diabetes e ela teve um furúnculo e o rosto dela tava bastante deformado. Quanto tempo a senhora tá com essa ferida, porque virou ferida, estourou assim o rosto dela e virou uma ferida. Ela disse mais de um mês. Eu digo porque que a senhora demorou tanto pra vir para o hospital? Ah porque eu tava tomando um chá e tal, passando um azeite e tal. Mas são casos assim que é gente vê que é da região, né. Então primeiro eles vão tomar essas ervas, esses medicamentos pra depois procurar o médico e isso às vezes agrava a saúde das pessoas, porque tem momentos que não sabe o que é que a gente as vezes tem dificuldades de transferir um paciente pra Belém, de ter um contato pra e aí dificulta o tratamento das pessoas.

(Anexo B14)

◦ Odontóloga: inexistência

P45: Certo. Terceira pergunta: eu conversei com pessoas do local que atendem nos casos de doença. Como vocês lidam com essas pessoas e essas práticas? No seu caso que é higiene bucal, tem algum caso de morador local que passa remédio pra dor de dente, essas coisas assim?

O46: Não, não tem. Geralmente eles esperam a minha visita lá na localidade pra tirar as dúvidas, até em termos de escovação. Higiene bucal, isso aí sou eu que repasso. A gente até cogitou a idéia de treinar os agentes comunitários pra fazer isso lá, pra evitar que chegue a esse estágio que está atualmente que é só extração, extração, extração. Fazer a parte de prevenção, não só esperar pelo dentista, mas eles agirem por eles mesmos.

(Anexo B19)

◦ A agente de saúde de Mangueira: integração

A30: É também ainda não tem esse meio de transporte né. Agora quando é remédio as vezes até eu mesmo porque eu já fiz curso de plantas medicinais e eu também trabalho assim porque eu entendo um pouquinho né. Remédios caseiros fáceis, eu faço, as pessoas se dão bem. Outros é eu faço massagem nas pessoas e vou levando porque é o único recurso mais prática e fácil.

P31: Você fez esse curso de plantas medicinais aonde?

A32: Fiz em Salvaterra.

P33: Quem foi que deu o curso?

A34: Olha eu esqueci o nome do professor.

P35: Foi pela Universidade, pela Secretaria?

A36: Foi pela Unamaz, parece.

P37: A da Unamaz, tá. É [.

A38: Não sei quanto tempo, parece que tem dois anos.

P39: E [

A40: Também tem o horto medicinal aqui né.

P41: Horto medicinal? Onde fica?

A42: Pra lá pra outra rua.

P43: Em Deus Ajude?

A44: A gente tem plantas lá que agente pegou umas técnicas né, e a gente usa também.

P45: Você que criaram o horto medicinal?

A46: Foi através da EMATER parece. Um desses órgãos, não tô bem lembrada.

P47: É uma iniciativa governamental junto com a comunidade?

A48: Isso.

P49: Mas quem planta são vocês?

A50: Nós plantamos, recebemos alguma plantas né, copaíba. Algumas plantas a gente recebemos, algumas a gente arranja por aqui mesmo. A gente se vira de toda forma porque é o único meio de socorrer mais rápido pra não morrer né.

(...)

P94: Certo. E terceiro, numa visita eu conversei com pessoas no local que atendem de alguma forma nos casos de doença. Dona Lídia, Seu Júlio, Dona Antônia, Dona Elizabeth. Como vocês lidam com essas pessoas e com essas práticas?

A95: Ò, eu respeito muito que cada um com seu cada um né. Por exemplo, domingo, não

domingo, sábado, eu fui lá, eu fui lá visitar. Não era dia de serviço, mas eu fui lá visitar a paciente que tava na cama, problemas de gravidez né. Ela, A mãe dela me falou que a senhora lá passou um chá de barro com tabatinga,folha de inajá,aí ela disse: será que eu dou pra ela. Eu disse olha, não sei cada um no seio. Eu disse pra ela, pra mim segunda feira você ia e procurava um médico né, aí não deu tempo de ir na segunda feira, eu já foi ontem domingo né. Aí eu não sei se ela fez ou se não fez né.

P96: Por que se agravou o caso dela?

A97: Se agravou, muitas dores a criança tá fraquinha.

P98: Quantos meses ela tem?

A99: Ta com seis, quer dizer, eu acho que a situação é bem precária que tá precisando, que tá sem condições. Uma gravidez indesejável porque é uma situação que tem que ta preparado pra receber uma gravidez ou outro problema né, tando despreparado só vai dar mais problema ainda né. E eu respeito muito o trabalho deles, quando ele desfaz do nosso, quando eu fico quieta na minha, eles aprenderam uma coisa e eu aprendi outra. E é isso.
(Anexo B17)

- O agente de saúde de Mangueira: dom⁵⁴; aperfeiçoamento; alternativas.

P71: Uma terceira pergunta: numa visita eu conversei com pessoas do local que atendem de alguma forma nos casos de doença, por exemplo, Dona Lídia quando era viva, Dona Antônia, parteira, Dona Elizabeth de vez em quando passa um remédio caseiro. Como vocês, agentes de saúde, lidam com essas pessoas e essas práticas?

A72: Olha, como eu te falei, eu, pelo menos, tenho um bom relacionamento com elas entendeu, porque eu acho que foi um dom que Deus deu pra elas, entendeu, então, a gente procura assim continuar tendo assim uma, assim uma prática assim teórica mais avançada também porque geralmente a gente faz curso também, o médico repassa os agentes, porque também além de ter experimentação, tem auxiliar de enfermagem, foi feito o curso pelo PROFAI.. Aí a gente procura passar conhecimentos.

P73: PROFAI é uma instituição, um programa?

A74: Não é pela Universidade. Fazia, o pessoal vinha de Belém fazer curso de duração de uma não de agente comunitário.

P75: Agora você falou que as práticas são religiosas, mas tem remédios caseiros que as pessoas usam recurso da própria terra, da própria natureza.

A76: Isso, isso.

P77: Você não acha que isso tem também usos[

A78: Medicinais?

P79: É, sobre essas doenças?

A80: É, pois é como te falei, eu também, eu não sei, eu até concordo também, porque muitas coisas que vem pelas Mangueiras vem pro certo.

P81: Você sabe que os remédios da industria farmacêutica são feitos[

⁵⁴ Dom na fala do agente de saúde é a concessão divina de um talento em vista da realização do ofício de cuidar/curar as pessoas.

A82: Naturais, da terra.

P83: É, de plantas, ervas medicinais.

A84: Porque, olha, lá quando as pessoas têm problema de pressão alta, dor de cabeça, tonturas, o que é acostumado a fazer é tomar chá de erva doce, entendeu, aquelas pessoas já, antigos né, mandam tomar alho n'água. As pessoas não ficam só com remédio farmacêutico. Também quer ter.
(Anexo B18)

Os agentes de saúde que atendem em Mangueira, pessoas mais próximas dos que apresentam problemas de saúde, foram explícitos ao afirmar a possibilidade de uso de medicina alternativa ou complementar aos moradores. A agente de saúde vai mais longe ainda ter realizado curso sobre plantas medicinais promovido por órgão público. Reside em uma comunidade (Deus Ajude) que cultiva uma horta medicinal comunitária. Ela afirma administrar, na ausência dos remédios do SUS, remédios caseiros aprendidos no decorrer de sua vida ou por meio de curso.

A preocupação esteve presente nas falas da secretária e da assistente social ao manifestarem seu descontentamento quanto a um possível ponto de vista em que se descarta a medicina oficial ou se protela o tratamento médico na expectativa que o tratamento caseiro tenha efeito positivo.

As falas apontam para uma diversidade de relações entre cuidadores e suas práticas com os membros que fazem a gestão na Secretaria e os que compõem o PSF (os agentes de saúde). A convivência com base na negociação do tratamento é recorrente e abre margem para a escolha dos moradores pelo tratamento que querem fazer nos casos menos graves.

4.5. Os moradores falam sobre os problemas de saúde que exigem encaminhamento

Várias histórias são contadas sobre pessoas que não tiveram as condições necessárias disponibilizadas para atendimento em qualquer serviço de saúde e que tiveram como consequência o óbito. O caso relatado sobre o acidente ocorrido com o Seu Manoel, morador antigo de Mangueira, que ficou mais de três horas dentro de um barco à espera de socorro caracteriza a atual dificuldade de atendimento de urgência que a comunidade encontra para esses encaminhamentos, o que a assemelha a outras comunidades distantes dos centros urbanos. O fator agravante no caso de seu Manoel foi a demora no encaminhamento e atendimento em decorrência, principalmente, pela falta de transporte e comunicação. O maior problema está concentrado na infra-estrutura disponível e nos equipamentos não disponibilizados. A ausência de ambulância e de um Posto de Saúde em funcionamento transforma um trauma que deveria ter cuidados de emergência tornar-se um caso de risco iminente de vida.

Quanto ao pessoal disponível para os cuidados da atenção básica, as conversas e entrevistas revelaram não ser um problema maior em razão das enfermeiras, agentes de saúde e pessoas que cuidam disponíveis na comunidade e região. Além de moradores que formam uma rede solidária no atendimento: carregam pessoas incapacitadas para caminhar nos ombros ou em redes, caminham para solicitar socorro, transporte ou providenciar remédios e várias outras tarefas necessárias nos casos de agravo com ou sem emergências e urgências.

P7: Então, a gente sabe que aqui, é, em Mangueiras tem vários casos de problemas de saúde que não foram resolvidos. Eu queria que a senhora falasse que casos de problemas de saúde que não são resolvidos em Mangueiras e contasse um caso.

MS8: Tem muitos, né, olha o que aconteceu com o seu Manuel, né, que ele veio, foi lá no primeiro furo, o bote deu (??) no mangueiro, ele tava com as pernas de fora, bateu, quebrou, ele perdeu muito sangue, né. Quando ele caiu, ainda caiu em cima de mim, foi. Aí chegaram aqui pra deixar o pessoal pra voltarem pro Barro Alto. Antes de chegarem no Barro Alto ele morreu dentro do bote.

P9: Ah, dentro do barco ainda?

MS10: Dentro do barco ele ainda morreu.

P11: Quanto tempo levou isso, do acidente até no [?

MS12: Levou mais de três horas.

P13: Até chegar no Barro Alto levou mais de três horas, por que foi tudo dentro do bote, né?

MS14: Foi tudo dentro do bote, até chegar aqui, até chegar no Barro Alto ele morreu.

P15: A senhora acha que ele morreu por que [?

MS16: Por causa que ela logo pra socorrerem, porque ele quebrou as pernas ((caiu um balde do telhado)) (5). Quebrou as pernas. Ele quebrou as pernas, né. E se bateu todo, ele tava tudo, a gente sentiu que ele tinha sido afetado tudo. (3) Aí ele não falou, ele perdendo sangue, só perdendo sangue.

P17: Chegou a cortar o pé dele?

MS18: Ele quebrou, que ele tava de calça comprida, ninguém viu.

P19: Ele só gemia?

MS20: Gemia, a gente não podia fazer nada, desmaiava. Só que tinha gente que pegava desodorante pra botar ele pra cheirar.

P21: Desodorante?

MS22: Hum, hum.

P23: Pra ele voltar a si?

MS:24 Sim.

P25: Teve algum ferimento externo?

MS26: Eu acho que teve, porque nós não vimos mesmo, né.

P27: Mas a senhora tava no [barco?

MS28: Tava no barco.

P29: Então, até ele chegar no Barro Alto foram quase três horas?

MS30: É. (5)

P31: Tinha outra forma de socorrê-lo?

MS32: Não, não tinha.

P33: Só por barco mesmo.

MS34: Só por barco mesmo. Que já era no primeiro furo, né.

(Anexo B9)

Há casos encaminhados para Salvaterra, sede do município que dispõe de Hospital Municipal. O município de Salvaterra está organizado para a atenção básica. No trecho que segue constata-se a atuação de uma rede considerável que envolve desde atendimento familiar, parteira que realiza o parto e moradores que solicitam o transporte para o encaminhamento de urgência até Salvaterra em decorrência das complicações que a moradora passou.

P33: Me conte um caso que você sabe de gente que teve seu problema resolvido aqui no posto.

R34: Aqui no posto? Agora quando né (risos)?

P35: Pode ser em qualquer tempo desse, pode ser há muito tempo, mas que você se lembre que foi resolvido no posto.

R36: Que eu me lembre mesmo nenhum, por aqui nenhum, nenhum, porque eu tiro por mim. Quando eu tive esse meu menino que tava aí, esse zinho aqui. Eu tive ele era 6.05 da manhã, essa senhora que me acudiu porque eu não tinha parteira. Aí me deu dor de noite, umas horas da noite, aí quando foi, meu marido foi chamar ela pra mim acompanhar né. Aí ela veio, quando eu tive ele, era 6.05 da manhã, aí eu tive ele com tudo né, aí só que não deu pra mim resistir né, porque eu tive com a placenta aí o meu útero veio pra fora, aí eu tive, foi ter o resto era 7 horas da noite lá em Salvaterra, foi quando conseguiram uma condução pra vir me buscar daqui, foi que meu marido levou, aí que meu marido levou, e aí foi que eu fui, aí a ambulância veio me pegar aí na Dallas, aí fui ter o resto lá em Salvaterra já de noite foi que me socorreram.

P37: Veio a ambulância da Secretaria?

R38: De Salvaterra.

P39: De Salvaterra.

R40: E quase que não consegue pra vir me buscar.

P41: Não deu pra fazer o parto porque?

R42: Não porque o posto não tava em condição, não tinha parteiro mesmo lá no posto.

P43: E nesse caso, a D. Antonia não podia fazer [

R44: Ela que veio me acudir. Não, ela que pegou o menino. Ela que pegou o menino. Eu tive o menino aqui, aí eu tive o menino, mas eu tive com tudo, meu útero veio pra fora, aí não tinha quem me acudisse né.

P45: Claro.

R46: Aí eu fiquei aí o dia inteiro, aí eu só fui atendida 7 horas da noite quando veio a condução me buscar.

(Anexo B10)

Os encaminhamentos para Belém mobilizam, além da rede local, recursos financeiros do próprio morador. Nos dois casos a seguir, conta-se com a venda de animais ou a chegada da aposentadoria nos Bancos localizados em Belém ou Salvaterra.

Maria dos Anjos: como chegar á Belém.

P5: Certo. Então, você é tem conhecimento de algum caso de problema de saúde em algum morador de Mangueiras que foi resolvido em Belém?

MA6: Que eu saiba do meu tio padrinho, agora tudo, tudo, não, que ele trabalhava há anos na fazenda do Dr. Fernando. Aí de lá, ele já veio doente, aí foi pra Belém pra fazer negócio, primeiro em Salvaterra pra exame, de lá encaminharam ele pra Belém. Aí teve lá fez um exame, aí atestou parece que ernia. Aí desse problema ele teve que se operar, se tratou por lá, só veio quando tirou os pontos. Aí era marcado os meses pra ele ir fazer revisão da operação. Aí toda data que era pra ele ir, ele ia fazer revisão, aí ele já não, proibiram ele trabalhar de negócio de montaria, que ele era vaqueiro.

P7: A revisão era onde?

MA8: Da operação ele tinha que fazer lá em Belém.

P9: Tudo em Belém?

MA10: Era tudo em Belém.

P11: Não tinha como ele fazer em Salvaterra?

MA12: Não, era só em Belém que ele tinha de passar pelo INSS. Ele pegava o benefício.

(...)

P23: Como ele ia até Belém? Como ele se deslocava? Era por conta própria ou o Hospital de Salvaterra, a Secretaria [

MA24: Não, ele tinha que vender acho que os porquinhos dele pra ele ir, ele tinha porco lá na fazenda. Ele tem que vender pra ir.

P25: Pra chegar até [

MA26: Pra chegar até Belém, a filha dele que mora em Belém ajudava, mandava dinheiro pra pagar a passagem, a minha tia que já era aposentada também quando recebia ela gastou foi um bom dinheiro com essa ida dele pra Belém, com esse problema dele. Mas hoje em dia graças a Deus ele operado, aposentado, ajudando (?).

(Anexo B13)

O caso da epilepsia

Dona Elizabeth tem um filho jovem diagnosticado com epilepsia. Quando as crises surgiram levou o filho ao médico na cidade de Salvaterra que diagnosticou o caso e receitou os remédios. As crises continuaram e Dona Elizabeth resolveu preparar um remédio que, segundo seu relato mais geral, era infusão de várias ervas e plantas do seu quintal. Para Dona Elizabeth, a partir deste preparado medicinal houve melhora de seu filho, as crises desapareceram por dois anos e retornaram em 2004. Então, levou novamente o filho a outro médico da região que solicitou novos exames e receitou novos remédios, diferentes dos prescritos há dois anos pelo outro médico. A partir daí não houve mais crise num período de dois meses da consulta até a conversa com Dona Elizabeth. Enquanto isso, ela e o filho aguardaram o resultado de exames mais sofisticados realizados em Belém (primeira etapa de campo). Após os resultados dos exames, o tratamento reiniciou em Belém sendo necessário o deslocamento mensal para a cidade. As consultas passaram a ser a cada dois meses e os medicamentos administrados diariamente em sua casa, porém eram adquiridos em Belém (terceira etapa de campo). A seguir, um trecho da primeira entrevista realizada com Dona Elizabeth e uma linha narrativa que objetiva mostrar itinerários conforme a gravidade do problema e os recursos que deve utilizar como exames nas especialidades.

E2: - Meu nome é Elizabeth Irmã dos Santos, né. Eu sou mãe do rapaz que adoeceu aqui em casa. O meu filho teve problema de epilepsia, né, ataque epilético, e eu tive que levar ele daqui as pressas pra Salvaterra. Daqui é muito difícil né, muito difícil mesmo, a ida pra Salvaterra quando acontece um caso desses assim. E eu tive que, tiveram que amarrar uma rede num pau aqui pra botar ele dentro aqui pra levar pruma canoa lá no porto.

P3: Ah, isso eu não sabia, Dona Elizabeth.

E4: Né. Botaram ele numa canoa e atravessar o rio pra pegar um carro lá do outro lado do rio. Lá a gente foi pra Salvaterra. Chegamos lá era 9 horas da noite. Chegou quase morto lá, em Salvaterra. Aí lá eles aplicaram umas injeções nele e ele dormiu e no outro dia ele se recompôs, né.

(...)

P19: Aí, então, depois da primeira crise, ele tomou o remédio, passou quantos dias no hospital?

E20: Passou quatro.

P21: E voltou pra cá?

E22: Voltou pra cá, voltou pra cá.

P23: Aí o que a senhora fez?

E24: Aí já deu umas três crises e a médica mandou pra Belém, né. Outro problema que eu enfrentei lá em Salvaterra, porque eu fui no hospital e deram uma ficha pra diretora do hospital assinar e eu fui lá era 10 horas e ela não estava no hospital. Eu fui pra Belém, mas lá em Belém eu fui logo atendida. No hospital lá eu conheço uma pessoa que mora dentro do posto de saúde lá, que trabalha né, no posto de saúde, essa pessoa me encaminhou pra um hospital lá e ele foi atendido. E até hoje lê ta fazendo tratamento por Belém.

P25: Ah, é em Belém que ele faz?

E26: Em Belém. Tem que viajar daqui pra Belém todo mês. Agora esse mês eles esparçaram já, que é pra ele ir em abril, né, ele foi 25 de fevereiro, né. Agora tem que ir 25 de abril,

P27: Ah, não é mais mensal.

E28: É, esparçou mais um pouco. Aí tem que ir dia 25 de julho.

P29: Ah, ta, dois meses.

E30: Já ta esparçando, mas assim mesmo a gente tem que dar todo esse...só pra chegar daqui em Belém, né.

P31: Dinheiro gasto?

E32: Dinheiro que a gente gasta muito.

P33: E ele ta sendo medicado? Eles dão remédio?

E34: Dão o remédio, dão o remédio, lá dão, dão o remédio é.

P35: É Prefeitura ou é o Estado.

E36: É do SUS.

P37: Do SUS. E a senhora além do tratamento médico a senhora usou outro tipo de tratamento aqui na sua casa com ele.

E38: Usei, remédios caseiros, né.

P39: Quais?

E40: Porque tem um remédio que chama os olhos de boi, aí a gente dá, o alecrim da angola, a gente dá com chá, aquilo combate um pouco, né, mas não elimina, não elimina.

(...)

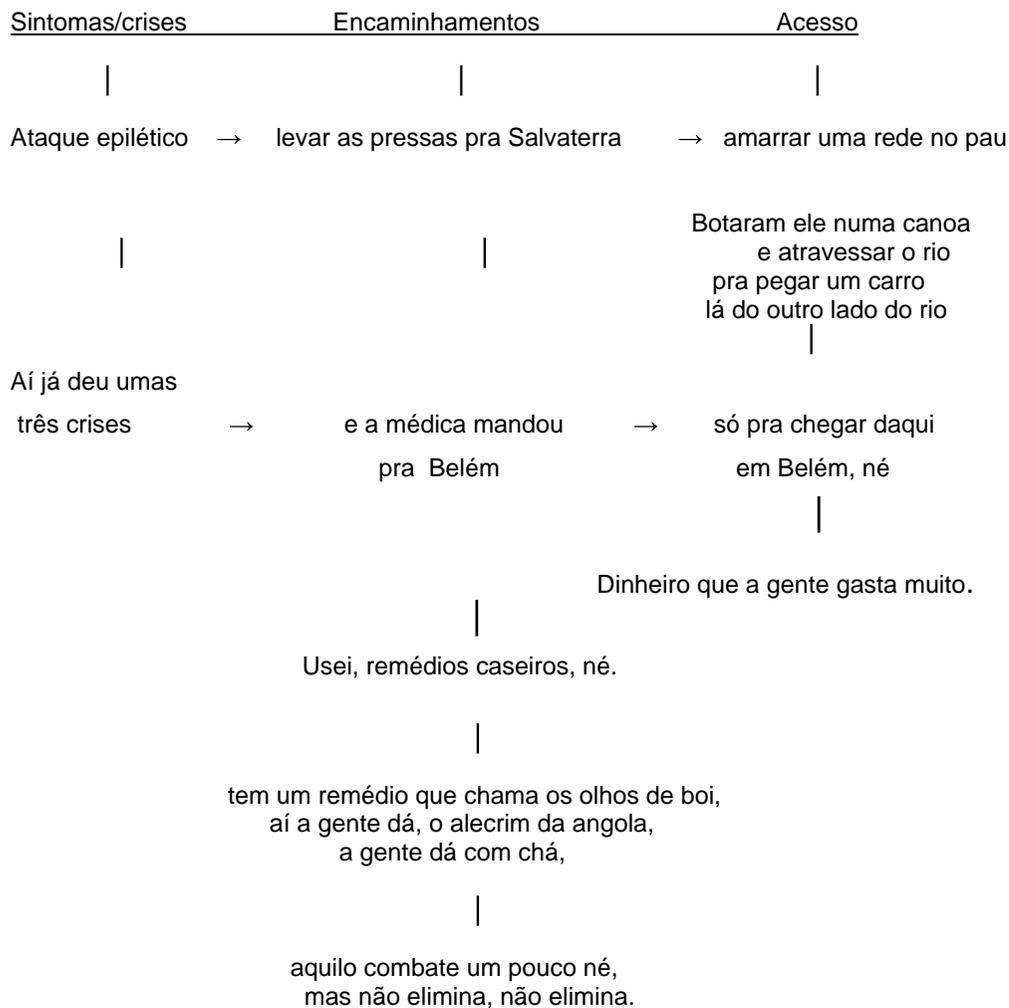
P53: E a senhora acha que melhorou um pouco?

E54: Melhora um pouco, mas tem pessoas que já tem ficado bom com isso. É.

P55: A senhora continua usando esse tipo de tratamento?

E56: Continuo usando, tem pessoas que fica bom, já tem pessoas que ficaram bom com isso. Pra ele não deu assim pra eliminar de vez, né.

Linha narrativa



Na primeira crise (ataque) de epilepsia o encaminhamento de urgência foi realizado em Salvaterra e mobilizou a uma rede solidária de moradores para chegar até o rio das Mangueiras para seguir em um carro que os levaria ao Hospital Municipal. A partir das crises seguintes, o encaminhamento foi para Belém o que envolvia a utilização de recursos financeiros da própria família. Ao lado do tratamento médico, um tratamento complementar com remédios caseiros era administrado com a expectativa de que apenas amenizava o estado em que se encontrava. Toda essa mobilização evidencia o acionamento de uma rede criada no momento da emergência, sem apoio institucional e com recursos escassos da própria família.

4.6 Saúde, integralidade e ambiente.

A relação entre saúde e ambiente pode ser tratada sob diversos focos. Aqui tratarei de dois focos, melhor denominados de contextos em razão de sua complexidade e processos envolvidos. Um contexto é o da relação entre as práticas de saúde da população e o ambiente com seus recursos naturais. O outro contexto é o dos agravos em saúde e sua relação com o ambiente.

Na região amazônica, as práticas de saúde das populações locais rurais têm uma relação estreita com os recursos biológicos que a floresta dispõe, quer pela oferta da floresta quer pela ação antrópica, principalmente a partir de pequenos cultivos de plantas e ervas em ambiente doméstico, ou seja, no quintal ou ao redor da casa. O território tem um valor local ainda pouco conhecido pelos gestores da saúde. Vários trabalhos apresentam a relação das populações indígenas ou das denominadas populações tradicionais com a terra, tanto para uso econômico como para a saúde. O Hospital é uma realidade literalmente distante dessas populações. Oliveira (2005) mostra que os serviços de média e alta complexidade estão nas poucas cidades com mais de 200 mil habitantes da Amazônia, correspondendo a 30% da população amazônica. Mesmo onde o hospital ou centros de saúde de maior porte estão presentes, estudos indicam a permanência de práticas populares de prevenção e cura convivendo com o saber médico oficial.

Em tempos de preocupação com a ocupação amazônica de forma desordenada, a inserção de certas práticas alternativas e complementares de saúde e atores sociais na rede oficial de saúde dos municípios representa uma estratégia de ocupação que leva em consideração os vários fatores que se relacionam no território como espaço em movimento. Uma rede de ação e serviços lida a partir de uma rede conceitual de relações como Latour sugere em sua ecologia política sem a natureza (2003). O cenário aqui é resultante da relação entre humanos e não-humanos. A natureza como entidade essencial é substituída pelo *coletivo* que é a junção da antiga natureza com a sociedade. Por isso, a efetividade da ocupação se dá pelo direito sobre o território e pelas práticas reconhecidas publicamente. E é por isso que posições como a de

pesquisadores como Monge (2001, p. 341, 346) tem forte predominância nas instituições que tratam da propriedade intelectual e das patentes:

Quando uma comunidade indígena descobre via curandeiros e observação uma atividade biológica em uma planta, fica muito difícil indiar a paternidade. (...)

A biodiversidade é um bem universal, e este se encontra principalmente nos países em desenvolvimento. (...)

É necessário estabelecer a definição de proprietário na patente, consequência da atividade biológica encontrada em animais ou plantas, o que também pode ser problemático, nos casos em que a planta está associada a uma atividade biológica da medicina tradicional. Deve-se considerar que as plantas com atividade medicinal estão à disposição da sociedade, porque alguém as tem utilizado e mantido.

A problematização só é trazida à tona quando relacionada a sujeitos coletivos ou práticas locais: “comunidade indígena, curandeiros”. As afirmações imperativas do pesquisador dizem respeito à “biodiversidade como bem universal ou que as plantas com atividade medicinal estejam à disposição da sociedade”. A disputa internacional pelos recursos genéticos da parte de grandes corporações farmacêuticas nas últimas décadas é uma evidência pouco divulgada. No processo de apropriação está a figura jurídica internacional da patente. O uso dos recursos genéticos em práticas terapêuticas locais reconhecidas e acompanhadas pelo Estado, através de pesquisa e patenteamento pode ser o caminho que beneficiará populações locais e o próprio Estado brasileiro.

A crítica de Vandana Shiva (2001) ao que classifica de biopirataria⁵⁵ empreendida silenciosamente pela indústria farmacêutica ou pela agricultura que hoje procura substituir processos químicos por processos de base vegetal, apontada por alguns como exageradamente radical, é um exemplo plausível para as análises de rede empreendida por alguns sociólogos da ciência, do fenômeno científico. Por isso, a nomeação de conhecimento tradicional para alguns saberes da população leiga obscurece como esses saberes são acionados, que recursos são utilizados e que relações mantém com saberes considerados mais

⁵⁵ Para Vandana Shiva *biopirataria* é o processo de patentear a biodiversidade, frações dela e produtos que dela derivam, com base em conhecimentos indígenas. (Shiva, 2005, p. 323). No caso da Amazônia é necessário estender essa definição aos conhecimentos de outras populações locais.

sofisticados. Cunha e Almeida (2002) destacam a observação e a experimentação cotidiana que essas populações empreendem, a engenharia que fazem com os recursos que estão em sua volta. E, eu acrescentaria, a rede de informação que estabelecem com pesquisadores e cientistas.

O outro contexto é o da relação entre agravantes em saúde e ambiente⁵⁶. Com base no trabalho de Confalonieri (2005) têm-se um panorama geral, a partir de um modelo conceitual para compreensão de uma nosologia, do intercruzamento de situações encontradas de saúde/doença na região amazônica⁵⁷. Para o autor, a Amazônia é uma “preocupação” desde o início do século XX com o desenvolvimento da “moderna saúde pública” citando trabalho de Oswaldo Cruz de 1910 e 1913. Há vários trabalhos que tratam de aspectos específicos da saúde na Amazônia, principalmente concernente à medicina tropical. Mas é raro trabalhos que relacionem “dinâmicas socioambientais” e “perfis epidemiológicos”.

Confalonieri descreve algumas características sócio-ambientais da Amazônia: “escala espacial dos fenômenos; extensão territorial; vias de acesso predominantemente fluviais; grande diversidade biológica e social, relativa preservação dos ecossistemas naturais; extensão da área total dos ambientes aquáticos (rios, lagos, planícies inundáveis): relacionável à processo infecciosos de veiculação hídrica como cólera e gastroenterites microbianas; proliferação de insetos vetores” como o da malária; e clima, quente e úmido, com temperatura variando pouco, favoráveis à doenças infecciosas”. (p. 222)

Como agravantes à saúde destaca: “poluição de corpos d’água pelo mercúrio do garimpo; contaminação microbiana da água por falta de infraestrutura de saneamento em zonas urbanas (e também rurais); fumaça oriunda de queimadas pós-desmatamentos, gerando afecções respiratórias; e alterações locais dos ciclos hidrológicos gerando criadouros de mosquitos”. (p. 223, 224)

O autor utiliza a categoria “uso da terra” como referencial. Essa categoria é entendida a partir do “grau de dependência direta dois recursos naturais locais, como elementos de subsistência; formas predominantes do uso da terra;

⁵⁶ Há um estudo panorâmico de Machado (2004) sobre a produção científica que trata das relações da Saúde Coletiva e Ambiente com base nos quatro periódicos de Saúde Pública que tem mais publicado sobre o assunto no Brasil. Todos os periódicos são da Região Sudeste.

⁵⁷ Aqui tomo a região amazônica como referência homogênea, apesar de toda sua diversidade sócio-biológica, por ser historicamente classificada como uma região de floresta.

capacidade de insumos de uso da terra; extensão das transformações do meio natural e da degradação dos serviços ecológicos; acesso a instituições e serviços do estado moderno.” (p. 225) A partir daí, propõe uma classificação de macropaisagens em três tipos (p. 224ss):

1. Paisagens naturais: agravos - infecções ou intoxicações focais, associadas à fatores biológicos (fauna, flora), fatores físicos (clima, hidrologia)
2. Paisagens antropizadas: agravos - infecções focais, contaminação mercurial, endemias peri-urbanas, acidentes, associadas á rodovias, garimpos, agropecuária, hidroeléticas
3. Paisagens construídas: agravos - predomínio de doenças crônico-degenerativas, acidentes, violência e endemias urbanas, associadas as grandes cidades e grandes projetos.

Há um continuun entre esses agravos e os determinates. A malária continua sendo a “doença infecciosa endêmica mais importante da Amazônia.⁵⁸ Transmitida por mosquitos que proliferam em acúmulos de água” (p. 228). O modelo apresentado por Confalonieri é importante para a compreensão intrínseca entre ambiente natural/antropizado e processos de saúde/doença específicos. O aspecto que chama atenção é que uma visão por demais endêmica da região amazônica não estimule ações e políticas permanentes em Saúde criando assim uma situação em que se espera a próxima epidemia, pois endemias geralmente foram tratadas de forma naturais, como partes da paisagem de uma região.

⁵⁸ Em 2005, Salvaterra teve uma epidemia de malária. O técnico de laboratório da Secretaria Municipal de Saúde informou sobre a ocorrência de mais de 500 casos.

5. O SUS a três horas da capital.

5.1. O SUS na Amazônia.

A presença do SUS na região amazônica necessita de uma análise mais detalhada e extensa. Análise de todo o sistema em seus níveis de atenção, alocação de recursos, sistema de informação, pesquisa e averiguação da resolubilidade. Uma das dificuldades para esses estudos está na disponibilidade dos dados nos Sistemas de Informação. Alguns indicadores estão disponíveis e são atualizados periodicamente, mesmo que com atraso. Mas ausência ou atraso na alimentação de dados enviados aos sistemas de informações é muito grande. Para verificar tal ausência, basta consultar os indicadores epidemiológicos dos municípios da região amazônica no DATASUS (Sistema de Informações do Ministério da Saúde). Informações mais gerais estão disponíveis, informações mais detalhadas não são disponibilizadas periodicamente. A consolidação de dados se agrava no caso da região amazônica pela ausência de uma política eficaz de fornecimento de recursos materiais e na formação para a coleta de informações. As secretarias municipais não dispõem de pessoal para tal tarefa. A coleta também é precária. O acompanhamento da referência e contra-referência não é ao todo registrado.

Num contexto mais amplo de determinações da precariedade na área da Saúde, vale ressaltar o financiamento público do setor. Os dados também não são precisos, porém bastante significativos para análises quando comparados. A média de financiamento público no Brasil está em torno de 125 a 150 dólares per capita. No Uruguai o investimento sobe para 304 dólares, na Argentina é de 362 dólares. No Canadá, Japão, Austrália e vários países europeus a média de 1.400 dólares⁵⁹. Nesse caso, mais de 1000% acima do que se investe no Brasil.

Quanto às doenças infecciosas, a malária continua sendo a presença

⁵⁹ Essas informações estão disponíveis no documento *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade* elaborado pelo Fórum Nacional da Saúde em julho de 2006 para discussão com a Frente Parlamentar da Saúde visando o processo eleitoral que ocorreu no Brasil. O documento é assinado pela ABRASCO, CEBES, Rede UNIDA, ABRES e AMPASA.

constante. Em 1996, 98% dos casos do Brasil estavam concentrados na região amazônica. As doenças crônico-degenerativas tinham uma média próxima à média nacional. A tese de Paulo de Tarso de Oliveira (2005) traz informações sobre alocação de recursos financeiros elucidativos da carência do SUS na região. As doze cidades da região amazônica com mais 200 mil habitantes concentram os serviços de média e alta complexidade do SUS. Essas cidades correspondem a apenas 30% da população amazônica. Com isso, temos 70% da população sem atendimento em suas cidades de forma mais rápida.

No Pará, há registro de apenas 18 mamógrafos, sendo 16 em Belém e outros dois no interior. Os municípios de Salvaterra e Soure (município vizinho) não dispõem de nenhum mamógrafo. Hospitais mais aparelhados somente na capital, Belém, distante de quatro a seis horas de viagem por meio de transporte rodoviário e fluvial.

A ausência de políticas, recursos e equipamentos não estão relacionados apenas à alocação de recursos financeiros, sugerindo uma má distribuição dos mesmos, mas a forma de conceber e viabilizar as políticas para uma região diferenciada daquelas em que os gestores da esfera federal decidem, num sistema em que o controle social tem problemas de implementação, encontra uma série de dificuldade de pleno funcionamento. Destaco aqui dois problemas concretos de viabilização do atendimento básico e de urgência na região: o de transportes, nesse caso principalmente marítimo, e o de equipes de saúde, incluindo aí o agente de saúde. Os serviços municipais de saúde não dispõem de barcos a motor, a não ser esporadicamente em uma ou outra prefeitura. No caso da região amazônica porque não pensar um SAMU marítimo? As equipes de saúde são reduzidas, os agentes comunitários de saúde percorrem longas distâncias e não contam com pequenos recursos como serviço de telefonia móvel para acionar o atendimento de urgência.

5.2. O SUS no Município de Salvaterra.

O município de Salvaterra tem 15.118 habitantes, sendo 7.792 homens e 7.326 mulheres. A população urbana vivendo na sede é de 8.651 habitantes, sendo 6.467 habitantes na zona rural (Censo 2000, IBGE). A ilha do Marajó, onde está localizado o município de Salvaterra, é uma vastíssima área de aproximadamente 50.000 km². Ilha na foz do Rio Amazonas provavelmente formada por solapamento a nordeste e sedimentação a sudoeste, e com a região dos furos de Breves com sedimentação ativa, é entrecortada de rios e lagos sem nascentes e que dependem das marés e das chuvas para encherem e na seca e baixa maré esvaziam.

De acordo com o Perfil dos Municípios Brasileiros de 2001, realizado pelo IBGE, o município de Salvaterra não apresenta planejamento público para a saúde. De modo geral, os serviços de saúde são pontuais e dependem de políticas nacionais para a área. Como o atendimento básico e os programas específicos de saúde estão descentralizados enquanto gestão, exigindo que os municípios apresentem suas demandas de acordo a Política Nacional de Saúde e os Programas específicos criados de acordo com os problemas reivindicações que surgem, mas dependentes financeiramente de repasses do governo federal, o que se desenha é um município com grandes carências na área da saúde.

Em 2006 a Secretaria Municipal de Saúde contava com aproximadamente 150 funcionários⁶⁰. Esse número não é fixo em razão das constantes mudanças no corpo de funcionários com saídas e contratações. Há um Hospital Municipal que atende a todas as comunidades do município. O atendimento se restringe a alguns serviços de média complexidade como parto, pequenas cirurgias de traumas causados por acidentes e o atendimento odontológico. Como município voltado para a atenção básica, a Tabela 2 abaixo mostra os recursos recebidos de forma ordinária em 2006 (em dez meses):

⁶⁰ Os membros da Secretaria Municipal de Saúde que participaram da pesquisa serão identificados por suas funções.

Tabela 2: Transferências Efetuadas por Competência

Resumo Fundo Municipal em 29/12/2006 às 15:05:10 hs

Fonte: DATASUS

T O T A I S			
Compet	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Atenção Básica	T O T A L
01/2006	0,00	58.659,01	58.659,01
02/2006	0,00	49.173,01	49.173,01
03/2006	0,00	49.173,01	49.173,01
04/2006	0,00	55.028,09	55.028,09
05/2006	1.329,23	63.128,09	64.457,32
06/2006	0,00	63.218,75	63.218,75
07/2006	819,75	91.868,75	92.688,50
08/2006	2.549,60	77.202,08	79.751,68
09/2006	0,00	73.725,58	73.725,58
10/2006	0,00	73.725,58	73.725,58
TOTAL	4.698,58	654.901,95	659.600,53

Como município de atenção básica, os recursos estão concentrados nesse nível. São recursos insuficientes pela demanda que se apresenta e pelas ações necessárias para o enfrentamento, inclusive dos surtos epidêmicos comuns na região. Os repasses do SUS para o município sofrem interrupções como no caso dos dois médicos contratados para atenderem no Hospital, tendo o município que arcar com as despesas de pagamento e encargos sociais.

Os principais agravos em saúde no Município de Salvaterra têm seu registro prejudicado pela demora do envio de notificações, assim como pela falta de pessoal para realizar o trabalho de sistematização. Certamente esse não é o único aspecto responsável por ausências de políticas em saúde mais consistentes voltadas para a região. O foco nessa parte será trazer a fala dos membros da Secretaria Municipal de Saúde que estão convivendo com o cotidiano dos problemas de saúde.



Entrada principal e fachada do Hospital Municipal de Salvaterra

Fotos: Pedro Piani, dezembro de 2006

A Secretária de Saúde:

P9: Então, eu vou fazer essas perguntas pra senhora. Quais os principais agravos de saúde na região?

SM10: Aqui em Salvaterra, no município né, zona urbana, zona rural, os agravos nós tivemos casos sérios de malária até o ano de 2005 né, mas hoje nós já vemos a redução, foram muitos, foi uma redução mesmo valiosa quando tivemos casos, muitos casos, mais de 300 casos de malária e que hoje já tem havido em 2006 foi um mínimo, um mínimo os casos, foram raros os caso de malária tanto na zona urbana como na zona rural.

P11: Teriam outros agravos que mais freqüentes?

SM12: Tem a diarreia, mas também poucos casos de diarreia,. não tivemos, não temos casos assim, muitos casos de diarreia não. Isso nós sabemos também devido a questão da água né, mesmo a Secretaria de Saúde fornece hipoclorito pra o agente comunitário de saúde, nós fornecemos hipoclorito praqueles possam trabalhar lá de casa em casa, levando né, pra poder fazer pra florar a água onde não tem sistema de abastecimento né, a pessoa tem o poço lá no quintal, eles usam hipoclorito. Antigamente nós tínhamos muitos casos de diarreia aqui no município, mas hoje também nós temos, mas é bem reduzido esse problema de diarreia. E também a dengue, também bem pouquinho, bem pouco caso de dengue ocorreram aqui no município.

(Anexo B15)

O assessor da Secretaria de Saúde:

P9: Tá bom, então a primeira pergunta. Quais os principais agravos de saúde na região?

E10: Olha, na nossa região os principais agravos, o que vem sofrendo assim uma queda, graças a Deus, era mais a questão da malária que só pra você ter uma idéia, ano passado a gente teve um índice muito grande, aproximadamente uns trezentos casos né, e esse ano a gente teve uma redução acima de 80%. A gente tá fechando o ano ainda, tá se aproximando o período chuvoso, mas esse é um dos agravos que mais aflige a nossa população, além também da daquele período de gripe, mudança de temperatura né, a questão climática, influencia muito, tem aquela virose que sempre é uma das questões de saúde que a gente enfrenta bastante. Essa mudança que agente tem aqui, seis meses de inverno e seis meses de verão tem essa mudança e aparece muito esses casos de virose, e coincide também o período com essa questão da malária até que a gente até orienta as nossas equipes de fazer a coleta de qualquer suspeito. Tendo febre a gente coleta logo pra descartar logo a malária e saber logo qual tipo de tratamento. Outro agravo também que a gente mais comum aqui assim é a questão da diarreia ainda que você sabe em nosso município infelizmente, principalmente na zona rural, em todas as localidades não dispõem de água tratada, uma água adequada, apesar da gente já ter vários micro-sistemas de abastecimento, mesmo assim ainda tem muitas pessoas que consomem água de poços, aqueles poços abertos né, que você sabe que no período chuvoso, como não tem uma proteção, essa água passa pra dentro né contaminando e isso dificulta também o nosso trabalho porque a gente combate com a distribuição de hipoclorito né através de nossos agentes comunitários de saúde. Eu acho que dos principais esses são os mais freqüentes. São esses questões aí de =

(Anexo B16)

Malária e diarreia. Doença endêmica e sintoma decorrente da condição da água. Esses são os destaques dados pelos membros da Secretaria que reconhecem problemas sanitários como causa principal do agravo e a prevenção

como estratégia mais importante para a redução dos casos da malária em uma região em que os mosquitos fazem parte da paisagem, contudo, sua proliferação pode ser controlada por medidas de prevenção e de acordo com os “usos da terra”. Outros agravos menores como a dengue e viroses são associadas ao período chuvoso, exigindo atenção para esse período. A especificidade dos agravos aponta para uma ação mais efetiva na prevenção junto à população, particularmente a que vive na zona rural de Salvaterra.

Nos dois trechos acima a qualidade da água é apontada como agravante principal para os problemas de diarreia nas comunidades. Os sistemas de micro-tratamento de água não são suficientes para o atendimento à população e, por isso, ações preventivas de saúde pública, como o uso do hipoclorito, são difundidas por meio dos agentes de saúde e dos mutirões.

5.3. O encaminhamento aos especialistas: a fala da assistente social

Os agravos anteriormente citados têm sua resolução local, nos Postos de Saúde ou no Hospital Municipal. Os agravos mais graves ou que requerem avaliação de especialistas são enviados para Belém a partir dos encaminhamentos dos médicos do Hospital. Esses encaminhamentos passam pela assistente social do Hospital que faz a consulta de vagas nos serviços de referência de Belém, via telefone, e retorna para os usuários do Hospital com as datas marcadas para Belém, geralmente depois de quinze dias ou, não raro, várias semanas depois. No atendimento da assistente social uma triagem sobre as condições financeiras do usuário é realizada com a finalidade de garantir um auxílio financeiro para deslocamento até Belém. As visitas domiciliares fazem parte dessa rotina.

PS5: Certo. É qual o seu trabalho no momento aqui no hospital? (4) Que você [faz?

AS6: Além de assistente social, eu, bom, primeira a função de assistente social. Bom, eu fico com as questões das consultas. Eu tento marcar as consultas, né, as pessoas tem a primeira avaliação com o médico. O médico vê a necessidade dessas pessoas, se : uma especialidade com neuro, com gastro, e aí ele encaminha ao setor social. Aí, com isso, eu vou agendar o nome da pessoa e vou, e faço contato em Belém, que a gente depende do SUS, pelo SUS, pra eu consegui agendar essas consultas pra essas pessoas. E com muitas dificuldades,

porque a gente só faz através de ligações e a gente tem muita dificuldades para agendar o nome desses pacientes.

P7: Então só para entender, é quando o paciente, o usuário chega aqui, ele vai primeiro para o médico, depois que ele passa no Serviço Social?

AS8: Isso, ele traz o encaminhamento do médico pedindo uma avaliação do especialista.

P9: E esse paciente vem de onde?

AS10: De todos os lugares daqui do município. De Mangueira, de (4) Joannes.

P11: Certo.

AS12: De todos os lugares [.

P13: Eles são encaminhados por quem?

AS14: Bom

P15: Eles vem direto ou eles passarão pelos postos de saúde?

AS16: Alguns vem direto, né, porque é muito carente lá, as vezes eles não conseguem, né, então as vezes a gente nem consegue, né, então tem uns que já vem direto. Eles pegam o ônibus de manhã cedo e eles vêm tentar a ficha aqui e tiram a ficha com médico. Aí o médico vê a necessidade e encaminha pra mim.

(...)

P17: E o teu trabalho especificamente, qual é? É conseguir consultas pelo SUS?

AS18: Isso.

P19: E eles vão pra Belém ou a consulta acontece aqui?

AS20: Não, eu, após agendado, né, eu dou uma previsão. Eu anoto o nome da pessoa. Eu digo, olha você, porque o nosso horário de marcação é na quinta-feira. Um dia estipulado e a hora estipulada, né. Então, se uma pessoa chega hoje pra mim, encaminhado com o médico, pedindo uma avaliação do oftalmologista, aí eu fico, é, eu agendo o nome dessa pessoa, aí eu dou uma previsão, dependendo de como tá a minha agenda aqui, de oftalmologista, aí eu digo, olha, o senhor me retorna daqui a quinze dias.

P21: Certo. É, a informação que o pessoal, que o morador de Salvaterra tem é marcar na quinta feira aqui, mas se ele vem outro dia, ele é atendido?

AS22: Não, é assim: ele vem qualquer dia na semana pra falar com o médico, aí o médico, o paciente vem aqui encaminhado. Você veio hoje se consultar com o médico, hoje é sexta-feira. O médico encaminhou pra vir aqui no Serviço Social no encaminhamento com oftalmologista. A minha lista de oftalmologista, é essa aqui ((mostra a lista em cima da mesa)) (??)[ambos riem]. Aí eu digo pra você, olha, por enquanto ta sendo o último com o oftalmologista, aí eu te ponho aqui. Então, qual a previsão pra eu conseguir uma consulta para você? Só daqui quinze, vinte dias. Porque esses que tão na frente eu tô lutando para conseguir uma consulta.

P23: E essa consulta é realizada aonde?

AS24: Lá em Belém pelo SUS.

(...)

P56. Além desse trabalho de atender os encaminhamentos que os médicos fazem pra você, e marcar as consultas em Belém, agendar, tem outro trabalho que você desenvolve?

AS57. Tem outros programas, eu faço aqui esse também, atendo, que é (??) para os domicílios. Como a nossa região é, nesse município, então esses pacientes são pessoas muito carentes que não tem condições financeiras. Então a gente vai analisar é, por exemplo, uma pessoa tem que fazer um tratamento em Belém, foi diagnosticado que ele tem que ir, dá um tratamento, então a gente pede os documentos desse paciente junto com o laudo do médico, por exemplo, de novo você. Você veio pro médico, o médico avaliou o teu caso, você necessita fazer um tratamento em Belém. Então aí, junto com o laudo médico eu anexo junto com os seus documentos e também o TSD. O TSD vai pra 7ª. Regional lá em Belém. A regional vai analisar, tem uma perícia médica também que vai analisar o seu caso, seu laudo, seus exames, tudinho a gente vai ta anexando. Se o seu documento for aceito, se for realmente comprovado, você vai fazer esse tratamento em Belém. E aí, esse aqui é um documento [

P58. E consiste em que, o usuário, o paciente recebe alguma coisa?

AS59. Recebe uma ajuda diária de 15 reais.

P60. Pra se manter em Belém.

AS61. Pra se manter em Belém. E ainda a passagem do barco.

5.4. Os vínculos com Mangueiras: os agentes de saúde e a odontóloga.

A atuação da Secretaria de Saúde em Mangueira é realizada com uma equipe de PSF, sediada no Posto de Passagem Grande, e que vai visita domiciliar por meio de seus dois agentes de saúde que acompanham os moradores e os encaminham, quando necessário, ao Posto de Passagem Grande ou para o Hospital Municipal de Salvaterra.

P25: É quarta pergunta. Em Mangueira qual é a equipe da Secretaria, equipe de saúde da Secretaria que vai lá, a periodicidade, os principais problemas e as soluções que vocês encontram?

SM26: Lá em Mangueira nós temos dois agentes comunitários de saúde que estão no dia a dia lá visitando as residências. E nós temos também a equipe do PSF, do Programa de Saúde da Família que atende lá nesta localidade. Nós levamos eles lá a equipe que por ser a localidade, diz que é a mais distante que tem da zona urbana né. Mangueira é localidade mais distante que tem, e nós assim, é pegamos essas equipes pra poder levar lá pra fazer o atendimento da comunidade lá. Agora no dia a dia as pessoas que apresentam problema de saúde mais sério, o agente comunitário de saúde, eles telefonam pra cá pra Secretaria de Saúde, eles me liga e nós mandamos imediatamente buscar aquelas pessoas que têm com problemas mais sérios de saúde pra que possa vir pro hospital. E nós estamos constantemente lá, até mesmo porque nós estamos fazendo a reforma do posto, reforma e ampliação do posto de saúde que não funcionava há mais de dez anos. O Posto lá não funcionava e hoje nós já temos com o serviço bem adiantado lá, e nós temos constantemente lá. Um enfermeiro pra fazer a vacinação, pra fazer o preventivo e levar o atendimento odontológico também, constantemente nós temos levando o dentista pra fazer o serviço odontológico lá.

(Anexo B15)

O Mutirão da Saúde

Esse evento apareceu nas entrevistas dos membros da Secretaria várias vezes e nos relatos dos moradores era considerado como a principal ação da Secretaria na comunidade. É um acontecimento singular dos últimos anos, período em que o Posto de Saúde de Mangueira estava inativo. O mutirão consegue reunir grande número de moradores, porém a fala dos membros sugere que é provisório. O retorno do atendimento no Posto traria a volta da regularidade no atendimento. Segue a fala da Secretária de Saúde sobre o mutirão:

P47: Eles fazem uma espécie de mutirão?

SM48: Mutirão, exatamente, nós levamos como (??) eu tô com 340 escovas de dente pra nós levarmos pra fazer uma ação lá, mas nesse dia não vai ser só ação de saúde bucal. Nós vamos levar um médico, dois médicos né pra consultar, nós vamos levar o odontólogo, nós vamos levar o enfermeiro pra colher o preventivo, a outra enfermeira já, porque tem o atendimento da vacina, enfim, sabe nós, e a outra já vai cuidar de orientação com as gestantes, com as mães sobre prevenção né. Nós aproveitamos oportunidades assim, e vamos mais lá no dia de sábado. E também devido o posto não tava funcionando, nós já começamos no sábado porque nós fazemos esse atendimento todo na escola, sabe, colocamos nas salas as equipes né, preparada pra fazer o atendimento na escola porque e o posto tava sem condição. Dez anos que não funciona o posto lá, hoje nós estamos reformando.

P49: E é o dia inteiro o atendimento?

SM50: O dia inteiro, nós vamos daqui 7 horas da manhã e voltamos cinco horas da tarde, mas deixamos todas as pessoas lá, qualquer pessoa que chegar, recebe atendimento, ninguém volta sem ser atendido. O Adelerme vai, agente comunitário de saúde, a Alaíde, durante a semana eles ficam mobilizando, selecionando as pessoas que ta precisando de consulta médica, que ta precisando do preventivo e fazemos aquele atendimento envolvendo né.
(Anexo B15)

O acesso à Mangueira é uma das maiores dificuldades tanto para chegar com a equipe de saúde como para trazer moradores com problemas de saúde. O transporte é apontado como principal entrave para o atendimento mais rápido e de qualidade: carro (ambulância), barco ou mesmo bicicleta para os agentes percorrerem a comunidade. Segue as falas dos agentes de saúde e da odontóloga que atende em Mangueiras sobre a dificuldade do acesso e a ligeira melhoria que houve com a estrada que leva até o Rio das Mangueiras.

O agente de saúde:

P5: Quantas horas de barco era?

A6: Duas horas e meia de viagem, inclusive teve um ano aí teve uma senhora que tava grávida, aí como naquela época só a parteira, as parteiras não deram conta, trouxeram pra fora quando no meio da viagem aí morreu. Deu ataque de albumina e não resistiu.

P7: E agora melhorou o acesso?

A8: E agora melhorou mais o acesso porque fizeram um aterro que atravessa o lago de Deus Ajude e agora os carros vão buscar direto até na Dallas. E a duração de viagem, o período de duração de viagem é de meia hora à quarenta minutos.
(Anexo B18)

A agente de saúde:

P15: Transporte, pra transportar quem tem problema?

A16: Não, pra mim atravessar pra lá né.

P17: Pra você ir até Mangueiras?

A18: Dar assistência lá pra comunidade.

P19: Porque tem que atravessar o igarapé, o Rio das Mangueiras.

A20: É, mesmo assim, eu dou o meu jeito e atravesso. Passo dia pra lá pra poder retornar a tarde pra cá. Agora a situação lá é bem complicada. Não tem remédio, a gente encontra uma situação difícil que a gente tem de dar um jeito, a gente mesmo comprar o remédio porque no momento não encontra. E tem que levar o paciente pra lá e não tem meio de transporte mais fácil que as vezes a gente de agilizar de uma forma mais rápida, mas se torna uma forma mais difícil né. Ou é moto ou é bicicleta mesmo ou carona, até que [.

P21: A Secretaria não tem carro?

A22: Eles tem, só que as vezes a gente quer contato e não tem.

P23: Contato de urgência?

A24: De urgência.

P25: E você tem que se locomover de bicicleta pra lá também?

A26: De bicicleta.

P27: Mas não tem uma bicicleta do PSF?

A28: Ainda não.

P29: Nem do PAC, porque você faz parte do PAC?

A30: É também ainda não tem esse meio de transporte né. Agora quando é remédio as vezes até eu mesmo porque eu já fiz curso de plantas medicinais e eu também trabalho assim

porque eu entendo um pouquinho né. Remédios caseiros fáceis, eu faço, as pessoas se dão bem. Outros é eu faço massagem nas pessoas e vou levando porq eu é o único recurso mais prática e fácil.
(Anexo B17)

A odontóloga:

P53: É um problema né o acesso?

O54: É, assim na época do inverno é difícil a chegada. Muita lama, muito buraco.

P55: Eu vi as fotos.

O56: Época do verão não. Verão dá pra chegar bacana. Agora inverno é difícil.

P57: E no inverno já estive lá andando com água na canela.

O58: Mucuí,

P59: Mucuí?

O60: Aí meu Deus, a gente só falta morrer de tanto coçar. Mas dá pra fazer um trabalho legal. E acredito que agora com o posto reformado e o consultório lá, vai ser bem melhor. A gente vai trabalhar prevenção né.
(Anexo B19)

A periodicidade das equipes de saúde ou dos mutirões em Mangueiras se tornou uma equação não resolvida. Os intervalos de visita variavam de quinze em quinze dias, um mês, dois meses ou até duas vezes no ano conforme o informante. Os registros não estavam organizados e disponíveis. O que é mais regular é a visita dos dois agentes de saúde que atendem em Mangueiras por meio de visitas domiciliares ou quando são solicitados para alguma emergência. As visitas da equipe de saúde completa ou dos mutirões de saúde que aciona, além dos serviços de rotina, o atendimento de higiene bucal, vacinação e outras ações de prevenção, ocorrem quando vários fatores conjugam para tais ações como: situação do tempo, disponibilidade de transporte, recursos financeiros disponíveis para a infra-estrutura da equipe e, principalmente, para os mutirões.

5.5. O que é mesmo Integralidade?

A integralidade apareceu nas falas dos membros da Secretaria Municipal de Saúde por meio de noções variadas. Se, num primeiro momento da entrevista, os entrevistados demonstraram um desconhecimento da integralidade como diretriz do SUS, ao serem informados sobre os parâmetros genéricos da diretriz como atenção integral, afirmaram já estar exercendo esse princípio na Secretaria em diversos trabalhos. Ações são realizadas, na escassez dos recursos financeiros e de equipamentos, através da rede que o pessoal da Secretaria de Saúde, aciona entre outras Secretarias, principalmente nos momentos de epidemias e campanhas.

A pergunta desencadeadora da temática foi sobre como viam a integralidade em Manguelinas. Foi necessário sempre um esclarecimento sobre esse princípio ou diretriz apresentando-a como atenção integral em todos os níveis e ações em saúde. A integralidade, como ação institucional, é configurada no trabalho do PSF que atende diretamente no domicílio e, desta forma, o atendimento é melhor, sendo apenas prejudicado pelo excesso de comunidades sob a responsabilidade das equipes. A integralidade está relacionada à participação consciente da população e de todos os setores que devem trabalhar conjuntamente numa gestão que priorize a prevenção. O que se pode verificar nas falas dos membros entrevistados, principais gestores da Secretaria, é que a integralidade perpassa a gestão e o cuidado com a população e os usuários individualmente.

A integralidade como perspectiva proporciona uma multiplicidade de sentidos que permite a revisão de rotinas na saúde, reintroduz a escuta como procedimento básico para a formulação de diagnósticos e tratamentos que vêm no usuário alguém que demanda, não a partir de rotinas, mas a partir de suas expectativas de saúde. A pergunta sobre *quem fala* (grifo meu) na demanda deveria ser central nas rotinas de gestão de serviços e ações.

Quadro 4 – Integralidade, o que pensa sobre isso em Salvaterra.

Pergunta	Secretária Municipal de Saúde	Assessor principal da Secretaria
Integralidade, o que pensa sobre isso aqui em Salvaterra	<p>SM29: É o que eu penso é que os serviços, não sei se vou responder correto né, integralidade assim sobre o Sistema SUS?</p> <p>P30: Exato, pensar a atenção aos usuários de forma integrada, conjunta, planejar as ações, isso envolve desde o trabalho do agente comunitário de saúde na comunidade até o trabalho do médico no hospital [</p> <p>SM40: Sim porque [</p> <p>P41: Pra atender integralmente aquele paciente que necessita, que faz a demanda.</p> <p>SM42: É porque nós sabemos que devido a distância né lá da comunidade das Mangueiras, eu me preocupo muito com aquela situação lá de dizer que eles são tão isolados pra lá e que precisam de um atendimento assim melhor porque aqui no município nós temos as equipes, Programa de Saúde da Família, só que cada equipe do PSF ela atende determinado número de comunidades, localidades né, e são muitos. O Programa de Saúde da Família que ta implantado lá na Passagem Grande é o maior número de localidades que atende. São várias localidades que atendem esse PSF. E nós sabemos que a comunidade das Mangueiras é a de mais difícil acesso. É onde tem mais difícil acesso pra trazer essas pessoas de lá. O que nós pensamos é assim né. Envolver como nós fazemos, é quando não dá pro médico Dr. Saraiva ir, aí eu chamo outro médico lá do outro PSF que é a Dra. Fátima. Nós constantemente levamos a Dra. Fátima que ela já é do PSF lá do Jubin né, nós já temos levado ela pra fazer atendimento lá. Já temos trazido a enfermeira lá da Condeixa que é outro PSF.</p>	<p>A53: É a minha opinião particular né, enquanto cidadão e servidor público. A minha opinião é que é uma coisa que deve, deve acontecer. Tem que acontecer. É uma coisa muito boa. E enquanto assessor, funcionário da saúde, fazendo parte da equipe, eu acredito que nós estamos caminhando rumo a isso aqui na nossa Secretaria, não só na nossa Secretaria, mas na administração porque a gente já teve provas bem concretas. Como eu já falei anteriormente pra vocês somente quando a gente faz essas questões de fazer as avaliações né, pra fazer nossos planejamentos pra elaborar as próximas ações, saber onde a gente acertou, onde agente errou pra saber onde aonde melhorar, então a gente viu que esses princípio do SUS que estão surgindo agora né, tão surgindo não , que tão sendo intensificados tem colaborado, tem colaborado muito. O que falta, eu acho que é a questão de conscientização da própria população. A gente vai trabalhar a equipe de saúde como um todo, o sistema de saúde, o setor, mas prepará-los pra trabalhar com a comunidade, pra conscientizar a comunidade, porque como eu já falei anteriormente também a prevenção, ela é fundamental. Nós temos dados assim agente começou a bater maciçamente mesmo na prevenção, a gente conseguiu reduzir, tanto é aquele caso de malária que eu falei pra você que foi uma vitória nossa. Nós fomos para as localidades mais endêmicas, fazemos palestras nas escolas que é uma coisa assim que funciona mesmo você trabalhar com o escolar, principalmente com as crianças, a gente tem pais que vem com a gente falar: olha meu filho chegou em casa, falou isso, me explicou, então, surge, tem efeito. Então, essa questão aí é de suma importância.</p>

Se para a Secretária Municipal de Saúde, a integralidade nas ações recorre a todas as possibilidades na busca do atendimento da população, para o assessor da saúde, ela parte da integração dos setores da saúde, trazendo para a ordem do dia na Secretaria, a intersectorialidade, que busca também o melhor atendimento à população que é agente de sua saúde na medida em que participa ativamente de sua prevenção e, assim, faz parte do Sistema. Das ações de planejamento mais gerais até as expectativas de quem demanda os serviços, a integralidade requer sempre planejamento e escuta. A demanda não é uniforme, nem as compreensões que se fazem dela, o que coloca o imperativo do trabalho multidisciplinar para uma maior aproximação do que aflige o usuário. Nem se pode esperar por uma homogeneização da demanda sob o risco do fortalecimento de dispositivos de controle em nome de uma gestão total.

O princípio da integralidade na saúde pode não passar de uma intenção programática, de um grande clichê que os movimentos de saúde tentam implementar na atenção à saúde. Ou pode se tornar uma diretriz norteadora das ações e experiências de gestão de saúde, sabendo que para tal modelo faz-se imprescindível a formação dos profissionais de saúde por meio de um processo reflexivo de atuação, diferente das atuais condições de efetivação da Saúde hoje no Brasil, com baixos investimentos e formação fragmentada e predominantemente tecnocientífica.

5.6 Como integrar saberes no SUS?

O SUS é um sistema amplo e complexo. Sua regulamentação na década de 1990 por meio de uma série de Leis, Normas, Portarias e Políticas refletem a heterogeneidade de atores sociais que tem se manifestado tanto para a manutenção de certas prerrogativas como o aperfeiçoamento com o objetivo de atender melhor e mais rapidamente o usuário. Nesse rol de atores, além dos usuários organizados em movimentos sociais e associações, encontramos profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, em menor escala sociólogos e antropólogos, gestores estaduais e municipais e grandes

cooperações da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos e de saúde que contam com esses profissionais e demais atores trabalhando ou respaldando seus produtos.

Nesse contexto de uma multiplicidade de atores sociais atuando na área da saúde, como integrar pessoas portadoras de conhecimentos terapêuticos tradicionais que colaboram com a prevenção e o tratamento de pessoas e populações, principalmente em regiões rurais ou de floresta como é o caso da Amazônia? As formas de inserção podem variar em decorrência dos contextos locais. Um programa pode absorvê-los temporariamente em vista de objetivos específicos, podem ser contratados como agentes de saúde, podem fazer parte de uma rede de informantes ao Sistema de Saúde com o objetivo de agilizar o atendimento, principalmente urgências e emergências. Ou seja, o modo como as pessoas que cuidam da saúde nas comunidades, principalmente rurais, no Brasil não deveria ter um modelo único de inserção espontânea, mas diretrizes como a valorização do ofício desses atores, maior agilidade no atendimento inicial, evitando-se relações de trabalho precarizadas. São propostas que exigem atenção permanente à demanda que se constrói e investimentos a nível municipal.

Na década de 1990, os agentes comunitários de saúde iniciaram uma jornada ainda não encerrada pelo reconhecimento de suas atividades e melhores condições de vínculo com o SUS⁶¹. Atualmente reivindicam seu reconhecimento como profissão, formação técnica e vínculo como servidor público. A pergunta é se a inserção desses atores do meio popular não confrontaria as funções e atividades do agente de saúde nas comunidades e bairros do município. A experiência de Mangueira mostra até então não somente possibilidades de trabalho conjunto como a de que esses atores tornem-se agentes de saúde com a formação dada pelo SUS.

Essa idéia assemelha-se à uma nova medicalização ou higienização da sociedade, características de um período da saúde pública brasileira, as vezes ainda reproduzida circunstancialmente. Ou, numa interpretação alternativa, poderia estar refletindo uma das diretrizes trazidas pelo movimento da Reforma Sanitária em que a atenção integral e o cuidado são imperativos na resolução dos

⁶¹ Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão organizados na Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde criada em 1993 em Congresso no Rio Grande do Norte.

problemas de saúde e do bem-estar das pessoas e das populações? Essa questão tem a intenção mais retórica de provocar a discussão, porque os termos anteriormente colocados são distintos. Esses atores locais entram na resolução do processo saúde-doença a partir de suas trajetórias pessoais, quer religiosas, quer humanitárias. Não há vínculo oficial com as instituições que receberam o múnus constitucional de tratar da saúde. A população procura livremente as pessoas que cuidam. A medicalização ocorrida no Brasil dos séculos XIX e início do XX e nos séculos XVIII e XIX na Europa, se caracterizou por políticas totais que utilizavam a força policial.

A experiência na atenção básica à saúde até hoje no Brasil aponta para as atividades de prevenção e vigilância como fundamentais para a redução de agravos e superação de determinantes prejudiciais à saúde. A idéia de rede de ações, incluindo os moradores dispostos a atuarem na ponta do Sistema tornaria este mais ágil, condição importante para a diminuição de riscos de vida e demais danos. Agilidade na recepção e cuidado na atenção são expectativas recorrentes nos usuários e que se fizeram notar nas entrevistas realizadas com os moradores de Manguelinas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicio estas considerações com algumas perguntas que indicam a necessidade de uma reflexão dos diversos setores envolvidos na organização e atenção à saúde: a partir da experiência de atenção básica em Mangureira, que aspectos poderiam ser potencializados na gestão dos serviços em saúde em Salvaterra? Que espaços existem hoje no SUS para que modelos locais possam ser incentivados e dialoguem com outros modelos? É possível integrar conhecimentos terapêuticos *tradicionais* (locais) nos cuidados de saúde do SUS?

Essas questões surgiram a partir da constatação que uma multiplicidade de experiências visando à atenção integral em saúde ocorrem em Mangureira, assim como são informadas na literatura consultada acerca do tema, principalmente na literatura que relata as experiências locais. Um passeio pela história da saúde pública no Brasil, pela institucionalização da Medicina e em estudos de várias áreas do saber, percebe-se estratégias populares e a ação de personagens que atuaram na saúde das populações, no cotidiano das cidades e no meio rural e foram importantes atores sociais nas epidemias que assolaram o território brasileiro e atingiram suas populações.

As respostas para as questões acima não são simples, muito menos inalcançáveis. Exigem uma permanente atenção às demandas locais e uma forma mais dinâmica de gestar o sistema. Diagnósticos locais, com a participação dos agentes de saúde, vigilância sanitária, setor de epidemiologia, e gestão dinâmica para dar respostas aos agravos que surgem, envolvendo vários profissionais da saúde e outros convenientemente imprescindíveis são fundamentais. Mas para isso é necessário enfrentar problemas de diversas ordens.

As ordens de problemas que apresento aqui surgem do trabalho de pesquisa realizado na comunidade de Manguieras e no município de Salvaterra, porém extrapolam essa dimensão local. A primeira ordem de problemas é

financeira. Os investimentos públicos em saúde ainda são pequenos⁶². Como é um dever do Estado desde a CF de 1988, a atual situação do SUS, o colocaria numa condição de grave irregularidade constitucional. Outro aspecto é que a centralização de verbas a nível federal pode ser um entrave para respostas mais rápidas do SUS aos problemas locais.

A segunda ordem de problemas é o da defesa intransigente de campos próprios de atuação profissional feita por parte de categorias profissionais que ao reduzirem sua atuação à procedimentos técnicos específicos, podem estar comprometendo a compreensão do processo de saúde-doença e, assim, dificultando o trabalho em equipe e o enfrentamento dos problemas de saúde. Aliado a isso, mas não necessariamente como resultado dessa concepção de saúde, há a defesa de espaço no mercado de trabalho.

Terceira ordem de problemas é o da formação de profissionais da saúde que com competências e procedimentos técnicos reconhecidos, não podem prescindir do trabalho em equipe e da perspectiva da atenção integral. São condições importantes para o acompanhamento do processo de saúde-doença trazido pelos indivíduos e pela população.

A noção de coletivos organizados de produção em saúde (Ceccim, 2005), onde os profissionais envolvidos no campo da saúde estejam atuando em conjunto nos serviços em todos os níveis, poderia ser mais discutida nos fóruns de saúde, na formação dos profissionais e na educação permanente.

A atual composição de pessoal da Secretaria de Saúde de Salvaterra indica uma forte presença de profissionais de diversas categorias, atuando principalmente na atenção básica. O PSF é o programa que chega às localidades mais distantes no acompanhamento e encaminhamento inicial dos moradores que apresentam queixas, além da detecção de focos epidêmicos e endêmicos. O levantamento das dificuldades encontradas nos serviços de saúde públicos no município indica que os setores secundário e terciário necessitam de urgente melhora no atendimento e acompanhamento dos casos. Por exemplo, o caso do Hospital Municipal concentra seu atendimento clínico e laboratorial praticamente no período da manhã, com uma procura maior que o Hospital pode comportar e, no período da tarde, ficar praticamente vazio, sem profissionais médicos para

⁶² Dados do SUS pra Valer sobre investimento per capita.

atendimento à população, indicação de um problema de gestão, além da falta de profissionais médicos para atenderem a demanda.

A potencialização dos serviços deve ser direcionada para a atenção básica como indicam os agravos locais pela experiência adquirida dos agentes de saúde local e pelas características sócio-ambientais da região. A proposta de aumento dos dos agentes de saúde de 35 para 50 para ampliar o PSF indicam a vigilância da Secretaria de Saúde Municipal para as necessidades locais. Mas as ações locais superam a esfera da Saúde e devem envolver outros setores básicos como saneamento e tratamento de água e fiscalização das atividades econômicas locais como a pecuária devido ao impacto sobre as comunidades rurais.

A partir da reflexão sobre as relações entre conhecimento tradicional e conhecimento instituído, entre saberes e política como dimensões de uma rede de vínculos na sociedade, onde a ciência feita nos laboratórios e universidades, protegida juridicamente, com destaque para a ciência médica, convive com saberes populares baseados também na observação e na experiência dessas populações tradicionais (Cunha, 2002), merece uma política própria voltada para o diálogo e a parceria que tragam benefícios para as comunidades nas diversas formas possíveis: presença dos serviços do Estado na região, retorno das pesquisas acadêmicas para essas comunidades.

A discussão em torno da participação de um novo ator social da saúde que está atuando no campo através de ofícios que detém em suas comunidades locais uma forma já utilizada de intervenção no campo da saúde, que é o agente de saúde escolhido dentre aqueles que já exercem ofícios na comunidade, que cuidam dos problemas surgem e que são chamados para tender diversos tipos de agravos. A agente comunitária de Mangueiras que foi parteira e atua com fitoterapia é um caso ilustrativo dessa possibilidade. O agente de saúde na Amazônia pode ser uma forma de efetivação da integralidade.

A integralidade das ações envolvendo práticas de saúde diversificadas depende de uma gestão ativa que articule, a partir da organização dos serviços, a possibilidade de planejamento permanente atento para as necessidades apresentadas pela população ou pela própria saúde pública. Uma gestão participativa é fundamental para a efetivação da integralidade dos saberes e práticas visando um melhor atendimento da população e redução dos agravos a partir. Ou seja, os problemas enfrentados por um cidade e sua população não

dependem só da predominância desta ou daquela prática, mas do conjunto de medidas e ações que são implantadas e acompanhadas pelos profissionais da saúde e pela população que exerce, nesse caso, seu controle sobre um serviço essencial que é um direito garantido universalmente para todos.

O princípio de integralidade encontra dificuldades na sua formatação jurídica justamente porque é, sobretudo, uma perspectiva que fomenta experiências de enfrentamento de agravos em saúde e de prevenção. A sua definição precisa em parâmetros jurisdicionais podem engessar, mais do que estimular. A pergunta que faço é se este não é o caso da Portaria 971/2006 sobre Práticas Integrativas e Complementares que cita quatro práticas mais comuns no meio urbano ou para quem tem recursos para tal uso terapêutico, enquanto que para o meio rural e, especificamente para a região amazônica, não aponta para o incentivo de práticas ou estratégias de saúde locais em nenhum de seus itens. A prática da fitoterapia prevista na Portaria pode ser mais favorecedora do setor já instalado de farmácias fitoterápicas e homeopáticas que atuam na área da saúde.

A partir da constatação de que o SUS continua em construção, é importante que as políticas para a integralidade devam ser regionalizadas. Em se tratando de práticas de saúde que envolvem recursos biogenéticos, o trabalho poderia realizar-se em parceria com as Universidades e Centros de Pesquisa visando o estudo laboratorial, a classificação e a orientação sobre o uso de tais recursos, o que já ocorre em alguns lugares⁶³. Essa estratégia tem o benefício de empoderar populações locais e seus saberes no uso e prerrogativas sobre os mesmos, a partir de protocolos transparentes entre as partes envolvidas em direção à uma legislação que garanta o direito de uso ou benefício dos recursos e seus produtos. Do contrário, o retorno àqueles que são os principais atores da preservação e cultivo da biodiversidade local não será realizado ou poderá vir através de medicamentos de altos custos.

Nesse contexto, a proteção desses recursos biogenéticos estará baseada e fundamentada no uso local coletivo e com perspectivas de aplicabilidade para mercados maiores. Para isso, é necessário investimento em pesquisa e na formação dos profissionais envolvidos na estratégia. Os conhecimentos produzidos, além de continuarem beneficiando as populações locais, agregam

⁶³ No Brasil algumas universidades fazem um trabalho de pesquisa e assessoria de secretarias municipais para o uso de ervas e plantas medicinais na saúde: Universidade Federal do Ceará e Unicamp.

valor aos recursos, não tornando-se onerosos ao Estado. Como acompanhar esse processo? A criação de comitês de ciência com a participação da sociedade é uma proposição a ser discutida. Essa experiência existe em países como França e Canadá. No Brasil essa experiência poderia incluir setores da população com pouco acesso a serviços essenciais, contudo, conhecedores de parte da biodiversidade voltada para a saúde. A condição para que esse projeto obtenha resultados positivos é a formação de uma ampla rede de atores sociais com capacitação permanente.

Retomando a proposta de Ceccim (2005), a formação de “coletivos organizados em saúde” para a região amazônica que envolva, não somente profissionais da saúde, mas setores da população com saberes distintos, poderia mobilizar uma rede de atenção à saúde capaz de dar respostas ágeis aos agravos das população e atenta aos determinantes dos mesmos que extrapolam os limites locais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, Sonia. *Os sentidos das Práticas voltadas para a Saúde e a Doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil*. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

ALFONSO-GOLDFARB, Ana Maria. *Da alquimia á química: um estudo sobre a passagem do pensamento mágico-vitalista ao mecanicismo*. São Paulo, Landy, 2001.

BELTRAN, Maria Helena Roxo. *Imagens de magia e de ciência: entre o simbolismo e os diagramas da razão*. São Paulo, Educ/Fapesp, 2000.

BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Belém, Museu Emílio goeldi/UFGA, 2004.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo, Perspectiva, 2003.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. 3ª. Ed. São Paulo, Paz e Terra, 2004.

BRASIL. *Constituição Federal do Brasil*. Curitiba, CEDCA, 2001.

_____. IBGE, *Censo 2000*. <www.ibge.gov.br>

_____. *Gestão Municipal de Saúde. Textos Básicos*. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2001.

_____. *Lei 8.080* (dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências). Presidência da República. Brasília, 1990. <<http://www.portaldasaude.gov.br>>.

_____. *Portaria 971/06* (aprova a Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde). Ministério da Saúde. Brasília, 2006-10-17. <<http://www.portaldasaude.gov.br>>.

_____. *8ª. Conferência Nacional de Saúde, 1986*. Relatório Final. <<http://www.portaldasaude.gov.br>>.

CAMARGO Jr. Kenneth Rochel. *A biomedicina*. Physis, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento), p. 177-201, 2005.

_____. *Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade*. In: Pinheiro, Roseni e Mattos, Araújo (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABRASCO, 2005.

CANGUILHEM, Georges. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris, Livrarie Philosophique J. Vrin, 1989.

_____. *O normal e o patológico*. 6ª. Ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006.

CASANOVA, Pablo González. *As novas ciências e as humanidades: da academia à política*. São Paulo, Boitempo, 2006.

CECCIM, Ricerdo Burg. *Onde se lê "Recursos humanos em Saúde", leia-se "Coletivos Organizados de Produção em Saúde". Desafios para a Educação*. In: Pinheiro, Roseni e Mattos, Ruben Araujo. *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABRASCO, 2005.

CONFALONIERI, Ulisses. *Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para análise de paisagens e doenças*. Estudos Avançados, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 221-236, jan./abr., 2005.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Graal, 1983.

CUBA. *El plan del médico de la familia de Cuba*. Ministério de la Salud Publica. UNICEF/ UNFPA/OPS/OMS, s/d.

CUNHA, Manuela Carneiro da e ALMEIDA, Mauro Barbosa de. *Enciclopédia da Floresta*. São Paulo, Companhia das Letras, 2002.

_____. *Populações tradicionais e conservação ambiental*. In: CAPOBIANCO, João Paulo Ribeiro et al. *Biodiversidade na Amazônia Brasileira: conservação, uso sustentável e repartição de benefícios*. São Paulo, Estação Liberdade/Instituto Sócioambiental, 2001.

DANIEL, Padre João. *Tesouro Descoberto no Máximo Rio Amazonas*. Vol. 1. Rio de Janeiro, Contraponto, 2004.

DERRIDÁ, Jacques. *A farmácia de Platão*. São Paulo, Iluminuras, 1997.

Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa. 2004.

FEYERABEND, Paul. *Diálogos sobre o conhecimento*. São Paulo, Perspectiva, 2001.

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. 7ª. ed. Rio de Janeiro, Forense Univesitária, 2005.

_____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo, Martins Fontes, 1999.

_____. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro, Graal, 1988.

_____. *O nascimento da clínica*. 6ª. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2004.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

_____. *Vigiar e punir: a história das violências nas prisões*. Petrópolis, Vozes, 1977.

FOUCAULT, Michel e POL-DROIT, Roger. *Entrevistas*. São Paulo, Graal, 2006.

GEERTZ, Clifford. *Observando o Islã*. Rio de Janeiro, Zahar, 2004.

_____. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis, Vozes, 1999.

LATOUR, Bruno. *A ecologia política sem a natureza*. Projeto História, São Paulo, (23), nov. 2001.

_____. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1997.

_____. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo, UNESP, 2000.

_____. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1994.

_____. *Políticas da natureza: como fazer ciência na democracia*. Bauru, SP, EDUSC, 2004.

LAW, John. *O laboratório e suas redes*. s/a.

LYOTARD, Jean. *A condição pós-moderna*. São Paulo, Papyrus, 1990.

LUZ, Madel. *A arte de curar versus a ciência das doenças*. São Paulo, Dynamis Editorial, 1996.

LUZ, Madel. *Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX*. Physis, v. 15, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br.php?>

_____(coord). *Medicina ocidental contemporânea*. VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 1997.

LUZ, Madel. *Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual*. In: Pinheiro, Roseni e Mattos, Ruben Araújo de (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MARIN, Rosa Elizabeth Acevedo e CASTRO, Edna Maria Ramos. *No caminho de pedras de Abacatal: experiência social de grupos negros no Pará*. 2ª. Ed. Belém, NAEA/UFPA, 2004.

MATOS, Francisco José de Abreu. *Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades*. Fortaleza, Editora UFC/ Edições SEBRAE, 2002.

MATTOS, Ruben Araújo. *Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5), 2004, p. 1411-1416.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª. Ed. São Paulo, Hucitec, 2006.

MONGE, Antonio. *Patentes e contratos no descobrimento de medicamentos nos países em desenvolvimento: uma reflexão da perspectiva do investigador*. In: YUNES, Rosendo Augusto e CALIXTO, João Batista. Chapecó, Argos, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional (2002- 2005)*. Genebra.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. *O Sistema Único de Saúde: descentralização e a desigualdade regional. Um enfoque sobre a região da Amazônia Legal*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Tese de doutorado, 2005.

PERELMAN, Chaim. *O império retórico: retórica e argumentação*. Lisboa, ASA Editores, 1999.

PAIN, Jairnilson Silva. *Organização da atenção à saúde para a urgência/emergência*. In: Saúde Coletiva: textos didáticos. Salvador, Centro Editorial e Didático/Universidade Federal da Bahia, 1994.

PÁL PELBART, Peter. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo, Iluminuras, 2003.

PEDROSA, Claudio Henrique. *Cuidar? Sim. Olhar de gênero? Não. Os sentidos do cuidado no CAPS em documentos técnicos do Ministério da Saúde*. 191 p. São Paulo, 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). PUC-SP.

PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005.

_____. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube; MACHADO, Felipe Rangel S. e GOMES, Rafael da Silveira. *Demanda em saúde e Direito à saúde: liberdade ou necessidade? Considerações sobre os nexos constituintes sobre as práticas da integralidade*. In: Pinheiro, Roseni e Mattos, Ruben Araújo de. *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005.

Programa Sôro, Raízes e Rezas. In: 20 Experiências de Gestão Pública. Ciclo de Premiação 2003. Relatório Final (Verônica Paulics e Pedro Paulo Freire Piani). São Paulo, FGV-SP, 2005.

PÓVOA, Eduardo Conte. *Medicina baseada em evidências: critérios assistenciais: reflexões críticas sobre cuidado e ética em Saúde, no contexto da Biomedicina e da Globalização*. Rio de Janeiro (Série Estudos em Saúde Coletiva), jan. 2002.

RESENDE, Maria Leônia Chaves de. *Entre a cura e a cruz: jesuítas e pajés nas missões do Novo Mundo*. In: CHALHOUB, S. et al. *Artes e ofícios de curar no*

Brasil. Campinas, SP, Editora da Unicamp, 2003, p. 231-268.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Discours sur les scienses e les arts*. In: Ouvres complètes 2. Paris, Editions duSeuil, 1971.

ROVERATTI, Dagmar Santos. *Plantas medicinais*. São Paulo, Unimarco Editora, 1999.

SANTOS, Boaventura Souza. *A gramática do tempo: por uma nova cultura política*. São Paulo, Cortez, 2006.

_____. *Conhecimento prudente para vida decente: "Um discurso sobre as ciências" revisitado*. São Paulo, Cortez, 2004a.

_____. *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo, Cortez, 2004b.

SANTOS, Fernando Sérgio Dumas dos. *Tradições populares de uso de plantas na Amazônia*. História, Ciências, Saúde, vol. VI, Suplemento, set. 2000, p. 919-939.

SALLES, Vicente. *O negro no Pará: son o regime da escravidão*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio / Universidade Federal do Pará, 1971.

SHIVA, Vandana. *Biopirataria: a pilhagem da natureza e do conhecimento*. Petrópolis, Rio, vozes, 2001.

_____. *Biodiversidade, direitos de propriedade intelectual e globalização*. In: Santos, Boaventura de Souza (org.). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2005.

SPINK, Mary Jane. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre, Edipucrs, 2004a.

_____. *Psicologia social e saúde: práticas, sabres e sentidos*. Petrópolis, Vozes, 2003a.

_____. *Subvertendo algumas dicotomias instituídas pelo hábito*. Athenea Digital 4. 2003b. Disponível em: <http://antalya.uab.es/athenea/num4spink.pdf>

SPINK, Mary Jane e LIMA, Helena. *Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação*. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 3ª. Ed. São Paulo, Cortez, 2004b.

SPINK, Peter. *Análise de documentos de domínio público*. In: Mary Jane Spink (org.). Práticas discursivas e produção de sentidos. São Paulo, Cortez, 1999.

_____. *Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista*. Psicologia e Sociedade, V. 15, n. 02, 2003, p. 18 – 42.

VIANNA, Arthur. *As epidemias no Pará*. 2ª. Ed. Belém, Universidade Federal do Pará, 1975.

VIEIRA, Lúcio Salgado. *Fitoterapia da Amazônia*. 2ª. Ed. São Paulo, Agronômica Ceres, 1992.

WEBER. Max. *A objetividade do 'conhecimento' nas ciências sociais*. São Paulo, Ártica, 2006.

OUTROS MATERIAIS

CASTRO, Edna e MARIN, Rosa Elizabeth Marin. *Quilombolas do Pará*. BELÉM, NAEA/UFPA, 2005. 1 compact disc (CD).

Quilombolas da Ilha do Marajó. Pará. Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia. Fascículo 7. Belém, Coordenação Estadual das Associações de Remanescentes de Quilombo do Estado do Pará/ UNAMAZ, 2006.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA SOBRE MODOS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE PROBLEMAS DE SAÚDE E SUAS POSSIBILIDADES DE INTEGRAÇÃO

Esta pesquisa visa entender os sistemas de prevenção e tratamento de saúde que são utilizados em Mangueira, vila do município de Salvaterra - Pará. A pesquisa tem por objetivo investigar o que os moradores fazem para resolver os seus problemas de saúde e de seus familiares: que pessoas são procuradas para a solução dos problemas de saúde, que recursos (medicamentos, plantas e outros) são utilizados para enfrentar esses problemas, como e quando recorrem ao Sistema Oficial de Saúde.

Para o desenvolvimento desta pesquisa serão realizadas visitas à Mangueira para entrevistas e conversas com os moradores e com as lideranças locais. Em uma etapa posterior serão também realizadas entrevistas com membros da Secretaria de Saúde Municipal e com a equipe de saúde que presta assistência ao local.

As informações dadas serão utilizadas apenas para a pesquisa e será preservado o anonimato dos informantes. Espera-se que os resultados da pesquisa possam servir para a formulação de políticas públicas voltadas para a melhoria da saúde da população.

A participação na pesquisa é livre e pode ser interrompida a qualquer momento por vontade dos participantes. Fico à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários antes da assinatura da autorização.

Data: ____/____/____

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Responsável pela pesquisa: Pedro Paulo Freire Piani
(Doutorando do Programa de Psicologia Social da PUC-SP)

Assinatura do responsável da pesquisa: _____

ANEXO B

TRANSCRIÇÃO INTEGRAL DAS ENTREVISTAS

Sobre sinais utilizados na entrevista:

- Interrogação entre parênteses significa fala inaudível ou incompreensível.
- Número entre parênteses corresponde há intervalos de silêncio.
- Entre chaves encontram-se complementos do entrevistador.
- Chaves abertas significam interrupção da fala pelo outro.

Entrevistas organizadas com a seqüência:

- Pessoas que cuidam (Anexos B1 a B6)
- Moradores (Anexos B7 a B13)
- Membros da Secretaria Municipal de Saúde de Salvaterra (Anexos B14 a B20)

Pessoas que cuidam

Anexo B1

Conversa com Dona Lúcia

Data: julho de 2004

Acompanhado de Ivana, uma liderança da Associação de Remanescentes Quilombolas de Mangueira, chegamos na casa de Dona Lúcia. Ivana chamou a Dona Lúcia que apareceu ao lado da casa. Geralmente as portas das casas são laterais. Na frente das casas, apenas janelas ou simplesmente a parede. Dona Lúcia olhou para nós e disse:

- Oi (com um olhar em minha direção que transmitia curiosidade)

Respondi:

- Oi Dona Lúcia, tudo bem?
- Mas o que é ? Perguntou D. Lúcia.

Ivana apresentou rapidamente o motivo da visita e disse que eu gostaria de conversar com ela. Dona Lúcia aproximou-se do portão externo onde estávamos. Foi quando comecei a falar. Eu disse que a Profa. Rosa tinha me falado dela como uma pessoa que cuidava da saúde de moradores da comunidade e que conhecia muitos remédios da terra. D. Lúcia tentava lembrar quem era a Profa. Rosa, já que muitas mulheres de Belém compunham o grupo da UFPA que pesquisava em Mangueira. Falei que era a professora que usava o chapéu ao que D. Lúcia lembrou prontamente.

Dona Lúcia falou:

- Ah é aquela senhora do chapéu grande. Sei quem é. Aquela reunião foi muito boa. Vai ter outra?

Respondi que sim, mas que as pessoas ainda iam se reunir para acertar um outro encontro. A reunião que Dona Lúcia falava era o 3º. Encontro de Mulheres Quilombolas do Pará em que Dona Lúcia participou e expôs sobre seu trabalho de cuidadora, junto com outras mulheres, da saúde dos moradores locais.

Dona Lúcia falou:

- Tenho pouco tempo agora porque vou ainda preparar um remédio para atender uma moça que veio de Belém pra se tratar comigo.

Dona Lúcia convidou-me para acompanhá-la. Ela, Ivana e eu saímos pelo pasto, aliás, quase tudo é pasto na comunidade de Mangueira.

Chegamos na casa de D. Raimunda, que D. Lúcia afirmava ser sua ajudante nos trabalhos de parto, além disso, eram primas.

Dona Lúcia disse:

- Já fiz mais de cem (100) partos e nunca estraguei nenhuma mulher. Algumas crianças se perderam, mas não tinha jeito. Depois de três horas de trabalho de parto se a mulher não apresenta mais de uma polegada de abertura, encaminhado para o hospital.

Sentados na área externa da casa, D. Lúcia, D. Raimunda, Ivana, a moça de Belém e eu conversamos. Perguntei sobre as ervas e plantas que utilizava. Onde ela conseguia. D. Lúcia disse:

- A gente pega no mato, ao redor da casa. A terra dá o que a gente precisa para os remédios.

E apontou para uma *vassourinha vergamorta* que estava no quintal da casa de Dona Raimunda.

Continuando a conversa Dona Lúcia disse:

- Eu estou estudando na escola municipal.

A classe, na escola municipal, era constituída de mais jovens e mais velhos. Aulas diárias. Conheci sua professora, a Raimunda, que tinha o segundo grau completo. Dona Lúcia escrevia com desenvoltura, o que atestava as receitas de remédios caseiros que escreveu em meu caderno de campo. Escreveu uma reza para erizipela, além da receita (forma de fazer) de dois remédios para a erizipela, um para diarreia, dois para verme, uma para *afermentação* e uma para reumatismo. Esses problemas de saúde correspondiam aos mais rotineiros segundo levantamento preliminar realizado pela equipe da Profa. Rosa.

Dona Lúcia continuou falando:

- A tarefa de cuidar das pessoas recebi desde jovem. Foi algo repentino, não esperava, é

um dom. Aprendi com minha mãe. Observava ela, acompanhava-a nas visitas a pessoas doentes, aprendi também com outras pessoas mais velhas.

Dona Lídia:

- Preparo os remédios pela manhã ou a tarde e devem ser ingeridos no final da tarde, pois assim os males, as doenças são levadas com o dia.

Tomar remédio no final da tarde tinha um sentido relacionado com o final da doença, era como se o problema fosse embora com o dia que findava.

Dona Lídia falou:

- Vou lhe ensinar os remédios para que o senhor utilize com as pessoas em Belém e São Paulo.

Então eu disse:

- Isso é trabalho para a senhora que já tem a experiência e o jeito para essa tarefa importante. O meu trabalho ali é o de registrar essa tarefa tão importante.

Mas ela disse mais uma vez:

- Mas o senhor não quer aprender para ensinar lá com o seu pessoal.

Sorri e respondi:

- Não, isso é para a senhora.

Dona Lídia finalizou a conversa dizendo para todos que estavam ali:

- Mas então o senhor veio para conversar comigo. Que bom. Volte que vou lhe ensinar mais coisas que só o senhor vendo. Mas vem com tempo.

Nos despedimos com um abraço.

Escreveu em meu caderno de campo uma reza para erizipela, além da receita (forma de fazer) de dois remédios para a erizipela, um para diarreia, dois para vermes, uma para afermentação e uma para reumatismo.

Anexo B2

Seu Júlio (cirurgião - médico da terra) – Entrevista

Data: julho de 2005

P = Pedro

J = Seu Júlio

P1: Boa tarde, Seu Júlio. Eu sou o Pedro Paulo da Puc. A gente tá fazendo uma pesquisa sobre saúde para o doutoramento que eu faço na universidade. É uma pesquisa sobre como vocês enfrentam os problemas de saúde e o senhor é uma das referências aqui. Vários moradores apontaram como uma das pessoas que cuida da saúde em Mangueira. Eu queria que o senhor se identificasse, desse o seu nome e dissesse o que faz e depois eu começo a entrevista com as perguntas que eu já falei para o senhor.

J2: Eu Júlio, seu Pedro.

P3: Júlio de que?

J4: Manoel Júlio. Então aqui, o caso que tá acontecendo aqui é gastrite, que tá muito esse aqui em Mangueira. Então nesse caso a gente trata com o suco do mastruz com leite que dá o combate, quando tá no começo.

P5: Tem outros casos, além da gastrite que aparecem mais?

J6: Tem o enfraquecimento de peito que aparece por aqui, aí nós cuidamos com o leite do Amapá, o biotônico.

P7: O Fontoura?

J8: Tem o Fontoura, o suco da folha da erva do passarinho, com o suco da erva do algodão com leite.

P9:- Então tudo é masserado?

J10: Isso, isso, é masserado, com mel de abelha.

P11: Para o enfraquecimento do peito

J12!: Isso.

P13: Que outros problemas o pessoal traz para o senhor tratar?

J14: Tem o reumatismo. Aqui a gente trata é tipo uma pomada, aí tem a andiroba, com querosene, com o amoníaco e a casca da corticeira queimada, aí você queima, faz aquela pomada e passa.

P15: A da cortiça?

J16: Isso, você queima e faz a pomada tipo uma andiroba e passa, a pessoa fica bom.

P17: A cortiça vocês arrumam de tampa de garrafa.

J18: É.

P19: Quais os outros casos, outros problemas que o pessoal traz?

J20: A gente tem a diarréia, aí a gente faz o chá da marupajim (?), do cachimbo do mangue, da marupajim.

P21: É uma erva ou uma planta?

J22: É uma planta. É desse mangue que tem no igarapé. A raiz do pião branco, bate ela, faz o chá, a pessoa toma e paralisa.

P23: Tem aparecido gente com tumor, caroço?

J24: De vez em quando aparece.

P25: O que é que o senhor acha que é e como o senhor trata?

J26: É humanacida que dá na pessoa. Aparece uma ou duas caroços, então a gente pega a banha do camaleão, banha da jibóia e a banha da tartaruga, mistura, passa, aí aquilo amolece, aí a gente coloca, queima o rabo do tatu com pouquinho do sabão (?), faz aquela mistura, coloca o leite da sucuba, aquilo fura, aquele pus que tem dentro, sabe, aí sai o carnegão, e aí sara logo.

P27: Boa parte dos remédios é da terra?

J28: É da terra.

P29: É dos animais?

J30: É dos animais

P31: Além disso, o senhor planta alguma coisa ou o senhor colhe o que está na terra?

J32: Não, planto.

P33: Dizem que no verão várias dessas plantas morrem?

J34: Morrem, muitas morrem.

P35: E como é que o senhor faz?

J36: A gente pra proteger tem de molhar todos os dias.

P37: Ah, então dá para tratar delas no verão?

J38: Dá pra tratar no verão.

P39: Evitar que elas morram?

J40: Evitar que elas morram.

P41: Tem de molhar direto?

J42: Exatamente. As vezes as pessoas chegam com uma dor no estômago, problema de fígado, aí a gente faz o chá do amor crescido com jambú e o boldo do Maranhão. A pessoa toma, tem gente que eu amarro na boca.

P43: Então essas plantas e ervas morrem porque o pessoal não cuida.

J44: Tem que cuidar, tem de molhar todo dia, de manhã, a tarde, aí ela.

P45: Como o senhor trata da saúde do pessoal aqui, o senhor tem esse cuidado?

J47: Tem de molhar as plantas.

P48: Como que o pessoal lhe chama?

J49: Me chama pelo nome, Júlio.

P50: Não é o curador, cirurgião.

J51: Não.

P52: Outra coisa, o pessoal aqui fala muito desse tumor humanacida. O que é humanacida?

J53: Humanacida, ele cresce assim, ele cresce, aí a pessoa, ele ta acostumado a dar febre na pessoa. Se não deixar sair aquele carnegão, ele sai em outra parte, pode até furar, mas ele vai saí em outra parte, se ele tomar uma injeção ele pode aparecer em outra parte. É porque recolhe, entendeu, aí tomou injeção, aquilo sumiu daquela parte e apareceu em outra parte.

P54: Então o senhor também não se opõe que eles façam o tratamento no sistema oficial de saúde, que é médico, médica, posto de saúde, hospital, o senhor encaminha também?

J55: Isso. Quando eu vejo que o negócio não dá para remédio da terra, então eu encaminho para ir com o médico.

Anexo B3

Seu Júlio (cirurgião - médico da terra) – Caso relatado

Data: julho de 2005

P = Pedro

J = Seu Júlio

P1: Então, de todos esses casos, eu queria que o senhor escolhesse um, e falasse como o senhor atendeu, tratou, encaminhou, se melhorou ou não, o mais recente. Pense num e fale.

J2: Eu atendi uma menina que veio aqui, essa menina veio desenganada pelos médicos, ela veio carregada. Até meu irmão carregou ela, o Mundico, ela mora aqui (próximo), ela é minha parenta. Então, a menina tava muito acabada, o senhor conferia as costelas dela. Então, elas falaram que lá tinha jeito, então ela veio, eu tava trabalhando numa farinha que a gente costumava fazer lavrura também, coisa de roça. E a mãe dela foi lá, falou comigo ... e pediu pra fazer trabalho pra ela, fiz a consulta pra ela. Aí tiraram uma besteira que ela tinha. Uma bruxaria que ela, colocaram nela, tiraram.

P3: É bruxaria?

J4: É bruxaria, você já ouviu falar nisso?

P5: Já, já.

J6: Bom, tiraram, aí fui tratar dela. Então, graças a Deus e a Nossa Senhora da Virgem Conceição, ela ficou boa, ai engordou, ta gorda.

P7: Como foi que o senhor tratou dela, através de remédio, planta, oração?

J8: De rezas, de ervas, remédios, aqueles sucos que eu falei, erva de passarinho, mastruz, da folha de algodão com mel de abelha, aí tem o leite de Amapá e o caldo de turú.

P9: Turú?

J10: Turú, um grande fortificante. O suco do genipapo, um grande remédio pra anemia.

P11: Ah, o genipapo pra anemia?

J12: Isso.

P13: E tem aqui o genipapo, a árvore?

J14: É.

P15: Então, não foi preciso encaminhar pra médico?

J16: Não, depois que ela ficou boa, o bastante, então eu disse que era pra levar ela no médico pra ver onde era que tá o sofrimento dela. Então ela foi e não atestou nadinha, graças a Deus.

P17: É interessante esse trabalho que o senhor faz o que tem que fazer, mas mesmo assim o senhor se preocupa de?

J18: De remeter pra o médico.

P19: Pra ver se tem outra coisa, alguma seqüela.

J20: Isso.

P21: E quanto tempo durou esse tratamento todo?

J22: O tratamento durou uns três meses.

P23: Três meses. Ela vinha aqui ou o senhor ia lá?

J24: Ela vinha aqui.

P25: E qual era a periodicidade? De quanto em quanto tempo?

J26: Ela vinha três ou quatro dias. Vinha aqui, eu rezava nela.

P27: Junto com a mãe e o pai

J28: Era.

P29: Pra rezar o senhor usa alguma erva, alguma coisa?

J30: A vassourinha, quando não o maracá.

P31: O maracá é aquele instrumento tipo um chocalho.

J32: Isso. Com a pena de arara. O senhor já viu?

P33: Sei, sei.

J34: Com a pena de arara. Aí a gente sacode vai rezando, vai rezando.

P35: Aquele é de origem indígena, negra?

J36: É indígena negra.

Anexo B4

Dona Elizabeth (moradora, atende alguns casos) – Caso de epilepsia

Data: julho de 2005

P= Pedro

E= Elizabeth

P1: -D. Elizabeth, eu sou o Pedro da Puc de São Paulo e eu to fazendo essa pesquisa sobre a saúde aqui na comunidade de Mangueira. Como é que vocês tratam, cuidam da saúde, como é que está as condições de saúde aqui, e o que vocês fazem quando alguém da família tá doente. Então, a senhora se identifica, diz seu nome e conta aquele caso que ia contar.

E2: - Meu nome é Elizabeth Irmã dos Santos, né. Eu sou mãe do rapaz que adoeceu aqui em casa. O meu filho teve problema de epilepsia, né, ataque epilético, e eu teve que levar ele daqui as pressas pra Salvaterra. Daqui é muito difícil né, muito difícil mesmo, a ida pra Salvaterra quando acontece um caso desses assim. E eu teve que, tiveram que amarrar uma rede num pau aqui pra botar ele dentro aqui pra levar pruma canoa lá no porto.

P3: Ah, isso eu não sabia, D. Elizabeth.

E4: Né. Botaram ele numa canoa e atravessar o rio pra pegar um carro lá do outro lado do rio. Lá a gente foi pra Salvaterra. Chegamos lá era 9 horas da noite. Chegou quase morto lá, em Salvaterra. Aí lá eles aplicaram umas injeções nele e ele dormiu e no outro dia ele se recompôs, né.

P5: Quando foi isso?

E6: Isso foi dia 20, 29 de julho de 2003.

P7: Foi a primeira crise?

E8: Foi a primeira crise. Foi a primeira crise.

P9: Aí foi pro Hospital de Salvaterra?

E10: De Salvaterra. Quando foi dia 29 de agosto, outra crise, aí passou o ano, quando voltou

novamente, aí dava todo mês. Todo mês eu tinha que correr com ele pra Salvaterra. Tinha de correr com ele pra Salvaterra, senão ele pode morrer aqui mesmo, sem recurso nenhum, porque aqui não tem nada né. Não tem nada. Nós aqui tamos precisando de dentista que não vem, né.

P11: Na equipe de saúde não vem?

E12: Não vem dentista. Ih, já faz tempo, veio aqui ..., mas não demorou, foi rapidinho e foi embora. E aí ficou assim.

P13: Atendeu muita gente o dentista?

E14: Não, não atendeu muita gente, né. Deu meio dia, acho que a anestesia que veio foi pouca, aí não deu pra atender né as pessoas que tavam com necessidade. Se tem uma pessoa com problema de dente tem que ir Soure pra retirar ou Salvaterra. Tem o posto lá de Passagem Grande. Aquele posto foi pra beneficiar as pessoas daqui, fica mais próximo, mas não tem transporte.

P15: Fica na entrada ali da Rodovia?

E16: Da rodovia, é. Não tem transporte daqui pra lá. A gente tem que ir pra Soure, de Soure, Salvaterra, pra chegar em Passagem Grande.

P17: Então é melhor ficar em Soure ou Salvaterra no hospital.

E18: É, é melhor ficar em Soure ou Salvaterra no hospital.

P19: Aí, então, depois da primeira crise, ele tomou o remédio, passou quantos dias no hospital?

E20: Passou quatro.

P21: E voltou pra cá?

E22: Voltou pra cá, voltou pra cá.

P23: Aí o que a senhora fez?

E24: Aí já deu umas três crises e a médica mandou pra Belém, né. Outro problema que eu enfrentei lá em Salvaterra, porque eu fui no hospital e deram uma ficha pra diretora do hospital assinar e eu fui lá era 10 horas e ela não estava no hospital. Eu fui pra Belém, mas lá em Belém eu fui logo atendida. No hospital lá eu conheço uma pessoa que mora dentro do posto de saúde lá, que trabalha né, no posto de saúde, essa pessoa me encaminhou pra um hospital lá e ele foi atendido. E até hoje lê ta fazendo tratamento por Belém.

P25: Ah, é em Belém que ele faz?

E26: Em Belém. Tem que viajar daqui pra Belém todo mês. Agora esse mês eles esparçaram já, que é pra ele ir em abril, né, ele foi 25 de fevereiro, né. Agora tem que ir 25 de abril,

P27: Ah, não é mais mensal.

E28: É, esparçou mais um pouco. Aí tem que ir dia 25 de julho.

P29: Ah, ta, dois meses.

E30: Já ta esparçando, mas assim mesmo a gente tem que dar todo esse...só pra chegar daqui em Belém, né.

P31: Dinheiro gasto?

E32: Dinheiro que a gente gasta muito.

P33: E ele ta sendo medicado? Eles dão remédio?

E34: Dão o remédio, dão o remédio, lá dão, dão o remédio é.

P35: É Prefeitura ou é o Estado.

E36: É do SUS.

P37: Do SUS. E a senhora além do tratamento médico a senhora usou outro tipo de tratamento aqui na sua casa com ele.

E38: Usei, remédios caseiros, né.

P39: Quais?

E40: Porque tem um remédio que chama os olhos de boi, aí a gente dá, o alecrim da angola, a gente dá com chá, aquilo combate um pouco, né, mas não elimina, não elimina.

P41: Olho de boi é?

E42: Um remédio, é no mato mesmo que a gente pega.

P43: É uma folha?

E44: É uma fruta.

P45: É uma fruta

E46: A gente rala e faz o chá e dá.

P47: E o alecrim?

E48: O alecrim da angola é um folha.

P49: Uma folha?

E50: Uma folha.

P51: Uma fruta e uma folha.

E52: É.

P53: E a senhora acha que melhorou um pouco?

E54: Melhora um pouco, mas tem pessoas que já tem ficado bom com isso. É.

P55: A senhora continua usando esse tipo de tratamento ?

E56: Continuo usando, tem pessoas que fica bom, já tem pessoas que ficaram bom com isso. Pra ele não deu assim pra eliminar de vez, né.

P57: Como é que dá pra ele, toda semana, todo dia?

E58: O que? O chá?

P59: É.

E60: Dá toda noite.

P61: A senhora continua dando toda noite?

E62: Toda noite, né, agora ele até mesmo não ta tomando porque ele não ta muito assim e ele não ta tomando.

P63: A senhora percebe quando ele ta mais?

E64: Percebo, percebe.

P65: Ele fica muito agitado?

E66: Ele fica assim, tipo uma coisa na vista dele. É. Não é...É um tipo diferente. É um tipo assim, não é aquele assim, dá assim a pessoa cai e logo babando tudo né que fica, não.

P67: Ah,tá.

E68: É diferente

P69: É outros sintomas?

E70: É outro sintoma.

P71: O médico deu um diagnóstico, um nome?

E72: É, é epilepsia, desde a primeira vez quando ele foi fazer o primeiro tratamento, ele tava com 14 anos em Belém, já fiz. Desapareceu e quando voltou já foi pra tombar mesmo.

Anexo B5

Entrevista com Dona Elizabeth - continuidade do caso da epilepsia

Data: 02.12.06

P = Pedro

E = Elizabeth

P1: Então, Dona Elizabeth, a senhora já me conhece. Eu sou o Pedro

E2: Já, já lhe conheço

P3: Eu queria só que a senhora dissesse seu nome e contasse como é que ta seu seu filho que teve aquele problema de epilepsia.

E4: O meu filho, o meu nome, né, Elizabeth Lima dos Santos, que é e aqui de Mangueiras, município de Salvaterra e o meu filho, ele continua fazendo tratamento, né, vai, agora ele ta indo de seis em seis meses pra Belém, pegar lá, faz exame. O exame, a médica diz que não consta nada, mas ele continua sentindo o problema, né.

P5: Sente o que?

E6: Sente uma espécie de sonolência, quer dizer que o ataque mesmo, a crise, não deu mais. Eliminou com o comprimido, né, o remédio.

P7: É aquele último tratamento que ele fez em Belém que os médicos acertaram no remédio.

E8: Acertaram no remédio, mas ele continua. Ele faz tudo, né. É uma criatura que faz tudo. Mas ele tem problema, tanto é que agora o médico disse que ele não pode mais pescar, que a profissão dele é pescador mesmo, né, não pode mais pescar. Então, ele ta com problema aí de

pegar o negócio de seguro, um dinheiro aí pra gente ficar, manutenção pelo menos da viagem, de Belém, né, pra cá. O senhor sabe que é difícil chegar aqui, né. Então, ele ta vendo se consegue esse dinheiro lá por Belém pra ver se..., agora é de seis em seis meses ele tem que ta lá. Quando ele não traz o remédio pros seis meses, ele tem, a gente tem que comprar, né.

P9: Ou voltar lá, né?

E10: Ou voltar lá em Belém, que é mais difícil ainda, né, mas a gente tem assim comprado.

P11: Esse seguro não é aquele que p Hospital de Salvaterra oferece pra quem faz tratamento em Belém?

E12: Não.

P13: Que é uma ajuda de custo?

E14: Não, é esse seguro. É uma espécie de benefício.

P15: Permanete?

E16: Permanente, até que ele termine o tratamento.

P17: Certo.

E18: Ele vai ficar recebendo até que. Já ta tudo encaminhado lá.

P19: Há quantos anos ele na tem crise mais?

E20: Já ta mais de um ano que ele não tem crise, mais de um ano. A última que deu nele foi em outubro do ano passado. Se lembra? (olhando para seu marido), mais de ano, né?

P21: A senhora atribui isso a que essa melhora, essa ausência de crise?

E22: À pílula, né, à pílula. E ele, ele não tem que parar a pílula, porque a última foi a ausência da pílula. Então, ele entendeu que ele não pode ficar nem um dia sem ela.

P23: A senhora sabe o nome da pílula?

E24: É fenobarbital.

P25: E a senhora continua com algum remédio caseiro?

E26: Não, não não continuo.

P27: Só a pílula?

E28: Só a pílula mesmo. Toda a noite ele tem que tomar uma, toda a noite tem que tomar uma, tem que ter, não tem que faltar. Aí, antes de terminar, a gente tem que comprar. Tem vez que quando tem quatro, cinco, eu tenho que dar uma carreira lá em Salvaterra pra pear de novo, comprar, né.

P29: E essa pílula sempre tem em Salvaterra?

E30: Sempre tem em Salvaterra. As vezes, porque tem também o Hospital de Salvaterra que fornece a pílula. Ele é, ele é, tem um salão assim que ele pega lá no Hospital. Quando não tem, também tem que comprar, né, tem que comprar, tem que comprar.

P31: Em Belém o que ele vai fazer a cada seis meses?

E32: Ele vai lá com a médica dele lá, né, e ela faz uma avaliação, as vezes manda ele fazer um

exame. Esse exame é de cabeça, né, cabeça. Então, ele diz que nesse exame não consta nada na cabeça dele, mas que ele tem o problema, ele tem. Fica assim sonolento. De repente a gente ta conversando com o senhor, de repente ele para, eu penso que ele ta no normal dele, ele não ta, mas ele não ouve e também não fala, naquele momento. Ele diz que parece assim que ele ta acordando dum sono, quando ele volta ao normal, né. So assim que ta, mas também não ta dando assim constante, né. Não ta dando constante, não.

P33: A sonolência?

E34: É, a sonolência. Pára assim, olha, esses dias totalmente parado. Mas se ele fizer muita extravagância, dá sonolência. Se ele vai pra festa, ele fica a noite toda, né, sem dormir, quando ele chega no outro dia dá aquela coisa, né. Ele vai apanhar açai, quando chega no outro dia sente aquela coisa. Então, tem que passar dois ou três dias sem fazer nada pra poder se recuperar de novo. Aí ele...

P35: Então, quando ele faz muito esforço físico, a senhora acha?

E36: É muito esforço físico dá aquela sonolência nele.

P37: Ta ok, obrigado D. Elizabeth, a senhora tem mais alguma coisa pra dizer sobre esse caso?

E38: Não, não, ta bom.

P39: Ta certo, obrigado.

Anexo B6

Parteira em Mangueira - Antonia Macedo Saraiva

Data: 04.12.06

Casos resolvidos em Mangueira

P = Pedro

A = D. Antonia

P1: Então, eu sou o Pedro to fazendo uma pesquisa sobre problemas de saúde, como vocês cuidam da saúde de vocês aqui. Eu queria primeiro que a senhora se identificasse, dissesse seu nome e se é moradora aqui em Mangueira.

A2: Meu nome é Antonia Macedo Saraiva. Resido aqui em São João.

P3: Certo.

A4: Mangueiras, pra nós aqui São João.

P5: São João, ta. Então, a senhora sabe de casos de problemas de saúde que são resolvidos aqui mesmo por vocês, é, remédio caseiro, plantas, ervas. Que tipo de caso vocês resolvem aqui?

A6: É uma dor, buscando assim num caso que não tem outro recurso, né, a gente faz um chá, um chá desse sálvia de marajó, alho.

P7: Salvia do marajó é uma erva, uma planta?

A8: É uma erva, que ela é cherosa, tem por ali, com alho, uma casca de laranja, uma casca seca de laranja, um pedacinho.

P9: Isso é pra dor?

A10: Pra dor. Uma picada de cabra que eu sei, que no meu lugar, que valia muito sem, sem correr

pra hospital, é a cobra furou a pessoa, tem isso olha, tem o sumo da vassourinha, bate, tira o sumo, toma com leite, né.

P11: Certo.

A12: Toma com leite. A cebola cortada pra colocar em cima da cesura, ela tira o veneno sem precisar hospital. Esse, o, tem um outro, o ovo.

P13: A casca, a gema?

A14: O ovo, ovo da galinha bota pra ferver muito bem fervido, quando acabar, tira, corta no meio senta em cima, chupa o veneno, tudo tem que fazer, lá meu lugar tem isso, né. É difícil um bi..., uma cobra picar e ir para o hospital.

P15: É?

A16: É difícil lá, a gente cura assim com remédio, mais assim caseiro.

P17: São problema que vocês sabem que dá para cuidar, cuidar aqui mesmo?

A18: É

P19: O que mais? Saber de alguns outros tipos de problemas?

A20: Pra, assim pra problema de rins te o chá da erva doce com amor crescido, né, pra fígado tem o chá do sucurijú, é erva também.

P21: Sucurijú?

A22: É uma erva, uma planta, é. Pra problema de fígado.

P23: E a senhora sabe de algum caso, eu queria que a senhora contasse um caso de alguém que teve algum problema de saúde desde o início quando ele foi detectado até a cura aqui, assim, aqui em Mangueiras mesmo através desses remédios em Mangueiras. A senhora conhece algum caso?

A24: Olha teve um que passou pelas minhas mãos sobre remédios, né. Esse senhor daí, que o nome dele Walter, mas é conhecido por Benzinho, aí. Ele se tornou muito ruim, muito, muito, muito, muito, ela era muito ruim mesmo. Olha, eu levantei ele com isso, com o poder de Deus e o remédio que eu preparava pra ele, que era, foi o, o, isso, o Moção Scott, o leite do Amapá, o leite moça, canela em pó, foi o remédio que eu preparei pra ele beber.

P25: Ah, a senhora fez uma mistura, uma mistura e deu pra ele.

A26: É tipo uma batida, né, e ele tomou.

P27: Uma batida, agora esses, esses produtos todos que a senhora falou a gente compra em farmácia?

A28: É

P29: Tem alguma que mistura que é daqui?

A30: Tem o leite do Amapá. É um pau que tem aí no varjão.

P31: Tem aqui?

A32: A gente tira, tem, a gente tira ele, e ele é muito bom pra pessoa assim anêmico, problema de estômago, a gente tira o leite dele e toma novinho. E ainda um dia desse eu preparei, tratei de um rapaz aí, um empregado do seu Belezinho. Um rapaz magrinho, ele chegou bem dizer se

acabando. Olha, eu botei, eu rezo assim, esse negócio de espinhela, peito aberto, sabe, eu rezo, e eu preparei, eu trouxe o remédio, e preparei, tá.

P33: Ta bem?

A34: Não tá! (expressão para afirmar que está muito bem).

P35: Então, são casos que dá para resolver com esses remédios, né? Esse senhor que a senhora cuidou, era problema de que?

A36: Era assim de estômago.

P37: De estômago, esse outro que trabalhava com seu Belezinha era de fraqueza já?

A38: Disso, de espinhela caída, peito aberto, né. Estava muito perigoso mesmo o rapaz, muito acabado. Aí ele chegou[

P39: E pode transformar em algum outro problema?

A40: Pode. Esse problema de espinhela e peito aberto, se a pessoa não se cuidar, não se cuidar, vai para o pulmão.

P41: Pulmão? E vira tuberculose?

A42: Tuberculose, é.

P43: Ah, tá. Então, nesses casos, a senhora é, tem confiança que podem ser resolvidos com alguns remédios daqui?

A44: É, o pessoal sabendo. Olha tem uma erva também aí, que isso pra curar um, ele cura até tuberculose. Tem um remédio, eu conheço. Eu cuidei dum senhor lá meu lugar. Essa minha filha que estava ainda aqui d'agora, a Cláudia, ela conheceu ele. Ele morou com a gente, sabe, eu cuidando dele.

P45: Qual era o problema dele?

A46: Era, já era pulmão.

P47: Pulmão. E qual era a erva, qual era o remédio?

A48: É uma erva, ela tem até ali no terreiro de casa tem ela.

P49: A senhora sabe o nome?

A50: Chamam assim erva de passarinho, né.

P51: Erva de passarinho.

A52: Muito bom.

P53: Faz chá?

A54: Faz, tira o sumo dela, soca ela junto com matruz, esse matruz é do terreiro, né, soca ela junto, os dois, tira o sumo e bate com leite, a clara com ovo, e pro pessoal ficar bebendo.

P55: Essas ervas todas, essas plantas, essas raízes, tem já aqui em Mangueiras ou vocês plantam?

A56: Tem o matruz que a gente planta, né. E agora essa erva dá assim nas plantas, nos paus.

Alguém fala: Não é isso aqui, aqui tem

A57: Olha é disso, olha é essa aqui, olha

P58: É uma mangueira que tem erva de passarinho.

A: É, é uma erva que ela se trata no pau.

P59: Ah, ta. E qual é a parte dela que usa?

A60: É a folha.

P61: A folha mesmo.

A62: É a folha.

A63: Isso cura tuberculoso, tuberculose, junto com matruz. Olha que eu tratei desse senhor, ele já tava entregue mesmo, que tinha despachado de médico do sanatório, já. Quando o Dr. Carlos que tratou ele lá no sanatório viu ele na cera, ele chamou ele prá perguntar. Ele disse: olha, o senhor não dá valor no tamanho da minha médica que me botou em pé. Ele disse, Raimundo, certo mesmo? Eu vou lhe mostrar a minha médica que assumiu minha cura. Gordo ficou, engordou, ele era seco. Ele andava assim, era assim (mostrando com gesto como era).

P64: E a médica era a senhora? (risos)

A65: Era eu. Só com isso. Dentro da minha casa eu separei copo, colher, prato, tijela, tudo pra ele, né. Então, porque o pessoal dele eram crente, não acreditavam. E ele então falou, o senhor que levou ele lá pra mim, falou que era para mim tomar conta dele assim com remédio e depois prestava conta. E a gente não pode ter medo de certas coisas ea gente tem Deus pra livrar a gente, né. E só com isso, o sumo dele misturado com matruz e a clara do ovo e o pó da canela e o leite. Só o que ele gastava o dinheiro dele era com leite.

P66: Leite, leite de gado?

A67: É, não esse leite mesmo, porque.

P68: Leite de Amapá?

A69: Não, leite em pó.

P70: Em pó, ta.

A71: Fazia uma tijela grande, lotava ali, enchia a vasilha, ele ía olha. Com poucos dias aí, tinha parado a tosse, tinha acabado a tosse, que ele tossia muito, escarrava, jogava o sangue mesmo pelo nariz dele.

P72: Então esse foi o caso que só foi resolvido aqui. Ele passou, ele no sanatório, mas.

A73: Foi, e ele saiu despachado dos médicos, de dentro do sanatório, não tinha cura.

P74: Ta ok, obrigado. A senhora tem mais alguma coisa pra colocar sobre isso

A75: Já chega, (risos)

P76: Ta legal, obrigado, agradeço.

A77: Obrigado

P78: Tchau

Moradores

Anexo B7

Dona Noca (moradora) - Caso relatado

Data: julho de 2005

P = Pedro

N = Dona Noca

N1: Meu nome é Maria Alaíde Barbosa da Silva

P2: Bom dia D. Noca, eu sou o Pedro da Puc-SP, universidade onde estou fazendo esta pesquisa sobre saúde. Tem um papel em que a senhora vai dar autorização para essa entrevista sobre as condições de saúde, o que vocês fazem e agora nos vamos conversar um pouco sobre esse tema. Pra começar a senhora podia contar a história desse pajé.

N3: Pois é, eu estive com pai internado no hospital em Soure. Passou 28 dias, aí cada dia que ia lá não via melhora, cada dia que ia lá não via melhora nenhuma. Aí eu disse pro marido da minha prima onde nós estávamos hospedados, eu disse: seu João eu vou tirar meu pai do hospital que ele não está melhor. Ele falou pra mim: - tu achas. Acho que sim, aí o meu marido trabalhava nessa época com o pai da Noélia. Aí eu estive lá, aí eu falei pra ele e ele disse tu que sabes aí eu fui falei com seu Emanuel que era esse senhor com quem meu Mario trabalhava ele disse que sim, que ele me dava o transporte dele que ele tinha nessa época canoas motorizadas, aí acertou ele ia nos apanhar, quando eu tirei meu pai do hospital, ele foi nos apanhar na casa da minha prima, aí viemos, quando chegamos aqui a noite em Mangueiras, a noite umas nove horas da noite, ele disse pra minha mãe, ele era compadre da minha mãe: - Comadre, Pedro mande Valdir, que era meu irmão, na casa de seu Manoel Caraparú, mande contar direitinho, vamos ver. Aí assim a minha fez, Pedro mandou meu irmão, falou pra ele como era pra ele dizer, chegou lá ele disse. Ele mandou ensinar todos os remédios, ouviu, e disse que era pra minha mãe passar e deixar ele embaixo de um mosquito sem pegar vento nenhum, viu, aí minha mãe passou umas oito horas da manhã o remédio como ele mandou fazer. Meu pai não falava durante esses 28 dias que ele estava internado, só sabia que ele estava vivo porque o coração pulsava. Aí quando foi umas cinco horas da tarde do mesmo dia, eu estava em casa, a outra casa do lado era da minha mãe, aí ela me chamou, aí digo meu Deus papai tá morrendo, aí saí pra lá correndo, cheguei lá ela disse: Minha filha teu pai falou. Aí ela disse vai lá e eu fui, cheguei lá, baixei, chamei ele e ele respondeu pra. O senhor tá me ouvindo papai. Ele disse: - To. Aí eu disse: O senhor ta me vendo. Ele disse: - To. Aí eu chorei, aí a partir daí continuou fazendo remédio conforme ele mandava, sabe. Aí meu pai ainda durou oito anos depois disso com remédio do senhor de lá que era o seu Manuel Caraparú que era o pajé nessa época.

P4: Vocês não chegaram a ir até ele?

N5: Não. Ele só mandou

P6: Ele só mandava a recomendação.

N7: Foi, ele nem chegou ver meu pai.

P8: A senhora chegou a conhecer ele?

N9: Conheci.

P10: Era de origem indígena, de origem negra?

N11: Não, não sei como ele era.

P12: Ele era branco, negro, como ele era?

N13: Ele era branco, assim da sua cor.

P14: Ela já faleceu?

N15: Foi, faleceu, há quase seis anos, mas aqui ele era um pajé muito bom.

P16: A senhora se lembra dos remédios?

N17: Eu me lembro, ele mandou a mamãe fazer uma flexão que se chama de arruda, puçá, pila de, deixo eu me lembrar como era o nome daquela pila, meu Deus, não lembro agora, como era o nome da pila, pra machucar junto com as folhas, bater e um pouco de aguardente alemã. Era um líquido de um vidro assim.

P18: Achava onde a aguardente alemã?

N19: Com um senhor, lá que morava na casa da minha vó, ele tinha esse remédio, era remédio antigo eu se comprava na farmácia Cardoso em Belém. E aí a mamãe fez, bateu tudo e flexionou. E depois disso, ele falou que era pra mamãe mandar comprar um vidro da mesma aguardente alemã pra botar na cabeça dele.

P20: Quanto tempo seu pai ficou se tratando assim?

N21: Quando terminava de fazer aquele primeiro remédio que ele mandava, quando terminava, aí a mamãe mandava lá de novo aí ele mandava passar outra receita. Há pouco tempo que eu joguei fora limpando lá em casa, aí eu mostrei até pra minha filha. Digo olha minha filha isso aqui era receita do papai que seu Manuel Caraparú mandou ensinar a gente. O que ele era mamãe (perguntou a filha)? Ele era um pajé muito bom daqui.

P22: Ele morava onde?

N23: Lá num lugar que se chamava Socorro.

P24: Seu pai tinha quantos anos nessa época?

N25: Papai tinha, ele faleceu com 81, 81. Ele durou ainda 8 anos, né.

P26: Ele tinha uns 73 anos?

N27: Era, por aí assim.

P28: Depois que vocês procuraram o pajé, vocês não voltaram mais no médico?

N29: Não, não voltamos mais no médico, porque a gente comprava uns remédios caros, aí eu me dei lá com um rapaz da farmácia, aí até me eu crédito.

P30: Farmácia em Salvaterra ou Belém?

N31: Não, Soure.

P32: Agora, a senhora lembra de mais alguma coisa sobre esse caso do seu pai ou sobre o pajé Manuel Caraparú?

N33: Olha o que eu me lembro é que uma vez o meu irmão caiu do cavalo, caiu do cavalo, aí ficou sentindo dores, dores no braço, aí minha mãe foi levar ele lá, aí lá ele mexeu no braço do meu irmão e disse que tinha sacado aqui, sabe, aí puxou, rezou, emplastou, aí com pouco tempo meu irmão tava bonzinho do braço e está até hoje, graças a Deus.

Anexo B8
Dona. Noca (moradora) – Entrevista
Data: julho de 2005

P = Pedro
N = Dona Noca

P1: Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre saúde. Nesses últimos tempos alguém da sua família teve algum problema de saúde, ficou doente?

N2: Não, não , graças a Deus.

P3: Nem coisa simples?

N4: A não ser gripe, febre.

P5: E gripe, febre, vocês tratam com que?

N6: Olha a gente trata tomando comprimidos assim. E também com mel, com limão, bate mel com limão, com tosse, principalmente né, quando tá com catarro, a gente toma, faz banho pra cabeça.

P7: Banho de que?

N8: A gente ferve a folha da laranja da terra, tem uma planta que se chama de manjerição, alfavacão, raiz do capim marinho, o chá da índia, são plantas medicinais, a gente ferve, deixa ficar frio, a gente ferve de tarde, aí de manhã cedinho a gente banha com aquele banho frio pra expelir o catarro do nariz, é bom. Hoje mesmo de manhã fazer pra mim.

P9: A senhora ta gripada?

N10: Tu não faz banho. Aí eu digo, ferve pra mim, mana, ferve.

P11: A sua irmã, não é?

N12: É.

P13: E esses comprimidos vocês conseguem como?

N14: A gente compra, sempre tem aquelas cartelazinhas que são boas pra gripe, a gente compra.

P15: Então, na sua família, nesses últimos tempos, não teve nenhum caso, nenhuma criança?

N16: Não, graças a Deus, não.

P17: E a senhora conhece alguém próximo que teve algum problema de saúde?

N18: Não, não, há muito tempo graças a Deus.

P19: E aqui em Mangueira, São João. A senhora acompanhou D. Lídia?

N20: Sim, o mais próximo eu ia falar agora. A D. Lídia, que ela esteve pra Belém, aí operou né. A filha dela me falou que era câncer. Aí ela veio, acho que ela não durou dois meses depois que ela veio de lá.

P21: A senhora saber dizer se ela fez algum outro tratamento, além de procurar os médicos, porque ela lhe dava com isso, né. Ela procurou alguém, algum curador?

N22: Não sei, isso não sei.

P23: Parece que era bem grave o caso dela?

N24: É, quando ela procurou o médico já estava bem grave.

P25: E quais são os problemas que mais aparecem aqui que a senhora tem conhecimento?

N26: Olha o que mais aparece assim, há um tempo, não é todo tempo, é que quase todas as pessoas tem problema de diarreia, dores intestinais.

P27: O que mais? (Silêncio) Eu tenho visto as pessoas com tumor, principalmente em crianças.

N28: Humanicidas, né? Isso sempre dá.

P29: Aquilo é de que, vem da onde?

N30: Eu não sei do que provém.

P31; E dá mais em criança, mais em mulher, mais em homem?

N32: Não, dá em qualquer. Geralmente tem esse problema aqui, esses tumorzinhos, humanicidas, né.

P33: A senhora tem contato com médico, ou com médica, agente de saúde, a senhora tem acesso a eles?

N34: Eu tenho.

P35; Como?

N36: Olha, sempre vem um aqui para fazer o tratamento preventivo contra o câncer.

Pedro: - Médico ou agente?

N37: Não, vem a médica.

P38: Ela fica aqui no posto?

N39: É.

P40: Mas é sempre?

N41: É sempre assim, umas duas ou três vezes no ano.

P42: No caso, é ginecologista?

N43: É.

P44: E a senhora procura quando vêm essas equipes médicas?

N45: Vou, sempre vou, porque eu sempre vou pra Belém, passo uns dias, aí eu tenho um primo, ah ele é muito chegado assim com a gente, tem um cuidado com a saúde, aí ele tem um amigo que é médico sabe, aí quando, olha vai pra Belém passar uns dias lá para fazer um check-up de saúde, não tá sentido nada, não, mas vai, aí lá eu vou, passo por lá uma semana aí ele procura logo me buscar, vai no médico, aí faz exame de coração, tudo. Sempre to por lá.

P46: Que bom.

N47: É sempre to por lá.

P48: Agora aqui em Mangueira o que a senhora gostaria que tivesse de saúde, além do que tem?

N49: Olha aqui seria bom mesmo era um posto equipado de remédios, com tudo que a gente pudesse ir lá e ter né, para receber aquele tratamento de urgência nesse caso é, porque quando adoecer assim uma pessoa tem que chamar carro pra ir pra chegar mais rápido.

P50: Dizem que transporte aqui é um problema grande para levar os doentes pra Salvaterra ou Belém.

N51: É verdade.

P52: Ta bom, então, eu agradeço, obrigado pela entrevista. Agora mais uma coisa, essa entrevista a gente registra, coloca em relatório e a gente pode colocar ou não o nome da senhora. A senhora se opõe a se identificar?

N53: Não, tudo bem.

P54: Aí depois eu passo o papel da declaração de consentimento para a senhora assinar e eu gostaria de outras vezes que eu viesse aqui conversar mais com a senhora. A senhora quer dizer mais alguma coisa?

N55: Não, vamos deixar para outra oportunidade né.

P56: Ta ok, obrigado.

N57: Por nada.

Anexo B9

Moradora de Mangueiras- Maria do Socorro de Lima Sobral

Data: 02.12.06

Casos que não foram resolvidos em Mangueira

P = Pedro

MS = Maria do Socorro de Lima Sobral

P1: Então, eu sou o Pedro. A senhora já me conhece

MS2: Já.

P3: Eu tô fazendo essa pesquisa sobre saúde e eu queria que a senhora se identificasse, dissesse seu nome.

MS4: Meu é Maria do Socorro Lima Sobral.

P5: A senhora mora aqui em Mangueiras?

MS6: Moro aqui em Mangueiras há oito anos.

P7: Então, a gente sabe que aqui, é, em Mangueiras tem vários casos de problemas de saúde que não foram resolvidos. Eu queria que a senhora falasse que casos de problemas de saúde que não são resolvidos em Mangueiras e contasse um caso.

MS8: Tem muitos, né, olha o que aconteceu com o seu Manuel, né, que ele veio, foi lá no primeiro

furo, o bote deu (??) no mangueiro, ele tava com as pernas de fora, bateu, quebrou, ele perdeu muito sangue, né. Quando ele caiu, ainda caiu em cima de mim, foi. Aí chegaram aqui pra deixar o pessoal pra voltarem pro Barro Alto. Antes de chegarem no Barro Alto ele morreu dentro do bote.

P9: Ah, dentro do barco ainda?

MS10: Dentro do barco ele ainda morreu.

P11: Quanto tempo levou isso, do acidente até no [?

MS12: Levou mais de três horas.

P13: Até chegar no Barro Alto levou mais de três horas, por que foi tudo dentro do bote, né?

MS14: Foi tudo dentro do bote, até chegar aqui, até chegar no Barro Alto ele morreu.

P15: A senhora acha que ele morreu por que [?

MS16: Por causa que ela logo pra socorrerem, porque ele quebrou as pernas ((caiu um balde do telhado)) (5). Quebrou as pernas. Ele quebrou as pernas, né. E se bateu todo, ele tava tudo, a gente sentiu que ele tinha sido afetado tudo. (3) Aí ele não falou, ele perdendo sangue, só perdendo sangue.

P17: Chegou a cortar o pé dele?

MS18: Ele quebrou, que ele tava de calça comprida, ninguém viu.

P19: Ele só gemia?

MS20: Gemia, a gente não podia fazer nada, desmaiava. Só que tinha gente que pegava desodorante pra botar ele pra cheirar.

P21: Desodorante?

MS22: Hum, hum.

P23: Pra ele voltar a si?

MS:24 Sim.

P25: Teve algum ferimento externo?

MS26: Eu acho que teve, porque nós não vimos mesmo, né.

P27: Mas a senhora tava no [barco?

MS28: Tava no barco.

P29: Então, até ele chegar no Barro Alto foram quase três horas?

MS30: É. (5)

P31: Tinha outra forma de socorrê-lo?

MS32: Não, não tinha.

P33: Só por barco mesmo.

MS34: Só por barco mesmo. Que já era no primeiro furo, né.

P35: Que outros casos de [?

MS36: Olha a gente quando tem gente gestante, a gente não pode ter criança aqui (2) mesmo. Tem de levar, agora não que já ta mais, o transporte já ta melhor.

P37: Mas no caso de crianças, já dá pra fazer o parto em Salvaterra, em Soure.

MS38: É, é, a gente vai daqui pra fazer lá. Não pode ter aqui.

P39: Agora tem casos que a senhora acha que não são resolvidos nem aqui, nem Salvaterra, nem em Belém? A senhora conhece outros casos?

MS40: Não, não, desses não.

P41: Só esse do S. Manuel Alcântara?

MS42: Manuel Alcântara.

P43: Esse tipo de acidente [?

MS44: Foi o primeiro que eu vi.

P45: Foi? Esses acidentes que tem aqui pra socorrer é difícil?

MS46: É difícil ter.

P47: Por causa do tempo, né?

MS48: É por causa do tempo.

P49: A senhora conhece outro caso de alguém de Mangueira que teve um problema que não foi resolvido?

MS50: Não.

P51: Em canto nenhum?

MS52: Não.

P53: Então, os problemas que aparecem aqui se tiver socorro [

MS54: É dá pra

MS55: Socorrer aqui mesmo, em Salvaterra, em Belém, né.

P56: Ta ok obrigado D. Socorro, tá ok.

Anexo B10

Moradora de Mangueiras - Rosângela Lima dos Santos

Data: 04.12.06

Casos que são resolvidos no Posto de Saúde Mangueira

P = Pedro

C = Rosângela

P1: Então, eu sou o Pedro, eu to fazendo uma pesquisa sobre saúde eu queria que você se identificasse primeiro

R2: Meu nome é Rosângela Lima dos Santos.

P3: Moradora de Mangueira?

R4: No bairro de São João.

P5: Certo. A primeira coisa que eu queria saber, Rosângela, é qual é a equipe da saúde que vem no posto de Mangueira?

R6: Médico, enfermeiro, dentista. Isso vem.

P7: O médico é, qual é a especialidade dele? É ginecologista ou é médico geral, clínico geral?

R8: Clínica geral.

P9: Certo.

R10: Eles sempre venham.

P11: Quantos vem na equipe?

R12: Sábado, sábado. Tem vez que vem dez, tem vez que vem quinze

P13: Tudo isso?

R14: Assim junto com os enfermeiros, vem os médicos, né, os ajudantes, né, os enfermeiros, sempre vem.

P15: E eles ficam no?

R16: No posto, quer dizer no posto não, porque no posto não dá, né. Venham pra escola. Ficam na escola.

P17: Porque o posto ta sendo reformado?

R18: É o posto ta sendo reformado, mas eles venham pra escola.

Criança pergunta: é radio tio?

P19: É, gravador. Os dois.

R20: Se tu falar aí vai ficar aí.

P21: E qual é a periodicidade?. Eles vem de quanto em quanto tempo aí?

R22: As vezes eles vem de quinze em quinze, as vezes de sábado em sábado. Quando dá eles vem, fazer negócio de, fazer as coisas nas crianças, dá vacina, venham rançar dente.

P23: Agora outras pessoas daqui de Mangueira me falaram que eles vem a cada dois meses.

R24: É, mas tem vezes que eles vem de sábado em sábado.

P25: Todo sábado?

R26: Não todos os sábados, é como eu to dizendo, mas vem de sábado em sábado, as vezes em quinze.

P27: Mas sempre no sábado?

R28: Sempre dá no sábado, no sábado, as vezes no domingo.

P29: Então, agora eu queria de você o seguinte: quais são os casos e problemas de saúde que são resolvidos aqui no posto de Mangueira?

R30: Que já foram resolvidos né [

P31: É no posto sem precisar ir pra[

R32: Negócio de golpe, vai cura, né, um remédio pra verme, quando tinha né, que agora não deram mais né. Aí quando tinha a gente ia, davam pra gente, a gente ia.

P33: Me conte um caso que você sabe de gente que teve seu problema resolvido aqui no posto.

R34: Aqui no posto? Agora quando né (risos)?

P35: Pode ser em qualquer tempo desse, pode ser há muito tempo, mas que você se lembre que foi resolvido no posto.

R36: Que eu me lembre mesmo nenhum, por aqui nenhum, nenhum, porque eu tiro por mim. Quando eu tive esse meu menino que tava aí, esse zinho aqui. Eu tive ele era 6.05 da manhã, essa senhora que me acudiu porque eu não tinha parteira. Aí me deu dor de noite, umas horas da noite, aí quando foi, meu marido foi chamar ela pra mim acompanhar né. Aí ela veio, quando eu tive ele era 6.05 da manhã, aí eu tive ele com tudo né, aí só que não deu pra mim resistir né, porque eu tive com a placenta a í o meu útero veio pra fora, aí eu tive, foi ter o resto era 7 horas da noite lá em Salvaterra, foi quando conseguiram uma condução pra vir me buscar daqui, foi que meu marido levou, aí que meu marido levou, e aí foi que eu fui, aí a ambulância veio me pegar aí na Dallas, aí fui ter o resto lá em Salvaterra já de noite foi que me socorreram.

P37: Veio a ambulância da Secretaria?

R38: De Salvaterra.

P39: De Salvaterra.

R40: E quase que não consegue pra vir me buscar.

P41: Não deu pra fazer o parto porque?

R42: Não porque o posto não tava em condição, não tinha parteiro mesmo lá no posto.

P43: E nesse caso, a D. Antonia não podia fazer [

R44: Ela que veio me acudir. Não, ela que pegou o menino. Ela que pegou o menino. Eu tive o menino aqui, aí eu tive o menino, mas eu tive com tudo, meu útero veio pra fora, aí não tinha quem me acudisse né.

P45: Claro.

R46: Aí eu fiquei aí o dia inteiro, aí eu só fui atendida 7 horas da noite quando veio a condução me buscar.

P47: E esses casos que você falou é, remédio pra verme, golpe, não são resolvidos, mas é porque o posto não tá funcionando né?

R48: Não é porque aqui as vezes [

P49: É porque o Posto não ta funcionando?

R50: É porque o posto não ta funcionando, aí não tem como guardar. As vezes a gente ainda vai lá com a enfermeira, que é aí com a Noemi, as vezes ela tem na casa dela, ela dá pra gente. As vezes a gente vai ali com a professora Noélia né ,quando ela não ta aí, tá pra Salvaterra.

P51: Mangueira tem agente de saúde?

R52: Tem.

P53: Quantos são?

R54: Tem porque dizem que o Adelerme é agente de saúde daqui das Mangueiras.

P55: Adelerme?

R56: Sim.

P57: E ele mora em Mangueira?

R58: Tem a Alaíde, no Ajude. Ela é daqui das Mangueiras.

P59: Alaíde é agente de saúde em Mangueiras, mas mora em Deus Ajude?

R60: Ela traz também remédio quando agente pede pra ela. As vezes ela traz.

P61: E enfermeira?

R62: Ela é também enfermeira.

P63: Quer dizer que são dois agentes de saúde?

R64: Que a gente sabe né. Ela quando vem lá do outro lado porque praticamente ela mora no Ajude, quando ela vem pra cá trazer os remédios.

Anexo B11

Moradora de Mangueiras – Jailma Macedo de Souza, conhecida como Helena

Data: 06.12.06

Caso que foi resolvido em Salvaterra.

P = Pedro

H = Helena

P1: Então, eu sou o Pedro, eu sou da PUC de São Paulo e to fazendo essa pesquisa sobre saúde em Mangueira. Eu queria que você se identificasse.

H2: Meu nome é Helena.

P3: É moradora de Mangueira?

H4: É.

P: Então, Helena, você conhece algum caso, problema de saúde aqui em Mangueira de algum

morador, de alguém, que foi resolvido em Salvaterra?

H5: Da minha filha.

P6: Você pode contar como foi?

H: Ela inchou, da primeira vez ela inchou muito. Aí eu fui pra Soure com ela e não deu jeito. Voltei pra cá, aí uma menina da, Alaíde, veio aqui comigo, aí ela disse que ia mandar buscar, que ía telefonar pra arrumar ambulância. Aí veio, aí quando foi no outro dia eu levei ela, quando eu cheguei lá em Salvaterra aí não foi atendida no mesmo dia. Aí voltei pra casa do vereador, do Sérgio. Chegou lá, aí no outro dia de manhã, ele me levou no carro pra lá. Chegou lá internaram ela, fizeram exame, aí atestou que era anemia.

P7: Anemia. Foi a tua filha. Qual é a idade dela?

H8: Tava com dez.

P9: Dez anos. Isso faz quanto tempo que aconteceu?

H10: Quatro anos.

P11: Faz quatro anos. E ela ficou hospitalizada, internada?

H12: Ficou internada.

P13: Quanto tempo?

H14: Quatro dias.

P15: E esses quatro dias você ficou com ela junto no hospital?

H16: Fiquei junto com ela.

P17: O Hospital já permitia que a mãe acompanhasse?

H18: Já.

P19: E a Alaíde é uma agente de saúde daqui?

H20: É, é.

P21: E como foi o tratamento no Hospital?

H22: Depois que ela saiu de lá que eles davam muito (??) sôro e muita medicação. E depois que nós de lá aí deram a receita. O médico deu. Aí eu me virei aqui nas Mangueiras, minha mãe comprou os remédios. O vereador me deu. Aí ela ficou já, veio pra cá, ele veio repousar pra cá. Aí ficou já, já foi desinchando. A melhora dela foi lá mesmo, que ela se curou mesmo foi veio de parte de lá de Salvaterra. Daqui da terra, não teve jeito.

P23: Agora os remédios receitados não tinham no hospital?

H24: Não.

P25: Você teve que providenciar?

H26: Nós tivemos que pedir ajuda praqui, alguma coisa pra adquirir. Vender o que eu tinha, negócio de bicho que eu tinha muito nesse tempo. Era porco. A senhora se lembra né [olhando para uma senhora que acompanhava a entrevista] que eu tinha muito porco, vendi. A minha mãe também vendeu. Pra comprar em remédio que era só remédio caro.

P27: E depois desse tratamento ela ficou boa, não teve mais nem [

H28: Graças a Deus, até hoje não teve mais esse problema, sabe. Só o que ela tem é esse negócio de febre mas não é febre assim. Daqui mesmo de gripe, dessas coisas.

P29: Tá ok, então, obrigado. É tem mais alguma coisa pra falar sobre esse caso?

H30: Não, daqui não, que eu saiba só da minha filha que eu posso falar, que foi a única que já andei. Agora tem ela com a filha dela [aponta para uma mulher que estava acompanhando a entrevista.

P31: Tá bom. Obrigado Helena.

Anexo B12

Moradora de Manguieras - Maria da Consolação Santos Delfino

Data: 02.12.06

Caso que foi resolvido em Salvaterra

P = Pedro

M = Maria da Consolação Santos Delfino

P1: Então, eu sou o Pedro da PUC-SP e eu Tô fazendo uma pesquisa com saúde aqui em Manguiera. É, você poderia se identificar?

M2: Meu nome é Maria da Consolação

P3: A senhora é moradora de Manguiera?

M4: Moradora de Manguieras.

P5: Você pode contar esse caso, é, em que a pessoa foi tratada em Salvaterra?

M6: Foi. Eu levei ela doente, inchada, que ela tem um problema que dá alergia, ela incha, aí eu levei ela, foi internada uma semana. Passaram uns remédios, ela ficou boa, aí eu trouxe ela. Boa, boa mesmo não, porque quando é de verão dá a semente do capim, aliás só nos pés dela, mas dá a semente do capim por onde segura esse (??) ela arranha feio, mas quando é de inverno dá água de urina de bicho, aí fere. E aí eu levei ela. Foi internada, aí eu trouxe, mas só que ela tem outro problema, o braço dela. Ela é aleijada do dedo. Ela tem o braço mais curto dum lado. Eu já levei ela no INSS em Salvaterra. O pessoal do INSS vieram medir e vê os documentos dela. Só que eu (??) pra vê se eu conseguia com os benefício dela, porque tem dias que ela não pode levantar. Aí eu levei e (??) mas até hoje, de 2002, eles disseram que não ía custar a chegar porque ela tem prioridade de pegar o benefício. Mas até hoje, não veio (4) mas ela acha, foi até pra Salvaterra, ela tem esse problema, ela incha, ele tem esse problema, mas eu já gastei muito, pedindo ajuda que eu não teho da onde tirar. Aí eu tive com o vereador que me ajudou. A irmã dele que era vereadora também que sempre me ajuda. Só que nunca mais veio remédio dela, da comadre.

P7: Não tem esse remédio no hospital?

M8: Não é só comprado, mas o último que eu comprei foi 22 reais, de lá pra cá eu não tive mais condições, né, que é a pomada Diprojale.

P9: Ah tá. Tá certo, então, obrigado por ter informado.

Anexo B13

Moradora de Mangueiras - Maria dos Anjos Antos Delfino

Data: 02.12.06

Caso que foi resolvido em Belém

P = Pedro

MA = Maria dos Anjos

P1: Então, eu sou o Pedro da PUC-SP, eu to fazendo essa pesquisa sobre saúde, problemas de saúde em Mangueira. Eu queria que você se identificasse.

MA2: Meu nome é Maria dos Anjos Delfino.

P3: Você é moradora de Mangueiras?

MA4: Sou nascida e criada.

P5: Certo. Então, você é tem conhecimento de algum caso de problema de saúde em algum morador de Mangueiras que foi resolvido em Belém?

MA6: Que eu saiba do meu tio padrinho, agora tudo, tudo, não, que ele trabalhava há anos na fazenda do Dr. Fernando. Aí de lá, ele já veio doente, aí foi pra Belém pra fazer negócio, primeiro em Salvaterra pra exame, de lá encaminharam ele pra Belém. Aí teve lá fez um exame, aí atestou parece que ernia. Aí desse problema ele teve que se operar, se tratou por lá, só veio quando tirou os pontos. Aí era marcado os meses pra ele ir fazer revisão da operação. Aí toda data que era pra ele ir, ele ia fazer revisão, aí ele já não, proibiram ele trabalhar de negócio de montaria, que ele era vaqueiro.

P7: A revisão era onde?

MA8: Da operação ele tinha que fazer lá em Belém.

P9: Tudo em Belém?

MA10: Era tudo em Belém.

P11: Não tinha como ele fazer em Salvaterra?

MA12: Não, era só em Belém que ele tinha de passar pelo INSS. Ele pegava o benefício.

P13: E ele ficou bom da ernia?

MA14: Ficou (4). Aí quando ele pegou o benefício até o prazo de, dele poder se operar, como é, se aposentar, quando foi no último mês, que ele foi pra pegar o último mês de benefício, eu e, nós fomos nesse dia, nós duas, eu e ela e meus dois irmão que tão pro Rio. E nesse dia ele nem tirou o dinheiro que não tinha saído, aí já disseram no banco pra ele, perguntaram a idade dele, aí ele já disse a idade, aí disseram pra ele que ele já ta na idade de se aposentar. Aí ele foi e se aposentou que ele já não podia sair mais pra trabalhar, porque ele trabalhava montado em fazenda. Aí ele se operou e não foi mais trabalhar porque ele não ia mais poder montar. Ele era vaqueiro. Ele não podia ta na beira de fogão que ele era (??) por causa desse problema dele.

P15: Hoje ele ta aqui em Mangueira curado?

MA16: É, ele curado com a graça de Deus, dos médicos, dos remédios caseiros que a minha tia tem, também fazia.

P17: Você sabe de algum remédio caseiro que a sua tia dava pra ele?

MA18: Negócio de, como é, chá travoso pra ir curando por dentro.

P19: Chá travoso? Cura por dentro.

MA20: É.

P21: Tá ok, obrigado Maria dos Anjos. Tem mais alguma coisa sobre esse caso que você se lembra.

MA22: Não.

P23: Como ele ia até Belém? Como ele se deslocava? Era por conta própria ou o Hospital de Salvaterra, a Secretaria [

MA24: Não, ele tinha que vender acho que os porquinhos dele pra ele ir, ele tinha porco lá na fazenda. Ele tem que vender pra ir.

P25: Pra chegar até [

MA26: Pra chegar até Belém, a filha dele que mora em Belém ajudava, mandava dinheiro pra pagar a passagem, a minha tia que já era aposentada também quando recebia ela gastou foi um bom dinheiro com essa ida dele pra Belém, com esse problema dele. Mas hoje em dia graças a Deus ele operado, aposentado, ajudando (??).

P27: Tá bom, obrigado, então.

Membros da Secretaria Municipal de Saúde de Salvaterra

Anexo B14

Assistente Social do Hospital de Salvaterra

Data: 01.12.06

P = Pedro

As = Assistente Social

P1: Então, bom dia (nome). É [

AS2: Bom dia.

AS3: Eu sou o Pedro, eu já me apresentei para você, e nós vamos conversar agora é sobre a pesquisa que eu tô fazendo, de doutorado, na PUC de São Paulo, sobre modos de prevenção e tratamento na saúde. Eu queria primeiro que você se identificasse, falasse a sua profissão e a sua ocupação aqui no hospital.

AS4: Bom, meu nome é (nome) né, eu sou assistente social contratada pela Prefeitura. Estou há praticamente dois meses apenas, e mas com uma demanda muito grande aqui no hospital.

PS5: Certo. É qual o seu trabalho no momento aqui no hospital? (4) Que você [faz?

AS6: Além de assistente social, eu, bom, primeira a função de assistente social. Bom, eu fico com as questões das consultas. Eu tento marcar as consultas, né, as pessoas tem a primeira avaliação com o médico. O médico vê a necessidade dessas pessoas, se : uma especialidade com neuro, com gastro, e aí ele encaminha ao setor social. Aí, com isso, eu vou agendar o nome da pessoa e vou, e faço contato em Belém, que a gente depende do SUS, pelo SUS, pra eu consegui agendar essas consultas pra essas pessoas. E com muitas dificuldades, porque a gente só faz através de ligações e a gente tem muita dificuldades para agendar o nome desses pacientes.

P7: Então só para entender, é quando o paciente, o usuário chega aqui, ele vai primeiro para o médico, depois que ele passa no Serviço Social?

AS8: Isso, ele traz o encaminhamento do médico pedindo uma avaliação do especialista.

P9: E esse paciente vem de onde?

AS10: De todos os lugares daqui do município. De Mangueira, de (4) Joannes.

P11: Certo.

AS12: De todos os lugares [.

P13: Eles são encaminhados por quem?

AS14: Bom

P15: Eles vem direto ou eles passarão pelos postos de saúde?

AS16: Alguns vem direto, né, porque é muito carente lá, as vezes eles não conseguem, né, então as vezes a gente nem consegue, né, então tem uns que já vem direto. Eles pegam o ônibus de manhã cedo e eles vêm tentar a ficha aqui e tiram a ficha com médico. Aí o médico vê a necessidade e encaminha pra mim.

P17: E o teu trabalho especificamente, qual é? É conseguir consultas pelo SUS?

AS18: Isso.

P19: E eles vão pra Belém ou a consulta acontece aqui?

AS20: Não, eu, após agendado, né, eu dou uma previsão. Eu anoto o nome da pessoa. Eu digo, olha você, porque o nosso horário de marcação é na quinta-feira. Um dia estipulado e a hora estipulada, né. Então, se uma pessoa chega hoje pra mim, encaminhado com o médico, pedindo uma avaliação do oftalmologista, aí eu fico, é, eu agendo o nome dessa pessoa, aí eu dou uma previsão, dependendo de como tá a minha agenda aqui, de oftalmologista, aí eu digo, olha, o senhor me retorna daqui a quinze dias.

P21: Certo. É, a informação que o pessoal, que o morador de Salvaterra tem é marcar na quinta feira aqui, mas se ele vem outro dia, ele é atendido?

AS22: Não, é assim: ele vem qualquer dia na semana pra falar com o médico, aí o médico, o paciente vem aqui encaminhado. Você veio hoje se consultar com o médico, hoje é sexta-feira. O médico encaminhou pra vir aqui no Serviço Social no encaminhamento com oftalmologista. A minha lista de oftalmologista, é essa aqui ((mostra a lista em cima da mesa)) (??)[ambos riem]. Aí eu digo pra você, olha, por enquanto ta sendo o último com o oftalmologista, aí eu te ponho aqui. Então, qual a previsão pra eu conseguir uma consulta para você? Só daqui quinze, vinte dias. Porque esses que tão na frente eu tô lutando para conseguir uma consulta.

P23: E essa consulta é realizada aonde?

AS24: Lá em Belém pelo SUS.

P25: Ah, então, ele tem [

AS26: Eu, [

P27: Ah, tá.

AS28: Eu, eu ligo pra central e eu digo olha, eu quero uma especialidade com oftalmologista. Aí lá a telefonista me dá o dia, a hora e o hospital aonde você irá se dirigir. Aí eu digo assim: Pedro você vem daqui a vinte dias ou quinze dias pra saber uma resposta. Aí você retorna daqui a quinze dias. Se eu conseguir essa consulta?

P28: Aí, eu saio daqui com a data?

AS29: Isso. Com a data e o encaminhamento.

P30: Então, quais são as especialidades que são atendidas aqui no hospital?

AS31: Só clínica médica, clínico geral, e uma enfermeira. São os médicos que nós temos.

P32: Ah, ta. Mas eu ouvi falar que tem cirurgião. (5)

AS33: Bom [

P34: Não tem cirurgião aqui?

AS35: Bom. O que, tem dois médicos. O Dr. João e me informaram que era clínico geral.

P36: Certo.

AS37: Mas eu não sei se, mas eu seu que as vezes ele opera.

P38: Aqui?

AS39: Isso. E tem o doutor Edilberto, Edilberto. Ele trabalha com o planejamento familiar. Ele só

fica aqui durante as quartas feiras, se eu não me engano.

P40. Ta.

AS41. Então, a maioria durante a semana ele fica nesses lugarezinhos aqui da região. Então, só uma vez na semana ele fica aqui no hospital pra dar consulta.

P42. E cirurgias só um médico que atende aqui, que faz a cirurgia?

AS43. Pedro, eu não sei te informar. Só sei que os dois médicos fazem cirurgia. Agora...

P44. Não, eu sei, é (rs).

AS45. (??) [uma frase de três palavras]

P46. E quais são os principais casos que aparecem, de agravos em saúde, que são atendidos aqui?

AS47. Bom, como eu to a pouco tempo, que eu já vi, mas, cirurgia que você fala?

P48. Não, geral, também cirurgia.

AS49. Geral. Bastante parto. Cirurgia, cirurgia de arma e fogo, né, devido a região que é muito...Já me falaram que o médico operou da vista, mas aí no caso seria um oftalmologista, né,

P50. Certo.

AS51. Cirurgião, né, mas já me falaram que ela já operou.

P52. Mas geralmente as cirurgias, os casos de cirurgia são encaminhados pra Belém?

AS53. Bom, todos os casos são, assim, os casos mais graves são encaminhados pra Belém quando a gente consegue.

P54. É.

AS55. Porque o médico diz assim, olha (nome da assistente social) precisamos encaminhar esse paciente urgente pra Belém. Então, eu entro logo em contato com o Pronto Socorro, a Santa Casa, né.

P56. Além desse trabalho de atender os encaminhamentos que os médicos fazem pra você, e marcar as consultas em Belém, agendar, tem outro trabalho que você desenvolve?

AS57. Tem outros programas, eu faço aqui esse também, atendo, que é (??) para os domicílios. Como a nossa região é, nesse município, então esses pacientes são pessoas muito carentes que não tem condições financeiras. Então a gente vai analisar é, por exemplo, uma pessoa tem que fazer um tratamento em Belém, foi diagnosticado que ele tem que ir, dá um tratamento, então a gente pede os documentos desse paciente junto com o laudo do médico, por exemplo, de novo você. Você veio pro médico, o médico avaliou o teu caso, você necessita fazer um tratamento em Belém. Então aí, junto com o laudo médico eu anexo junto com os seus documentos e também o TSD. O TSD vai pra 7ª. Regional lá em Belém. A regional vai analisar, tem uma perícia médica também que vai analisar o seu caso, seu laudo, seus exames, tudinho a gente vai ta anexando. Se o seu documento for aceito, se for realmente comprovado, você vai fazer esse tratamento em Belém. E aí, esse aqui é um documento [

P58. E consiste em que, o usuário, o paciente recebe alguma coisa?

AS59. Recebe uma ajuda diária de 15 reais.

P60. Pra se manter em Belém.

AS61. Pra se manter em Belém. E ainda a passagem do barco.

P62. Esse é um programa estadual ou federal?

AS63. (4) É do Estado. (procura documento na mesa).

P64. Certo.

AS65. É do Estado (procura documento em cima da mesa)

P66. Tem aí a (olha para o papel). É do Estado, da SESPA, Secretaria de Saúde do Estado do Pará. É, além desse, tem mais algum outro trabalho? Eu sei que você tá só há dois meses aqui, então, (risos)

AS67. Tem um programa, é assim: a gente tem uma sala de reuniões aonde o Estado manda os equipamentos pra gente. A gente tem sala de vídeo, DVD, computador. Então, tudinho a SESPA manda pra gente. E isso a gente tem que, que trabalhar com isso. A gente tem os aparelhos, então, a gente tem que dar pra população essa, esse retorno.

P68. Certo.

AS69. Então quando eu cheguei, aí me deram um programa que é o PROAME, que é um programa de apoio ao aleitamento materno exclusivo. É voltado especialmente pras mães que acabaram de ter os seus bebês. Elas tão amamentando os recém-nascidos até seis meses de idade.

P70: Consiste basicamente em que o PROAME?

AS71: Voltado pra amamentação, disponibilidade pra amamentação

P72: Orientar as mães na amamentação.

AS73: Isso, porque muitas mães não têm a noção de quanto esse leite é importante pras crianças. Então, a gente vai trabalhar com isso, tem um material de DVD que a SESPA manda, então a gente dá essa orientação, dá essas palestras, ainda passa essas fitas para as mães terem essa conscientização. Então, eu trabalho com, é uma faixa de 16 inscritos, mas pode levar as crianças (risos de ambos).

P74: E o atendimento é individual ou é grupal?

AS75: Em grupo.

P76: Em grupo.

AS77: Em grupo. É de, é, a gente tem o programa, né, aqui, então tá voltado, o primeiro mês é semanal. No segundo mês já, (\$)o primeiro mês é semanal, o segundo é quinzenal, o terceiro ao sexto mês são mensais que é quando a mãe já vai fazer o desmame, né, que já vai, ela vai dar além do leite, ela vai entrar com alimentos como sucos, água, papinhas.

P78: E pelo que eu estou vendo aqui, no final recebe uma certificação do AME?

AS79: Isso, as pessoas que tiveram né, a gente tem é, esse programa tem muitas crianças porque assim a gente garante quem tiver cadastrado e quem tiver regularmente aparecendo nas reuniões, nas palestras a gente consegue consultas, porque é muito difícil as mães chegarem consultas, porque muitas mães vem de outros lugares, quando chega já não tem mais a ficha para consultar. Então, a mãe que vier desses lugarezinhas como Joanes, Mangueirinha e etc, se elas chegarem aqui 8 horas ou 9 horas não consegue mais consultas para eles. Então, se elas tiverem cadastradas e regularmente assistindo a palestra, nós, quem tiver inscrito a gente garante uma avaliação com o médico ou a enfermeira. Então, ponto lamentável pro programa.

P80: É, então, mais algum trabalho?

AS81: Eu teria que ficar com as questões é de diabéticos, de tuberculosos, porque é assim, o paciente chega, faz uma avaliação, a enfermeira tá ali, a enfermeira que tá lá trabalha muito com diabéticos e com os tuberculosos. E lá, ela dá medicamentos, conscientiza, mas também ela passa pra mim, assim é importante porque eu vou trabalhar com esse paciente a importância dele tomar esse medicamento, a importância dele continuar o tratamento, não abandonar, porque não tá só se prejudicando, mas também pode prejudicar, atingir a família, né. Eu trabalho também com essa consideração.

P82: Você falou teria, mas ainda não começou?

AS83: Palestras.

P84: Palestras.

AS85: A minha finalidade é trabalhar com palestras, mas no momento como eu estou viajando pra Belém, [

P86: Claro.

AS87: então eu só faço um trabalho individual aqui na sala.

P88: Certo.

AS89: Quando esse paciente vai com a enfermeira pra pegar o medicamento né, ela tem uma ficha das pessoas que tão vindo. Um dia desses ela me disse, olha Syntia eu gostaria que você procurasse esse paciente aqui que faz um mês que ele não vem pegar o remédio dele, então a gente tem que buscar de novo esse paciente, saber porque ele não ta vindo, o que é que ta acontecendo.

P90: E como se faz pra encontrar paciente?

AS91: Eu pego o nome dele aqui na ficha porque aqui no cadastro do hospital tem o endereço, tem os dados, aí eu faço a visita em outro momento, no período da tarde.

P92: Você faz visita domiciliar?

AS93: Domiciliar

P94: Han, han tá. Tem um princípio do SUS chamado integralidade, princípio da integralidade. Em linhas gerais é, é, diz respeito à atenção integral ao paciente, atender integralmente o paciente, o usuário do SUS. Você já ouviu falar nesse princípio?

AS95: Não.

P96: Agora eu falei que esse princípio quer dizer atenção integral ao paciente. Você acha que você já faz alguma coisa nesse sentido aqui, de tentar ver o paciente na demanda que ele traz, nas preocupações que ele traz, atender de forma integral, você acha que já realiza algum trabalho. Você vê, você acha se tem alguma perspectiva de trabalhar nesse sentido aqui no hospital?

AS97: Bom, com relação se eu atuo, eu acho que sim, acho que eu já to atuando. Quando eu chego aqui, primeiro momento, eu vou logo na enfermaria pra falar com todo mundo, saber como é que ta, quando internou, qual foi o motivo que internou. E teve um paciente, vou dar um exemplo, teve um paciente que ele levou um tiro, ele tentou o suicídio. Como ele tava na enfermaria com outros pacientes, eu não entrei diretamente, eu só conscientizei ele pra importância da vida, né, todo mundo tem os seus problemas mas a gente tem que saber como direcionar, como superar isso. E aí ele foi medicado tudinho e recebeu a alta nesse mesmo dia. Ele tinha dado entrada, se não me engano de noite, quando eu cheguei de manhã, eu fui lá,

passei nas enfermarias e nesse mesmo dia ele recebeu a alta, e aí o médico pediu, fez o encaminhamento, pediu pra ele vim aqui falar comigo e aí na sala eu tive mais contato com ele e eu no meu contato eu digo assim, olha eu vou conversar um pouco com você, se você quiser se abrir comigo, eu posso te ajudar, mas o que você falar não vai sair dessas quatro paredes, vai ficar aqui vai ser um segredo nosso. E aí com isso eu tentei conversar um pouco com ele da importância dele ser um ser humano que tem problema mas tem que saber superar. E com relação a integralidade eu acho que a todo momento eu tô atuando um pouco, eu tento mostrar a importância para as pessoas, né, e com a participação dos médicos das enfermeiras. Quando eu cheguei, como eu ainda tenho poucos meses aqui, eu recebi total apoio de todos os funcionários aqui, dos médicos e da enfermeira (nome da enfermeira). Então, como eu te falei, ela trabalha, ela é envolvida mais com os diabéticos, né, mas quando sai de lá ela encaminha, olha vai ali falar com a assistente social que ela quer conversar um pouquinho com você, então, a gente tá sempre em contato, ela não tá voltada só com a área dela, a gente tá, um complementa o outro e a mesma coisa o médico quando ele sai de lá, ele pede pra vir aqui.

P98: Essa região aqui, ela tem várias práticas de saúde que não são oficiais. Quando eu falo oficiais é que o SUS não adotou e elas estão, são vivenciadas pela comunidade. E, é a parteira que faz o parto na sua vila, no seu vilarejo, na sua comunidade, é a raizeira ou raizeiro que dá uma erva, dá uma planta pra tratar de alguém que o procura na sua casa e uma série de outras práticas de saúde nas comunidades. É, como é que você vê essas práticas locais? Como é que você lida com isso?

AS99: A nossa religião (corrige) região é muito cheia de ervas, assim, eu também fui criada assim, em primeiro lugar na minha família é sempre, é sagrado a copaíba, qualquer coisa, copaíba, então faço idéia as pessoas que moram aqui. E tem muitos casos de pacientes que eles chegam com o caso gravíssimo aqui. Aí eu quando passo nas enfermarias eu digo: quanto tempo você tá com essa enfermidade e a pessoa diz: ah tem uma semana. Então eu digo assim: você demorou uma semana pra vir pro hospital? Tem paciente, tinha uma senhora com diabetes e ela teve um furúnculo e o rosto dela tava bastante deformado. Quanto tempo a senhora tá com essa ferida, porque virou ferida, estourou assim o rosto dela e virou uma ferida. Ela disse mais de um mês. Eu digo porque que a senhora demorou tanto pra vir para o hospital? Ah porque eu tava tomando um chá e tal, passando um azeite e tal. Mas são casos assim que é gente vê que é da região, né. Então primeiro eles vão tomar essas ervas, esses medicamentos pra depois procurar o médico e isso às vezes agrava a saúde das pessoas, porque tem momentos que não sabe o que é que a gente as vezes tem dificuldades de transferir um paciente pra Belém, de ter um contato pra e aí dificulta o tratamento das pessoas.

P100: Você já atendeu moradores de Mangueiras aqui? Mangueiras, São João?

AS101: Só pra consultas.

P102: Então, pra consultas pra encaminhar pra?

AS103: Pra Belém.

P104: Tá, e você ta lembrada dos principais casos que aparecem de Mangueiras?

AS105: Não, o que tem mais procura são oftalmologistas.

P106: Mangueiras você já ouviu falar Mangueiras e São João é uma coisa só, mas [

AS107: Eu não conheço, só já ouvir falar.

P108: Mas já atendeu aqui, já encaminhou?

AS109: Isso.

P110: Então, (nome), de modo geral era isso. Você tem mais uma coisa que queria colocar sobre essas perguntas que eu fiz pra você, sobre esse tema. Você fica livre pra colocar mais alguma coisa.

AS111: Como eu falei a gente conversando um pouquinho, aqui tem muita carência dos médicos, de todas as especialidades. As vezes quando eu converso com o paciente, como eu tô fazendo minha pós-graduação em terapia familiar, é voltado um pouquinho pra psicologia, porque no meu a gente dá algumas disciplinas de psicologia , então além de fazer o serviço social, eu também converso voltado pra psicologia assim, tento orientar, tento falar da importância daquele paciente até pela questão física do paciente, espiritual também, a importância da família dele porque se ele não se cuidar ele vai atingir não somente ele mas a família dele. Então, aqui há muita carência de psicólogos, das outras especialidades, mas a gente, se Deus quiser, vai abrir o concurso e vai ter essas outras especialidades aqui pra poder ajudar essa população que é muito carente, pra poder beneficiá-los, né, e aí a demanda vai poder diminuir porque é muito grande, muitos, não sei se você já passou nesses lugareszinhos que tem o posto de saúde, mas é muito carente, não tem profissional ali, porque a dificuldade desse profissional é a dificuldade do transporte

P112: Exato.

AS113: Então, as vezes quando chega lá o enfermeiro. Tem uma senhora que veio desses lugares, eu digo: mas a senhora não foi no posto de saúde. Não, quando eu chego as vezes ele não tava lá, ele já foi pra outro lugar. Aí as pessoas vem direto aqui para o Hospital.

P: Ah, então é pela ausência de equipes nos postos de saúde das comunidades, eles tem que vir pra cá.

AS114: E quando ficam esperando uma ambulância ir buscá-los.

P115: É, mas tudo bem, mais alguma coisa?

AS116: Se tiver mais alguma coisa.

P117: Era isso então, eu agradeço sua participação.

Anexo B15

Secretaria Municipal de Saúde de Salvaterra

Data: 05.12.06

P = Pedro

SM = Secretária Municipal

P1: Bom dia, então, eu sou o Pedro da Universidade Federal do Pará e da PUC de São Paulo. Estou essa pesquisa sobre modos de prevenção e tratamento de problemas de saúde em Mangueira e como a secretaria lida com isso. Eu queria que a senhora se identificasse, dissesse seu nome e sua função.

SM2: Eu sou (nome completo), sou Secretaria Municipal de Saúde.

P3: Há quantos anos?

SM4: Há dois anos.

P5: Dois anos.

SM6: Foi em 03 de janeiro de 2005.

P7: Certo, então [

SM8: Até hoje né, estamos aqui é como titular na área de saúde até quando nos for permitido.

P9: Então, eu vou fazer essas perguntas pra senhora. Quais os principais agravos de saúde na região?

SM10: Aqui em Salvaterra, no município né, zona urbana, zona rural, os agravos nós tivemos casos sérios de malária até o ano de 2005 né, mas hoje nós já vemos a redução, foram muitos, foi uma redução mesmo valiosa quando tivemos casos, muitos casos, mais de 300 casos de malária e que hoje já tem havido em 2006 foi um mínimo, um mínimos os casos, foram raros os caso de malária tanto na zona urbana como na zona rural.

P11: Teriam outros agravos que mais freqüentes?

SM12: Tem a diarreia, mas também poucos casos de diarreia,. não tivemos, não temos casos assim, muitos casos de diarreia não. Isso nós sabemos também devido a questão da água né, mesmo a Secretaria de Saúde fornece hipoclorito pra o agente comunitário de saúde, nós fornecemos hipoclorito praqueles possam trabalhar lá de casa em casa, levando né, pra poder fazer pra florar a água onde não tem sistema de abastecimento né, a pessoa tem o poço lá no quintal, eles usam hipoclorito. Antigamente nós tinhamos muitos casos de diarreia aqui no município, mas hoje também nós temos, mas é bem reduzido esse problema de diarreia. E também a dengue, também bem pouquinho, bem pouco caso de dengue ocorreram aqui no município.

P13: A segunda, o que é resolvido no local, no caso Salvaterra e para onde são enviados os outros casos que não são resolvidos em Salvaterra?

SM14: Bem, o paciente quando ele chega no hospital,nós temos dois médicos, o Dr. João, João Miranda, João Antônio Miranda e o Dr. Gilberto né. Eles atendem a nossa população no hospital. O caso que é necessário fazer o encaminhamento, referenciar nós mandamos pra Belém, os casos de extrema necessidade que eles não podem resolver, aí já são casos assim de especialistas né, pra o paciente que é atendido com o especiliasta né. E aí aqui eles mandam pra Belém.

P15: Ah ta, no caso das especialidades [

SM16: Problemas com certeza que precisam de especialistas né. Doenças já, cardíaco, é o (4) médico do rim, enfim né, outros casos que precisa assim uma,problema de que (3) visícula, sempre lá uma vez ou outra acontece, o me´dicoenvia pra Belém pra que possam receber o atendimento lá.

P17: Serviços de média e alta complexidade vão pra Belém?

SM18: Pra Belém.

P19: Teve aquele caso de hidrocefalia da criança aqui né? É um deles né?

SM20: O caso da criança com hidrocefalia, ele nasceu aqui no município, no hospital em Salvaterra, e logo que ele nasceu, nós detectamos que ele tinha um problema que ele ia desenvolver, quando ele nasceu a cabecinha dele era um tamanha assim, quando foi feito a metragem lá, cada criança que nasce nós medimos né em volta da cabeça pra poder então ver se há um problema né de hidrocefalia, tanto que nós detectamos e quando a criança tava com um mês depois do parto nós enviamos pra Belém pra Santa Casa. O médico encaminhou porque viu que é um problema que tem que ser resolvido lá. A criança foi né, mas marcaram uma outra data, a criança veio com dois meses ele foi novamente contanto que até agora ainda não foi resolvido o problema da criança, eu to muito preocupada, liguei pra lá, pra assistente social e tão pondo assim dificuldade no leito,mas são 3 meses e ainda não resolveram um leito pra criança. Hoje ele já teve aqui né, tô vendo que a cabeça dele está bastante desenvolvida. E que essa criança tem que ir de imediata, resolver essa questão.

P21: Terceira. Essa região É rica em saberes locais, ervas, remédios caseiros e outras práticas da

população. Como a Secretaria de Saúde lida com isso?

SM22: Bem, é nós sabemos sim que desde os princípios tem as pessoas que lidam lá com cha caseiro, ervas, as rezadeiras, que sempre existiram e hoje ainda é um problema né, não tanto aqui na zona urbana, mas na zona rural eles ainda usam muito. Eu acredito que vale a pena porque hoje nós vemos as pessoas no hospital, no dia a dia, atrás de remédio, a população gosta de levar remédio pra casa, muito remédio e não tem, e ficam brabo, muitas vezes nem tem tanta necessidade de antibiótico, mas eles querem antibiótico, eles querem diclofenaco em nós sabemos que os remédios eles fazem bem pra alguma coisa mas prejudicam outra né, já aparecem outros também, a pessoa não tem problema de pressão alta e a medida que ela vai tomando diclofenaco sódico, aí daqui a pouco ele já ta com hipertensão, né. Nós sabemos disso porque já aconteceu mesmo. E lá nas, os conhecimentos das pessoas que usam muito as ervas, as ervas medicinais, isso aí vale a pena porque muitos né não vem ao hospital porque resolvem o seu problema lá com o seu remédio caseiro, e também nessa parte aí das benzedeadas, nós temos as equipes do Programa de Saúde da Família né, nós temos aqui no município, são três equipes de PSF e temos 35 agentes comunitários de saúde. Essas pessoas, eles são orientados quanto o, o, no caso assim, a criança aparece com diarreia, a mãe leva pra benzedeadas, lá a benzedeadas já recebe a orientação do médico lá do Programa de Saúde da Família, do agente comunitário e ele tem que colocar o hipoclorito na água pra que possa né, aquela água ficar [

P23: Tratada.

SM24: Ficar tratada, exatamente, em condições de ser oferecida pra criança né, pra qualquer morador da vila. Eles são orientados assim quanto o uso do hipoclorito, o soro oral né, o soro caseiro, e se a criança não melhorar, enviar pro hospital pra ser atendido pelo médico no hospital ou mesmo, até mesmo internar no caso da criança ficar desidratada por causa de uma diarreia que eles falam que foi um quebranto né, e a criança tem que vir pra começar a tomar soro né, soro oral ou até mesmo soro na veia pra que possa hidratar, em geral em problema mais sério.

P25: É quarta pergunta. Em Mangueira qual é a equipe da Secretaria, equipe de saúde da Secretaria que vai lá, a periodicidade, os principais problemas e as soluções que vocês encontram?

SM26: Lá em Mangueira nós temos dois agentes comunitários de saúde que estão no dia a dia lá visitando as residências. E nós temos também a equipe do PSF, do Programa de Saúde da Família que atende lá nesta localidade. Nós levamos eles lá a equipe que por ser a localidade, diz que é a mais distante que tem da zona urbana né. Mangueira é localidade mais distante que tem, e nós assim, é pegamos essas equipes pra poder levar lá pra fazer o atendimento da comunidade lá. Agora no dia a dia as pessoas que apresentam problema de saúde mais sério, o agente comunitário de saúde, eles telefonam pra cá pra Secretaria de Saúde, eles me liga e nós mandamos imediatamente buscar aquelas pessoas que tão com problemas mais sérios de saúde pra que possa vir pro hospital. E nós estamos constantemente lá, até mesmo porque nós estamos fazendo a reforma do posto, reforma e ampliação do posto de saúde que não funcionava há mais de dez anos. O Posto lá não funcionava e hoje nós já temos com o serviço bem adiantado lá, e nós temos constantemente lá. Um enfermeiro pra fazer a vacinação, pra fazer o preventivo e levar o atendimento odontológico também, constantemente nós temos levando o dentista pra fazer o serviço odontológico lá.

P26: Certo. O pessoal que tem problema de saúde em Mangueiras, eles não passam pelo Posto da Passagem Grande antes e vir pra Salvaterra, pro Hospital de Salvaterra ou varia, tem alguns casos que passam lá, outros casos já vêm direto pra cá? Como é?

SM27: É, quando é uma consulta médica s pessoas vem e ficam na Passagem Grande pra receber a consulta médica,mas quando é o caso de internamento, se lá o agente comunitário detectou que o problema é mais sério, ele já liga direto e nós mandamos o carro né, ambulância ou uma Kombi pra trazer essa pessoa que ta com problema de saúde pra poder ficar no hospital dois ou três dias pra receber um atendimento é melhor.

P28: Certo. A quinta é sobre integralidade que é um dos princípios do SUS que quer dizer atenção integral ao usuário e pra isso tem haver um trabalho conjunto da Secretaria em termos de

planejamento, planejar as ações, pensar em quais tratamentos são mais adequados, é o trabalho multiprofissional. A gente sabe que isso as vezes é difícil de implementar, mas o que a senhora pensa sobre isso em Salvaterra, sobre a integralidade?

SM29: É o que eu penso é que os serviços, não sei se vou responder correto né, integralidade assim sobre o Sistema SUS?

P30: Exato, pensar a atenção aos usuários de forma integrada, conjunta, planejar as ações, isso envolve desde o trabalho do agente comunitário de saúde na comunidade até o trabalho do médico no hospital [

SM40: Sim porque [

P41: Pra atender integralmente aquele paciente que necessita, que faz a demanda.

SM42: É porque nós sabemos que devido a distância né lá da comunidade das Mangueiras, eu me preocupo muito com aquela situação lá de dizer que eles são tão isolados pra lá e que precisam de um atendimento assim melhor porque aqui no município nós temos as equipes, Programa de Saúde da Família, só que cada equipe do PSF ela atende determinado número de comunidades, localidades né, e são muitos. O Programa de Saúde da Família que ta implantado lá na Passagem Grande é o maior número de localidades que atende. São várias localidades que atendem esse PSF. E nós sabemos que a comunidade das Mangueiras é a de mais difícil acesso. É onde tem mais difícil acesso pra trazer essas pessoas de lá. O que nós pensamos é assim né. Envolver como nós fazemos, é quando não dá pro médico Dr. Saraiva ir, aí eu chamo outro médico lá do outro PSF que é a Dra. Fátima. Nós constantemente levamos a Dra. Fátima que ela já é do PSF lá do Jubin né, nós já temos levado ela pra fazer atendimento lá. Já emos trazido a enfermeira lá da Condeixa que é outro PSF.

P44: São outros municípios?

SM45: É são outros municípios. São três PSF que é Passagem Grande, Jubin e Condeixa.

P46: Mas é tudo de Salvaterra, é, e nós levamos essas equipes assim, nós fazemos uma sabe, nós não colocamos assim porque é a equipe da Passagem Grande, só eles têm que ir lá, não, nós trazemos a enfermeira lá do PSF da Condeixa, conversamos até mesmo pra não impedir o atendimento lá durante a semana, nós conversamos e eles tão sempre de boa vontade pra ir com a gente com a equipe da Secretaria de Saúde pra ir lá na comunidade de Mangueiras no sábado eles estão sempre é se disponibilizando né, é assim eles não se negam, eles vão de boa vontade porque em Mangueira é uma localidade que todo mundo gosta de ir. É a mais distante e quando eu falo assim nós vamos pras Mangueiras no sábado, é mais quem quer ir. Se tiver cinco Kombis, vai cinco lotadas. É, porque todo mundo gosta de ta lá e quando chega lá[

P47: Eles fazem uma espécie de mutirão?

SM48: Mutirão, exatamente, nós levamos como (??) eu tô com 340 escovas de dente pra nós levamos pra fazer uma ação lá, mas nesse dia não vai ser só ação de saúde bucal. Nós vamos levar um médico, dois médicos né pra consultar, nós vamos levar o odontólogo, nós vamos levar o enfermeiro pra colher o preventivo, a outra enfermeira já, porque tem o atendimento da vacina, enfim, sabe nós, e a outra já vai cuidar de orientação com as gestantes, com as mães sobre prevenção né. Nós aproveitamos oportunidades assim, e vamos mais lá no dia de sábado. E também devido o posto não tava funcionando, nós já começamos no sábado porque nós fazemos esse atendimento todo na escola, sabe, colocamos nas salas as equipes né, preparada pra fazer o atendimento na escola porque e o posto tava sem condição. Dez anos que não funciona o posto lá, hoje nós estamos reformando.

P49: E é o dia inteiro o atendimento?

SM50: O dia inteiro, nós vamos daqui 7 horas da manhã e voltamos cinco horas da tarde, mas deixamos todas as pessoas lá, qualquer pessoa que chegar, recebe atendimento, ninguém volta sem ser atendido. O Adelerme vai, agente comunitário de saúde, a Alaíde, durante a semana eles

ficam mobilizando, selecionando as pessoas que ta precisando de consulta médica, que ta precisando do preventivo e fazemos aquele atendimento envolvendo né.

P51: Agora a senhora falou na distância e na quantidades de comunidades. A senhora acha que isso atrapalha um pouco a atenção integral, esse atendimento integral mais próximo, a distância e a quantidade de comunidades que você tem de atender?

SM52: Eu acredito que sim, porque nós tamos até lutando né, já com projeto pra que possa é ampliar né mais, quer dizer, é queremos trazer mais duas equipes de PSF. Mais dois médicos, mais duas enfermeiras e mais uns 15 agentes comunitários de saúde p'ra quie possa melhorar isso aí. Aí diminui a quantia de comunidades lá do PSF de Passagem Grande, já vai diminuir, já vai dar uma atenção melhor.

P53: A senhora teria mais alguma coisa a colocar.

SM54: O que eu quero colocar é que nós precisamos de coisa assim né, como você ta vindo aqui né, fazendo aqui essa entrevista e tudo né. É gostaria assim de que seja mais alguém pra nós dar aquela força para que nós possamos chegar aonde nós podemos chegar pra poder né Precisamos de pessoas pra nos dar forças. Alguém que possa nos ajudar a buscar, você que tá sempre aqui na comunidade vendo as necessdades e pra nós alguém, quer dizer uma testemunha de que as necessidades são grandes aqui.

P55: Ta ok, então agradeço a entrevista d. Maria José e obrigado.

SM56: Muito obrigado também, estamos aqui.

Anexo B16
Assessor da Secretaria de Saúde de Salvaterra
Data: 05.12.06

P = Pedro
A = Assessor da Secretaria Municipal de Saúde

P1: Bom dia (nome).

A2: Bom dia.

P3: Eu sou o Pedro da PUC de São Paulo e da Universidade Federal do Pará, eu tô fazendo essa pesquisa sobre modos de prevenção e tratamento de problemas de saúde em Manguzeiras e eu queria que você se identificasse.

A4: Bom dia é =

P5: Pedro.

A6: Pedro, meu nome é (nome completo) né, conhecido mais na região, pelos moradores de Salvaterra e também pelas pessoas que vem aqui em Salvaterra por (apelido) que é um apelido que eu ganhei da minha bizavó. Aqui você sabe que é mais comum as pessoas serem conhecidas pelos apelidos. Depois até estranham de (apelido) pra (nome). (risos)

P7: Em Belém é assim também.

A8: Eu sou técnico de laboratório, hoje eu exerço a função de assessor no setor de saúde pela experiência que eu já tenho de quinze anos de trabalho na área de saúde e tô aqui a sua inteira disposição no que eu puder colaborar com a sua pesquisa.

P9: Tá bom, então a primeira pergunta. Quais os principais agravos de saúde na região?

A10: Olha, na nossa região os principais agravos, o que vem sofrendo assim uma queda, graças a Deus, era mais a questão da malária que só pra você ter uma idéia, ano passado a gente teve um índice muito grande, aproximadamente uns trezentos casos né, e esse ano a gente teve uma redução acima de 80%. A gente tá fechando o ano ainda, tá se aproximando o período chuvoso, mas esse é um dos agravos que mais aflige a nossa população, além também da daquele período de gripe, mudança de temperatura né, a questão climática, influencia muito, tem aquela virose que sempre é uma das questões de saúde que a gente enfrenta bastante. Essa mudança que agente tem aqui, seis meses de inverno e seis meses de verão tem essa mudança e aparece muito esses casos de virose, e coincide também o período com essa questão da malária até que a gente até orienta as nossas equipes de fazer a coleta de qualquer suspeito. Tendo febre a gente coleta logo pra descartar logo a malária e saber logo qual tipo de tratamento. Outro agravo também que a gente mais comum aqui assim é a questão da diarreia ainda que você sabe em nosso município infelizmente, principalmente na zona rural, em todas as localidades não dispõem de água tratada, uma água adequada, apesar da gente já ter vários micro-sistemas de abastecimento, mesmo assim ainda tem muitas pessoas que consomem água de poços, aqueles poços abertos né, que você sabe que no período chuvoso, como não tem uma proteção, essa água passa pra dentro né contaminando e isso dificulta também o nosso trabalho porque a gente combate com a distribuição de hipoclorito né através de nossos agentes comunitários de saúde. Eu acho que dos principais esses são os mais freqüentes. São esses questões aí de =

P11: Vocês distribuem o hipoclorito por meio dos agentes de saúde nas comunidades?

A12: Isso. Nós temos 35 agentes comunitários de saúde que cobrem a zona urbana e zona rural. Estamos trabalhando pra finalizar esse ano, se Deus quiser, a expansão de mais 16, pra totalizar 51, pra ficar uma cobertura de 100%, porque na época que foi é, ele era considerado 100%, mas hoje com o crescimento da população, das áreas que cresceram né, nós temos bairros que cresceram muito na área periférica, então, já necessita, os estudos que nós realizamos através da equipe de saúde comprovam que é necessário e nós estamos finalizando essa ampliação.

P13: A segunda pergunta: o que é resolvido no local e pra onde são enviados os outros casos?

A14: O que a gente resolve aqui no município ou nas localidades?

P15: No município.

A16: No município nós trabalhamos a atenção básica, que nós somos município ainda de atenção, que apesar de hoje em dia já houve mudança com essa questão que antes era básica, plena né, hoje em dia o Ministério da Saúde tendo um outro entendimento, através desse novo Pacto pela Saúde né,

P17: É.

A18: Pacto pela Saúde, gestão no SUS, já tem algumas mudanças. É que cada município vai poder tratar melhor essa questão. Muitos casos a gente já resolve, graças a Deus, no próprio município como até pequenas cirurgias que são realizadas, por exemplo, uma. uma questão, quando a mulher não pode ter nenê normal, como é que a gente chama?

P19: Cesariana.

A20: A cesariana né, graças a Deus, nós já temos no hospital uma sala cirúrgica em que tem condições de realizar ao mesmo tempo duas cirurgias. Nós temos dois médicos cirurgiões que atendem no nosso hospital. Poucos são os casos que a gente encaminha, mas os encaminhamentos eles são feitos mais na parte de especialidades como, por exemplo, alguns casos de traumatologia, neurologista, né. Esses casos mais de alta complexidade.

P21: Certo.

A22: Até casos, até mesmo de média complexidade eles já são, alguns já são tratados no próprio município.

P23: É o caso da cesariana que é considerado média?

A24: É, por exemplo, os programas como o TD, NH, hipertensão, os programas básicos, eles são tratados diretamente aqui no município mesmo. Planejamento familiar, a questão do acompanhamento da gestante como um todo, o próprio desenvolvimento da criança, a imunização né que é muito importante. Isso já é feito no nosso município. Pra você ter uma idéia também, nós éramos municípios que, município, desculpa, que tínhamos que referenciar pra Sôure [município vizinho] que é município pólo, (??) que chama. E hoje em dia nós não efetuamos nenhum tipo de encaminhamento para o município de Sôure. Nós encaminhamos os nossos casos que o município de Salvaterra não tem condições de resolver diretamente para Belém. Casos tipo, casos de pessoas que tão com problema de alcoolismo que agente encaminha pra Belém para tratamentos, as vezes mais graves.

P25: O caso da criança com hidrocefalia que veio a pouco aqui?

A: Isso. Esse caso também infelizmente como eu até conversei com você anteriormente, não só nesses casos, mas em outros casos agente enfrenta dificuldades. Eu acho que até mesmo pela questão da demanda do SUS né que a capital atende o Estado todinho né, apesar de ser uma rede bem expansiva, tem uma expansão bastante considerável, ainda não consegue absorver tudo. Não só esse caso de hidrocefalia que já foi duas vezes e retornou para o município, mas também caso simples como o exame do PCCU. O Lagem que é o laboratório responsável pelas análises das lâminas já teve casos de passar um ano pra chegar o resultado aqui e caso assim de nick avançado. Pra você ter uma idéia uma pessoa que com um ano depois receber o resultado de um niki três, niki quatro. Já depois de um ano vai tá muito mais grave ainda. Então, fica difícil né, imagine outros casos como consultas mais especializadas. Uma dificuldade grande que a gente enfrenta também é em marcar consultas através da central de marcação de consultas, conseguir leitões. É a referência é o Pronto Socorro de Belém e mesmo assim, agente enfrenta dificuldades. Mas no município, nesses dois anos, 2005 e 2006, ele conseguiu é melhorar sua estrutura de atendimento. Até mesmo os nossos postos de saúde da zona rural, eles já fazem atendimentos que antes teria que ser encaminhado para o hospital, porque já tem o médico, já tem a enfermeira, que são as equipes de PSF, já conseguem dar um suporte bem melhor pra nossa equipe como um todo.

P26: Certo. Terceira pergunta. Esta região é rica em saberes locais: ervas, plantas e outras práticas da população, remédios caseiros. Como a Secretaria de Saúde lida com isso?

A27: Olha, você falou uma coisa muito importante aí. Assim como tem essa questão da gente conhecer as pessoas muito por apelido que é uma coisa dos nossos antepassados né, dos nossos avós, bizavós, tem aquela cultura da medicação, aquelas ervas medicinais, que a nossa população, graças a Deus, conhece bastante. Mas é infelizmente, posso te dizer, vem sendo esquecido muito né, e hoje, a nossa equipe, a partir do momento que ela faz uma avaliação do que já feito em termo de saúde, ela observa que é necessário resgatar isso. Então, hoje nós já estamos criando programas, já elaborando para o ano de 2007 pra que incentivem mais isso. Você tem a Pastoral da Criança, você conhece né, que é uma pastoral que mostrou né que dá resultados.

P28: Através da multi-mistura e outras (??)

A29: Então, a Secretaria ela não vai, a equipe de saúde jamais vai contra as crenças, esses tratamentos com ervas que a população ainda dispõe, muito pelo contrário, tem casos que a gente pode comprovar realmente que tendo uma assistência técnica, um acompanhamento, isso surte muito efeito e diminui muito a questão também com gasto com medicamentos. Você que conhece Mangueiras que é das localidades mais distantes nossa. É uma das localidades que o acesso é mais difícil, nesse ano agora nós estamos reformando o Posto de Saúde de lá, é uma dificuldade muito grande pra transportar material pra lá, mas a gente tá conseguindo. E é uma localidade que a gente pode, bem próximo dali tem uma localidade chamada Deus Ajude que tem até uma horta lá que trabalho com esse tipo de ervas, de plantas.

P30: A horta medicinal né que chamam.

A31: Então, é importante. A Secretaria procura sempre trabalhar com a comunidade dando valor para seus conhecimentos populares, claro, e implantando nossos programas de prevenção também. O que é necessário se fazer em termos de tratamento com medicamentos, é medicina curativa né, a gente faz, mas a gente tem procurado priorizar a medicina preventiva.

P32: Ok, quarta pergunta: em Mangueiras qual é a equipe da Secretaria, a periodicidade, os principais problemas e soluções?

A33: A equipe de Mangueiras que é uma das localidades que é atendida pelo PSF de Passagem Grande. Nós temos três equipes de PSF no município né. Então, a equipe de Passagem Grande que é responsável por aquela área de Mangueiras e toda aquela abrangência lá que é as adjacências de Mangueiras. então o que acontece: principalmente no período chuvoso fica muito mais difícil agente levar a equipe até lá. Por isso que a gente detectou que o nosso Posto de Saúde lá era necessário se efetuar imediatamente uma melhoria, até porque era um Posto sem condições realmente de funcionamento. E mesmo porque a gente precisa tratar da questão odontológica, da saúde bucal, aonde já tá com gabinete odontológico ali, adquirido, através da Secretaria para fazer essa instalação lá porque nós temos equipe de saúde bucal também que vai atender aquela área e sempre que a equipe vai, vai o médico, a enfermeira, o dentista né, os auxiliares, a equipe de vacina, a equipe de endemias. Então, geralmente se monta uma equipe grande pra atender essa comunidade devido essa dificuldade de transporte que é tão distante. E a gente procura pelo menos uma ou duas vezes no mês atender essas comunidades. No período chuvoso fica mais difícil. A gente vai em média uma vez, no período chuvoso. Agora no período de verão, a gente vai em torno de duas vezes [

P34: No mês [

A35: Ao mês né. E também se a gente detecta alguma necessidade além das duas vezes, a gente tem que ir, a gente monta a equipe e faz o atendimento.

P36: E nessa ida vai?

A37: O odontólogo e o seu auxiliar de higiene bucal, o médico, a enfermeira, a equipe de vacinação, a equipe de endemias e[

P38: Tudo junto?

A39: Tudo junto, vai toda a equipe né, porque por uma localidade distante pra gente ficar mandando uma equipe de cada vez fica mais dispendioso pra gente né, e lá pra você ter uma idéia é uma das localidades que a gente mais gosta de ir porque o povo lá é muito receptivo, eles tratam a gente muito bem lá.

P40: Vocês vão de carro até Dallas ou vão por fora?

A41: É, antes o acesso era através e barco né, e durava em torno de duas horas e meia, três horas, dependendo da maré. Hoje a gente vai até Dallas que é uma fazendola que bem em frente, atravessa num barquinho chamado de rabeta aqui na nossa região e caminha mais ou menos [

P42: Uns 15 minutos

A43: É [

P44: Pro outro lado até Mangueira[

A45: Até Mangueira por uma estrada que foi aberta recentemente. Mas é um atendimento prazeroso, a equipe briga pra saber quem é que vai.

P46: E lá vocês encontram como problemas principais?

A47: Os problemas principais é esse: a questão da higiene bucal que a gente por se tratar de uma localidade distante, fica difícil o acesso deles pra cá, a questão das diarreias que eu já falei pra você e a questão de coceiras também que a gente tem bastante, aquelas escabioses que a gente enfrenta.

P48: Eu já muita gente com tumores na cabeça, na coxa.

A49: É, aqui que eles chamam (3)?

P50: Humanacidas.

A51: Humanacidas é. A gente tem, tem até um período aqui que ele aumenta bastante. A gente não sabe ainda o motivo. Mas não é só em Mangueiras, mas no nosso município todo, até na zona urbana a gente tem muitos casos, muitos mesmos.

P52: E por último, integralidade é um dos princípios do SUS que diz respeito a atenção integral ao usuário, à pessoa, ao paciente e a gente sabe que é uma coisa difícil na atual conjuntura. Mas o que você pensa sobre isso aqui em Salvaterra?

A53: É a minha opinião particular né, enquanto cidadão e servidor público. A minha opinião é que é uma coisa que deve, deve acontecer. Tem que acontecer. É uma coisa muito boa. E enquanto assessor, funcionário da saúde, fazendo parte da equipe, eu acredito que nós estamos caminhando rumo a isso aqui na nossa Secretaria, não só na nossa Secretaria, mas na administração porque a gente já teve provas bem concretas. Como eu já falei anteriormente pra vocês somente quando a gente faz essas questões de fazer as avaliações né, pra fazer nossos planejamentos pra elaborar as próximas ações, saber onde a gente acertou, onde agente errou pra saber onde aonde melhorar, então a gente viu que esses princípios do SUS que estão surgindo agora né, tão surgindo não, que tão sendo intensificados tem colaborado, tem colaborado muito. O que falta, eu acho que é a questão de conscientização da própria população. A gente vai trabalhar a equipe de saúde como um todo, o sistema de saúde, o setor, mas prepará-los pra trabalhar com a comunidade, pra conscientizar a comunidade, porque como eu já falei anteriormente também a prevenção, ela é fundamental. Nós temos dados assim agente começou a bater maciçamente mesmo na prevenção, a gente conseguiu reduzir, tanto é aquele caso de malária que eu falei pra você que foi uma vitória nossa. Nós fomos para as localidades mais endêmicas, fazemos palestras nas escolas que é uma coisa assim que funciona mesmo você trabalhar com o escolar, principalmente com as crianças, a gente tem pais que vem com a gente falar: olha meu filho chegou em casa, falou isso, me explicou, então, surge, tem efeito. Então, essa questão aí é de suma importância.

P54: Ta ok. Teria mais alguma coisa a colocar sobre a saúde aqui no município?

A55: Olha, é como eu venho falando sempre. Esse ano nós estamos fechando aqui com chave de ouro. Nós tivemos o 1º. Seminário de Educação Permanente para o Controle Social no SUS né, que foi uma sugestão do Conselho Municipal de Saúde que articulou com o Conselho Nacional de Saúde, onde nós tivemos representantes do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde. E a gente fica aqui um pouquinho triste pelos outros municípios da nossa região não terem participado, apesar que a gente divulgou, mandou convites, eles confirmaram anteriormente a sua participação, mas é foram poucos os que compareceram, mas foi assim um evento que teve um efeito muito significativo pra comunidade, porque a comunidade participou, nós tivemos a Semana de Combate e Prevenção à Dengue. Tu presenciou a nossa exposição, inclusive eu tenho até umas fotos que eu vou te apresentar com elas pro teu trabalho

P56: Ah ótimo. Nesse curso de capacitação, de educação permanente, médicos, enfermeiras?

A57: É, eu acho que quem saiu mais ganhando foi a equipe de saúde, porque 60% dos participantes do evento eram prestadores, eram funcionários, eram técnicos da área de saúde que foram liberados de seu expediente de trabalho pra participarem e participaram mesmo efetivamente. Então, desmistificou aquela questão do Conselho ser aquele órgão perseguidor, pensa assim que o Conselho tá ali pra perseguir a administração. Não, eles viram que o Conselho

tá ali pra representar a comunidade e colaborar com a administração, com o setor de saúde, tanto é que o conselho é muito presente nas nossas ações. Eles nos acompanham mesmo, até mesmo pra que eles possam questionar algumas coisa., que você sabe, ninguém pensa igual a ninguém, um pensa do jeito, um pensa de outro, e cada um vai dando sua parcela de colaboração.

P58: Tem membros da Sociedade Civil e membros do ?

A59: É, você sabe que o Conselho é paritário [

P60: Paritário, exato

A61: 50% de usuários e 50 % de, sendo divididos 25% de prestadores e 25% de trabalhadores que inclui os gestores. Então, a Secretaria de Saúde, na verdade, esse ano assim está de parabéns. Eu digo porque já estou aqui há 15 anos, já vim de outras administrações e os projetos que nós temos pra 2007 são frutos da avaliação de todo o nosso trabalho de 2005 e 2006 que foram realizados, as dificuldades que nós tivemos e que nós vamos, nós estamos elaborando como se vai trabalhar em 2007. E a nossa maior luta vai ser a questão da prevenção né, porque esses três (3), esses três princípios do SUS que eu acho que é muito importantes

P62: Tá ok Dinho obrigado. Foram informações muito valiosas.

A63:Eu que agradeço né. Eu quero te dizer também que apesar da gente ter colocado muita coisa boa, mas a gente enfrenta muita dificuldade, a gente erra também, mas gente tem procurado aprender com os nossos erros. Com certeza a equipe está de parabéns. Como eu já te falei e repito mais uma vez, esses 15 anos de trabalho, cada vez mais me faz acreditar que é possível o SUS melhorar mais ainda. Apesar da dificuldades, como eu te repassei, dos encaminhamentos pra Belém que é a capital, é a referência, eu acredito que a gente ta no caminho.

P64: Ok, obrigado.

Anexo B17
A agente de Saúde em Mangueira
Data: 04.12.06

P = Pedro
A = a agente de saúde

P1: Boa tarde, eu sou o Pedro

A2: Eu sou (nome) (??) Deus Ajude.

P3: (nome) de, todo o nome?

A4: de (sobrenome).

P5: Ah, (nome completo). Então sua função é agente de saúde [

A6: É.

P7: De Mangueiras? Você faz parte de alguma equipe de saúde do PSF?

A8: Faço, Passagem Grande.

P9: Você ta ligada à Passagem Grande?

A10: É.

P11: Mas atende Mangueiras?

A12: Mangueiras e Deus Ajude.

P13: Mangueiras e Deus Ajude. Então, eu vou fazer essas perguntas pra você. A primeira é a seguinte: como é trabalhar com vilas tão distantes e em situações tão precárias como em Mangueiras?

A14: Bastante difícil né, bem difícil mesmo porque agente no momento tá em situação precária de material, porque não temos bicicleta, um dia empresta dos vizinhos pra suprir o trabalho né. Outra vez tem que pagar porque não tem, mas mesmo assim a gente não deixa de dar assistência, a gente vai dar um jeito, nós fica pra lá, também tem a situação lá do transporte, aquele igarapé né.

P15: Transporte, pra transportar quem tem problema?

A16: Não, pra mim atravessar pra lá né.

P17: Pra você ir até Mangueiras?

A18: Dar assistência lá pra comunidade.

P19: Porque tem que atravessar o igarapé, o Rio das Mangueiras.

A20: É, mesmo assim, eu dou o meu jeito e atravesso. Passo dia pra lá pra poder retornar a tarde pra cá. Agora a situação lá é bem complicada. Não tem remédio, a gente encontra uma situação difícil que a gente tem de dar um jeito, a gente mesmo comprar o remédio porque no momento não encontra. E tem que levar o paciente pra lá e não tem meio de transporte mais fácil que as vezes a gente de agilizar de uma forma mais rápida, mas se torna uma forma mais difícil né. Ou é moto ou é bicicleta mesmo ou carona, até que [.

P21: A Secretaria não tem carro?

A22: Eles tem, só que as vezes a gente quer contato e não tem.

P23: Contato de urgência?

A24: De urgência.

P25: E você tem que se locomover de bicicleta pra lá também?

A26: De bicicleta.

P27: Mas não tem uma bicicleta do PSF?

A28: Ainda não.

P29: Nem do PAC, porque você faz parte do PAC?

A30: É também ainda não tem esse meio de transporte né. Agora quando é remédio as vezes até eu mesmo porque eu já fiz curso de plantas medicinais e eu também trabalho assim porque eu entendo um pouquinho né. Remédios caseiros fáceis, eu faço, as pessoas se dão bem. Outros é eu faço massagem nas pessoas e vou levando porq eu é o único recurso mais prática e fácil.

P31: Você fez esse curso de plantas medicinais aonde?

A32: Fiz em Salvaterra.

P33: Quem foi que deu o curso?

A34: Olha eu esqueci o nome do professor.

P35: Foi pela Universidade, pela Secretaria?

A36: Foi pela Unamaz, parece.

P37: A da Unamaz, tá. É [.

A38: Não sei quanto tempo, parece que tem dois anos.

P39: E [

A40: Também tem o horto medicinal aqui né.

P41: Horto medicinal? Onde fica?

A42: Pra lá pra outra rua.

P43: Em Deus Ajude?

A44: A gente tem plantas lá que agente pegou umas técnicas né, e a gente usa também.

P45: Você que criaram o horto medicinal?

A46: Foi através da EMATER parece. Um desses órgãos, não tô bem lembrada.

P47: É uma iniciativa governamental junto com a comunidade?

A48: Isso.

P49: Mas quem planta são vocês?

A50: Nós plantamos, recebemos alguma plantas né, copaíba. Algumas plantas a gente recebemos, algumas a gente arranja por aqui mesmo. A gente se vira de toda forma porque é o único meio de socorrer mais rápido pra não morrer né.

P51: Por exemplo, que plantas você usa as vezes no tratamento?

A52: Ah, depende de cada [

P53: caso [

A54: caso né.

P55: Você pode citar uns dois casos ou três?

A56: Pra diarreia que é mais frequente, eu uso a corrente, chá da corrente né.

P57: Que é uma planta?

A58: É uma planta.

P59: Chá da corrente.

A60: Aí tem erva doce, e dá certo. Passa dor de cólica.

P61: Dor de cólica também.

P62: E outro, outro tratamento? Outra planta.

A63: A babosa pra inflamação né.

P64: Inflamação de que?

A65: De qualquer coisa (4) no corpo né. A babosa com mel.

P66: A babosa com mel.

A67: E agente usa também as pessoas se dão bem né, até que elas possam se deslocar pra chegar no atendimento do médico. Sempre a gente usa esse tipo de técnica.

P68: E o que mais, algum caso, um terceiro exemplo de problema e planta que você usa?

A69: Deixo eu ver (5), por exemplo pra tosse, gripe, pau de jucá de novo com mel.

P70: Jucá é um

A71: É gengibre, é uma planta.

P72: É a folha ou é a raiz?

A73: Não é uma bargem, aí a gente usa a bargem dele. Ele é muito bom pra tosse, sei que as crianças se dão bem. Aí no caso de não ter mais, de correr atrás e não ter mais nada, aí a gente pega e faz isso. Minhas crianças se dão bem.

P74: Certo, e segunda pergunta é: quais os principais agravos e problemas de saúde e como você lida?

A75: Olha hoje frequentemente eu vejo a situação que se agrava mais é a diarreia, principalmente em Mangueiras. A diarreia e a desnutrição né.

P76: A diarreia (3) tem algum público específico ou é em todo mundo?

A77: A é específico assim algumas né, algumas crianças, alguma gestantes, por exemplo aquele menina que ta pra lá hospitalizada (??) ela tá uma grávida que tá com baixo peso né. A criança ela tá fraquinha, quer dizer eu fico observando que é na alimentação de cada pessoa né, de cada morador que tem um pouco mais, outro não tem né. Eu vejo a dificuldade muito grande aí.

P78: E nesses principais agravos que você lida você envia pra onde, além de, depois de, quando é possível você faz o tratamento com plantas?

A79: Pra lá pro PSF né, de lá eles encaminham. A ação social entra com uma parte né pra ajudar as pessoas que não tem condições né, e aí eles vão lá pessoalmente.

P80: O PSF fica aonde?

A81: Passagem Grande?

P82: Ah, ta, então alguns caos pro PSF de Passagem Grande e pra Hospital quando é mais grave.

A83: Isso. Aqui nós, em Deus Ajude, nós trabalha de outra forma. Nós faz a horta, hortaliça e de lá só tira verdura, vende, tem uns que participam tiram pra consumo né, mas ó que Mangueiras ainda não deu pra trabalhar em cima disso porque lá é diferente daqui. Aí eu vou, previnho né, aí eu vou por que é o único meio de ter mais uma alimentação saudável né. É por que alimentação é bastante fraca né e se não tiver outro alimento.

P84: E sua horta é pra alimentação, além da horta medicinal que é pra tratamento?

A85: Pra tratamento.

P86: Então Deus ajude já tem isso?

A87: Já tem as duas, inclusive aquele daí ta meio apagada agora, a de verdura.

P88: Então vocês enviam geralmente os casos pra o PSF de Passagem Grande.

A89: (??) enviou pra Belém.

P90: Pra Salvaterra dependendo do caso?

A91: Aí faz o tratamento dependendo de cada caso não é.

P92: Então em Passagem Grande é a triagem?

A93: É.

P94: Certo. E terceiro, numa visita eu conversei com pessoas no local que atendem de alguma forma nos casos de doença. D. Lídia, Seu Júlio, D. Antônia, D. Elizabeth. Como vocês lidam com essas pessoas e com essas práticas?

A95: Ò, eu respeito muito que cada um com seu cada um né. Por exemplo, domingo, não domingo, sábado, eu fui lá, eu fui lá visitar. Não era dia de serviço, mas eu fui lá visitar a paciente que tava na cama, problemas de gravidez né. Ela, A mãe dela me falou que a senhora lá passou um chá de barro com tabatinga, folha de inajá, aí ela disse: será que eu dou pra ela. Eu disse olha, não sei cada um no seio. Eu disse pra ela, pra mim segunda feira você ía e procurava um médico né, aí não deu tempo de ir na segunda feira, eu já foi ontem domingo né. Aí eu não sei se ela fez ou se não fez né.

P96: Por que se agravou o caso dela?

A97: Se agravou, muitas dores a criança tá fraquinha.

P98: Quantos meses ela tem?

A99: Ta com seis, quer dizer, eu acho que a situação é bem precária que tá precisando, que tá sem condições. Uma gravidez indesejável porque é uma situação que tem que ta preparado pra receber uma gravidez ou outro problema né, tando despreparado só vai dar mais problema ainda né. E eu respeito muito o trabalho deles, quando ele desfaz do nosso, quando eu fico quieta na minha, eles aprenderam uma coisa e eu aprendi outra. E é isso.

P100: O nosso você fala o seu trabalho com plantas medicinais ou o seu trabalho como agente comunitário de saúde?

A101: Como agente comunitário, porque a medicina algumas coisas dá certo né, mas algumas pode também não dar certo.

P102: Porque você acha que eles tem alguma dificuldade ou fazem alguma crítica ao trabalho de agente comunitário ou da saúde mesmo oficial?

A103: Eles fazem, dizem que as vezes não é pra médico, e as vezes é sim pro médico. Algum atrapalhozinho eles (??) eu vou ter mais poder que o médico, mas as vezes não é bem assim não (??).

P104: E você, como é que você vê essa relação entre essas duas prática de saúde que a população tem e a oficial que envolve a Secretaria de Saúde, médicos, enfermeiras. como você vê essa relação, é possível haver uma integração, não é possível?

A105: Olha, no meu entender é possível né, agora tem uns que acham que é impossível, por

exemplo, no hospital eles não aceitam se a gente chega lá e diz assim olha aqui está o remédio caseiro. Eles não criticam totalmente mas um olha pra cara do outro e acham que não deu certo.

P106: Você sabe que no hospital de Salvaterra tem várias enfermeiras, auxiliares que foram parteiras na comunidade? Tia Naza, D. Almerinda. Elas foram parteiras e segundo informações do Hospital elas chegaram a ensinar as enfermeiras. As enfermeiras novas não sabiam fazer parto.

A107: É o primeiro parto que eu tive em Manguieiras eu ainda não era formada né, auxiliar. Eu fiz porque muito curiosa, gosto muito da profissão

P108: Você fez vários partos antes da profissão?

A109: Não, um eu fiz só eu, antes de eu ser auxiliar.

P110: Sozinha?

A111: Só eu e Deus. (??) Hoje eu me formei em auxiliar.

P112: Ta ótimo. Mas uma coisa que eu queria saber. Você ta ligada ao Programa de Agene Comunitário, o PAC?

A113: É.

P114: Qual é a freqüência da equipe de saúde em Manguieira?

A115: Ela tinha uma dificuldade grande, era uma vez por mês. Agora ela ta freqüentando mais, ta melhorando um pouco né.

P116: Porque a informação que eu tenho é que ela vai a cada dois meses, vai todo mês, vai a cada 15 dias, então, por isso que eu lhe perguntei, que eu queria saber.

A117: Não ela ta freqüentando mais.

P118: Ou varia. Ta freqüentando mais

A119: De 15 em 15, porque é muitas comunidades e não pode também ser visado só Manguieiras né. Aí , por exemplo, o PSF de Passagem Grande ele é visado Bacabal, Barro Alto, Pau Furado, São Benedito, é Mãe de Deus, Passagem Grande, Boa Vista, Siricarí, Deus Ajude, Manguieiras, Rosário e Chiquita. Então, é um PSF pra todas essas áreas.

P120: Uma equipe só? E conta com quem?

A121: Um médico, dentista, enfermeira, dois agentes comunitários. Agora nas outras áreas tem mais agentes comunitários. Cada área tem um agente né.

P122: Claro, você é agente do PAC? Você pertence também a essa equipe do PSF?

A123: É, porque trocou PAC com PSF. É só uma equipe né.

P124: É.

A125: Aí, então, é por isso que eles vejam pouca freqüência, mas eles tem de dar assistência pra tudo né. Mas eu acho que eles freqüentam sim Manguieiras, antes era muito mais não tinha essa freqüência de médicos. Inclusive o posto ta abandonado, não tinha como colocar nada lá.

P126: Tão reformando agora.

A127: Tão reformando pra ver se aguenta um pouco de medicamento. Eu acho que melhorou um pouco mais, agora eu acho o que deveria melhorar era a água de lá. A água é uma situação precária que aquilo é todo dia problema da água aí.

P128: Contaminada?

A129: Contaminada, eu pelo menos eu vou, eu tenho medo de tomar água de lá. Eu tomo água de lá me dar uma dor de barriga. Eu vou, as vezes eu passo o dia todo senão levar minha água, só venho tomar minha água em casa. A gente espalha hipoclorito, mas o pessoal, muitos não tem o esclarecimento assim de usar. A gente fica esclarecendo, eles ficam com medo. Ainda tem aquele pouco de medo, ah eu vou colocar na água eu vou morrer.

P130: A sua visita como agente ela é domiciliar ou [

A131: É domiciliar.

P132: Domiciliar, você vai nas casas,

A133: Vai nas casas.

P134: Você não fica esperando eles virem procurarem?

A135: Não, agora eu não paro porque muita gente me procura, as vezes eu vou numa casa e já tem outra me chamando.

P136: E o Adelerme faz isso também?

A137: Também.

P138: É domiciliar, e também varia porque você é solicitada.

A139: Por exemplo, hoje eu não tô aqui, mas já tem fulano que tá me esperando passar pra encostar lá.

P140: Tá ok Alaídes você tem mais alguma coisa que se lembrou?

A141: Até agora não me lembrei não.

P142: Tá ok obrigado

Anexo B18

O agente de Saúde de Mangueira

Data: 04.12.06

P= Pedro

A= o agente de saúde

P1: Boa noite (nome), eu sou da PUC São Paulo e da Universidade Federal do Pará. Eu to fazendo essa pesquisa sobre modos de prevenção e tratamento de saúde em Mangueiras. Eu queria que você se identificasse.

A2: Meu nome é (nome), eu sou agente comunitário de Mangueiras há 15 anos.

P3: Então, certo, a primeira pergunta é a seguinte: como trabalhar com vilas tão distantes e situação tão precária como em Mangueiras?

A4: Olha, é complicado porque quando assim acontece algum caso de doença tem que telefonar

pra cá pra Salvaterra pro transporte buscar na Dallas, entendeu [Fazenda Dallas, do outro lado do rio das Mangueiras (o mesmo rio Paracaurí) ao lado de Mangueiras}. No passado, agora não o acesso do tráfego tá melhor, tá mais rápido. Porque antigamente quando era só fluvial, chegou a morrer gente no meio do rio. Porque antigamente vinha pra Soure de bote.

P5: Quantas horas de barco era?

A6: Duas horas e meia de viagem, inclusive teve um ano aí teve uma senhora que tava grávida, aí como naquela época só a parteira, as parteiras não deram conta, trouxeram pra fora quando no meio da viagem aí morreu. Deu ataque de albumina e não resistiu.

P7: E agora melhorou o acesso?

A8: E agora melhorou mais o acesso porque fizeram um aterro que atravessa o lago de Deus Ajude e agora os carros vão buscar direto até na Dallas. E a duração de viagem, o período de duração de viagem é de meia hora à quarenta minutos.

P9: Meia hora e quarenta até o Rio Mangueiras?

A10: É, atravessa o Rio Mangueiras.

P11: Depois?

A12: E depois o carro vem chega até na Fazenda na Dallas, a duração de lá é de meia hora a quarenta minutos..

P13: E do aterro de Mangueiras até a comunidade de Mangueiras tem uns dez minutos andando?

A14: Tem uns 10 a 15 minutos andando.

P15: Como o pessoal leva quando fica doente.

A16: Olha, inclusive, ano passado teve um rapaz que foi mordido, picado de cobra a noite lá, nós trouxemos ele duas horas da madrugada lá na casa dele pra cá pro começo do aterro na Dallas, mais ou menos durou um ameia hora porque a casa dele é bastante distante, sabe, embaixo de chuva. Amarramos, pegamos uma vara, amarramos uma rede, colocamos nos (3), só que era bastante gente, quando dois cansavam, dois pegavam [.

P17: No ombro?

A18: No ombro.

P19: E quem veio buscá-lo na Dallas?

A20: Aí a ambulância foi buscá ele na Dallas, telefonamos e a ambulância foi buscar duas horas da madrugada na Dallas. E geralmente acontece assim quando adocece uma pessoa, telefona pra cá, a Kombi vai buscar lá, quando não é a Kombi, é a ambulância

P21: E outra pergunta é: quais os principais agravos, problemas de saúde e como vocês lidam?

A22: Olha, picada de cobra, tem muito, diarreia, verminose também . O que mais dá é isso, diarreia, verminose, infecção respiratória, tosse né. A gente é (4), a diarreia, ainda mais tem o caso de prevenção porque lá não tem tratamento de água, entendeu, adocece mais por causa disso, porque não tem tratamento de água, agora que eles tão pegando o hipoclorito, porque quando acaba o hipoclorito aí as pessoas não tem aquele trabalho de querer tá fervendo água. E lá tem, é muito animais e durante o inverno enche tudo, aí vai pra dentro do rio, filtra pra dentro do poço, e vai fezes de animal, urina de animal e geralmente aí a acontece a diarreia.

P23: Quais são os agravos para o Posto de Passagem Grande e depois para o Hospital de Salvaterra? Quais vocês cuidam mais localmente?

A24: Agravo assim, pode ser gestante também?

P25: É, claro.

A26: Olha, o que vem mais pra cá é gestante, criança pra vacinação, entendeu. (3) Porque geralmente agravo, isso não é agravo. Agravo você quer dizer esse negócio de doença?

P27: É, mas também, é, exato, agravos são problemas de saúde. Mas esses casos de acompanhamento de gestante[

A29: Acompanhamento de gestante[

P30: Vacinação [

A31: Vacinação .

P32: É feito onde?

A33: Em Passagem Grande, no Posto Passagem Grande. Agora quando é campanha, eles vão em Mangueiras vacinar.

P34: No período de Campanha é Mangueiras?

A35: É Mangueiras. Agora quando é negócio de falta, a criança está faltando, as mães trazem as crianças pra Passagem Grande pra vacinar.

P36: Em Passagem Grande tem as vacinas?

A37: Tem.

P38: Não precisa vir em Salvaterra?

A39: Não. As vezes quando elas querem fazer algum serviço, elas já passam direto pra cá, porque elas querem fazer algumas compras e aproveitam para vir direto pra cá (???). Agora de doenças que não se pode resolver lá que pode trazer pra cá é corte que as pessoas fazem negócio de lavoura, sabe, que corta, aí tem que trazer pra cá, não pode se resolver lá, traz pra cá, picada de cobra, quando a diarreia tem os casos mais graves, sabe, de diarreia que já ta no período de desidratação, (5) as vezes complicação de diabete que tem, caso de diabete que tem pessoas lá, problema de pressão alta que eu vejo pessoas[

P40: Diabete e pressão alta vão pra onde?

A41: Hospital.

P42: Hospital. Vai direto?

A43: É direto.

P44: Não passa pelo Posto para uma triagem?

A45: Não porque quando dá pra passar, passa, mas geralmente o carro traz direto pra cá logo,entendeu?

P46: Depende da gravidade da pessoa?

A46: Isso, da gravidade.

P47: Da urgência?

A48: Da urgência. Quando é pra passar pelo Posto, passa, mas quando é pra trazer pra cá, porque eles só trazem os casos quando é pra : já caso assim grave que a pessoa toma remédio e não consegue estabilizar a doença, no caso da pressão alta.

P49: Quem faz esse encaminhamento são vocês agentes [

A50: É, agentes comunitários.

P51: Ou e também os próprios moradores né?

A52: Não, geralmente primeiro eles procuram a gente, primeiro eles procuram a gente pra depois encaminhar pra cá.

P53: Ta, porque teve um caso agora de uma mãe que estava grávida com problema e a Ivana trouxe direto pro Hospital (Salvaterra). Foi você que acompanhou ou foi a Alaíde?

A54: Não, a Alaíde porque é da área dela.

P55: Tá, e a Alaíde já encaminhou pro Hospital?

A56: Pro Hospital, foi.

P57: Porque tava grávida a menina, com dores

A58: É da área dela e até cunhada dela também. O marido da Alaíde é irmão dela.

P59: Então, na prática é você e a Alaíde que vêm a gravidade [

A60: A gravidade, isso.

P61: Quando vocês estão lá?

A62: Estamos no campo. Só que a Ivana é de Deus Ajude ela.

P63: Ela. Não a Ivana, a Ivana.

A64: Não a Ivete, a Ivana é de Mangueira.

P65: É, que é a ex-presidente da Associação de Quilombola.

A66: Isso, isso, isso, de Mangueiras, é. Só que era a cunhada dela. Por que no mês passado teve o caso da irmã dela aqui, a Ivete lá.

P67: E aí foi pra onde?

A68: Foi direto pra Salvaterra..

P69: Salvaterra direto. Não passou por Passagem Grande?

A70: Não, veio direto.

P71: Uma terceira pergunta: numa visita eu conversei com pessoas do local que atendem de alguma forma nos casos de doença, por exemplo, Dona Lídia quando era viva, Dona Antônia, parteira, Dona Elizabeth de vez em quando passa um remédio caseiro. Como vocês, agentes de saúde, lidam com essas pessoas e essas práticas?

A72: Olha, como eu te falei, eu, pelo menos, tenho um bom relacionamento com elas entendeu, porque eu acho que foi um dom que Deus deu pra elas, entendeu, então, a gente procura assim continuar tendo assim uma, assim uma prática assim teórica mais avançada também porque geralmente a gente faz curso também, o médico repassa os agentes, porque também além de ter experimentação, tem auxiliar de enfermagem, foi feito

o curso pelo PROFAL.. Aí a gente procura passar conhecimentos

P73: PROFAL é uma instituição, um programa?

A74: Não é pela Universidade. Fazia, o pessoal vinha de Belém fazer curso de duração de uma não de agente comunitário.

P75: Agora você falou que as práticas são religiosas, mas tem remédios caseiros que as pessoas usam recurso da própria terra, da própria natureza.

A76: Isso, isso.

P77: Você não acha que isso tem também usos[

A78: Medicinais?

P79: É, sobre essas doenças?

A80: É, pois é como te falei, eu também, eu não sei, eu até concordo também, porque muitas coisas que vem pelas Mangueiras vem pro certo.

P81: Você sabe que os remédios da industria farmacêutica são feitos[

A82: Naturais, da terra.

P83: É, de plantas, ervas medicinais.

A84: Porque, olha, lá quando as pessoas têm problema de pressão alta, dor de cabeça, tonturas, o que é acostumado a fazer é tomar chá de erva doce, entendeu, aquelas pessoas já, antigos né, mandam tomar alho n'água. As pessoas não ficam só com remédio farmacêutico. Também quer ter.

P85: Você falou alho n'água?

A86: Alho n'água.

P87: É bom pra dor de cabeça?

A88: É bom pra estabilizar pressão.

P89: Você teria exemplo de mais outras práticas que eles usam pra alguns problemas de saúde em Mangueiras?

A90: Olha a verônica é bom pra, pra, como é, inflamação.

P91: É uma casca né?

A92: A casca da verônica.

P93: Pra inflamação?

A94: Inflamação

P95: Inflamação de que?

A96: Às vezes uma mulher tem de problema de mulher, problema de transporte, Roma, chá de capim marinho é bom pra dor de barriga.

P97: Dor de barriga.

A98: Dor de barriga. Várias coisas que as pessoas usam.

P99: Mangueira não tem uma horta medicinal?

A100: Não, não tem.

P101: Deus Ajude tem?

A102: Deus Ajude tem.

P103: Teria mais uma coisa sobre isso pra acrescentar. Você acha possível uma integração entre essas práticas da população voltada pra saúde e o Sistema de Saúde Oficial, a Secretaria de Saúde?

A104: Olha, eu acho que assim.

P105: E como seria, tem alguma pista?

A106: Deveria, deveria, fazer tipo assim, não um curso, mas umas reuniões com aquelas pessoas parceiras fazer tipo um treinamento com médico, porque ali eles não foram ensinados por ninguém entendeu, então, eles fazem o que o conhecimento deles dá então, se eles tivessem assim um conhecimento melhor, eu tenho certeza que eles melhor o serviço dele.

P107: Ta ok, obrigado, então Adelerme. Tem mais alguma acrescentar?

A108: Como assim?

P109: Sobre a saúde em Mangueiras, sobre formas de tratamento, como melhorar?

A110: Olha melhorou muito, muito mesmo, de uns dez anos pra cá melhorou muito. Mas acho que tem melhorar mais ainda. Acho quer povo tem que se interessar mais também. As vezes o pessoal faz palestra lá, as vezes o pessoal não aparece.

P111: Tem palestra lá?

A112: Tem palestra sobre prevenção, sobre DST, sobre doenças sexualmente transmissíveis.

P113: Quem dá as palestras?

A114: A gente mesmo, a gente se reúne nas escolas e[

P115: A própria Secretaria né, através dos agentes de saúde?

A116: Dos agentes de saúde, sim.

P117: Ah ta, não sabia disso. Fazem a prevenção.

A118: Fazem a prevenção. E quando a gente se reúne ao aparece muita gente, quem aparece mais são os alunos, mas população geral não participa muito. Então, eu acho que tinha que ter integração total da comunidade.

P119: Então, prevenção sobre as doenças transmissíveis, o que mais foi dado?

A120: Prevenção sobre as doenças transmitidas por mosquitos como a dengue, a malária, calazar, essas coisas.

P121: Ah, ótimo. Tá ok, então, obrigado.

A122: Vou pra lá amanhã, qualquer coisa, é só procurar lá por mim.

P123: Tudo bem, agradeço.

Anexo B19

Odontóloga da Secretaria de Saúde de Salvaterra – atende em Mangueiras quando há mutirão.

Data: 06.12.06

P = Pedro

O= a odontóloga

P1: Então, eu sou o Pedro da PUC de São Paulo e da Universidade Federal do Pará e estou fazendo essa pesquisa sobre problemas de saúde em Mangueiras e modos de tratamento, de prevenção que a Secretaria utiliza e a população também. Então, eu gostaria que a senhora se identificasse.

O2: Pois não, eu sou a (nome), eu sou odontóloga em Salvaterra e atuo nas localidades mais longínquas, incluindo Mangueiras, que é o alvo da pesquisa, né. Eu já tô há cinco anos no município, então, eu já tenho uma base do atendimento nessas localidades bem longes, né.

P3: Então, eu vou fazer a primeira pergunta: como é trabalhar em vilas tão distantes e em situação tão precária como em Mangueiras?

O4: Olha, é muito difícil porque a gente tem de lidar com os materiais que a gente tem. Não não temos o consultório adaptado pra levar até essa vila. Então, a gente leva o kit né. Basicamente só extração que a gente faz e passar alguma medicação nos caso que estão inflamados e tudo, a parte de limpeza, a gente faz também a parte de profilaxia, mas não são todas vezes né. É mais o tratamento curativo que a gente faz. A prevenção fica um pouquinho aquém que a gente preconiza né, mas n medida do possível a gente tenta fazer. A gente tá esperando o consultório móvel pra poder fazer outros tipos de tratamento nessas vilas né.

P5: E já foi solicitado o consultório móvel?

O6: Já, mas a gente ta esperando pra poder dá o tratamento completo né.

P7: Vocês solicitaram a quem?

O8: Ao governo.

P9: Á SESPA? (Secretaria Estadual de Saúde do Pará)

O10: É, a SESPA.

P11: Ah ta.

O12: Foi dado o ok que viria, mas até agora a gente ta aguardando né.

P13: No momento você faz principalmente extração?

O14: Só extração e as vezes a gente faz profilaxia, escovódromo né, então, a gente agenda, leva escova, pasta de dente, aí faz as palestras e escovação.

P15: E restauração?

O16: Não, não é feita.

P17: A segunda pergunta: quais o sprincipais agravos e como lidam com, no caso, no seu caso,

seria?

O18: No caso extração. Em dentes que, vamos dizer assim, que tem condição de ser restaurado a gente encaminha pra cá, só que devido a distância eles não vem. Então, quando a gente retorna lá, o dente já não tem mais jeito (risos). Aí tem que extrair mesmo porque é longe e eles não vem.

P19: Certo.

O20: Pra tratamento de canal, eles têm a referência em Belém, então, o poder aquisitivo não dá. Pra vir aqui em Salvaterra já é difícil, imagine pra capital né.

P21: Qual lugar é referência em Belém pra canal e outros casos mais graves?

O22: O SUS, lá na Presidente Vargas.

P23: Presidente Vargas.

O24: Isso, (??) a gente pode encaminhar pra fazer tratamento de canal, cirurgia.

P25: É hospital?

O26: É consultório.

P27: É consultório do SUS?

O28: É, é.

P29: A clínica odontológica?

O30: É.

P31: Ah tá.

O32: A gente tem como referência pode encaminhar, mas eles geralmente não vão.

P33: E em caso de restauração você encaminha para o Hospital de Salvaterra porque atende né?

O34: Isso.

P35: O problema é que eles não vem?

O36: Não vem.

P37: Aí quando você chega lá?

O38: Aí o caso as vezes já mudou, já avançou, aí tem que fazer extração. As vezes ta inflamado aí passa remédio. Da outra vez que eu volto já extrai. É assim. Mas a gente tenta lidar com o melhor possível né.

P39: Claro.

O40: Dentro daquilo que a gente tem de última hora pra fazer.

P41: Bom, pelo menos a Secretaria encaminha [

O42: Com certeza [

P43: Para os centros de referência quando é necessário.

O44: Com certeza. Quando eles não vem pra Salvaterra, eles vem para as vilas aonde eu trabalho

também. Jubin, Joannes, Condeixa, pela parte da manhã né, porque a tarde eu tô na cidade.

P45: Certo. Terceira pergunta: eu conversei com pessoas do local que atendem nos casos de doença. Como vocês lidam com essas pessoas e essas práticas? No seu caso que é higiene bucal, tem algum caso de morador local que passa remédio pra dor de dente, essas coisas assim?

O46: Não, não tem. Geralmente eles esperam a minha visita lá na localidade pra tirar as dúvidas, até em termos de escovação. Higiene bucal, isso aí sou eu que repasso. A gente até cogitou a idéia de treinar os agentes comunitários pra fazer isso lá, pra evitar que chegue a esse estágio que está atualmente que é só extração, extração, extração. Fazer a parte de prevenção, não só esperar pelo dentista, mas eles agirem por eles mesmos.

P47: E oposto que vai ser inaugurado agora em dezembro de 2007 [erro do pesquisador, é 2006] vai ter espaço para higiene bucal?

O48: Vai,vai.

P49: Ótimo.

O50: A localidade, os moradores pediram e já era um projeto da D. Maria José [Secretaria Municipal de Saúde] de colocar o consultório lá pra quando a gente for, fazer todo tipo de tratamento. Não vai ser preciso nem esperar o móvel né, já vai ter o fixo lá, deles mesmos. Aí a gente vai fazer um cronograma, duas vezes por mês eu ir lá, revezar com o outro dentista. São três dentistas no município. Aí a gente vai ver.

P51: E qual é a periodicidade atual da ida de vocês à Mangueira?

O52: Olha geralmente uma vez por mês ou duas vezes assim de cada dois meses, até porque já começou a chover, já ta meio (risos).

P53: É um problema né o acesso?

O54: É, assim na época do inverno é difícil a chegada. Muita lama, muito buraco.

P55: Eu vi as fotos.

O56: Época do verão não. Verão dá pra chegar bacana. Agora inverno é difícil.

P57: E no inverno já estive lá andando com água na canela.

O58: Mucuí,

P59: Mucuí?

O60: Aí meu Deus, a gente só falta morrer de tanto coçar. Mas dá pra fazer um trabalho legal. E acredito que agora com o posto reformado e o consultório lá, vai ser bem melhor. A gente vai trabalhar prevenção né.

P61: Um dos grandes problemas é obter recursos pra fazer o trabalho porque já tem gente disponível pra isso.

O62: Com certeza

P63: Ta ok. Você teria mais alguma a acrescentar sobre isso?

O64: Não, não, nom momento é só.

P65: Tá, então eu agradeço.

O66: Agradeço também

P67: Obrigado pelas informações.

Anexo B20

Auxiliar de Enfermagem no Hospital Municipal de Salvaterra

Data: 05.12.06

P = Pedro

AE= a auxiliar de enfermagem

P1: Então, boa tarde [

AE2: Boa tarde.

P3: Eu sou o Pedro da PUC de São Paulo e da Universidade Federal do Pará e estou fazendo essa pesquisa sobre saúde e queria que a senhora se identificasse

AE4: Meu nome é (nome completo), eu trabalho já há muito tempo aqui, primeiramente em Belém né, Santa Casa, Ordem Terceira, Barros Barreto. De lá eu vim pra Soure, trabalhei como auxiliar de enfermagem né. No tempo que eu trabalhei lá em Soure nós éramos duas enfermeiras e o nosso médico era o Dr. João (???) Padilha. Esse médico foi pra Brasília trabalhar lá, foi um dos melhores médicos, um dos melhores hospital lá. E eu voltei pra Belém, aí teve um tempo afastada, depois voltei novamente pra trabalhar, aí cheguei em Salvaterra e fui chamada pra trabalhar lá no Jubim. Lá no Jubim, eu trabalhei 11 anos fazendo serviço completo lá no Posto Medico de Saúde porque não tinha médico né. O médico de lá era eu. Trabalhava como auxiliar de enfermagem né, fazia parto né, não só dentro da vila como nas cidades, nas vilas anteriores assim vizinhas.

P5: Não era dentro do Posto, era na comunidade?

AE6: Não, era dentro da comunidade.

P7: Fazia todo esses serviços?

AE8: Fazia todo esse serviço de auxiliar de enfermagem, tudo eu fazia.

P8: E a senhora já era auxiliar formada?

AE9: Já era formada, já como auxiliar, quando eu vim pra cá já era.

P10: Faz quanto tempo mais ou menos que a senhora já é auxiliar?

AE11: Olha, eu já perdi o tempo. Eu tenho muito tempo, eu sou de, só aqui no município eu tenho 38 anos de trabalho né. E quando eu me formei eu tinha treze anos.

P12: Treze anos se formou como auxiliar?

AE13: Não, como auxiliar eu me formei com 18.

P14: com 18

AE15: Com 18. Com 18 anos. Aí eu dei início na Cruz Vermelha em Belém, mas aí a Cruz Vermelha foi à falência, pegou fogo (???). Aí eu vim, comecei, fiquei novamente trabalhando, ficamos né, não era só eu é, ficamos trabalhando na Santa Casa, daí eu conclui o curso né de auxiliar de enfermagem, parteira e trabalhava na enfermaria Santa Ludovina, Santa Maria e

quando a gente terminava de lá, saia correndo pra fazer parto, e uma coisa que eu gostei muito e hoje em dia eu tinha muita vontade é que uma das filhas concluísse, fizesse meu gosto e até eu tenho uma que graças a Deus já tá trabalhando também.

P16: Enfermagem?

AE17: É ela fez o curso de enfermagem, mas ela trabalha como ACS.

P18: Agente comunitário de saúde?

AE18: Agente comunitário de saúde.

P19: Aqui em Salvaterra?

AE20: Aqui em Salvaterra. E assim, a diferença que nós já tivemos muito grande mesmo em Salvaterra, porque quando eu cheguei era uma coisa e hoje em dia nós, quando eu cheguei pra trabalhar mesmo aqui não tinha hospital né, era um postozinho que era ali onde era a Secretaria né. Eu trabalhei também lá. Depois vim pra cá, pra dentro do hospital. Depois daqui de dentro do hospital foi pra dentro do Jubim, trabalhei em Montesarai né. Aí trabalhei em Passagem Grande, aí não pode trabalhar assim porque pedalava muito bicicleta, duas ou três vezes no dia era chamada pra ir alí, era chamado pra cá, aí eu tive um esgotamento físico. Aí voltei pra trabalhar aqui no Hospital e aqui estou trabalhando e espero em Deus que a minha aposentadoria chegue quanto mais depressa melhor.

P21: Claro. A senhora tem quanto tempo de Salvaterra?

AE22: Aqui mesmo em Salvaterra trabalhando eu tenho 22 anos, fora esses outros, trabalhei em Soure né, como eu já falei. Tô por aqui até =

P23: E sempre com esses trabalhos de [

AE24: Fiz muitos partos aqui dentro, parto aqui dentro do Hospital e também fazia fora. Só que agora eu mesmo falei pra diretora quer eu não queria mais fazer parto né. Eu era muito chamada pra ir pra dentro, de noite fazer parto pra lá e trazer as pessoas pra dentro do Hospital. É, mas eu to com 70 anos já. Então, eu pedi que eu não queria, só que no caso uma das minhas colegas que vive muito preocupada com aquele trabalho de parto, aí eu vou. Aí eu tenho que salvar uma vida, duas vidas, aí se é, aí eu tenho que ir.

P25: Mas aqui dentro do Hospital ou fora?

AE26: Dentro do hospital.

P27: Dentro do Hospital.

AE28: Agora fora do hospital é como eu tenho chance de falar, agora vocês vem aqui comigo, mas eu falo pra vocês, nós temos um Hospital, nós temos médico lá, e não quero mais me comprometer a fazer esse parto por fora, ta? Vocês vão lá no hospital, eu estou lá, qualquer coisa eu apresento vocês pro médico e aí nós temos a enfermeira que trabalha com a gestante e ela, você vai fazer, iniciar seu pré-natal, fazer seu pré-natal, completar seu pré-natal até a cirurgia ser feita.

P29: É essa a orientação que a senhora dá?

AE30: É, essa é minha orientação.

P31: Bom, antigamente era o INPS.

AE32: Sim.

P34: Hoje é o SUS.

AE35: Hoje é o SUS.

P36: A lei do SUS foi criada em 1990. O que a senhora acha que mudou nessa passagem?

AE37: Muita coisa nessa passagem, até porque o INPS, ele faz muita coisa né. O SUS, ele não era pra nós aqui do Marajó, ele não era muito garantido. Porque, se a gente encaminhava, o doutor encaminhava pelo SUS, chegava lá era um sacrifício pra gente chegar a internar essa pessoa [.

P38: Você fala o INPS antigamente [

AE39: Antigamente.

P40: Porque hoje é SUS.

AE41: Porque hoje é SUS. Era um sacrifício, a gente tinha de rebolar pra li, pra açula e tal pra internar aquela pessoa. Hoje em dia nós já temos mais uma confiança, mais uma melhora né, que a gente já vai levar daqui um paciente, nós já temos um encaminhamento médico pra chegar lá e ser atendido.

P42: Chegar lá onde?

AE43: Olha, o encaminhamento que vai daqui vai pro Pronto Socorro (o central de Belém) ou para aquele Pronto Socorro do Guamá.

P44: Do Guamá?

AE45: Do Guamá. Esse bairro lá (bairro de Belém). Agora (???) o médico assinar, o médico faz uma coisa que a gente não acha que tiver na possibilidade da gente internar aquela criança, aquele paciente que vai pra lá, a gente procura outro recinto né.

P46: Agora tem Santa Casa também?

AE47: Tem, tem.

P48: Vocês encaminham também pra Santa Casa?

AE49: Também, é, encaminha pra Santa Casa.

P50: O Posto é, a Unidade do Guamá [

AE51: O Posto do Guamá.

P52: E a Santa Casa?

AE53: É a Santa Casa. E nós tivemos uma grande melhora depois disso, nós tivemos uma grande melhora no governo que nós tem, e a gente espera que no outro que esteja a gente seja bem atendida, não seja mal atendida.

P54: Dos casos que entram aqui no Hospital, a maioria é resolvida aqui ou é encaminhada pra Belém?

AE55: Não, caso que o médico possa resolver aqui, ele resolve né, agora quando ele vê que ele não pode, ele não tem a possibilidade de resolver aqui, ele encaminha pra Belém.

P56: E tem muitos casos que vão pra Belém?

AE57: Não são muitos, mas sempre tem né, sempre tem.

P58: A senhora sabe, poderia dizer que tipos de casos vão pra Belém?

AE59: Olha, por exemplo, tipo de caso: Aids, tuberculose. É, por exemplo, desastre de carro, moto. Esses vão pra Belém, porque não tem uma possibilidade de ficar né. O que o doutor pode fazer, ele faz, senão vai pra Belém. Até mesmo uma gestante quando ela não pode ter mesmo uma criança, vai pra Soure né. Agora até que já tem um pouco porque o médico

P60: A cesariana é feita aqui.

AE61: A cesariana. Tem ordem.

P62: Não é preciso ir pra Soure ou Belém a cesariana?

AE63: Não, só se for um de caso de mal.

P64: Complicado?

AE65: Complicado.

P66: Ta ok, a senhora tem mais alguma coisa a acrescentar?

AE67: É o que eu peço é que a gente quanto mais cresça, melhor seja pra gente ser atendido, tanto aqui, o que nós pedimos tanto é que aqui dentro desse Hopsital deveria ter mais

P68: Só tem um médico e não atende a todos?

AE69: Não, dependendo atende, mas é complicado só pra um. Nós temos um outro bom médico aqui, mas ela dá uma vez só por semana.

P70: Vem uma vez por semana.

AE: Por semana.

P71: E o outro médico vem todo dia?

AE72: Vem todo dia. Na quarta-feira aí ele opera, aí é o dia que o outro vem pra atender as gestantes, atender o povo né. Mas a gente queria assim que Deus desse mais uma possibilidade pra vim mais um médico ou uma doutora, uma pessoa clínica pra ajudar.

P73: Certo. Porque é assim: tem um médico que vem qual dia da semana?

AE74: Quarta-feira.

P75: E o outro vem todos os dias?

AE76: Todos os dias.

P77: Em qual horário?

AE78: É, ele pega aqui das 9 né, aí vai até essa hora, meio-dia [

P78: Uma hora [

AE79: Meio-dia, uma hora. E fica vindo nas emergências, qualquer coisa, ligam, eles prontamente.

P80: Vem pra cá?

AE81: Vem.

P82: Qual é o dia de cirurgia aqui?

AE83: Quarta-feira.

P84: Toda quarta.

AE85: Toda quarta-feira.

P86: Tá. E tem um dia de marcação de consulta também?

AE87: É, por exemplo, marcar consulta pro dentista, pra de dentista. Nós temos também os dentistas todos são ótimos dentistas né. De manhã, o Dr. Ronaldo. A tarde nós temos mais duas que entraram que eu não tenho bem certeza como é, uma é a Dra. Rosana e o outro não sei como é.

P88: Então, são três dentistas no Hospital?

AE89: É.

P90: Atendendo todos os dias?

AE91: Todos os dias.

P92: Mas cada dia tem um dentista?

AE93: Tem.

P94: Eles não vêm juntos?

AE95: Eles não vem juntos.

P95: Tá bom, então, eu agradeço pela entrevista, obrigado.

AE97: Muito obrigado também.

P98: Certo

AE99: A gente ta por aqui, qualquer coisa.

P100: Um bom trabalho pra você, obrigado.

AE101: Obrigado também.

ANEXO C

Receitas da Dona Lídia (escritas por ela mesma no caderno de campo do pesquisador para este vir ensinar em São Paulo).

Rezas p/ ezipelas⁶⁴

Adeus Pedro, a Deus Snr
De aondes vem, venha de
Madriperola que me trouxeste
Ezipra e zipela o mal que te atropela entre osso, carne e pele.
Vassourinha, vergamorta, outra de botão

P/ Ezipra

1º. Cachaça, bater vassourinha, folha pimenta malagueta, mangarataia

2º. Babosa, colocar gema de ovo
Óleo de bixo, alcânfora

P/ Diarréia

Verônica, coloca 9 poingos de elixir

Verme

Vinagre aromático, colocar 1 dente de alho sendo pequeno são 3.
Passar no meio da cabeça quando ver o efeito colocar na testa.

Afermentação

Assar 3 dentes de alho
Colocar no azeite Puro de oliva
P/beber
1 pouco de azeite puro de oliveira
1 pouco óleo de bixo 1 pingo de cupaíba
Chá alfazema, Alecrim, colocar 1 pouco de amêndoas-doce

P/reumatismo

Quezene, arnmoniac, andiroba

Ataque de verme

Uma colher banha de galinha, uma colher de banha de arraia
1 pouco de andiroba
chá
hortelã pimenta, raiz mamão macho raiz de mastruz

⁶⁴ Grifo do pesquisador.

ANEXO D⁶⁵

PORTARIA Nº 971 DE 3 DE MAIO DE 2006.

Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal, e

Considerando o disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS;

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080/90, que diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde;

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando o uso da Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental modernas e que em seu documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso;

Considerando que o Ministério da Saúde entende que as Práticas Integrativas e Complementares compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA;

Considerando que a Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde, inserida na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), sistema médico complexo, que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos, e que a MTC também dispõe de práticas corporais complementares que se constituem em ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças;

Considerando que a Homeopatia é um sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde;

Considerando que a Fitoterapia é um recurso terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas e que tal abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social;

Considerando que o Termalismo Social/Crenoterapia constituem uma abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde e que nosso País dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento no Sistema Único de Saúde (SUS); e

⁶⁵ A Portaria com o Anexo referido no Artigo 1º. contendo a Política Nacional pode ser acessada em: <http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2117398.xml>

Considerando que a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS e, por conseguinte, aumentando o acesso,

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares.

Art. 2º Definir que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devam promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.