



CADERNOS DE EDUCAÇÃO
POPULAR **7**

**Saúde e
educação
popular**

Organização: NOVA

Os textos do NOVA, publicados nos *Cadernos de Educação Popular*, em co-edição com Editora Vozes Ltda., são patrocinados pela Agência de Cooperação *Brot für die Welt* (Pão para o Mundo).

CADERNOS DE EDUCAÇÃO POPULAR 7

SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR

Organização: NOVA



Petrópolis
Editora Vozes Ltda.
em co-edição com
NOVA — Pesquisa, Assessoramento
e Avaliação em Educação
1984

SUMÁRIO

CONTABILIDADE GERAL: TEORIA GERAL DAS EXPERIÊNCIAS, II

- O LÍQUIDO (LÍQUIDO DE CONHECIMENTO) — Joaquim Alberto Lacerda
- O LÍQUIDO DE CONHECIMENTO DE CONHECIMENTO — Raimundo
- O LÍQUIDO DE CONHECIMENTO DE CONHECIMENTO — Douglas
- O LÍQUIDO DE CONHECIMENTO DE CONHECIMENTO (MA)
- O LÍQUIDO DE CONHECIMENTO DE CONHECIMENTO (MA)

CONTABILIDADE GERAL: TEORIA GERAL DAS EXPERIÊNCIAS, III

- O LÍQUIDO DE CONHECIMENTO DE CONHECIMENTO
- O LÍQUIDO DE CONHECIMENTO DE CONHECIMENTO
- O LÍQUIDO DE CONHECIMENTO DE CONHECIMENTO
- O LÍQUIDO DE CONHECIMENTO DE CONHECIMENTO

*“Só conheço um sinônimo para a felicidade: saúde e direito de conhecimento”.
(Colono do Maranhão, citado por Rafael durante o Seminário).*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO, 9

PRIMEIRA PARTE: RETOMANDO AS EXPERIÊNCIAS, 11

- O Outro Lado de Manguinhos (RJ) — *Joaquim Alberto Cardoso de Melo*, 13
- Desafios na Relação Profissional/População — *Elza Ferreira Lobo*, (SP), 17
- Medicina Popular em Magé (RJ) — *Douglas Carrara*, 23
- Os Projetos Buriticupu e Inhaúma (MA) — *Antonio Rafael da Silva*, 28
- O Bairro dos Coelhos em Recife (PE) — *Paulo Dantas*, 34

SEGUNDA PARTE: INICIANDO UMA CONVERSA, 41

- A Questão da Saúde e da Doença, 43
- Participação e Controle, 48
- Conhecimento — Atuação Popular, 58
- A Participação dos Agentes de Saúde, 71
- Medicina Popular X Medicina Científica, 79
- Políticas de Saúde, 87

APRESENTAÇÃO

A discussão a respeito da conquista e da manutenção da saúde enquanto um processo coletivo, que alia a contribuição de especialistas à de grupos sociais imediatamente interessados, já tem uma história. A escolha do tema "Saúde e Educação Popular", como matéria de uma publicação, insere-se nesse processo.

O texto resultou de um seminário, organizado pelo NOVA com a colaboração da Revista Médico Moderno, para o qual foram convidadas pessoas que a partir de suas experiências pudessem discutir as implicações de um trabalho de saúde junto a grupos populares. Assim, em novembro/83, estivemos reunidas com Joaquim, Elza, Douglas, Rafael e Paulo, que apresentaram, em um primeiro momento, o trabalho que realizam. Nos debates que se seguiram tivemos todos a oportunidade de confrontar/confirmar caminhos, expressando nossos diferentes pontos de vista.

As discussões tiveram suas raízes na prática específica de cada um, não tendo havido nenhum roteiro prévio que as orientasse; as questões foram surgindo e sendo pensadas pelos participantes no desenrolar mesmo dos debates. O registro dessa conversa sofreu, evidentemente, a redução e a adequação necessárias às características de uma publicação. Esse resultado foi submetido aos partici-

pantes. Finalmente, integrando as novas emendas e sugestões, foi composto o corpo deste Caderno n. 7.

A primeira parte apresenta, de forma resumida, os relatos das experiências; na segunda, encontram-se as discussões em torno de questões motivadas pelos relatos. Embora as duas partes que compõem este Caderno tenham uma continuidade, elas guardam uma certa autonomia. Convidamos o leitor a começar pela parte que mais lhe interessar, sobretudo porque o seminário foi considerado por todos como um começo de conversa que poderia ser continuado por muitos.

Regina Rocha e Aída Bezerra

PRIMEIRA PARTE: RETOMANDO AS EXPERIÊNCIAS

O OUTRO LADO DE MANGUINHOS (RJ)

JOAQUIM ALBERTO CARDOSO DE MELO

— Eu vou me apresentar por duas vertentes: uma, meu caminho pessoal, e outra, onde eu estou trabalhando hoje. Eu me formei em Odontologia. De 1962 a 1964 eu tinha o meu consultório, promissor em termos de clínica particular. Em 1964 rompi com o consultório e fui fazer Saúde Pública como uma outra perspectiva de trabalho. Fiz, então, o curso de Educação em Saúde Pública. Hoje sou docente do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, na área de Educação e Saúde.

A minha inserção profissional, hoje, é via trabalho docente na Escola Nacional de Saúde Pública. Pelas características específicas da Escola — ter um Centro de Saúde que atende a população favelada do complexo de favelas de Manguinhos — a gente vem tentando desenvolver um trabalho com grupos de moradores.

Esse trabalho tem duas linhas principais. Uma é a nossa inserção junto à Escola Municipal Ema Negrão de Lima que está dentro da favela. E a outra, é a aproximação que a gente teve com o grupo da Paróquia de Manguinhos, tentando uma integração com a pastoral de saúde.

Esse trabalho junto à Escola vem sendo interessante porque a direção e seu corpo docente têm uma vontade enorme de repensar o conteúdo e a metodologia de ensino das crianças faveladas. Essa é

uma Escola muito singular porque só tem a 1ª e 2ª séries. E a gente vem, desde 1981, discutindo com os professores a questão do conteúdo do ensino e a realidade de vida das crianças: de como a escola, por exemplo, fabrica o fracasso escolar e cria um conteúdo alheio à criança dentro da visão que o professor tem da infância. E a gente entrou aí na intenção de discutir com os professores a questão da saúde.

Durante o ano de 1981, a gente trabalhou com os professores o ano todo, discutindo conceitos de saúde: o que é saúde e o que é doença na perspectiva do professor. Depois, elas — as professoras — fizeram um trabalho com as crianças através de entrevistas com os seus alunos no sentido de apreender como a criança conceitua a saúde e a doença. Daí a gente traçou um confronto entre a visão do professor e o modo como as crianças percebem e sentem a saúde, a doença e a educação. A gente utilizou esses três conceitos: educação, saúde e doença.

Esse curso contribuiu efetivamente para a transformação do trabalho de alguns professores em sala de aula, na direção de tentar dar o direito à criança de se expressar; quer dizer, da criança poder trabalhar o seu conhecimento, a sua experiência. É um trabalho assim bastante interessante.

Nessa trajetória a gente vem acompanhando outras experiências. Em Nova Holanda, que é também uma outra Escola Municipal, já saiu até uma tese sobre a doença que não dói. Porque a criança dizia assim: “eu tenho uma doença que não dói, agora eu não sei o que é que eu tenho; não dói. Mas os médicos dizem que eu estou doente da cabeça”. Essa é uma atividade com as classes especiais dessa Escola de Nova Holanda, onde se busca trabalhar com a criança a partir do som, a partir do ritmo, a partir das coisas dela.

Uma outra experiência é a pesquisa que a gente fez no Conjunto Alemão de Jacarezinho. Por ela, fica claro como as famílias das crianças que vão para a escola interiorizam o fracasso em cima da incapacidade, ou da cabeça fraca do filho. Quer dizer, todas as mães do Conjunto Alemão de Jacarezinho justificam o fracasso escolar de seus filhos por conta de uma incapacidade que está na criança e não no sistema de ensino.

A gente tem como perspectiva para 1984 de reunir orientadores, professores e psicólogos da Secretaria de Educação com profissionais de Medicina Escolar da Secretaria de Saúde. A proposta é a de realizar uma série de seminários, de encontros, para repensar e buscar alternativas de trabalho com a preocupação de tentar romper com o fracasso escolar do aluno. Ou, pelo menos, entender e buscar alternativas para ele.

Esse é um trabalho que está dando melhores desdobramentos do que o trabalho de saúde com a Igreja e, no momento, está me apaixonando mais.

A respeito do trabalho de saúde com a Igreja, eu diria que, de um lado, a pastoral de saúde do Rio de Janeiro está bastante enfraquecida, sem garra; não tem uma força, uma iniciativa a nível de Diocese. E, por outro lado, o conjunto de favelas de Manguinhos não tem uma história de organização. Pelo contrário, a Associação de Moradores tem há bastante tempo uma história difícilíssima, clientelista, como quase todas as Associações de Favelas do Rio de Janeiro.

Do período pré-eleitoral do ano passado até julho desse ano, a gente conseguiu avançar muito esse trabalho. E de junho, julho para cá, o trabalho teve um retrocesso espetacular; uma coisa triste. E eu fiquei muito frustrado.

Isso se deu muito por conta de uma retomada e de um avanço do chaguismo (seguidores da política do ex-governador Chagas Freitas, do Rio de Janeiro). A ligação de presidentes pelegos de Associação de Moradores com parlamentares, passa por uma cumplicidade com outros grupos organizados que fazem mil ameaças ao povo do bairro. Então a gente é ameaçado porque dizem que o espaço da Igreja estava sendo utilizado por um grupo de oposição para aí formar uma outra chapa que pudesse concorrer nas eleições da Associação, etc. Quer dizer, acham que a Igreja não é um espaço para discussões desse tipo. E isso deu, assim, uma parada; uma volta para trás. O grupo se desfez, se esfacelou. O chaguismo do local tinha se retraído e, de repente, volta com uma força enorme e a gente vê a coalizão existente. Quer dizer, é uma coisa que talvez já não seja de hoje. Isso não acontece de repente.

Mas nesses trabalhos nós estamos formando agentes de saúde da população e, desses agentes, alguns já estão atuando num Miniposto de Saúde. Tem um novo grupo que está sendo formado numa outra favela próxima. Quer dizer, não é uma favela e outra. É um complexo de favelas num espaço contínuo. A divisão desse complexo de favelas tem a ver com a história de ocupação da área. Ele se divide em função dos grupos que, no tempo, foram ocupando o espaço; e que são grupos diferentes. É bastante heterogêneo.

Por conta de toda essa conjuntura aí do local, o trabalho adquiriu um caráter muito assistencial, numa perspectiva bastante médica, sanitária. Toda a perspectiva que considerava que os agentes de saúde poderiam, a partir daí, construir um modo de pensar, construir um conhecimento, um modo de organização dos moradores, está meio abandonada. Senão abandonada, está assim desmobilizada. Mas o que se manteve foi um trabalho bastante assistencial numa pers-

pectiva mesmo de controle da doença, da vacinação, que segue uma outra proposta.

E, na minha opinião, é por conta mesmo da conjuntura política que está aí agora. E por conta também de que o movimento dentro da Igreja, salvo alguns lugares isolados, é um movimento ainda muito fraco no Rio de Janeiro.

Em linhas gerais, esse é o contexto da nossa experiência.

DESAFIOS NA RELAÇÃO PROFISSIONAL/POPULAÇÃO

ELZA FERREIRA LOBO (SP)

— A minha formação é mais na área da educação e da comunicação. Fiz primeiro Comunicações e depois História e acabei aprofundando-me em Comunicação e Educação Popular.

No período de 1972 a 1979, eu fiquei fora do país trabalhando com a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura) em diferentes projetos de educação de adultos, projetos esses voltados para os países do Terceiro Mundo e mais especialmente para a América Latina.

Nessa década de 70, nos diferentes países, mas principalmente no nosso continente latino-americano havia uma grande difusão dos trabalhos e do pensamento de Paulo Freire. Discutia-se muito os trabalhos de base e o seu significado. Diferentes formas de atividades de base: cooperativas, teatro, cinema, fotografia, imprensa, enfim, as diferentes formas de como trabalhar o nível de consciência da população. É nesse momento que vão sendo dados os primeiros passos para entender melhor a questão da conscientização e a passagem do processo de conscientização para a dimensão política da educação popular e mais adiante a organização popular como a expressão educativa da ação política.

Essa perspectiva de organização é que me deu mais elementos para poder aprofundar as questões que se interrelacionam nesse trabalho.

E aparece a saúde também como um dos aspectos que até então se tinha tocado mas não em profundidade. E quando vai se ver que a saúde está diretamente ligada ao aspecto da educação; e que a saúde vai depender fundamentalmente do nível organizativo da população. Então uma população melhor organizada vai ter uma produção de saúde melhor, e uma população mais desorganizada vai ter menos saúde. Dentro desta perspectiva — e aí isso vai explicar um pouquinho como é que eu tenho feito o meu trabalho — eu volto ao Brasil em 1979.

Na Universidade, eu trabalho fundamentalmente com profissionais que vão atuar junto à população, no sentido de encaminhar uma preparação desses profissionais através de discussões que aprofundam essa relação do profissional com a população. E, ao mesmo tempo, faço diferentes trabalhos de assessoria a grupos de base, ou então a grupos que trabalham em bairros e que são constituídos sobretudo por profissionais ou técnicos da área de saúde ou dos chamados agentes ou auxiliares, enfim, promotores de saúde.

Na perspectiva em que eu venho discutindo vejo, no meu trabalho, duas vertentes. Um lado seria esse: tentar discutir qual é o papel do profissional, qual é o papel do técnico, qual é o nosso papel, hoje, junto à população enquanto participantes de uma luta organizada para poder conseguir preservar a vida.

Nessa luta de preservação da vida é que estaria implícita toda uma conceituação de saúde. Quer dizer, eu não estaria aceitando o conceito da OMS (Organização Mundial de Saúde), o de bem-estar físico, psíquico e mental, mas sim levando em conta a população organizada e lutando pela preservação da vida. A população vai lutar por água, por luz, por esgoto, por trabalho, por escola e por saúde dentro de uma visão global.

Nessa perspectiva é que os meus cursos — ao nível, vamos dizer, formal porque está dentro da Universidade — tomam um caráter desafiador. O profissional vem vindo dentro de uma formação acadêmica, tradicional e num determinado momento ele é desafiado: e agora, como é que ele vai enfrentar a população no seu desempenho da função, seja de médico, de sanitaria ou de enfermeiro? E como é que ele vai fazer isso?

E, o outro lado, é um trabalho com o pessoal já formado. Então tenho dado assessoria, por exemplo, aos educadores de saúde pública da Secretaria de Higiene e de Saúde de São Paulo, de alguns Municípios e às vezes até de outros Estados, no sentido de discutir com esses profissionais até onde vai a estrutura de Secretaria — que enquanto instituição impõe aí uma série de condições de trabalho — e até onde ele, como profissional, tem um desafio junto à população. Quer dizer, independente daquelas horas que ele tem de tra-

balho remunerado, obrigatório, como é que ele trabalha junto com a população? Porque se é nessa perspectiva organizativa, a população tem outros horários: ou é pela noite ou é nos fins de semana. Então como é que ele conjuga esse horário dele com os outros horários da população?

E, faço assessoria também junto aos trabalhos de base, no sentido de tentar entender mais, dentro dessa visão coletiva de respostas, como é que a população vai organizadamente dando essas respostas.

No caso de São Paulo, eu tenho acompanhado muito de perto aquele trabalho de uma região que se chama Zona Leste de São Paulo, onde surgiu o trabalho dos Conselhos de Saúde que são conselhos da própria população. A população se organiza por bairros através de eleições, nas quais são escolhidos os candidatos. A partir daí existe todo um processo de eleição para quem vai ser o membro do Conselho. E esse Conselho atua junto ao Centro de Saúde. Mas não no sentido de assumir as funções do profissional, do técnico, mas sim de acompanhar de perto, de fiscalizar, de tentar ver se aquelas funções que o Centro de Saúde deve exercer estão sendo cumpridas ou não.

Nessa área de São Paulo existe, formado pela própria população, o que eles chamam de Comissões de Saúde; e a Comissão de Saúde é mais ampla do que o Conselho. Porque o Conselho fica ligado diretamente ao Centro de Saúde e a Comissão é, a nível da população do bairro, a que aglutina todas as outras formas organizativas. É uma experiência que aqui neste encontro eu gostaria de aprofundar, na medida em que ela também tem as suas limitações. Por exemplo, é uma preocupação do governo atual que se estendam os Conselhos de Saúde para toda a cidade. Mas como um decreto, de cima para baixo. Achando que deu certo na Zona Leste, então agora vamos passar isso para toda a cidade.

A população da Zona Leste vem nessa trajetória desde 1975. Então é uma longa caminhada que eles fizeram para chegar a isto. O pessoal do governo atual quer, de alguma maneira, encontrar o caminho agora; quer um fusão. Eles não querem um conselho da população, eles querem um conselho que reúna funcionários e população, juntos. Porque aí eles também querem legitimar a presença do funcionário.

Em outros Estados acontece mais ou menos o mesmo e a discussão tem sido no sentido de fazer com que sejam as populações as que se organizem para decidir o que elas acham que deve ser o seu caminho, e não a Secretaria ou as Secretarias. Agora, não na perspectiva de que é a população fazendo sozinha; mas sim a população junto com os profissionais que estão trabalhando com ela.

Então como é que a gente poderia fazer essa fusão do pensamento acadêmico junto com o pensamento popular? Como é que se estabelece a troca desses dois saberes? E nessa troca, o que é que se está tendo como resultado?

Dentro dessa mesma linha de trabalho junto aos profissionais, venho tentando discutir bastante a questão toda da importação de modelos. Eu acompanhei alguns projetos na Bahia e em Pernambuco.

No caso da Bahia, eram projetos oficiais. E é onde se vê que num determinado momento histórico nosso, pelo desafio pessoal dos profissionais de querer trabalhar junto com a população, muitas vezes, ao invés da gente ter feito com que a população se organizasse, ou passasse a exigir das autoridades os recursos que as autoridades deveriam fornecer, a gente acabou assumindo um papel muito paliativo de substitutivo das exigências da população.

Eu encontrei, por exemplo, um programa na Bahia em que os agentes de saúde da população, escolhidos pelos Prefeitos das cidades, iam fazer um curso de formação de três meses na capital. E voltavam como agentes de saúde com um salário pago pela Secretaria. Os profissionais que estavam junto achavam maravilhoso que a população realmente assumisse o seu papel de responsável aí pelas ações de saúde, mas sem que aquilo realmente significasse saúde.

A população acabava sendo atendida por um profissional que não estava preparado para assumir essa tarefa e que, além disso, criava uma série de outros problemas na localidade. A ligação que ele mantinha com a Secretaria era um deles. Na época, era ainda ARENA, PDS posteriormente, uma estrutura enfim muito caudilhesca. O fato, por exemplo, do agente de saúde ser indicado pelo cabo eleitoral do Prefeito é um dado dessa estrutura.

No caso de trabalhos não oficiais, por exemplo, quando é a Igreja que assume, eu acompanhei muito de perto e fiquei muito preocupada com as formas que concretizam esse apoio da Igreja. A Igreja apóia através de um ambulatório, através de um pequeno centro, através de um grupo de profissionais que vai trabalhar num determinado bairro; e, ao invés de serem realizadas realmente ações de saúde, quer dizer, organizar a população para que ela entenda o quadro no qual ela está, o médico acaba assumindo ali um papel assistencialista. Então, quase todos os trabalhos ligados à Igreja têm corrido um risco muito grande de não ter servido para a organização popular, mas ter servido mais para um trabalho de solução de problemas imediatos. Se se considera que o Estado não está assumindo a atenção médica que deveria, então vamos nós, agora, assumir isso? E, mais recentemente, quando se verifica que cada vez mais o poder aquisitivo da nossa população vai diminuindo, parece que começa-

mos então a nos ajustar a essa nova situação. E quanto mais aperta o cinto mais a gente vai criando formas de adaptação.

No encontro que participei em Recife, na Jornada Contra a Fome (comemoração dos dez anos da morte de Josué de Castro), algumas prefeituras locais através dos Secretários de Saúde apresentavam como soluções, ao nível das propostas de saúde, o incentivo a diferentes trabalhos que se centravam não na alimentação — porque eu achava até que a produção de hortas podia ser um pequeno caminho — mas sim em farmácias comunitárias. Ora, na minha perspectiva, eu seria muito mais por uma saúde igual para todos, no sentido de se chegar a lutar para que todos tivessem as mesmas oportunidades. E não de que a gente começasse a se ajustar a uma situação em que o quadro conjuntural vai sendo cada vez mais violento e nós não estamos encontrando as saídas para essas emergências. As saídas que não sejam as de organizar a população, vão cair novamente nas soluções paliativas.

Esse é mais ou menos o quadro onde me situo e como estou acompanhando os diferentes trabalhos.

Agora, eu acho que a persistência em determinado tipo de trabalho é fruto de algo que a gente descobre, acredita e aí começa realmente a provar cada vez mais para a gente a validade desse tipo de trabalho. Mas, ao mesmo tempo, é uma tentativa de passar essas experiências adiante.

A minha experiência, desde a época de universidade, vem ligada a movimentos de cultura popular, a todo um trabalho de envolvimento com populares. E uma preocupação grande no sentido de entender todo um processo educativo que vai dando em um tipo de processo coletivo. A marca que eu vejo nos vários momentos, em todos os lugares por onde passei — Europa ou América Latina — é essa preocupação de conhecer o que está sendo feito nos diferentes trabalhos, sejam com camponeses, sejam com operários, sejam com outros trabalhadores. Saber como se dá essa prática deles e, a partir dessa prática, como é que a gente vai formulando propostas de ação dentro de todo um processo de educação popular.

E realmente essa experiência tem sido muito rica, no sentido de que é dessas experiências populares todas que tem sido possível conseguir generalizar e aprofundar uma série de questões ao nível de formação acadêmica. Eu tenho acompanhado muito as pessoas que querem fazer pesquisa com a população. Agora, a população está desgastada com isso. Porque vem pesquisa de todo lado: vem pesquisa da universidade, da prefeitura, do governo, inclusive de mercado para diferentes propagandas. Então o que tenho visto é que realmente a população trata cada uma diferente. Eles dão as respostas que eles querem porque sabem que estão sendo tapeados. Nesse sentido, eu

tenho discutido muito a questão de como é que você faz essa prática de colher os dados e devolver para a população. Quer dizer, como é que você faz para que a população não seja objeto da sua pesquisa, objeto do seu conhecimento, mas que realmente a população seja participante; que a população seja a que diga o que ela quer discutir, como ela quer discutir. E como você então, como profissional, tem condições de colocar seu conhecimento a serviço dela.

Sempre estive muito voltada para aprofundar essa questão do saber, a questão da organização e a forma como o movimento popular se junta ao movimento social.

Você vê, por exemplo, um país inteiro como a Nicaraguá com oficinas com trabalhos criativos, de comunicação, onde todos fazem poesias, escrevem, fazem desenho, onde todos se comunicam. No aspecto da saúde, por exemplo, eles verificam que não têm necessidade de tantos remédios, mas têm necessidade de uma quantidade X que é a mínima necessária. E, no momento que você consegue esse salto da maioria, você começa a ver que emerge toda uma outra cultura que é a cultura de todo um povo. As classes dominadas passam a demonstrar o que elas pensam. Porque normalmente a gente fala da cultura como algo quase folclórico e não como defesa daquilo que realmente é seu; daquela legitimidade toda, daquela necessidade de preservar uma identidade nacional.

Acho que o importante é que o processo caminhe independente de nós e que a gente chegue a concretizar essa cultura toda e a afirmar a nossa soberania nacional. Hoje, o que a gente está vendo não é só o retalhamento do corpo humano através das especialidades, mas é o retalhamento do país através dos diferentes projetos que existem aí. A gente sabe da existência deles mas a gente se sente impotente de fazer algo frente a tudo isso. Então, de repente, parece que é um monstro tão grande que a gente não consegue enfrentar. Se a gente conseguir, pelo menos uns poucos, mas com essa persistência de resistência, continuar; e continuar a fazer circular essa experiência, eu acho que já são alguns passos dados. E assim a gente está fazendo história no dia-a-dia. Está fazendo agora. Dentro daquilo que é possível. Quer dizer, o amanhã será outro. Acho que se a gente tentar, inclusive, perceber a vida em termos dessa trajetória histórica, nós vamos ver que o que nós estamos fazendo hoje, não fizemos ontem e não é o que vamos fazer amanhã.

MEDICINA POPULAR EM MAGÉ (RJ)

DOUGLAS CARRARA

— Sou daqui do Rio, fiz Ciências Sociais e me especializei em Antropologia. Já na Faculdade comecei a me interessar pelo curandeirismo. E, ao lado do curandeirismo, o pensamento médico popular buscando delimitar o que é a experiência terapêutica popular.

Visando desenvolver esse tema, elaborei um projeto de pesquisa e passei a trabalhar no Município de Magé, que é uma cidade dormitório do Rio de Janeiro. O objetivo era buscar com especialistas essa experiência terapêutica na medicina popular, utilizando uma técnica antropológica de pesquisa — a observação participante. Eu não fui procurar a população generalizadamente; fui atrás dos especialistas.

Fazendo incursões também na coleta de plantas, tinha ainda o objetivo de identificar e classificar esse material e, a partir daí, o passado terapêutico das substâncias que eu colhi na região. Isso me levou a uma investigação na bibliografia existente desde o século XVI, buscando o que os indígenas, os portugueses e os escravos trouxeram como conhecimento a respeito de plantas medicinais. É incrível como é farto o material: são trabalhos de viajantes naturalistas que aqui estiveram, de cronistas da época, de jesuítas do século XVI...

Atualmente esse material está bastante codificado. Então, eu busco investigar de dentro o que as categorias populares significam para o pensamento médico popular. Por exemplo, a espinhela caída que

é uma categoria tipicamente popular: o que significa realmente, no pensamento popular, essa categoria? Investigo também o seu passado histórico, de onde ela é originária, e que tipo de fundamento pode ter com relação à própria medicina. E, ainda, o que a própria ciência médica pensa em relação a essa categoria.

Na verdade existe muita uniformidade no pensamento popular. Só para dar um exemplo, eu consegui estudar e classificar 150 plantas medicinais que possuem uma indicação terapêutica uniforme na região. Quer dizer, não existe esse suposto charlatanismo na medicina popular. Pelo contrário, se a gente encontra 150 plantas utilizadas atualmente pela população que possuem uma indicação terapêutica constante — não só na realidade atual mas no passado terapêutico — então a gente mostra que existe uma permanência dessa medicina ao longo do tempo e existe uma uniformidade nesse pensamento popular.

E aí tem uma coisa interessante: com o advento da ciência, certas práticas aparentemente mágicas tendem a acabar. Mas no futuro quando se encontra uma explicação científica reconhece-se que certas práticas não têm nada a ver com a magia. Pelo contrário, há uma explicação muito lógica. O caso da laranja mofada é uma prova disso. Aparentemente é uma prática mágica você recolher um produto abjeto como o mofo da laranja e utilizá-lo no tratamento de feridas. Hoje em dia a ciência explica muito bem porque isso ocorre e as condições em que isso ocorre.

O tempo de permanência dessas práticas é uma coisa incrível. Vejam, por exemplo, lá em Magé: atualmente, um lavrador trabalhando na cana, uma das folhas lhe cortou a pupila do olho e fez uma ferida. O curandeiro indicou: usar um canudo de bambu e pulverizar açúcar dentro do olho do indivíduo. Eu recolhi aquela prática e fui pesquisar. Mais tarde, lendo um livro do século XVI, de um prático da época, tomei conhecimento de que ele tratava das feridas dentro do olho, promovidas pela varíola, da mesma maneira: com um canudo de bambu e com pulverização de açúcar. Engraçado que esse autor é de Pernambuco e a pessoa que me informou era também originária de Pernambuco. Você vê que o uso do açúcar para cicatrização de ferida dentro do olho é a mesma depois de quatro, cinco séculos. E eu pude constatar, em quase todas as informações, essa condição de permanência das práticas. Então, ao meu ver, isso é uma prova de que existe uma experiência, uma intimidade com aquela prática.

Eventualmente a população pode se enganar. Pode diagnosticar uma doença e, na verdade, estar enganada. Existem essas falhas, mas o percentual de evidência de que essas práticas funcionam em determinadas situações é muito grande.

Na minha pesquisa pude detectar um marco a partir da década 1940-50. Porque nesse município aonde eu atuei, até essa época a presença do sistema médico não era muito evidente na região. O processo de organização do sistema, o próprio INPS, começou a partir dessa década. Aliás, a maioria das pessoas nascidas até essa época, nasciam através de parteira. Quando falo parteira, não falo parteira diplomada. É a parteira realmente sem nenhuma informação médica e exercendo sua função apenas com os conhecimentos transmitidos sempre de forma oral. Havia todo um clima de familiaridade em torno dessas práticas populares.

Então essa medicina, pelo menos até essa época, tinha uma força muito grande em Magé. As informações circulavam e as próprias farmácias colaboravam porque chegava-se na farmácia e existiam vários desses medicamentos que eram vendidos à população.

Na década 40-50 isso decaiu porque as farmácias passaram a vender só os medicamentos industrializados e, realmente, você não encontrava mais na farmácia produtos de outra qualidade. Então isso já cria uma certa dificuldade, porque os medicamentos passam para os ervanários. E aí é uma outra história. Os ervanários já têm uma formação diferente e a desorganização é maior.

A minha experiência em termos de pesquisa foi principalmente desenvolvida com especialistas; mas, também, com o que eu chamo de usuário da medicina popular, que é o paciente. Com uma distinção: os pacientes, na medicina popular, são pacientes, mas também são usuários. Usuários no sentido de que eles também se autoclicam e também clinicam eventualmente. Então, além dos que têm um certo prestígio na área e se destacam justamente porque têm um passado de curas e aquilo é divulgado com muita intensidade, a comunidade possui uma rede muito grande de especialistas.

Existem os mateiros que são essencialmente comerciantes. São aqueles que colhem a planta e comercializam-na nos grandes centros. Todos sabem que o Rio de Janeiro tem várias feiras livres, além dos vários ervanários que comerciam. Na região é muito comum existir essa profissão de mateiro: colhem as plantas medicinais e levam, em geral, para revendedores do Rio; esses revendedores as repassam para os feirantes. Interessante é que esses mateiros, às vezes, não têm muito conhecimento a respeito dos efeitos medicinais da planta. Um outro profissional é o raizeiro que aplica essencialmente produtos de matéria médica.

Temos ainda o rezador que atua exclusivamente com rezas e rituais do tratamento: fazem o ritual da espinhela, fazem o ritual do quebranto, ritual do mau-olhado e tudo mais. E temos a parteira, especialista na execução do parto, na facilitação do parto. Finalmente, o

umbandista que conjuga a religião com a parte propriamente médica que ocorre dentro do culto através da incorporação de uma suposta entidade. Existe um papel específico do umbandista no tratamento das doenças, mas que é apenas uma parte do culto, não é a totalidade do culto.

Na pesquisa, uma maneira de selecionar a experiência era através dos casos e não através de uma indicação isolada: "cebola é bom para isso". Não, isso podia ser uma coisa vaga, podia não ser fruto da experiência. O que me interessava era se realmente aquilo tinha sido fruto da experiência. No caso, a pessoa se solta, conta a história, cita a região, cita a pessoa que colabora e isso facilita na análise do discurso dela; facilita a gente perceber a autenticidade daquele discurso.

Um outro tipo de controle era ter uma quantidade de informantes muito grande que repetia a mesma indicação, repetia experiências semelhantes. Então você tem muito mais dados para perceber que dentro daquela comunidade existe uma experiência semelhante com relação àquela doença, àquele medicamento. Picão preto, por exemplo, para hepatite é uma coisa muito difundida na região. Não há quem não conheça; quem não saiba de um parente que tenha sido tratado com picão preto. Enfim, era assim que eu trabalhava no sentido de obter maiores informações e apreender a ampla difusão daqueles conhecimentos que me eram relatados.

Com relação à receptividade da população à pesquisa, posso dizer que quando você começa existe uma certa timidez, um certo receio porque, você sabe, atualmente fala-se em pesquisa no Brasil e o cara fica com medo que seja do governo, que esteja querendo tirar alguma coisa. Mas a gente tem que desenvolver a habilidade para fazer este tipo de coisa. Não pode, por exemplo, levar o gravador de chofre. Você tem que conviver um pouco com eles. E era através da familiaridade, da convivência, que eu evitava esse distanciamento que existe entre o "doutor", o "pesquisador", e o informante com quem se vai trabalhar. Isso realmente abriu muito caminho.

Quando se fala em medicina popular, em plantas medicinais, o interesse é incrível e a gente fica horas e horas conversando com eles. Porque eles têm essa bagagem de conhecimento que deixa qualquer pesquisador abarrotado e embaralhado naquela aparência de caos, de falta de organização, de falta, enfim, daquilo que um cientista espera encontrar na realidade para facilitar o seu trabalho. Mas é através da pesquisa que a gente começa a perceber que naquela aparência de caos, naquela aparência de desorganização, de variedades de nomes, de categorias aparentemente mágicas, existe uma lógica.

Na verdade, ninguém solta fácil a informação, inclusive enganam você.

Existem rituais de preservação desse saber que estabelecem prescrições quanto ao tempo, a hora, e em que situação esse saber deve ser transmitido. Tem dias específicos para isso porque existe uma prescrição, um tabu que diz que se o conhecimento for passado fora dessas regras estabelecidas, a pessoa perde o dom de curar. Isso faz com que a pessoa só possa transmitir o conhecimento naquele determinado dia, naquela determinada situação. Mas a preferência é sempre dada aos parentes porque aquilo é uma espécie de arma, uma espécie de instrumento.

Eu encontrei informantes que tinham a preocupação de morrer com aquele conhecimento e não ter para quem passar; e lamentavam que as novas gerações não estivessem se interessando pelo assunto. Mas aí a gente tem que analisar todo o processo capitalista que está ocorrendo e que está destruindo praticamente o pequeno produtor do interior.

O que eu observo é que a maior parte desses informantes tem uma tradição na terra, como lavrador. Inclusive eu coloquei na minha pesquisa esse dado elementar: o problema de aonde se forma esse pensamento. É muito comum o cara passar a vida inteira como lavrador. E nesta situação chega ao final da vida; aí os filhos podem cumprir as outras tarefas dentro da propriedade, e ele tem mais tempo para se dedicar à cura das pessoas. Então, é muito comum ele lamentar o fato dos filhos estarem se empregando nas fábricas, de estarem indo e voltando para o Rio de Janeiro, trabalhando em outras profissões. E não estão mais interessados em trabalhar com a terra, porque eles analisam que é uma prática sem futuro essa da produção agrícola, e nem em aprender essas práticas terapêuticas.

Com relação a educação popular em saúde, eu não tenho experiência. Eu tenho muita motivação e, acredito, muita contribuição a dar a um tipo de projeto desse. Recentemente, estive em contato, com o pessoal do Projeto Papucaia aonde estão desenvolvendo um projeto de educação popular na área de saúde e eles já manifestaram interesse em descobrir qual é a lógica popular nesse campo. Quer dizer, ao invés de levar uma lógica da ciência médica, já existe uma preocupação de desvendar o que é a lógica popular. Ao invés de levarmos o nosso conceito do que é saúde, inverter o processo: buscar o que os pensadores médicos dessa população pensam a respeito do que é saúde e do que é melhor no sentido da medicina, no sentido de encontrar soluções para os problemas de saúde.

OS PROJETOS BURITICUPU E INHAÚMA (MA)

ANTONIO RAFAEL DA SILVA

— Em 1962, ingressei na famosa Faculdade Nacional de Medicina e cumprí, depois de formado, a promessa que fiz de voltar ao Maranhão. Sem pensar em trilhar pelo caminho da Universidade, sou hoje professor da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Os motivos que me fizeram pensar nas possibilidades de um trabalho com populações locais foram vários. Primeiro, eu não acho que essa doença que nós chamamos de parasitária transmitida aconteça porque um parasita entrou no organismo e desenvolveu a doença. Existe um complexo causal, apesar de muita gente não querer admitir isso. Segundo, eu estou convencido que a nossa população sofre problemas de saúde, os mais gritantes, e não tem o menor acesso às condições de saúde. E uma outra coisa que eu também penso, é que o saber médico, o ensino médico, não se esgota no banco da escola e nem nas enfermarias dos hospitais que criam uma visão deformada da realidade. Inclusive quando deixa supor que a partir dessa atuação você pode resolver os problemas de saúde de uma população.

Foi considerando esses aspectos que nós começamos a pensar e a trabalhar junto com as comunidades em dois projetos principais. Um projeto que é chamado de "Projeto Buriticupu". E um outro que está ligado a uma comunidade na Ilha de São Luís, "Projeto Inhaúma".

O que me atraiu em Buriticupu foi a curiosidade de saber como nós poderíamos trabalhar com uma população principalmente agrícola e que não tinha a menor assistência médica. Era um projeto chamado Projeto de Colonização Agrária e eu, nesse trabalho, tinha como enfoque principal a malária, que é uma doença importante no nosso meio. Na verdade, eu queria era um aprendizado pessoal. Eu estava querendo aprender malária no campo: ver como a doença se desenvolvia, ver como era transmitida, ver como a pessoa se defendia, etc. Para conhecer passei oito meses numa área de colonização recente.

E comecei a aprender, por exemplo, que na raiz de todas as coisas existia um saber na população que estava muito longe do alcance do especialista médico. Ela sabia se defender perfeitamente de suas situações apesar da calamidade que existia.

Quando fomos estudar a malária nessa área, começamos a conversar com algumas pessoas da própria comunidade — como por exemplo, assistentes sociais que trabalhavam no local — e a interessar essas pessoas por problemas médicos. Em 1975 nós viemos para o Rio de Janeiro depois de ter estudado o problema da malária. E, em 1975 mesmo, eu volto a São Luís. O pessoal do Serviço Social então me procurou: "olha, lá na área do Buriticupu, está aparecendo uma doença que dá uma ferida na perna ou uma ferida no corpo. E eu, que ando por lá, vejo que cada dia tem mais gente doente". Eu perguntei então se era possível em cada povoado daquele — que a colonização se compõe de dois núcleos e dez povoados — estimular uma pessoa para verificar quem tinha essa doença, essa lesão na pele. Cheguei lá, as professoras leigas do local tinham levado todos os que tinham problemas de pele. E eu passei sete dias examinando essas pessoas e descobrimos que estava havendo um surto epidêmico de Leishmaniose Tegumentar Americana.¹

Eu não podia transportar 300 doentes para o hospital. Então, como fazer? Surgiu a idéia. Perguntei se havia alguns voluntários que poderiam aplicar injeção. Ninguém sabia aplicar injeção. Então perguntei à enfermeira do local se ela podia treinar aquelas pessoas. E de cada povoado daquele se apresentaram dois ou três voluntários que a enfermeira treinou. Cada voluntário ficou com cinco ou seis pessoas para tratar com duas injeções diárias durante 14 dias.

1) — LEISHMANIOSE — A Leishmaniose Tegumentar Americana, também conhecida como ferida brava, úlcera de Bauru, é uma infecção causada pela *Leishmaniose brasiliensis* transmitida pela picada do flebótomo (mosquito). Forma lesões ulcerosas com possibilidade de destruição do tecido mucoso, podendo originar lesões permanentes. Antigamente acometia homens que trabalhavam com desmatamento em regiões de colonização recente. Hoje é uma doença que ocorre em áreas de colonização antiga, algumas em processo de urbanização e apresenta uma transmissão domiciliar e peridomiciliar, atingindo pessoas de ambos os sexos e qualquer faixa etária.

E, num determinado dia, nós iniciamos a campanha. "Bom, vamos tratar todo mundo neste dia". E nós vimos a maioria dos que se tinham inscrito aplicando injeções. Orientamos essas pessoas para que elas continuassem aplicando as injeções e prometemos voltar no fim de 30 dias para ver como é que o processo tinha se desen-cadeado. Quando eu cheguei fiquei surpreso de encontrar 90% das pessoas curadas. Aqueles voluntários que não entendiam nada de saúde trouxeram um papelzinho dizendo a mim: "olha, essa pessoa quando tomou a injeção ficou com o rosto assim". Ou então: "aquele agravou, teve muita febre, mas eu continuei". E eu aprendi, pela primeira vez, que você poderia tratar determinadas doenças no meio da comunidade sem grandes artificios.

E, nesse momento, começou um projeto — que ainda não tinha o nome de Buriticupu — tendo como suporte o apoio de uma econo-mista doméstica com uma grande penetração na comunidade. Era um projeto para controle de malária e da leishmaniose tegumentar. Eu disse: vamos ver como é que as coisas se passam; eu vou voltar aqui no fim do ano. Voltei no fim do ano e examinei todas as pes-soas. Estavam todas curadas. Bem, pensei, realmente aqui a gente pode fazer alguma coisa.

Fizemos então um grande estudo sobre a população como um todo. Fizemos estudos epidemiológicos, descobrimos que hanseníase era altamente prevalente naquela localidade, que a tuberculose tam-bém estava entrando, que existiam epidemias de sarampo e de coqueluche, que a desidratação, a fome e as verminoses matavam as crianças. Com esses elementos montou-se um projeto que tomou o nome de "Projeto Buriticupu".

A nossa primeira idéia foi a de que o projeto não tivesse nenhuma ligação oficial e que ele continuasse como estava naquele momento sendo desenvolvido. Realmente, com o apoio da comunidade e com o apoio do Ministério da Saúde que mantém um guarda lá na área, nós controlamos a malária, controlamos a leishmaniose tegumentar americana e a hanseníase. Este é um projeto que se desenvolve sem grandes recursos. O dia que entrou um recurso financeiro houve qua-se uma batalha campal para saber quem seria nomeado. E aqui é que eu trago uma discussão: o grande problema da participação co-munitária, dentro do sistema em que nós vivemos, é a interferência de um poder político que quer tirar proveitos imediatos de idéias que são as melhores.

Nós também aprendemos, durante toda a época em que vivemos por lá, que poucos foram os problemas graves de saúde que neces-sitaram de uma saída urgente para um hospital. O hospital mais pró-ximo ficava a 150 Km de distância. Na realidade, os problemas de doença existentes naquela área podiam ser resolvidos facilmente.

Verificamos também que mesmo não existindo grandes recursos mé-dicos, nessa ocasião, todo aquele trabalho podia ser desenvolvido a nível dessas comunidades. Então começamos a trabalhar em termos de determinados programas de saúde e vimos que a comunidade poderia ajudar nesses programas desde que a gente montasse, orga-nizasse uma pequena estrutura.

A partir de professores, de voluntários, constituiu-se uma rede de pessoas interessadas no tratamento das doenças mais comuns dessa comunidade. E com essa rede de trabalhos conseguiu-se reverter uma série de problemas que existiam na área. Atualmente as pessoas são todas vacinadas. Nós não temos mortes por sarampo, não temos mor-te por coqueluche, tétano, não temos nada disso.

E, começou-se também a discutir várias questões de saúde, a deba-ter a problemática de saúde da população. Nós passamos dois ou três anos nesses tipos de discussão. Talvez a coisa mais concreta tenha sido, por exemplo, no encontro sobre problemas de saúde que se faz anualmente, eles terem no ano passado pedido que se abordas-se o problema da terra.

Nessa ocasião, vira um cidadão que é líder lá, chamado Messias: "olhe, Dr. Rafael, o senhor vem aqui constantemente, quatro, cinco vezes por ano, mas eu lhe digo com toda sinceridade, isso não está muito resolvendo para nós. Porque, na realidade, o nosso problema aqui é terra". Aí eu pergunto: bom, o que vocês querem sobre a terra? Eu também acho que esse é um problema sério. Então por-que é que a gente não discute isso? Surgiu a idéia de fazer o primeiro seminário sobre a questão da posse de terra. E fizemos um seminário sobre a realidade da colonização agrícola de Buriticupu para mandar as conclusões para os órgãos do governo. Queríamos demonstrar ao governo que alguma coisa estava se conseguindo com a população, aproveitando a idéia de participação comunitária que hoje existe oficialmente a nível das Secretarias. Se bem que essa idéia tenha sur-gido com o mesmo autoritarismo com que surgiram, por exemplo, os serviços de saúde no Brasil.

Este seminário teve como objetivos: restabelecer a área de colo-nização agrícola e a delimitação dos lotes agrícolas; e discutir o tra-tamento que vinha sendo dado ao trabalhador rural.

Nós começamos a encaminhar o seminário querendo dar divulga-ção a todas as pessoas que a gente achava que poderiam ajudar. E, dentro dessa empresa de colonização surgiu uma grande celebração. Nós fomos chamados pela presidência da empresa porque foi denun-ciado que nós estávamos sublevando a população de Buriticupu.

Hoje, na prática, há uma comprovação de que realmente se está conseguindo alguma coisa. Essa população saiu de lá e vai a São Luís

debater com o governo os seus problemas. Denunciavam, por exemplo, a um deputado qualquer, que eles estão sendo esbulhados em relação à posse da terra, sem que nós tenhamos nisso nenhum envolvimento.

Eu acredito nesse trabalho. Tenho meus momentos de crise, mas é a crise de tudo que está aí. Contraditório não é o trabalho; contraditória é a realidade onde estou trabalhando. E por isso nós vamos fortalecer o trabalho que estamos fazendo.

Essa idéia de Buriticupu, que nos parecia uma idéia vitoriosa, nós transportamos para dentro da Ilha de São Luís, onde fica a capital do Maranhão e que é uma zona endêmica de malária. Esse foi o segundo projeto que o Ministério apoiou e o CNPq também, num determinado momento.

Nós discutimos com essa população a respeito de seus grandes problemas. Mas o principal problema, nessa ocasião, era a falta de comida. Este é um problema bastante sério, dissemos, mas nós temos um problema aqui que também é grave. Vocês acham que a malária é um problema grave? Nós sabíamos que havia uma prevalência alta de malária nessa população nós últimos dez anos. Continuamos a indagação: será possível vocês trabalharem conosco para ver se a gente combate essa doença aqui? Veio a pergunta: "bom, mas como é que a gente faz?" Bem, vocês sabem como é que se transmite a malária? "Eu acho que é tomando banho". "Eu acho que é indo lá para o mangue". E havia essas idéias errôneas no seio da comunidade com um organismo oficial trabalhando nessa comunidade há dez, quinze anos! Você vê que é um trabalho totalmente desligado do real da comunidade. Nós começamos então com um curso sobre malária. Como é que ela existia, como era transmitida, qual era o papel do DDT no combate à doença, etc. Muita gente recusava o DDT. Mostrei que a malária ocorria mais em casas pobres do que nas casas melhores, etc.

Bom, dado o curso, vamos levantar quem quer trabalhar nisso. Avisei: olha, não ganha dinheiro. Garantiram: "nós vamos trabalhar". Geralmente as mulheres são mais disponíveis e 90% do corpo que se apresentou foi de mulheres. Surgiu a questão: como fazer o trabalho? Aí virou D. Maria Barbosa e disse: "olha, o problema é o seguinte. Eu moro lá na ponta e perto da minha casa tem seis ou sete casas; e eu posso tomar conta dessas seis ou sete casas". Aí surgiu a idéia de dividir a localidade em distritos. Uma localidade de cem casas, dividida por dez distritos, e cada pessoa tomando conta de seu distrito colhendo lâminas, verificando se a casa tinha sido dedetizada; e se estava com malária ela daria o medicamento; e se chegasse uma pessoa de fora ela daria o medicamento, etc. Com esse trabalho, no ano seguinte, a malária reverteu substancial-

mente. No outro ano quase não teve malária. E esse ano, nós estamos analisando agora, não deu um só caso de malária.

O nosso trabalho com as comunidades é mais ou menos esse: tentando ver o que se pode fazer em termos de alcançar uma saúde que é mais ou menos imediata. Mas, à medida que você começa a discutir com a população esses problemas, surge o grande problema da comunidade que é a situação social em que ela vive. Por isso nós trabalhamos dentro da perspectiva de que a saúde é alguma coisa muito ampla; e nós não tratamos da doença, tratamos da saúde.

O BAIRRO DOS COELHOS EM RECIFE (PE)

PAULO DANTAS

— O meu caminho é um pouco diferente do relato de vocês, mas se toca em muita coisa. Em 1966, eu estava ainda na Faculdade de Medicina, 4º ano, vivendo aquele período pós-64 de intervenção e castração do pensamento e das ações de todos nós. Naquele ano, no Recife, houve uma cheia que atingiu uma grande área geográfica da cidade e, profundamente, as áreas ribeirinhas.

Bem à margem do rio Capibaribe, no coração da cidade, existe uma comunidade de quase 12 mil pessoas, chamada Coelhos, constituída originariamente de migrantes do interior. Próximo a esta área, funcionava também o Hospital Pedro II, da Faculdade de Medicina. Já existia algum namoro meu com o pessoal da área em função da população que procurava o hospital. Costumeiramente solicitavam amostras de remédios aos estudantes de medicina. Assim, passamos a conhecer algumas pessoas daquela comunidade.

Quando aconteceu a cheia, já havia na comunidade um grupo de moradores que estava desenvolvendo uma prática de se reunir para pensar e encontrar soluções para os problemas mais graves do bairro. E foi esse grupo que assumiu a coordenação do processo de mobilização da população da área para enfrentar aquela situação crítica devido à cheia. Na hora da tragédia, toda a cidade mobilizada, são convocados voluntários, principalmente estudantes de medicina, para

socorrerem as populações atingidas. Como já estávamos de namoro na área, fomos para lá, ainda como estudantes de medicina, no intuito não só de prestarmos a nossa solidariedade naquele momento, mas de contribuir com aquela comunidade nas suas lutas.

Naquela ocasião, realizamos um trabalho conjunto com moradores da própria área para atender àquela população doente e aglomerada. E isso resultou em uma afinidade muito forte com eles.

Depois de passada a cheia, a comunidade se sentiu mais fortalecida. Realmente, eles haviam desenvolvido com eficiência todo um processo de luta organizada, desde os primeiros momentos, quando tiveram que invadir prédios públicos para se abrigarem e, posteriormente, no estabelecimento de normas de convívio nos abrigos, promovendo a distribuição sem traumas dos alimentos e participando da assistência aos doentes.

Como conseqüência dessa luta, surge a organização dos moradores do bairro denominada Comissão Central do Bairro dos Coelhos. Dos participantes dessa organização, recebemos um convite: "Ora, por que vocês — no caso éramos três colegas — não continuam com a gente fazendo um trabalho de saúde?" Bom, se já havia o namoro, um convite desses não se perde.

A primeira coisa pedida foi um cursinho de cuidados elementares de enfermagem. No decorrer do curso, refletíamos sobre os problemas de saúde do bairro. Constatamos que o sarampo havia sido uma das doenças mais freqüentes na época da enchente. Surge a indagação: o que fazer? A decisão é a de realizar campanha de vacinação no bairro. A idéia surge por influência nossa que acenamos com a existência de uma possibilidade, e é reforçada pela aceitação deles. Na época, o pessoal discutiu muito a questão das vacinas, deu muito debate. Eles informaram qual era a reação da população a respeito das mesmas. Na verdade, haviam pessoas vindas do interior, ainda marcadas pelas campanhas impostas de vacina antivariólica, em que até a polícia era utilizada como elemento de coação.

Mas a maioria seria receptiva à proposta, desde que houvesse esclarecimentos. Foi elaborada uma programação educativa sobre a questão. Reuniões nas ruas foram realizadas. Porém, para aplicar a vacina era preciso que ela fosse fornecida. Então formou-se uma comissão e fomos ao Posto de Saúde solicitar o treinamento para a equipe e o fornecimento da vacina. Naquela época, os Postos realizavam programações de vacinação com vacinadores que iam às casas das pessoas.

Quando apresentamos a reivindicação ao Diretor do Posto, tivemos a seguinte resposta: "aquela área nós já cortamos do mapa porque todas as vezes que as vacinadoras iam para lá eram apedrejadas,

agredidas. Nas casas só encontraram a maior promiscuidade. O Posto, simplesmente, não vai mais à área". Travamos uma discussão com a direção do Posto. Nós mostramos que era um absurdo aquela posição e que não tinha sentido. A reação foi essa: "não, não, não..."

Encerramos o papo e voltamos a discutir no bairro. O pessoal de lá afirmava: "não, não existe isso, não é essa a questão". Então combinamos fazer um trabalho prévio que era exatamente uma pesquisa para ouvir a população. Ficou decidido que as vacinas seriam: a da paralisia infantil, a tríplice e a de sarampo para as crianças e anti-tetânica para as gestantes. A pesquisa foi feita. Nela o pessoal mostrou que queria a vacina e inclusive garantiu um apoio ao trabalho.

Voltamos ao Posto e mais uma vez não conseguimos apoio. Fizemos apelo ao Diretor de um outro Posto com quem mantínhamos relacionamento de amizade, e finalmente tivemos sua ajuda, após a Secretaria de Saúde dar consentimento para que este Posto promovesse a vacinação, mesmo considerando que a área dos Coelhos não estava sob sua responsabilidade. O que aconteceu foi de fato um trabalho muito eficaz e com efetiva participação da população. Criou-se um clima tal que as vacinadoras do Posto solicitavam para vir trabalhar nesta área.

Esse movimento todo teve uma repercussão muito positiva para o pessoal. A partir daí é que surge a equipe de saúde integrada com o trabalho do bairro, uma semente plantada que até hoje está se desenvolvendo.

Houve uma época, de 1967 a 1973, em que o trabalho teve um pique muito importante porque praticamente todas as ruas tinham uma comissão de rua. E o pessoal começou a ter algumas conquistas: o lixo que era retirado, uma pena d'água que era puxada, a resistência contra remoções, etc. Essas conquistas motivavam ainda mais.

A Comissão Central é a organização que coordena todo o trabalho. A característica dela é "sui generis": não tem estatutos, não tem forma legal de funcionamento, não elege diretoria, mas possui princípios básicos — chamados de "filosofia" — que garantem e estimulam a participação, a democracia e o comando coletivo.

Em 1973, refletindo a maior repressão já vivida no país, as atividades foram, gradativamente, se reduzindo com a desmobilização das comissões de rua. Chegou um momento em que as atividades de saúde se resumiram ao atendimento médico ambulatorial. Essa atividade, que aliás eu ainda não tinha feito referência, havia sido uma das propostas iniciais da comunidade. Não queríamos embarcar nessa de atendimento médico porque achávamos que isso seria assistencialismo. Mas o pessoal reagiu. Na época, nós não éramos formados

em medicina. Mostramos, então, ao pessoal que não podíamos exercer a profissão. Mas eles disseram: "não, nada disso, vocês podem, porque a gente vai na Casa da Criança e quem atende é acadêmico; no Hospital Pedro II, quem nos atende é acadêmico. Então, vocês podem". Argumentamos: o problema é que o acadêmico lá tem uma assistência, recebe um acompanhamento, uma supervisão. Tivemos novo questionamento: "então por que vocês não podem receber a supervisão aqui?" Conclusão: conseguimos que um professor da Faculdade nos desse a supervisão. Na época, não havia nem local. Eles conseguiram umas bancas de escola e puseram na sala do prédio que era da Arquidiocese e que tinha sido ocupado durante a cheia. Começou a funcionar ali um pequeno ambulatório. O grupo de atendimento médico foi formado com três acadêmicos e mais oito moradores que haviam participado do cursinho de cuidados elementares de enfermagem.

E aconteceu o seguinte: quando as pessoas eram atendidas recebiam por parte da equipe toda a atenção merecida, e isso foi começando a diferenciar nosso atendimento da prática percebida nos atendimentos da rede oficial. Começaram a se achar "mais curados", mais cuidados por nós do que pelo próprio Hospital da Universidade. Quando começaram a sentir isso, analisavam: "isso acontece porque se tem tempo. Aqui a gente é ouvido, somos examinados, mexidos, tocados". Este fator educativo do atendimento médico fortaleceu o nosso processo de integração com a população do bairro. Eu acho que foi por aí que se estabeleceu o que podemos chamar de credibilidade. E, uma vez estabelecido o crédito, é aquele jogo livre, é um jogo aberto. Nesses anos todos foi se criando uma familiaridade. Quer dizer, nos sentimos incorporados afetivamente no processo de desenvolvimento daquela comunidade.

O nosso trabalho já passou por várias crises. Durante algum tempo as nossas atividades ambulatoriais cessaram por falta total de recursos. A população reagiu contra o fechamento do Posto. E a idéia imediatamente aprovada foi: "a gente sustenta, cada um de nós contribui todo mês com o que puder". Percebemos que uma coisa é o desejo e a outra é a condição financeira precária da população. Ao passar do tempo, na medida que estava ocorrendo diminuição do valor das contribuições, os moradores também estavam deixando de vir ao ambulatório, com vergonha por ter assumido um compromisso e não ter podido cumprir. Analisando a situação, a equipe de saúde decide voltar a discutir com a população o assunto.

Naquela época, o Prefeito da cidade se apresentava com um discurso populista de "Governo de Participação". Então o povo se sente mais perto do Poder e é estimulado a reivindicar seus direitos. Os moradores concluem que é obrigação da Prefeitura financiar o nos-

so trabalho de saúde. Decidem fazer um plano. A equipe de saúde formula uma série de perguntas para ajudar no debate nas reuniões de rua.

Por parte do pessoal preponderava, inicialmente, uma tendência às reivindicações na linha do assistencial. Aí, se confrontavam com as perguntas e as sugestões fornecidas por nós. Perguntava-se: que tal formar um grupo de medicina caseira? Eles já tinham vivido uma experiência anterior. De repente, diziam: “é mesmo, a gente não fez muito tempo isso? Por que não voltar aquelas reuniões?” Ou por que não desenvolver o que já foi feito na época da cheia quando quem assumiu a responsabilidade da saúde foram os próprios moradores? Por que não criar um grupo que na sua rua faça um trabalho de vigilância de saúde? A partir desse tipo de discussão começa a elaboração do plano que procura sistematizar e organizar as experiências anteriores e as novas propostas.

Concluída a discussão do plano nas ruas, nós o elaboramos tecnicamente para poder apresentá-lo como reivindicação à Prefeitura. Mesmo com a propaganda de governo de participação, na hora H, a Prefeitura começou a demorar em dar uma resposta. Após três meses, numa assembléia com a presença de mais de trezentos moradores, o Prefeito manda o seu representante para dizer que: “a Prefeitura aprova todo o plano, mas os técnicos ficam sob a responsabilidade da Prefeitura”. Aí um morador falou: “eu não estou entendendo bem. Isso quer dizer que vêm os médicos da Prefeitura e os nossos saem?”. A resposta: “não, não saem, continuam aqui com vocês, claro! Agora os recursos financeiros é que só virão para os da Prefeitura”. “Ah, então quer dizer que os nossos médicos e enfermeiras continuam trabalhando, mas sem receber nada? Ah, estamos entendendo...”. Esta discussão foi suficiente para os moradores identificarem os propósitos políticos do Prefeito, rejeitando com ruidosa vaia tal proposta.

Essa mobilização desencadeou repercussões sobre a reivindicação principal dos moradores que é a posse da terra. A partir daquele momento a idéia de urbanização da área apresentada pela Prefeitura passou a ser muito mais questionada, pois a máscara do “governo de participação” havia caído.

Este relato dá uma idéia da integração das atividades de saúde com o conjunto das lutas dos moradores do bairro. Hoje, essa integração está sendo mais efetiva através de atividades desenvolvidas por um grupo denominado de “Comunicação” que através de diversas realizações como jornalzinho, teatro, dias de estudo, projeção de filmes (projeção opaca) elaborados pelo próprio grupo etc., motivam os moradores a uma participação concreta na solução dos graves problemas da comunidade.

A nossa prática foi sempre de integração das atividades de saúde no contexto geral da vida dos moradores; ou seja, sempre colocamos este trabalho dentro de um desenvolvimento maior que é o da luta dos moradores por melhores condições de vida.

Acreditamos que um processo de educação popular vem se dando no decorrer desses dezoito anos de atuação. E, um dado da experiência que eu acho importante, é a persistência, a resistência apesar de tudo.

INSTITUTO DE PESQUISA
SOCIAL E URBANÍSTICA

**SEGUNDA PARTE:
INICIANDO UMA CONVERSA**

1. A história da família brasileira, desde o período colonial até o presente, é marcada por mudanças e adaptações às condições sociais e culturais de cada época.

2. O estudo da história da família permite compreender as transformações sociais e culturais que ocorreram ao longo do tempo, bem como a influência dessas transformações na formação da identidade nacional.

3. A história da família também é importante para entender a formação da cidadania e a participação dos cidadãos na vida política e social do país.

4. A história da família é um campo de estudo interdisciplinar, que envolve a história, a sociologia, a antropologia e a psicologia, entre outras disciplinas.

5. A história da família é um campo de estudo que tem ganhado cada vez mais importância nos últimos anos, devido ao interesse crescente da sociedade por questões relacionadas à família e à vida privada.

A QUESTÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA

Joaquim:

Eu gostaria de começar exatamente pela questão da saúde e a questão da doença.

As práticas tradicionais de saúde têm como referência a doença em si, não a saúde. Os programas visam diminuir e controlar as doenças, aumentar o número de anos de vida. A "doença" é tomada como finalidade última das práticas de saúde; ela traz uma concepção da população como carente. Quer dizer, uma população doente é carente de saúde, ela é carente de dinheiro, ela é carente de afetividade, ela é carente de educação; é a filosofia da carência. E isso leva a uma perspectiva, na prática de saúde, de tomar o corpo como mero instrumento de trabalho; então, você tem que repor a energia física perdida. Esse é o pensamento, o hegemônico da prática médica.

Para mim, a questão não é só você prolongar a vida em número de anos, mas a questão é você ter a vida, enquanto vida mesmo. E o resgate não é só o resgate da energia perdida pela força de trabalho, mas é o resgate social de uma dívida que a sociedade tem, o resgate de um direito que a população tem. Não é uma mera questão de repor as energias enquanto força de trabalho. O sentido é o de que essa reposição seja uma reposição social da riqueza produzida. Aí, eu acho, entra a questão da cidadania.

Elza:

E esta questão está ligada à organização; somente a população organizada tem condições de produzir sua própria saúde. Os exemplos estão aí: quanto mais organizada ela estiver, mais fica claro que ela vai resolvendo os seus problemas; quanto mais ela for solucionando esses problemas, mais ela está avançando no aspecto da produção da saúde. Quanto mais desorganizada estiver a comunidade, mais problemas teremos e mais enfermos nós estaremos. Eu acho que esse é um aspecto bem importante, nós estaríamos considerando a saúde como uma das lutas da população tentando organizar-se na busca de soluções para os seus problemas. Esse conceito é totalmente contrário ao conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS): "o mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade".

Joaquim:

Nas práticas de saúde dominantes, a doença é tomada individualmente, enquanto um fenômeno individual. Quer dizer, são os indivíduos que fabricam as suas doenças, eles são responsáveis pela fabricação das suas doenças, e isso aí mascara toda uma produção social da doença.

Assim, é a criança que não toma vacina, é uma mãe que não soube ferver a água e deu diarreia; quer dizer, a culpabilidade e a responsabilidade da fabricação da doença em si é colocada para o indivíduo. Como é também a criança que fabrica o seu fracasso escolar, repete o ano, não é capaz de aprender porque ou tem disritmia, ou é subdotada, ou é superdotada. A sociedade vai colocando a responsabilidade no indivíduo. Isso passa pela doença, pela não-educação, pela incapacidade para o trabalho, pela indolência, por todas essas "carências" que se diz que a população é portadora. E, na área da saúde, essa noção de coletivo não rompe com essa perspectiva da doença como responsabilidade individual. Quer dizer, quando você coloca o INAMPS como responsável pelo tratamento do indivíduo e coloca o Ministério da Saúde como encarregado do coletivo, o que está por trás desse coletivo ainda é o indivíduo, ainda é a doença. Porque o coletivo aí é tomado como o somatório de pessoas e não como grupos e classes sociais que têm uma determinada inserção na produção da sociedade.

Elza:

A verdade é que deveria ser Ministério da Doença e não da Saúde, porque não há programa nenhum de saúde e nem lugar para a assistência médica.

Rafael:

Veja você; a assimilação do conhecimento científico pela prática médica é recente e a revolução industrial contribuiu para isto. O extraordinário avanço da medicina, a partir dos meados do século XIX, tem muito a ver com o movimento de urbanização e proletarianização que se seguiu à ruína dos artesãos pela indústria fabril. É em cima dessa urbanização insalubre, baixos salários e insuficiente alimentação, e a conseqüente falta de serviços básicos de saúde, que surgem os altos índices de morbidade e mortalidade e também epidemias. Visava a ciência médica nessa ocasião a saúde? Ou estavam todos interessados em contornar o problema apenas criando mínimas condições para que um proletariado emergente conservasse a sua força de trabalho e, conseqüentemente, o seu rendimento? E aqui podemos discutir um entrave no raciocínio epidemiológico.

A multicausalidade e as medidas de controle de certas doenças estavam se erigindo quando as grandes descobertas de Pasteur e Koch no campo da bacteriologia, no século passado, parece que deram uma parada em tudo isso, vindo a prevalecer o modelo uniaxial.

Aqui eu acho que alguma coisa se desvirtuou, pois é sabido que a tuberculose já estava em curva descendente após a Revolução Industrial, muito antes da descoberta de Koch, e aqui no Rio de Janeiro os índices de peste e de varíola já caíam antes mesmo que se manejassem com esse grande avanço tecnológico de vacinação e medicamentos. A isto é que eu chamo de desvirtuamento do raciocínio epidemiológico: da interpretação e busca da saúde para o fechamento que domina o chamado "complexo doença".

Joaquim:

Quando você fala que a medicina se reorganizou com a revolução industrial e que depois houve um desvirtuamento, eu não acho que seja um desvirtuamento. Até o século XIX, com a descoberta da bactéria por Pasteur, a questão da doença era uma questão político-social. Quer dizer, se a gente pegar textos do século XVIII e do século XIX até Pasteur, vê que esta questão era ligada a uma perspectiva de reforma social. Quando Pasteur descobre a bactéria, um cientista diz que finalmente a medicina pode seguir os seus rumos científicos já que agora ela tem a explicação científica da sua causalidade. Ou seja: agora você pode explicar a doença pela bactéria e não mais pelas questões político-sociais. Acho que não é uma confusão e sim uma legitimação de um determinado modelo teórico de explicar a doença. Acho que o Estado vai legitimando tais e tais teorias e desqualificando outras.

Rafael:

Existe uma verdade que vem sendo debatida por epidemiólogos, médicos, cientistas sociais e a própria população: a saúde está interligada não só aos modos de produção, mas ao modo como a sociedade se apropria dessa produção. Na verdade, na questão saúde-doença há de se buscar a compreensão do limite que faz com que o homem perca a saúde e ingresse na doença e qual o peso específico dos fatores biológicos e sociais na ordenação da saúde e na sua perda.

Eu li interessantes comentários de Asa Cristina Laurell, em "Saúde-Doença como Processo Social", em que ela discute que o processo saúde-doença da sociedade se explicaria pela capacidade técnica da sociedade de eliminar certas doenças e, por exemplo, nutrir a população. Discute-se que nos países pobres morre-se mais de doenças infecciosas e parasitárias e de algumas doenças transmissíveis; nos países mais industrializados está se morrendo mais de doenças degenerativas, de câncer, de doenças cárdio-vasculares, de tumores malignos, etc. A autora fez um estudo interessante comparando a saúde nos EUA e em Cuba. E ela mostra, por índices de 1972, que isso era uma meia verdade: tanto no que diz respeito às doenças infecciosas quanto às doenças cárdio-vasculares e doenças degenerativas, em tudo Cuba tem um coeficiente de mortalidade muito menor. Ela estratifica por grupos de doenças e verifica que, realmente, em Cuba morre muito menos gente do que nos EUA; e não tem, por exemplo, o desenvolvimento econômico que tem os EUA. Ela prova isto nitidamente e descaracteriza para nós uma série de coisas.

Outra coisa interessante, uma médica me dizia ontem: "olha, eu achei impressionante como aqui no hospital chega criança que eu digo: não vai morrer. A gente fala com a criança e ela não reage e quando a gente vai ver, no outro dia, ela está morta, apesar de tudo o que se fez. Isto eu tenho reparado que acontece muito com estas crianças que são deixadas nas portas das instituições e você chega realmente à conclusão de que existe uma morte que é voluntária, deliberada". Você acredita nisso? Uma morte que você não tem explicação para aquilo, uma morte deliberada. Olha, eu não sei se é o caso de morte deliberada porque uma criança talvez não tivesse arquitetura para isso; mas existe esse fenômeno.

Elsa:

Tem um texto também muito bonito sobre a morte de uma senhora, D. Rosa; o texto termina dizendo que, na realidade, ela morre de sociedade.¹ Porque os problemas todos são tais que não adianta a

1) — "Dona Rosa está morta e não foi somente de câncer. Morreu também de fome, de abandono, de discriminação; morreu de médico, de hospital, de sistema de saúde. Dona Rosa, sem dúvida, morreu de sociedade". Cuadernos Medico-Sociales, Año III — Diciembre 1978 — n. 3.

presença médica, os medicamentos; o problema é social, ela morre de sociedade.

É uma coisa muito violenta. Você vê que em um outro tipo de sociedade onde o mínimo das necessidades básicas são atendidas ao nível de toda população, consegue-se diminuir diferentes índices que até então eram muito elevados. Como por exemplo, o índice de mortalidade infantil.

Rafael:

Na verdade, eu acho que uma das soluções está no âmbito da própria comunidade porque ela tem que ter acesso a uma tecnologia que não seja sofisticada, tem que ter acesso ao medicamento, ao corante, à coleta do material, à injeção e a uma série de coisas que a ajude a interferir no processo de cura. Porque está demonstrado que muitas doenças estão no próprio domínio da comunidade, ou seja, ela poderia interferir no problema. Isso significa a volta a uma prática que foi perdida e torna a ser redescoberta, pelo menos do ponto de vista intencional.

Li, há pouco tempo, uma experiência de um trabalho sobre saúde comunitária realizada em Fortaleza em que, por exemplo, são usadas só práticas de limpeza e conseguem o que um grande hospital com técnicas de esterilização não está conseguindo. Eles dão estatísticas: fazem dois mil partos sem ter uma infecção pós-parto, quando a esterilização dos hospitais está dizendo o contrário.

Os trabalhos a nível de comunidade — os nossos inclusive — estão demonstrando, na prática, que as comunidades podem ajudar nos programas de saúde a nível de prevenção e às vezes de cura, mas com isto não se está dizendo que um hospital moderno não seja uma coisa importante; não se está dizendo que um hospital de médio porte não seja importante. O que se está querendo é que se chegue à raiz do problema, muito afastada do ambiente hospitalar tendo mais a ver com a capacidade da sociedade de eliminar certas doenças e conquistar a saúde.

Quería inserir na discussão o problema da chamada participação comunitária nos programas de saúde. Parece-me que existe uma grande confusão e um grande aproveitamento a nível oficial em torno disso. Seria bom se discutíssemos esta participação.

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE

Rafael:

Só para formular como pergunta: é possível se viabilizar programas de saúde com participação comunitária?

Paulo:

Para mim, participação popular que venha como proposta de governo se descaracteriza e se inviabiliza. Isto não significa que no seu bojo não traga elementos que venham criar novas condições ao desenvolvimento do movimento de organização popular e que realmente não possa vir a estabelecer propostas mais justas e mais adequadas. Vejam só, partindo do exemplo mais simples, o plano de vacinação. De um modo geral, os planos de saúde dão muito enfoque às práticas de vacinação. Na verdade, reconhecemos a sua importância; talvez seja um dos avanços bem definidos da ciência. Mas não se pode deixar de reconhecer que elas assumem papel secundário no contexto da saúde.

Na experiência do bairro dos Coelhos nós trouxemos a idéia da utilização das vacinas. Apresentamos como algo novo, importante, de indiscutível valor na prevenção de determinadas doenças. A idéia foi aprovada no sentido de que era benéfico, possível e que se deveria ir à prática.

Recordo que quando estávamos fazendo uma pesquisa no bairro, perguntando às pessoas se tinham filhos, explicando que as vacinas protegiam contra sarampo, coqueluche, paralisia infantil, etc., chegamos a uma casa e falamos: "a senhora tem menino pra vacinar? ... porque vacinar é bom, protege contra as doenças..." Ela nos olhou e colocou uma situação difícil quando falou: "estão vendo ali em cima do fogão? Aquela panela está vazia! Se vocês trouxerem feijão eu aceito. Hoje estamos a zero, nenhum menino comeu e nem eu vou comer. Eu quero é feijão".

Bom, naquela hora chegamos a considerar aquela mulher grosseira, mal-educada. Mas isto foi um motivo para discutirmos o assunto. Estávamos preocupados com sarampo, coqueluche, difteria, tétano, etc., e aquela mulher com sua rudeza e agressividade estava preocupada com a prevenção de uma doença que é muito mais grave, mais constante e de maior mortalidade que é a desnutrição.

No Nordeste, a cobertura de imunizações é ainda precária, apesar de nos últimos anos ter havido campanhas de vacinações. Essas campanhas são alardeadas como grandes conquistas no campo da saúde e de grande participação popular. Constatamos que de fato estas doenças passíveis de prevenção através das vacinas vêm declinando a sua incidência. Por outro lado, percebemos que há um agravamento cada vez maior da desnutrição. E, neste ponto, ninguém dos órgãos de saúde estimula a população a buscar a prevenção. A não ser que se denomine prevenção a distribuição de alimentos que é feita nos postos de saúde. Nem é prevenção, nem educação e muito menos participação popular. Vejam o que acontece nestas distribuições de alimentos: as pessoas com mil afazeres em casa, muitas crianças para cuidar, têm que ouvir uma aula de "saúde, educação e higiene" de 30 a 40 minutos, um blá-blá-blá sem fim, para poderem ganhar os alimentos.

Participação efetiva que interfira nos aspectos da saúde, num sistema capitalista e autoritário, eu não acredito; apenas percebo que as instituições oficiais ao encaminharem suas propostas para as comunidades, alguns fatos novos acontecem. É como se diz: "a comunidade começa a ficar mais perto do poder, entendê-lo e elaborar suas idéias sobre o mesmo, ainda que seja ao contrário".

Neste aspecto, acho que tem importância de qualquer forma esta aproximação. Agora, quando o poder vai, ninguém se iluda, vai com a inteligência para manusear este processo e dominá-lo; isto é um fato real.

Rafael:

Eu agora fiquei preocupado com o Paulo. Eu acho que ele faz uma prática comunitária que eu considero eficiente. E, de repente, ele

joga a coisa no descrédito total. Eu perguntaria: por que há tanto tempo você vem se mantendo nisso? São dezessete anos! É uma pergunta que lhe faço. E observo o seguinte: não é o descrédito na participação comunitária, porque a gente sabe que ela existe pela própria solidariedade comum que existe nas populações; e ninguém tira esse fato. Por exemplo, lá em Buriticupu, quando uma casa precisa ser consertada todo mundo vai lá e conserta a casa; na época da colheita, todo mundo colhe em comum e eles trocam. Então já existe aquilo, está entendendo? O que você poderia desconfiar talvez é, por exemplo, se existe dentro de uma determinada estrutura política um interesse numa participação que envolve uma série de outros fatores: envolve conhecimentos, discussões, ação comunitária... E se realmente há interesse nisso tudo. Mas a própria participação, quando eu falo participação em si, ela existe. Existem vários trabalhos que demonstram isso a nível nacional e internacional. A grande dificuldade que nós temos é como esta participação se dá. Mas que ela existe, existe! O que pode inviabilizar isto é o próprio processo político que não tem interesse numa verdadeira participação comunitária. E é apenas rótulo para impregnar a cabeça das pessoas.

Regina:

Acho que está havendo uma confusão. No processo que o Paulo mostrou aqui, o fundamental é que a população vem instituindo, vem estabelecendo, uma prática, e a participação dela vem a partir daí. Se depois, de alguma forma, isto passa a ser institucionalizado foi como ponto de chegada lá adiante e que poderia até nem ter chegado.

Rafael:

E é a população que desperta todo o processo mesmo.

Regina:

Mas faz uma diferença fundamental se é ela que vai instituindo, vai criando e mantendo o controle desta prática. Agora, as coisas se colocam em um outro quadro, quando se fala de participação popular a partir da instituição, a prática já vem com objetivos e normas de funcionamento estabelecidos. Eu acho que são coisas diferentes, não é?

Paulo:

A minha resposta caminha muito por isso aí. Eu acho que se a gente fosse desacreditar da participação popular teria que desacreditar de tudo. Ela existe e sobrevive apesar de tudo. Agora, a minha intervenção baseou-se no prisma das propostas de participação popular oriundas do poder que domina, que centraliza, que determina e traz propostas de participação popular como se estas não existissem

ou já não estivessem em desenvolvimento. Esquecem disso intencionalmente e trazem propostas de "participação popular" que no fundo é de institucionalização da miséria. Por exemplo, quando propõem a utilização do trabalho em mutirão é para subempregar, para explorar a mão-de-obra da comunidade em serviços de responsabilidade do poder público.

Quando falei que não acreditava, foi nesse tipo de participação de cima para baixo. Agora, a verdadeira participação popular não só ela existe como está criando e desenvolvendo uma nova relação social. Nesta eu acredito.

Rafael:

E ela está impondo uma mudança, uma mudança em que você está trabalhando e provavelmente está contribuindo, apesar de você não sentir o fruto disso. Mas está contribuindo.

Elza:

Mas você quer ver uma coisa? Em termos de proposta, acho que no fundo a cidade de Paulo é muito rica nestas coisas. Por exemplo, a Secretaria de Educação de Pernambuco institucionalizou a pesquisa participante. Todos que trabalhamos com pesquisa participante entendemos a pesquisa participante a partir de todo um trabalho com a população, levantando diferentes aspectos para chegar às suas diferentes soluções. Agora, quando a Secretaria vem de cima para baixo com um programa de pesquisa participante — promovendo isto em toda a área rural — ela vai tentar ver o que vai sair desta pesquisa em que a população foi envolvida com esses problemas todos e, depois, vai criar mecanismos de controle. Então eu acho que é um discurso muito inteligente. E realmente, a Secretaria de São Paulo ou do Rio, nenhuma dessas Secretarias de Educação daqui assumiu isso, e a de Pernambuco está já uns dois, três anos com este projeto de pesquisa participante.

O último Prefeito de vocês, o Krause, foi o que mais criou programas de participação e foi um momento em que realmente foi para o fundo do brejo todo o trabalho de mobilização popular em Recife. Esses programas todos ditos participativos são uma forma de envolver a população e, na verdade, mascarando em algo assim "todo mundo está junto", não encaminham solução alguma.

O governo da Prefeitura de São Paulo, o anterior, colocava o seguinte: "estamos fazendo educação popular". Então como é que a Prefeitura poderia ficar institucionalizando — inclusive criou um departamento junto à Secretaria de Bem-Estar Social — de que existia educação popular? A educação popular era vista como? Para con-

seguir os bicos de luz nos bairros de periferia tinham que ser cinco pessoas. Então, as assistentes sociais acharam que elas estavam organizando a população, porque elas estavam juntando cinco famílias para conseguirem os bicos de luz. Agora, por que a Light fazia isso? Porque ela achava que uma pessoa podia deixar de pagar a conta. Agora, cinco pessoas era uma forma de pressão. Quer dizer, um controlava o outro para não ficarem sem a luz. Isto não era nem educação popular nem organização popular; era uma forma de facilitar o serviço da Light. O discurso era como se estivessem fazendo uma educação popular. Então eu acho que educação popular, participação popular, participação comunitária, organização e tudo o que vem aí nos discursos oficiais a gente tem que ficar com um pé atrás. Vamos ver o que eles querem dizer com isso e vamos ver como a gente embarca.

Paulo:

Agora, bem no meio disso, existem — digamos assim — os aspectos positivos. Veja o Gustavo Krause, que foi citado aqui. O que ele fez? Jogou para a população uma proposta populista; mas na medida em que ele procurava com as suas propostas confundir e dividir o que estava surgindo em termos de organização popular para ter o domínio, ao mesmo tempo começava a se romper na população o medo de se reunir e reivindicar. Então no bojo do processo existe o outro lado que vai surgindo e vai ultrapassando a intenção da proposta. Então toda proposta, mesmo que venha do poder e que mexa com a comunidade, toda ela traz algum aspecto positivo. Evidentemente que há peso ideológico e aí é que entra o jogo de forças, a correlação de forças que irá se processando no decorrer do tempo. É um longo processo.

Joaquim:

É uma discussão que eu morro de medo, essa da participação. Acho que existe a necessidade de repensar as formas de organização.

O Rio, eu tenho a impressão, é o lugar do Brasil onde a coisa se dá dramaticamente, porque você tem em todas as favelas — talvez o Vidigal e a Rocinha fujam um pouquinho disso — mas o que você tem é a reprodução do modelo elitizante, elitista, que vai se reproduzindo a nível da população. Como diz a Maria Amélia, lá de Nova Holanda, ela já está cheia de regimes presidencialistas porque todo mundo é presidente, é executivo, mas ninguém parlamenta. O “cara” popular é presidente da associação e banca o presidente, quer dizer, é o ditador mesmo.

Que o Estado aja assim, ele não sabe fazer outra coisa. O que me deixa perplexo é que, a nível da sociedade civil, a gente não tenha

uma tradição, seja de partido político, seja de movimento social, seja do que seja, de romper com isso, de ter um outro confronto com o Estado, que não reproduza as mesmas regras do jogo. E estas coisas calam no cidadão comum. Daí o descrédito que um morador, um cidadão — eu também — sente em relação aos partidos políticos, às associações, aos movimentos.

Paulo:

É difícil e problemático, porque não é só a intervenção do Estado, mas a intervenção das forças políticas nesse conjunto. Por exemplo: as forças populares vão emergindo, as suas lideranças vão realmente elaborando o seu saber, a sua teoria e desenvolvendo uma prática. Este processo ainda está no seu nascedouro, como num processo de gestação, e lá vêm as drogas iatrogênicas, as drogas da deformidade, oriundas do poder e das forças políticas e que vão terminar abortando ou atrasando o processo. Quando surge qualquer liderança que esteja querendo descobrir o mundo, lá vem alguém com teorias prontinhas para dizer: pense assim, pense assado, se não pensar assim...

Joaquim:

Porque aquela cabeça é diferente dele, é diferente de mim, e não se admite diferenças, está entendendo? Aborta-se o processo porque a diferença não pode existir.

Uma questão importante é de como a gente reforça uma desqualificação da população. Isso eu vejo muito na nossa história lá na favela. Talvez a gente acredite naquilo que a gente está oferecendo, mas sempre como uma coisa “de que eles não têm e a gente tem”. Tem a direção, tem o que acha que seja organização, que deva se reunir, que deva se organizar. Quer dizer, de repente, a gente começa a ser normatizador no outro extremo, ou no outro lado, mas numa prática muito reprodutora do que está aí, do que está dado. E essa desqualificação da população é mesmo nas pequenas coisas. Por exemplo, até de dar receitas de culinária. Eu me lembro que em alguns lugares de Ubatuba há um prato interessantíssimo de peixe com banana e que cozinha na areia, na pedra quente e é um prato bonito, saboroso; é de índio. Mas existe uma vergonha local de ensinar a gente, de dizer que conhece aquilo, que come aquilo. Por exemplo, o próprio “ora-pró-nobis” — a “carne de pobre” —, eles não gostam de falar que comem. Porque aquilo é coisa de pobre, desqualificado.

Isso a gente vê no cotidiano, nas pequenas coisas da população. O não falar na reunião, o achar que não sabe; ou se você fala então eles querem ouvir você e desqualificar o outro. Eu ouço muito de

moradores quando, por exemplo, é algum outro morador que con-voça reunião: "para que vou lá? Para ouvir um negro que nem eu? Sabe, se fosse doutor..." Toda essa coisa que é muito interiorizada. Acho que essas dificuldades são muito comuns. Acho que num certo sentido a gente tende a reforçar essa coisa por não saber trabalhar melhor essa questão, que no fundo é aquela relação do saber com o poder.

De repente, a gente também assume essa postura; às vezes, muito sem perceber. A gente deve estar muito atento no cotidiano com essas questões.

Por outro lado, no Rio — principalmente a partir desse governo que foi eleito, que está muito preocupado com a participação da população na discussão do serviço de saúde — eu vejo muito pouca preocupação com uma coisa tão fundamental quanto a relação serviço-população, que é a questão da democratização e da organização do serviço; o arranjo interno, a relação que esse serviço mantém dentro dele mesmo com a população ou com o paciente, dentro das possibilidades e dos limites que ele tem e no que ele pode melhorar. Nessa relação que se dá lá dentro, eu acho que está uma questão primeira, talvez.

E mais uma questão: essa participação de grupos organizados junto a serviços. Ainda está se pensando numa forma muito tradicional de organização e de representatividade. De repente você tem assim: esse grupo é uma Associação de Moradores. Então basta isso para que o presidente faça parte da Diretoria do Centro de Saúde e, geralmente, pelo menos aqui no Rio de Janeiro, ele não tem a representatividade da população e nem delegação para um tipo de participação dessa.

E nessa questão do serviço, mesmo quando a instituição é permeável — quer dizer, ela não boicota o trabalho, não está cerceando as suas propostas — existe ainda um ranço: é a questão da hegemonia do saber médico sobre o conjunto dos problemas. Ou seja, esse privilégio da questão da atenção à doença, colocando o social como uma coisa que está fora; essa dicotomização, digamos. E, de repente, a gente concorda: acha que é muito importante a questão social, que a educação é muito importante, mas elas ficam como pano de fundo. Elas não são partes integrantes da coisa em si. É uma coisa externa à prática médica, comunitária ou não. Eu não sei se estou sendo claro. Mas é como se você tivesse assim: isso é o que importa; aquilo é importante mas aquilo vem como uma coisa paralela.

Rafael:

Porque não é sentido, o social não é sentido, não é? O social não é biológico então ele não entra na especificidade etiológica da doença.

Como não entra como causa — na relação direta causa-efeito — é muito difícil integrar o social para explicar o complexo saúde-doença em nossa sociedade.

Joaquim:

É, não é sentido. A impressão que eu tenho é que isso aí fica numa competição de poder, na relação interna do pessoal. Quase que um pouco por aí, porque o médico é muito corporativista. Acho que é um dos profissionais mais corporativistas e tem hegemonia: a direção é o médico que dá. Mesmo em alguns movimentos, como é o caso do Centro de Saúde da Zona Leste de São Paulo — das comissões populares de saúde — a impressão que eu tenho é que eles direcionam toda a discussão em torno só da prestação de serviço do Centro de Saúde, perdendo a perspectiva de questionar a prestação de serviço médico como um todo, seja ele feito através do Centro de Saúde, seja através de um PAM (Posto de Assistência Médica). Perdem a perspectiva de relacionar essas coisas com outras questões, outras lutas do bairro que também passam pela questão da saúde. E a população de periferia de favela quando coloca suas reivindicações, quais são as primeiras? Água, esgoto, habitação — são essas as questões mais prementes.

E uma outra coisa que eu venho descobrindo nesse último ano, talvez pela nova conjuntura, não sei, mas que ficou muito mais à flor da pele, é a questão da violência, mesmo interna, dentro da favela. Seja violência de quadrilhas, seja violência das quadrilhas entre quadrilhas, seja violência das quadrilhas com a polícia. A impressão que eu tenho é que se morre muito mais pelas mortes violentas hoje do que por doença.

Eu vejo, hoje pelo menos, aqui no Rio de Janeiro como uma coisa crucial, essa questão da falta do mínimo direito civil. O cidadão aqui não é cidadão, ele é espancado, a casa é invadida... A maneira como a polícia invade os barracos e trata o morador do barraco é um negócio assim terrível e você não tem o mínimo de organização, de respaldo oficial para você se fortalecer ou direcionar alguma coisa.

Eu vejo que isso é uma coisa mais geral e que realmente está tomando uma dimensão enorme. Aí é que eu vejo que as organizações da sociedade civil ainda têm muito a caminhar e se fortalecer. Mas a gente tem uma condição elitista, autoritária, não é de hoje. As organizações acabam reproduzindo o que está aí.

Elza:

E a reprodução desses valores, frutos da nossa sociedade, se dá de diferentes maneiras. Por exemplo, pelas várias idas de líderes de

favelas de São Paulo às Secretarias para fazer as diferentes reivindicações, vários deles na sua volta à "Sociedade de Amigos do Bairro" assumem a mesma postura do Prefeito, do Secretário. Então nós temos lá, por exemplo, um dirigente de favela que o sonho dele se realizou recentemente: era ter uma dessas cadeiras com rodinhas para poder ir-e-vir na sala de trabalho. Mas o que era isso? Ele via que aqueles sujeitos que o recebiam nas Secretarias trabalhavam dessa forma. Então se ele ali, naquela realidade dele, da favela, dentro da sala da "Sociedade de Amigos do Bairro" ele é a autoridade, ele tem que ter a mesma cadeira. É fruto daquilo que ele está percebendo e do tipo de falta de discussão maior de quem estiver fazendo o trabalho nessa favela junto com esse dirigente.

Agora, é uma prática que nós não vamos mudar isso da noite para amanhã. Eu acho que é um processo muito lento. E nós temos aí inúmeras situações que vão se expressando dessa maneira. Quer dizer, entra num tipo de reprodução dos mecanismos que foi fruto de quê? Daquilo que eles conseguiram viver até agora.

Então vamos ter toda uma etapa aí, sei lá, de rompimento disso. E, na verdade, ele se dá através de um processo em que as pessoas conseguem perceber a sua realidade e coletivamente elas dão respostas a essa realidade existente. Então a ação organizada e coletiva é que vai dar o salto de transformação. Agora muitos dos nossos trabalhos ainda estão realmente marcados por um outro momento. Quer dizer, de uma transferência de conhecimentos e a nível individual. Por exemplo, você vai discutir tuberculose; ao invés de você chegar com a resposta pronta, tuberculose é isso, e isso e isso, quer dizer chegar ali com uma série de informações, você vai trabalhar com esse conjunto de pessoas tentando ver o que elas conhecem a respeito da tuberculose.

Esse trabalho é muito mais lento. Porque você vai ter que levar um tempo maior no sentido de que cada um vá dizendo o que é o seu conhecimento, a sua experiência em relação àquela situação da tuberculose. A tendência que se tem — por ser mais fácil — é chegar e depositar as aulinhas. E depois vai se fazendo as cobranças e, aí — a nível oficial a gente vê, nos Postos de Saúde, o que o coitado lá repete toda a semana — a população vem e repete o discurso como ouviu. Por quê? Porque é para receber o leite ou é para receber alguma coisa. Agora, vai na casa da pessoa e vê se ela realmente assimilou aquele conhecimento em termos de uma prática! Por que não? Porque a realidade é totalmente outra. Então se vê que a população frente à autoridade volta a repetir aquilo que a autoridade queria ouvir, não é? Mas depois, na sua casa, a situação é outra.

Para nós eu acho que não está interessando, realmente, que ela esteja repetindo como se fosse um papagaio, mas aquilo que ela

assimilou na realidade concreta. Então o importante é como é que nós fazemos esse vínculo do trabalho com a realidade concreta.

Então é um trabalho mais continuado. Seria aquilo que o Paulo relatou aqui. Eu acho que nesses quase 17 anos no Recife, vai dando para ver, inclusive, como é que eles vão avançando. Agora, um trabalho que é a nível oficial ou que é temporário não tem essa preocupação, na medida em que eles não estão interessados em que realmente a população se organize. Estão mais interessados em cumprir determinados programas de impacto ou de projeção para que o Ministério faça sucesso lá em Brasília.

Se a gente não vai por aí eu acho que aos poucos vai encontrando o caminho de como atuar com todo um saber da população; que é onde eu acho que temos que ter todo um aprendizado.

Joaquim:

A Escola de Saúde Pública está fazendo uma pesquisa em Jacarepaguá, uma pesquisa epidemiológica da leishmaniose.¹

Tiveram a preocupação de ver como é que a população percebe a doença e como é que ela lida com a doença. E se viu que a população não tem nenhuma percepção homogênea, uniforme, da leishmaniose; ou ela tem uma percepção e, até, um tratamento caseiro para a leishmaniose, ou ela não percebe, ou ela tem uma percepção muito próxima do saber oficial, hoje, da leishmaniose. E, isso tem a ver com a história de ocupação da área.

A população mais antiga de Jacarepaguá veio de uma área agrícola e de um modo de produção onde as relações capitalistas ainda não tinham chegado. Então eles tinham todo um modo de perceber a doença e um tratamento mesmo. Quer dizer, era uma infusão de enxofre, e não sei como eles a utilizavam na leishmaniose. E, à medida que a especulação imobiliária vai chegando a Jacarepaguá e destruindo essa relação agrária, esse conhecimento também vai se fragmentando, vai ficando na memória. Porque hoje nem esse tra-

tamento caseiro se faz, mas se tem uma memória do que ele foi quando Jacarepaguá era uma região agrícola.

Acho isso bastante interessante: a gente ver como os avanços das relações capitalistas vão, realmente, destruindo as formas de saber e as práticas de saber lidar com a doença. E se a gente for investigar como o Carrara, ainda mais profundamente na história, o que foi, o que era leishmaniose, você vai encontrar toda uma estrutura lógica de saber lidar com isso. Mas que foi se perdendo e hoje é uma coisa que está só na memória dos mais antigos do local.

Douglas:

Eu vejo aí uma alternativa com relação ao modelo vigente de saúde. Em certos problemas a população é mais habilitada a tratar de certas doenças a nível caseiro, ao nível dos seus próprios recursos. Então até que ponto é possível conciliar a utilização desses curandeiros, desses raizeiros, num projeto de atuação do próprio sistema médico, com várias pessoas atuando? Conciliar o problema da aplicação da medicina — na medida em que eles têm uma terminologia própria, têm toda uma concepção própria a respeito do que são certas doenças — e uma utilização já milenar de certos medicamentos com que a população convive habitualmente e tem uma experiência terapêutica habitual.

Então aí acontece o problema do aprendizado da própria medicina científica e a apreensão das suas categorias. Em Cachoeira de Macacu, no Projeto Papucaia, se está buscando na comunidade agentes de saúde indicados pela própria comunidade. São parteiras, são raizeiros da região que, inclusive por eleição da própria comunidade, são indicados para fazer a tal da chamada reciclagem. Isto é, aprender outros conhecimentos para serem utilizados no próprio Posto de Saúde local. Aí é que entra o conflito, na medida em que entram novos conhecimentos e essa reciclagem, na verdade, é uma destruição daquele conhecimento popular. Então aquele elemento que foi retirado da comunidade, que tinha uma certa autonomia de pensamento, que tinha suas práticas próprias, passa a receber toda uma carga de informação do tipo científica, do tipo industrializado, e passa a aplicar naquela população. Quer dizer, o objetivo principal que era integrar-se com a comunidade, eu tenho a impressão que nesse momento se rompe. Aquele agente passa a se transformar e passa a ser um elemento do sistema médico oficial; passa a aplicar outras técnicas diferentes e passa, talvez, até a discriminar, a ter o mesmo preconceito que o sistema médico tem com relação às práticas populares.

Esse impasse, eu acho que vai se reproduzir em qualquer processo desse tipo. E aí tem que se ver que tipo de alternativa utilizar,

¹) — SAID, Rosa. A Percepção Popular sobre a Leishmaniose Tegumentar Americana. Tese de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Mimeo, 1984.

visando impedir essa destruição do pensamento popular. É bem verdade que um processo de integração desse tipo deveria considerar a importância da situação popular a nível de tratamento popular. Então no projeto deveria haver um apoio à própria atuação no sentido popular; não uma reciclagem do agente de saúde, mas o auxílio à atuação como praticante da medicina popular, como raizeiro.

E como pode ser feito isso? Ao invés, ou melhor, ao lado de receber informações técnicas a respeito da medicina científica que a gente reconhece como razoáveis — principalmente a nível das práticas sanitárias, a nível até de certas intervenções que são necessárias e que a própria medicina popular não dispõe de recursos — ampliar o apoio ao conhecimento já tradicional. Por exemplo, corrigir certa exploração no mundo das ervas, dos herbanários. É uma exploração muito grande; os herbanários vendem uma planta pela outra, confundem os próprios usuários da medicina popular. Então é uma proposta inversa à de fazer a reciclagem, é fazer uma espécie de apoio científico à prática do raizeiro, da parteira. Porque eu acho um problema a gente pegar uma parteira, fazer uma reciclagem, e acabar com as práticas que a população já apóia há milênios.

Elza:

É que sobretudo solucionam os problemas. Foram soluções encontradas na prática.

Douglas:

Sim, que solucionam os problemas. Então eu acho que a partir desse momento a gente está criando um afastamento, desse especialista, da medicina popular.

Paulo:

Eu insistiria num ponto talvez importante: a influência da institucionalização das práticas populares e os desvios e conseqüências que podem advir considerando o contexto e a realidade do sistema capitalista em que vivemos. Puxando para as questões bem práticas: sabemos que há uma tendência por parte do sistema de considerar como ponto de referência a doença. Nós consideramos que o ponto de partida é exatamente a saúde e a saúde é um processo de conquista. Um processo que se efetiva na medida em que as camadas populares se organizam e fazem vir à tona os seus conhecimentos que são passados de geração em geração. Portanto, dá um salto de qualidade.

Por outro lado, existe todo um processo economicista de querer enquadrar e utilizar esse saber popular. De repente, a gente sente que através do rádio e televisão passam a ser amplamente divulga-

dos os valores medicinais das ervas, raízes, etc. O que está no fundo disto tudo? É o reflexo do agravamento da crise econômica onde, progressivamente, camadas da população não têm mais possibilidades de acesso a uma prática médica científica, mais sofisticada. Para estas camadas da população, surge uma contradição. Anteriormente estimulada a desacreditar do seu saber e a utilizar os medicamentos químicos da prática médica oficial, hoje já não dispõe de recursos para isto.

Douglas colocava em relação às suas pesquisas que existem realmente os especialistas, aqueles que dentro de uma comunidade dominam esse saber com maior propriedade. Eles são valorizados por esse domínio e se cria o clima de confiança que passa, inclusive, pelo aspecto da afetividade. Questionamos quando, de repente, algumas instituições de saúde, inclusive com responsabilidade sobre o ensino médico, estimulam ou realizam nos atendimentos médicos prescrições de lambedores¹, chás, etc. Então o que a gente percebe é o seguinte: a população para essas práticas tem os seus especialistas. Quando ela vai procurar um médico, o faz com a crença de que pode realmente obter algum proveito para sua saúde através daquele profissional que domina outro tipo de conhecimento. Ela não procurou aquela pessoa para prescrever o lambedor, senão ela teria ido ao especialista que ela conhece.

Isto prejudica a relação médico-paciente. O que acontece é uma situação profundamente contraditória. Este saber não foi transmitido àquele profissional. Então a sua prática passa a ser empírica. Ele poderá até estar fazendo uma indicação certa daquele lambedor, mas na verdade a população não acredita. Muitas vezes eu tenho ouvido comentários de populares definindo o médico de incompetente porque este prescreve remédios caseiros. Para essas pessoas os médicos deveriam saber a outra ciência. Essa é uma questão que merece ser aprofundada: a institucionalização das práticas populares no campo da medicina.

Aida:

Paulo, não é também uma apropriação indevida de mais uma parcela de poder? Aquela parcela de poder ainda é da população, a de passar seu lambedor, etc. E lá vem o médico novamente e se apropria também dessa parcela.

Paulo:

É, e que talvez venha com agravantes. Porque o especialista popular de uma maneira geral é muito conservador e equilibrado. Ele tem

1) — LAMBEDOR. Espécie de xarope, geralmente de fabricação caseira.

a honestidade de reconhecer onde é que encerra o seu saber. Muitas vezes isso não passa pela gente, que quer sempre saber demais e nunca quer dar a mão à palmatória. Quando um médico, por exemplo, que não adquiriu este saber popular — porque isso não se adquire do dia para a noite — ao começar a prescrever essas terapêuticas de ervas e produtos naturais, certamente cometerá erros, como acontece com a utilização de qualquer prática terapêutica. E isto eu não sei até que ponto vai prejudicar ou esfacelar os resquícios que ainda existem de credibilidade da população no uso desse instrumental de terapêutica, na medida em que pessoas incompetentes começam a fazer uso desse saber da cultura popular.

Outra questão que gostaria de abordar e que faz referência ao que estamos discutindo: a solidariedade popular. Ela é um fato real, espontâneo e jamais poderá ser “institucionalizado”. Exemplifiquemos: é comum uma mãe ficar “tomando conta” dos filhos do seu vizinho, enquanto este acompanha outro filho internado num hospital. Se um remédio para dor de ouvido usado numa ocasião realmente funcionou trazendo alívio, a sobra irá exatamente servir ao vizinho que no momento padece da mesma dor. Esse aspecto da solidariedade popular vai até o nível de pessoas cuidarem dos filhos dos outros quando os pais estão trabalhando.

De repente, o governo tenta institucionalizar essas práticas solidárias. Criam e propõem como solução as chamadas creches-lares, por exemplo. Procuram ver na comunidade quem é que já tem esse hábito de cuidar dos filhos dos vizinhos. Chegam no casebre daquela pessoa e propõem transformar a sua moradia numa creche em troca de algumas vantagens financeiras. Naquele casebre juntam três, quatro, seis ou mais meninos, e dizem que por conta disso “vamos dar um jeitinho aqui no piso de sua casa, vamos ajeitar o telhado e fornecer algumas panelas e uma cota de alimentos mensal”. E assim se processa a tentativa de institucionalização de uma prática de solidariedade popular.

Se já existia pela miséria a promiscuidade, esta sofre processo de agravamento. E ainda fazem alarde de que conseguiram uma “solução popular” para o problema do menor, uma solução de “baixo custo financeiro”. E assim está institucionalizada e deformada uma prática solidária para sobrevivência. Resultado: mais uma prática popular — a da solidariedade — passa a se extinguir, pois a partir desse momento, o ato espontâneo de cuidar dos filhos de companheiros passa a ser um “negócio”.

Então eu acho que é um tema importante a gente verificar em que circunstância certas institucionalizações deformam práticas do meio popular. E destroem algo que realmente poderia ser válido, numa outra situação, quando realmente esse movimento popular fosse se

desenvolvendo, conquistando e incorporando novos elementos àquela prática, e determinando avanços qualitativos.

Elza:

Só reforçando o que você disse, eu acho que isso se organiza a cada momento que se tem uma crise mais séria. Nos momentos em que a situação está sendo possível de ser levada, ninguém se preocupa em realmente institucionalizar essas práticas. No momento das crises, imediatamente elas passam a ser institucionalizadas e passam a ser assumidas ao nível de programas gerais e vendidos como último modelo. E é aí que eu acho que realmente a gente tem que ter um certo cuidado.

É aquilo que a gente discutia: a gente teria que juntar a formação que a população traz e essa outra formação acadêmica do profissional, para tentar ver como é que este profissional seria preparado para trabalhar com esses elementos oriundos da população.

Eu estou muito assustada, por exemplo, com a expansão das chamadas “farmácias coletivas”, que são realmente plantações de ervas. Elas começam a ser um substitutivo institucionalizado para as populações que não têm condições nem de ter uma assistência médica e nem de comprar os medicamentos. Então de repente você encontra muito as soluções carentes para as populações carentes.

O que o Paulo coloca das mães-crecheiras acontece, por exemplo, em São Paulo, hoje. Existiu uma luta muito grande da população pelas creches diretas. As creches diretas eram as creches em que a Prefeitura assumia o local, assumia os funcionários e dava uma cota pelo número de crianças. Bom, existe na cidade de São Paulo cento e vinte, cento e trinta creches diretas. Todas as outras são conveniadas.

No momento atual a Prefeitura de São Paulo não quer mais as creches diretas porque diz que fica muito caro. Então diz que a população deve ficar com as creches conveniadas ou então com as mães-crecheiras. Uma população que vem vindo há algum tempo dentro de todo um processo de reivindicações e que as conseguiu, como é que agora volta atrás?

De fato, existem as distorções. Eles abriram lá uma Comissão de Inquérito e tem duas creches que, realmente, é um exagero: têm cento e dez crianças e cinquenta e sete funcionários. Mas não seria essa a creche direta. Essa é uma exceção e um cabide de emprego que foi feito dentro de uma má administração. Agora, você pega isso como exemplo e pode imediatamente desacreditar a creche direta.

Nesse aspecto da institucionalização de tipos de programa, a gente precisa tomar cuidado para não cair nos impasses atuais. Porque no

momento atual está muito assim: ou você é pela medicina popular ou você é pela medicina científica. Fica-se muito taxativo e polarizado, quando a situação não é essa. Nós temos que ver como atuar nos dois campos de tal forma que seja conseqüente.

Joaquim:

O que Paulo estava colocando, eu associei com um médico que eu conheço aqui no Rio que começou a trabalhar numa favela e foi muito na linha de tentar isso: não receitar remédios e tentar aproveitar os chamados remédios caseiros da população e caiu em descrédito. Porque, na realidade, eu acho que talvez a gente não acredite na capacidade que a população tem de discernir as coisas. Acho que a população sabe discernir e sabe, dentro dos limites que a sociedade impõe, preservar a sua cultura. E, dentro disso, a sua própria medicina caseira de tradição.

Então no caso deste médico, as pessoas começaram a desacreditar dele. Quando ele percebeu isso, ele resolveu rever tudo. A gente discutiu muito esse processo. A alternativa que ele achou — e que eu concordei — era de que ele tinha que cumprir o papel para o qual ele se preparou e que era o que a população esperava dele. Quer dizer, esperavam que ele fosse um médico, um médico oficial, então ele tinha que ser um médico oficial. Ele passou a fazer uma consulta mais pessoal, mais afetiva e procurou entrar em outra relação que realmente no INAMPS é impossível. Nessa conversa, ele tenta ver que práticas o paciente já vem desenvolvendo e tenta reforçar estas práticas.

Para mim, a questão principal, é a de como esse saber da população é desqualificado. Acho que essa é que é a questão importante. Porque você desqualifica o saber, exclui o outro, e aí você afirma a sua relação de poder nessa desqualificação, nessa exclusão do saber do outro.

Eu não acredito em fundir saberes, eu acho que são coisas infundíveis; eu acho que uma coisa é você reconhecer o outro como saber, que é diferente, mas que é tão legítimo quanto o seu. É reconhecer a diferença e legitimar. Eu acho que essa diferença tem que ser respeitada. E aí você estabelece uma outra relação de poder, quando você reconhece o outro, legitima o saber diferente do outro.

Eu tenho conversado muito com os moradores lá da favela. E eu ouço muitos testemunhos desse tipo: “bom, eu fui lá ao médico, ele passou um monte de remédios, mas eu não deixei de ir lá no meu raizeiro, no meu curandeiro”. “Bom, ele me passou os remédios, eu tomei tudo, mas eu acho que o que me curou foram as raízes que eu fiz, sabe?” Eu tenho visto muito a capacidade que a população tem de diferenciar, de discernir uma coisa da outra, de preservar, nas casas, as suas plantas.

Eu acho que no caso da leishmaniose, por exemplo, práticas foram perdidas lá em Jacarepaguá. Mas que tem outras coisas, assim do dia-a-dia, doenças mais do cotidiano mesmo onde muita coisa se preserva. Por exemplo: estar resfriado, usar água com sal. Quer dizer, ainda tem uma série de práticas e saberes que são preservados.

Douglas:

Realmente a gente percebe, acho que é até secular, esse desprezo pelas práticas populares, esta desqualificação e discriminação do conhecimento popular; e a gente entende que sendo essa uma idéia dominante, acaba difundida pela população e a própria população começa também a desqualificar. E acontecem os casos, como você relatou, do próprio médico ser discriminado por estar exercendo estas práticas populares.

Eu queria ressaltar que é possível, sim, uma prática do próprio médico, utilizando a fitoterapia¹, a homeopatia², a acupuntura.³ A gente sabe que é possível fazer isso. Agora, o que eu acho que ocorre é uma prática superficial do próprio médico; o médico que não conhece fitoterapia em profundidade começa a receitar, assim como que para se livrar do paciente e receita superficialmente, faz uma prescrição mal feita. E isto, acredito eu, reforça ainda mais o preconceito que existe em relação ao uso das plantas.

Querida ressaltar também que a prática atual da medicina, na forma como ela se apresenta, é uma prática muito recente. A gente sabe que a industrialização de medicamentos começou nas décadas de 40 e 50. Antes disso, o que é que havia? Havia duas correntes de medicina: a homeopatia e a alopatia que prescreviam, mandavam preparar fórmulas e o farmacêutico “da esquina” fazia a mistura daquela fórmula e era dado ao paciente. E com relação ao problema das ervas, eu me lembro que existe uma concepção popular muito difundida de que o medicamento científico é preparado a partir das ervas. De uma certa forma a gente sabe que até um certo tempo era verdade, porque a maior parte dos medicamentos eram produzidos a partir de alcalóides encontrados em plantas. A gente sabe da morfina, da digitalis e várias plantas que forneceram medicamentos

1) — FITOTERAPIA — terapêutica que tem por base medicamentos de origem vegetal, estudados cientificamente, isto é, através de experiências de laboratório, e aplicados por médicos diplomados.

2) — HOMEOPATIA — sistema médico, fundado por Samuel Hahnemann, médico alemão, no século XIX, que trata os doentes através da lei dos semelhantes, isto é, indica os medicamentos (que podem ser de origem vegetal ou mineral) por intermédio dos sintomas apresentados por cada droga, em experiências realizadas no homem são, que servem de base para as prescrições homeopáticas.

3) — ACUPUNTURA — sistema médico de origem chinesa, que busca tratar as doenças através do reequilíbrio energético, entendido como o equilíbrio entre dois elementos naturais básicos (YANG — positivo, INN — negativo) que é obtido através da punção com agulhas, em pontos previamente assinalados, e relacionados a cada sintoma.

para a medicina e isto atualmente a população preserva; essa idéia de que todo medicamento científico industrializado é oriundo das ervas.

Então aí eu acho que teria que haver um outro tipo de apoio à fitoterapia ou à homeopatia. A própria homeopatia foi reconhecida em 1973 pela Associação Médica Brasileira e no entanto o INAMPS não permite que os médicos façam a clínica dentro dos hospitais. O que eu acho que promove o preconceito é justamente a eventualidade — o médico eventualmente receitar o lambedor — e aí colabora com a discriminação. É aquele negócio: se o cara está me receitando o lambedor e existem outros recursos mais avançados, na verdade eu estou sendo mal tratado. Agora, se fosse o contrário, se existisse toda uma preparação, se existisse o apoio oficial, se o médico fosse especialista em fitoterapia ou se fosse especialista em homeopatia ou acupuntura, aí seria diferente porque aquele médico está se propondo a fazer aquele tipo de medicina e aí a população escolheria.

E o interessante é que eu acho que a fitoterapia e a homeopatia, pelo menos estas duas — a acupuntura não, porque é muito recente — têm uma tradição muito antiga aqui no Brasil. Na minha pesquisa pude encontrar pessoas que tiveram familiares que foram tratados em casa pela homeopatia. Tinham um manual de homeopatia, compravam medicamentos até pelo correio e se tratavam. A gente sabe que a homeopatia continua até hoje, mas no passado era muito mais fortalecida ainda. A fitoterapia também era porque a gente sabe das experiências a partir dos Laboratórios da Flora Medicinal, aqui no Rio de Janeiro, na Rua Sete de Setembro. Aí tinha um médico que fez um trabalho incrível de coleta das informações populares e a partir destas informações populares montou um laboratório de plantas medicinais. Estas plantas eram classificadas cientificamente — e eu tenho estas publicações das revistas da Flora Medicinal que mostram experimentações feitas com plantas brasileiras — eram experimentadas na própria Santa Casa. Quer dizer, possível eu acho que é. Eu não acho é que haja interesse do sistema médico de fazer uma coisa organizada dentro de um projeto amplo; não uma coisa isolada e individual do médico que acaba caindo dentro destes preconceitos que predominam contra a medicina popular.

Joaquim:

Acho que esta questão que você coloca — e eu estou de pleno acordo com você — é uma questão de interesses, quer dizer, não só interesses dos médicos, mas interesses que estão acima do interesse médico. Realmente você tem um parque industrial de medicamentos que é uma potência...

Douglas:

É uma das indústrias que produz mais lucros; segundo lugar, no Brasil.

Joaquim:

É uma questão do modelo de sociedade que você está vivendo e de que interesses estão definindo a política de saúde.

Rafael:

Eu queria fazer uma provocação a Douglas: sou fã das ervas, no sentido de que é melhor tomar chá de “pega-pinto” quando se está com febre do que tomar o famoso “Tetrex” que está disseminado, custa muito dinheiro e causa muito mal. Sou a favor também de se tomar um chá de erva-cidreira quando uma criança está desidratada porque o mínimo que pode acontecer é a hidratação da criança. Agora, do ponto de vista de terapêutica, tenho minhas interrogações em cima de muita coisa da medicina popular.

Não desconheço, por exemplo, que a quina curou a malária antes de se descobrir o quinino e até lá no Maranhão estou querendo encontrar — não no sentido de desacreditar, mas de se buscar — uma coisa que preencha para as populações suas necessidades médicas imediatas. Um problema claro é o diabético que sofre muito no Brasil. Quantos milhares de indivíduos que não têm perna, não têm dedo e morrem muito cedo, porque o medicamento é muito caro, não se controla, etc. E ando doido para descobrir onde tem uma erva que realmente possa controlar o diabético. Sob este ponto de vista, eu que sou fã, descredito um pouco de que a cura de alguma coisa possa se estabelecer assim, por exemplo, chá de “não sei o que” para pneumonia e tal. Pneumonia se cura sozinha, não é a erva em si que cura. Esta é uma provocação que eu faço a você.

Douglas:

Eu poderia responder inclusive com dados concretos no caso do diabete. Existe uma planta da Amazônia que se chama “pedra-ume-caá” que — inclusive está sendo pesquisada pelo pessoal do Projeto Flora, ligado ao CNPq — é uma planta de origem indígena, muito tradicional na Amazônia. Além das pesquisas atuais que estão sendo feitas, ela foi pesquisada no passado pelos Laboratórios Silva Araújo, se não me engano. Veja você como é que os conhecimentos são solapados. Tenho um texto de um médico ligado a esse laboratório que fez pesquisas com pedra-ume-caá e mostra vários exemplos de tratamento de doenças em que a taxa de glicose no sangue era muito elevada. Com aquela indicação popular, que não foi descoberta por

ele — um popular receitou para uma pessoa e a pessoa teve a coragem de dizer ao médico que, na verdade, ela estava tomando aquela planta — ele começou a fazer observações e ficou impressionado de ver que a taxa de açúcar no sangue tinha diminuído muito. Ele relata toda essa experiência que foi publicada para o mundo médico, na época. E este conhecimento não foi para frente, não foi desenvolvido. Por que, se a atuação da planta era muito evidente e forte segundo este médico? E você vê que só agora está se recuperando este medicamento, conforme o V Simpósio das Plantas Mediciniais. Esta experiência realizada com esta planta foi feita em laboratório e foi comprovada sua atuação no caso de diabetes.

Eu não tenho dados a respeito de outras plantas, tenho somente a informação popular. Aqui no Estado do Rio de Janeiro tem, pelo menos, quatro plantas que a tradição popular utiliza em relação ao tratamento de diabetes; mereceria, no caso, uma investigação mais profunda para ver se realmente a indicação popular se confirma. É facilmente verificável a atuação destas plantas, basta fazer um exame de urina e verificar o antes e o depois, não é?

Rafael:

Na comunidade onde trabalho tive a preocupação de levantar, junto à população, quais os medicamentos que eles utilizam comumente. Realmente, eles me trouxeram uma série de nomes e tenho todos eles catalogados. Por exemplo, uma série de chás. Fui muito categórico em dizer que aquilo era muito bom, porque para a febre é bom dar um chá. E fiquei muito otimista quando um senhor, me dizendo que era diabético, disse que tomava o raspado do pó de um mangue (mangue é aquela planta que dá na costa, inclusive existe a famosa cultura do mangue). Aí eu falei: é muito bom, você me traz o raspado do mangue que eu quero ver. Na realidade eu mandei para um laboratório examinar mas, por uma série de razões, acabei não tendo resposta. Então eu pedi para ele não tomar mais o chá de mangue porque eu queria saber o nível do diabete dele. Sucessivamente, mês a mês, eu dosei sua glicemia, fiz testes de urina e durante todo o tempo o resultado foi normal. Quer dizer, ele deveria ter a impressão de que era diabético, mas na realidade não era.

Mas eu tenho grande curiosidade em conhecer estas coisas, porque eu acho que há doenças que necessitam de medicamento popular para socorrer, no plano imediato, estas populações.

Douglas:

O que eu observo no meio popular é que o conflito entre a medicina popular e a medicina científica, com relação a medicamento, é muito grande. Porque há conflito, não é? Vai no hospital é maltratado, é

mal atendido, não tem confiança no médico. Às vezes recebe o remédio, gratuitamente, leva para casa e o que é que acontece? Aplica-se durante pouco tempo o medicamento — e às vezes se é antibiótico é até um perigo porque a gente sabe dos problemas de interromper o uso de antibiótico — por falta de confiança ou por ter produzido um efeito colateral e se passa para as práticas populares nas quais se tem maior confiança; se está mais familiarizado com aquele tipo de tratamento.

E aqui eu acho fundamental o problema da linguagem. Porque o que eu constato no meu trabalho em relação à diferença de linguagem do especialista da medicina oficial com a linguagem dos especialistas da medicina popular é que os pacientes desses últimos usam a mesma linguagem. Então há familiaridade com os conceitos, com as categorias utilizadas pelo raizeiro. Elas são facilmente inteligíveis para a população, porque ela já convive com aqueles medicamentos ou com aquelas categorias, há quantos séculos? A gente nem sabe há quanto tempo. Essa diferenciação de linguagem é que, acredito eu, fortalece o poder do profissional médico sobre a população. Porque independente desses projetos em que se busca a participação, a gente sabe que o sistema médico tradicional não tem essa preocupação de buscar familiaridade, buscar afetividade, como foi o trabalho de Paulo, por exemplo, lá naquele bairro.

Na verdade, esse corpo de médicos, usando essa linguagem, cai no autoritarismo: é a imposição de uma prática, a imposição de um remédio, a não discussão dos seus problemas sociais, culturais. Não se discute isso. O paciente é recebido como um objeto. E, realmente, a medicina tem-se tecnizado a tal ponto que o paciente deixa de ser um ser cultural, social, para ser apenas um objeto que carrega uma enfermidade e o médico vai apenas observar aquele objeto; vai no seu caderninho, na sua bula, ver o medicamento adequado para curar aquela doença. Quer dizer, é um esquema mecanicista que afasta a população da familiaridade, da afetividade. Então o que eu acredito que é fundamental na relação médico-paciente, que é a afetividade, que é a confiança do paciente no médico, acredito eu, que a medicina acaba com isso.

E o que você constata na prática popular (dentro das casas, na familiaridade) é que a preferência pelo profissional popular é incrível. Você constata que a diferença de recursos materiais entre um hospital e uma casa de uma parteira é brutal: a parteira não tem condição nenhuma, instalações quase nenhuma. Em geral a parteira é paupérrima; a casa em precárias condições de habitação. Mas o que é que acontece? Eu constato nas entrevistas é que a população prefere ser atendida pela parteira do que ir para um hospital.

E aí está a diferença flagrante. Na parteira, o atendimento é extremamente afetivo. A parteira não cumpre só o papel profissional médico, ela cumpre outros papéis de auxílio, como a ajuda nos problemas de casa. Se existe dificuldade de fazer comida, porque não tem ninguém para fazê-la, a parteira ajuda a fazer a comida. Se tem problema de limpeza, às vezes a parturiente está só e não tem ninguém que faça, a parteira a substitui. E isso contrasta com o ambiente hospitalar, sem afetividade nenhuma. Não resolve os problemas domésticos, e a casa fica abandonada sob o controle apenas das crianças e tudo mais. E chega no hospital é aquela linguagem distante, aquela linguagem altamente técnica, geralmente incompreensível. Há dificuldade para compreender um termo desses; demora-se um certo tempo até que se compreenda. E isso fortalece o autoritarismo e o controle do sistema médico-hospitalar sobre a população.

Agora, a gente não deve se iludir achando que eles, quando recebem uma prescrição médica no hospital, não manipulem aquela informação recebida, aquela prescrição. Aquilo é altamente manipulado. Porque se o médico diz que aquela doença é X, eles já manipulam e já reinterpretem aquilo e já usam uma outra terminologia para entender aquela doença que foi constatada. E, como geralmente os medicamentos industrializados provocam problemas, efeitos colaterais, este fato tem muita influência no sentido de incentivar mais ainda tal tendência, a manipulação das prescrições médicas.

Rafael:

A linguagem, em qualquer de suas formas (popular ou científica), expressa muito forte o domínio do conhecimento. Como você domina o conhecimento especializado, e só, você não sabe transformar esse conhecimento especializado para comunicar as suas idéias para a comunidade em que você trabalha. E isso tem dois lados: vai daqui para lá, mas vem de lá para cá também. Por exemplo, nós usamos vários tipos de palavras e a comunidade, depois de determinado tempo, se importa se está falando certo ou errado porque ela também quer "saber". Assim, eu não sei se a palavra é leishmaniose ou se é lichimaniose, pela origem da mesma. Mas, lá na comunidade onde eu trabalhava, eles popularizaram o nome de "lechi", tudo é lechi, "estou com lechi". E, no início, a gente estava dizendo "lichimaniose" e existiam pessoas que vinham perguntar: — vem cá, como é que é esse nome mesmo? É leishmaniose ou é lichimaniose? A gente dizia: o nome é "lechi" mesmo.

A pessoa quer se apossar do conhecimento, inclusive para ter, parece, um poder maior, o poder de sedução. E o diabo é que a linguagem sempre seduz.

A PARTICIPAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE

Joaquim:

Eu acho que a linguagem é uma questão bastante importante, mas tem uma outra dimensão aí que também é importante, que é a expectativa de quem procura o serviço em função de quem convocou.

A gente tem duas experiências de formação de agentes de saúde. A convocação do primeiro curso de agentes de saúde quem fez foi a Igreja. E o interessante é que as pessoas que se candidataram ao curso se candidataram muito numa perspectiva cristã. Sem querer minimizar essa proposta, mas foi no sentido de prestar uma ajuda ao outro. E isso facilitou muito o trabalho de poder construir uma outra perspectiva de atuação mais solidária com os moradores. E até de discutir, inclusive, o próprio preconceito que eles têm em relação aos moradores. Porque eles têm uma perspectiva bastante missionária de que ele vai levar o Evangelho ao outro, quer dizer, ele sabe, o outro não sabe; muito por aí. Assim, a gente pode até trabalhar essas questões do próprio preconceito de cada um.

Agora, o segundo curso foi convocado pelo Posto de Saúde. Quem procurou fazer este curso, procurou, evidentemente, com a aspiração de ter um curso, ter o diploma e entrar no mercado de trabalho. É claro, existe um serviço público e é o médico quem convoca,

acontece que a pessoa vai com uma expectativa de competir no mercado.

Paulo:

Quando começamos a fazer os cursos, eles eram anuais e dirigidos à comunidade visando capacitar e mobilizar um maior número de moradores para a participação em ações de saúde no bairro. Mas rapidamente se espalhou a existência desses cursos e moradores de outros bairros se interessaram. O objetivo dessas pessoas era o de ganhar conhecimentos, uma capacitação profissional, para competir no mercado de trabalho.

As primeiras turmas conseguiram, até com certa facilidade, obter empregos. Aos empregadores era interessante contratar mão-de-obra barata, razoavelmente treinada, para as práticas corriqueiras de enfermagem hospitalar.

Não tínhamos nenhuma pretensão de formar ninguém a nível de trabalho de enfermagem, pois este não era o objetivo do curso. Mas o pessoal que concluía o mesmo era contratado pelos donos de hospitais. Isso criou a seguinte situação: chegou um ano em que havia mais pessoas de fora do bairro se inscrevendo para o curso do que os próprios moradores, e até estes estavam mais motivados para a obtenção de empregos do que para as práticas de saúde na comunidade. Isto determinou o ponto final desses cursos, após discussão junto aos moradores sobre a significado político dessas distorções.

Outro problema que identificamos, quando da realização desses cursos, foi o da modificação do "status" dos seus participantes. Ou seja, essas pessoas ao receberem informações médicas, consideradas científicas, passavam, freqüentemente, a assumir postura de médico ou de "alguém superior" perante os companheiros do bairro. Mentalizavam que agora eram "importantes" e já tratavam os outros moradores de "esse povo", como se não participasse do mesmo.

Não sei até que ponto nós, os detentores do conhecimento dito científico, ao transmitirmos o mesmo o fizemos de forma a perpetuar o modelo de poder vigente.

Elza:

E aí é que eu acho que o problema educativo seria como é que nós entendemos essa educação popular. Quer dizer, como é que a população começa a se responsabilizar pelos demais, como é que todos juntos podem estar contribuindo para que as necessidades básicas sejam atendidas.

Agora, o que tem-se demonstrado também nos trabalhos de periferia, em contatos com diferentes setores, não só com a área de saúde,

é que realmente essa questão do saber é uma situação que ainda continua complicada. Porque é o saber que pode ser num momento a dependência desse conhecimento do médico, querer dominar essas palavras. Mas se o trabalho, por exemplo, é numa área de grilagem de terra ou de terrenos clandestinos, eles vão querer dominar a terminologia do advogado justamente para não ficar na dependência do advogado.

Então não é que eles tenham que aprender, eu acho que tem que conhecer isso, mas como é que a gente pode fazer com que eles entendam que aquilo que eles estão dizendo é o mesmo que nós estamos dizendo em outra forma científica? É tentar buscar isso. E aí eu acho que o mais difícil é realmente conosco. Porque nossa formação é uma formação acadêmica e no momento que a gente se lança num trabalho junto com a população, a gente começa então a ver que tem que aprender junto.

Douglas:

Este ponto de vista se aproxima do meu trabalho na medida em que eu acho que a gente pode promover a participação, a organização e a autonomia também a partir das práticas médicas populares que a gente encontra em todas as regiões do país. Então minha proposta é dentro dessa perspectiva de incentivo às práticas médicas populares à medida que — e já está mais do que comprovado — elas produzem conhecimentos que são aproveitados pela própria medicina científica. Elas servem, inclusive, à organização da população na medida em que é um conhecimento oriundo da própria comunidade que naturalmente se vangloria desse conhecimento e facilita a própria organização dentro de uma proposta de educação popular voltada para a saúde.

Eu falei no incentivo às práticas populares, mas além disso queria dizer o seguinte: acho que o conhecimento por si só já é revolucionário. Se a população começa a aprender, no caso da saúde, as técnicas que são em geral prerrogativas do próprio corpo médico, dos próprios agentes oficiais, isso seria um elemento importante. Isso relembra seu trabalho de incentivar a população a aplicar injeções, para ela mesma participar de um processo de cura que normalmente é atribuição apenas do médico. Por exemplo, práticas simples podem ser introduzidas e incentivadas para que a população comece a conhecer o seu corpo, conhecer a doença de uma maneira mais aprofundada e através de técnicas simplificadas. Por exemplo, um exame de urina, atualmente, pode ser feito em dois minutos. Isto é um aprendizado para a própria população conhecer o seu corpo, a sua doença. É um incentivo a mais.

Elza:

Eu concordo mas se for dentro daquele processo que se colocava mais coletivo e não como na medicina simplificada, onde a tendência é de transferir para a população uma responsabilidade.

Rafael:

Isso é uma coisa que quem está fazendo educação em saúde deve compreender. A população não deve assumir aquilo que o poder público tem o dever de fazer e quer transferir à população. Acho que isso é uma coisa consciente na gente, principalmente para não deixar o poder "entregar a batata quente" para a comunidade e sair fora, num falso apelo à participação da comunidade, inclusive para obter ganhos políticos.

Douglas:

Aliás, como está sendo feito lá em Papucaia, isto pode ser uma transmissão em cadeia, não sendo apenas um conhecimento passado do médico para a população. O teste de urina, por exemplo, numa associação de moradores, pode ser uma coisa coletiva. Cada morador vai lá, paga uma taxa mínima e, se ele estiver precisando daquele exame ele mesmo pode fazer em casa. Assim como na própria comunidade de Papucaia os médicos inicialmente explicaram como é que se tirava a pressão e depois o aparelho de pressão foi deixado na comunidade e alguns agentes (pessoas da própria comunidade) aprenderam e elas mesmas foram passando aquele conhecimento para outras pessoas, e isso é uma geração em cadeia.

Joaquim:

O pressuposto que a gente está querendo chegar em Manguinhos, mas não chegou ainda é isso: se são técnicas simplificadas que alguns moradores podem aprender, a nossa intenção é de que estes agentes não só prestem assistência mas que eles capacitem outros moradores. Isso é uma coisa que você pode delegar.

Rafael:

Neste trabalho que nós temos lá em São Luís, acho que tem uma coisa importantíssima. A Sociedade Brasileira de Cardiologia, há uns três anos, pediu para todos os médicos cardiologistas fazerem um índice da prevalência da hipertensão em uma amostragem X. Então, para cooperar, eu parti para dentro dessa comunidade e levantei o questionário da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Nós identificamos lá, nessa comunidade, uns seis a dez hipertensos. Convidamos o cardiologista da Universidade para ver se ele se deslocava para ver aqueles

hipertensos para poder controlá-los. Mas não houve disponibilidade. Então isso resultou em treinar a população a tirar a pressão. Nós conhecemos um cardiologista que se colocou à disposição da gente e ele ficou indo lá duas vezes por semana. E a comunidade controla os hipertensos da área: dão comprimidos e controlam semanalmente a pressão das pessoas. Isto foi uma coisa que nós tiramos como experiência.

Outro exemplo: eles fizeram com o método da fita um levantamento das pessoas diabéticas da comunidade e com o método do comprimido eles controlam. Acho importante a população ter acesso a esse tipo de coisa porque o que um Posto de Saúde não pode fazer, o que um guarda não pode fazer, uma comunidade organizada pode fazer. Inclusive é o que propõe a Organização Mundial de Saúde após a Conferência de Alma Ata: você instrumentar a comunidade em técnicas simplificadas.¹

Elza:

Só que aí tirando um pouco a responsabilidade...

Douglas:

Eu tenho a impressão que tem um saldo positivo apesar disso. O objetivo não é a organização, a participação e autonomia? Acho que se consegue através desta técnica.

Regina:

É isso que eu me pergunto. Porque uma coisa é você passar esta técnica simplificada para que as pessoas prestem serviço à população. Então, se você quer que seja controlada a pressão da população, você diz: você faz assim e assim. Pronto: você ensinou e a pessoa aprendeu. Feito assim, eu acho, abre a porta para que esta pessoa se diferencie da comunidade. Outra coisa é esta técnica simplificada fazer parte de uma proposta de trabalho que se concretiza na apropriação, pela população, de um conhecimento que ela não tem e que é importante na luta pela sua própria existência. Isto vai muito além da técnica.

Paulo:

Eu acho que deve haver uma sintonia entre a formação do agente e o desenvolvimento do processo de organização da comunidade. Esta é uma questão muito séria, pois a formação do agente depende da sua vivência no dia-a-dia das lutas que se travam na sua comunidade.

1) — CONFERÊNCIA DE ALMA ATA — Alma Ata é uma cidade da URSS onde se realizou uma Conferência entre a maioria dos países membros da ONU, através da OMS. Houve um acordo entre os países sobre as medidas a serem tomadas no sentido de garantir Saúde Para Todos até o ano 2000.

É relativamente fácil a assimilação por parte dos moradores das informações técnicas a nível de medicina. No entanto, a utilização desse novo conhecimento em benefício da comunidade demanda maior complexidade.

Mesmo quando, na transmissão de aspectos técnicos da medicina clássica, há uma preocupação de incorporar a análise da realidade, nem sempre se observa que os agentes ao desenvolverem uma análise das causas sociais das doenças também definam uma prática coerente na sua comunidade. É relativamente freqüente constatarmos que estas pessoas que já aprenderam e já utilizam conhecimentos médicos e, mais do que isso, teorizam sobre a sua situação de vida, não conseguem motivar os seus vizinhos para uma ação. Geralmente, justificam com afirmativas como: "o pessoal não quer nada! Não quer reunião, pois tenho chamado muito". Essa pessoa pode ter uma boa teoria, manusear satisfatoriamente as técnicas médicas apreendidas, mas na verdade está se desgarrando do seu meio, se elitizando, desacreditando dos seus companheiros e supervalorizando os seus conhecimentos.

Quando eu coloco estas questões é a partir de uma análise das nossas experiências nesses cursos de formação de agentes. Certamente, a formação de agentes promovida por instituições governamentais só tende a estimular esses desvios. Percebo que há uma ligação entre a formação dos agentes e a questão das políticas de saúde. Temos observado que há uma tendência, e isso inclusive a nível internacional, de se dar uma atenção especial à formação desses agentes. Certamente, nessas políticas de formação de agentes está excluído o princípio básico de que esta formação depende fundamentalmente da incorporação dos agentes nas lutas e no processo organizativo da comunidade a que pertencem.

Elza:

Isso que você coloca — a pessoa da população que num determinado momento dentro destas práticas assume um outro conhecimento e se distancia dos demais, podendo até assumir um outro tipo de palavreado que coincide com o que a gente estava esperando que ela dissesse — a gente tem que tentar ver se não é o fruto de uma formação nossa que é uma formação acadêmica, pequeno-burguesa, com necessidade de ver as coisas imediatamente realizadas. A gente começa a fazer trabalhos junto à população sem, muitas vezes, ter o cuidado de fazer o trabalho mais lento de um diagnóstico completo dessa área onde estamos trabalhando. Quando eu digo diagnóstico, não é aquele tradicional acadêmico da universidade, mas é você começar a fazer isso junto com a população, num tipo de pesquisa participante, de vivência, de conhecimento. E aí sim, você vai conhe-

cendo as diferentes lideranças que existem aí e que são lideranças naturais.

Mas a nossa pressa nos faz imediatamente nos relacionar com aqueles que se apresentaram primeiro. E esses que se apresentaram primeiro, pelo menos para mim a prática tem demonstrado, são as pessoas que dentro das favelas, dentro dos bairros populares, pela própria história de suas vidas, assumem esse poder. Então eles chegam muitas vezes até às Sociedades de Amigos de Bairros, à Associação de Moradores, mas eles não são representativos daquele conjunto maior e talvez a gente explique isso até por esses 20 anos de fechamento em que as coisas foram acontecendo e foram surgindo assim. O pessoal que foi para esses trabalhos, na grande maioria, foi rompendo um clima todo de medo, de repressão muito forte e vai se aproximando daquele que ouve, daquele que tem possibilidade de dar uma resposta. E essas pessoas também já estão viciadas em toda uma terminologia que assimilaram das pessoas por quem foram procuradas nesses vários momentos. Porque a gente acredita que as coisas estão começando naquele momento que nós estamos chegando naquele bairro; só que aquela história já é muito mais longa, quer dizer, muita gente já passou ali, aquele sujeito já falou com muitos outros, ele não começou a história de vida dele com a nossa chegada; como a história do bairro também não começa conosco.

Talvez aí esteja o impasse maior, porque a gente começa a legitimar e dar uma credibilidade a quem na verdade não é o representante do conjunto maior da população. E quando você fala das reuniões — isto é o que de mais comum se encontra — este sujeito nunca vai marcar as reuniões, vai sempre dar desculpas de que o pessoal não quer isso e não quer aquilo, porque ele não quer confrontar esse poder que ele tem com os demais. No momento que tem uma reunião maior, vai ficar evidente que ele não é o "dono da bola" ali, não é ele que controla tudo, não é? E isso a gente só vai conseguir descobrir depois que a gente ficou um tempo, que tem outro tipo de contato e de permanência na área.

Agora, educação popular não tem receita e é como diz o Paulo: "é na prática que você se forma", não é? São processos e não adianta a gente dizer que vai fazer um manual ou vamos estabelecer uma cadeira ou formar dentro de uma universidade, porque não é. É a prática com as suas contradições que vai formando este educador,

Eu acho que a gente tem que ver um pouco mais, porque a tendência é "não, a população não quer", e nós poderíamos até cair num certo pessimismo, porque as pessoas não se interessam, não querem fazer as reuniões, e vai-se vendo que quando a gente encontra formas novas e que são formas que respondem às necessidades deles e que não é o convite feito através dessas lideranças — e que

aparentemente para nós eram as legítimas — as coisas funcionam de outra forma.

Douglas:

A respeito da informação anterior da Elza sobre a influência dos modelos de liderança estatal sobre as lideranças populares seria interessante salientar que qualquer liderança usa um distintivo para se intitular liderança. O distintivo varia, mas não é muito importante a cadeira com rodinhas ou um penacho na cabeça. O que eu acho que varia, e aí é o fundamental, são as prerrogativas da liderança. Porque aí há um contínuo que vai desde a ditadura mais sangrenta, tipo à chilena, até o caso de certas tribos indígenas em que a liderança é um cargo excessivo para quem a assume e chega até o extremo de não haver quem queira assumir a liderança, porque os encargos são por demais exigentes.

E eu tenho a impressão que o que acontece numa sociedade como a nossa é que os mecanismos de controle das lideranças é que desapareceram. Foram destruídos pelo sistema. Então o que acontece são pessoas sem nenhuma base popular tomando o poder, e o autoritarismo crescente, justamente porque esses controles são solapados e desaparecem.

MEDICINA POPULAR X MEDICINA CIENTÍFICA

Paulo:

Eu queria colocar uma questão ao Douglas. Quando se fala em práticas médicas populares, porque o termo “médicas”? Eu queria entender se realmente não existe uma terminologia que se pudesse começar a usar e aí pudesse ser mais “verdadeira” em relação ao próprio sentido da questão, que é realmente a existência dos especialistas da comunidade que manuseiam o seu habitat e daí extraem sua percepção do que pode ser usado para curar, para minorar o sofrimento. Prática médica dá a entender que é algo médico. Pode ser que a origem do termo médico não seja aquilo que a gente, hoje, esteja usando. Por isso eu gostaria de aprender isso.

Douglas:

Esta questão é interessante porque me permite esclarecer o meu posicionamento em relação ao que se está discutindo. Na verdade, eu não faço essa distinção, essa dicotomia entre medicina como discurso do saber qualificado e a medicina popular como discurso do saber desqualificado. Na verdade, como antropólogo, eu estudo a cultura material e a cultura espiritual de qualquer sociedade; tanto a sociedade primitiva quanto a própria sociedade ocidental. Como a nossa sociedade é dividida em classes e como em consequência disso

existe mais de uma medicina, mais de um sistema médico, então na verdade o sistema médico, o discurso médico, é tão objeto para mim quanto o discurso médico popular. Dentro da minha perspectiva, há uma igualdade de condições. Não há uma qualificação maior ou menor dos dois discursos.

Então não é o caso, nesta categoria "práticas médicas populares", de fazer uma distinção desqualificadora a nível de conceito. Porque quando eu estudo uma sociedade primitiva, eu busco a função: qual é a função médica que é exercida por algum especialista naquela sociedade. Eu vou encontrar a função da medicina no discurso do xamã, do curandeiro da região, não é? É claro que numa sociedade primitiva nem sempre é fácil você distinguir o sistema médico, porque a atuação médica do xamã está camuflada numa atuação mágica, numa atuação feiticeira de promover também o mal. Promove benefícios para a população, mas promove também malefícios. Distinguir este discurso médico, detectar a função médica, é um trabalho que exige muito do antropólogo. Então na nossa sociedade é muito mais fácil, porque, inclusive, a divisão de classe permite isso. Então permite você analisar o discurso da classe dominante que é o discurso proveniente do saber médico, e dá para você perceber qual é o discurso das classes dominadas que é o discurso da medicina popular. Aí você utiliza a mesma categoria para falar da prática médica popular e da prática médica científica.

Aída:

Eu só não entendo porque uma é prática médica científica e a outra é prática médica popular? Por que uma é científica e a outra não é?

Douglas:

Porque, realmente, a prática médica popular eu não a considero científica. Isto é, científica no sentido de acadêmica, produzida por um pensamento letrado. A medicina popular é produzida por um pensamento de tradição oral, isto é, uma tradição não escrita. E não é oriunda de pesquisas laboratoriais, de academias de medicina. A diferença está aí. Na verdade, esta categoria de científica é uma atribuição própria da ciência médica. Eu estou usando estes termos para poder definir: este é o discurso com que a medicina se autodefine; é ela que se autodefine como científica. Então como ela se denomina medicina científica para se referir a ela, eu a defino como médica científica porque é a categoria usada pela própria classe. Agora, eu não estou atestando que esta medicina é científica, porque aí não me cabe, não é? Não sou eu que vou definir se esta medicina é científica ou não.

Aída:

A minha dificuldade é muito essa. Quer dizer, se a ciência popular foi testada, verificada, se ela tem uma história, enfim, ela se constitui num conhecimento verificado, ela é uma ciência.

Douglas:

Não, aí eu discordo...

Rafael:

É o seguinte: no sentido que ele fala, esta medicina surgiu do empirismo e da prática. Ela não possui nenhum processo de experimentação. Talvez por isso esta denominação "popular". Surgiu como um conhecimento empírico-prático e que veio aí e tem sido reproduzido. Esta que ele chama científica foi elaborada, foi experimentada e foi reproduzida, obedeceu postulados, etc. Como, por exemplo, você diz que tuberculose é tuberculose? Porque ela reproduziu o conhecimento experimental.

Regina:

Eu acho que os tipos de racionalidade é que são diferentes. Você para construir o objeto da ciência tem toda uma série de procedimentos que estão legitimados dentro deste determinado universo. Então eu acho que a medicina também pode ser demonstrada mas...

Rafael:

Quando ela passa a ser demonstrada, ela passa a ser científica, embora ela tenha a sua conotação popular.

Regina:

Não, eu não acho que é questão de demonstração. Para ela passar a ser científica, ela entra em uma outra racionalidade. E eu acho que o ponto importante em relação à ciência é que ela se pretende a verdade (e não uma verdade) e aí entra a questão do poder. Medicina popular e medicina científica adotam procedimentos diferentes, constroem seus objetos de forma diferente e onde a história pega é que o científico se pretende a verdade e, em consequência, passa a ser normativo.

Todo conhecimento, ao meu ver, é uma verdade, que é construída de uma determinada forma. Eu não estou questionando a lógica interna dos conhecimentos, se há um maior ou menor rigor enquanto raciocínio, mas o efeito desses conhecimentos. E o efeito desses conhecimentos na sociedade é diferente, porque a ciência impõe, ela pretende ter a única verdade dentro do jogo de poder.

Paulo:

Acho que Douglas colocou um tema muito sério, porque a medicina se intitulou realmente científica; e Regina colocou a questão da verdade. Então, por exemplo, quando a gente sabe que a prática empírica implica numa experimentação a longo tempo, ela criou uma verdade, então ela é verdadeira. Vamos dar um exemplo: a hortelã da folha miúda, no Nordeste, é tratamento de amebíase. Isso é utilizado amplamente. E a dita ciência hoje, com seu instrumental de verificação, comprova sua eficácia. A experimentação, o uso empírico, a prática do uso milenar — podemos assim considerar — não é realmente um comprovante de verdade?

Douglas:

A ciência se legitima em cima disso.

Regina:

Você, Douglas, nos seus textos mostra isso: as coisas empíricas e experimentadas vêm se mostrando eficientes. Têm uma verdade. Agora, o que eu estou dizendo é como a ciência se vê, como se impõe e como reivindica a verdade. A meu ver, você não pode passar a denominar tudo “ciência”. A prática médica popular é também experimentada e demonstrada por outros caminhos; comprova também uma outra verdade.

Aida:

Sempre me pareceu que denominar uma prática de medicina científica e a outra prática de não ciência, importava em que uma era de uma categoria mais elevada, mais burilada, mais segura e a outra não. Isso sempre me pareceu...

Joaquim:

Acho que ainda tem uma questão. Quando a ciência se organiza e se constitui enquanto ciência o Estado vai legitimá-la enquanto verdade científica; o que se traduz em normas de vida e de organização do cotidiano das pessoas, mas também reorganiza a própria prática médica nos moldes deste saber constituído, legitimado e normatizador.

Eu acho que já temos aí uma fase da prática médica que vai se opondo a uma prática da medicina tradicional. E vai ser realmente uma grande guerra ética dos profissionais de saúde contra o que chamam de charlatanismo — uma coisa menor, não verdadeira, não científica — que vai se impondo como uma outra forma de saber ou de prática médica. Eu acho que esta condição, que é também histórica, fará com que se confrontem saberes e práticas. As práticas que se impõem

ao conjunto da sociedade é que dão uma tradição desqualificadora para uma medicina popular. Mas, na sociedade, a medicina popular coexiste com a medicina científica.

Elza:

Quando se coloca isso, eu acho que tem situações muito concretas em que entra a própria formação médica e inclusive, também, toda a parte de ética médica. Por exemplo, situações de bairros onde o problema é o mesmo, você vê um número enorme de atenções que vêm do centro de saúde, e vê que a prática médica poderia ser modificada. Ao invés de ser aquela consulta individualizada — médico/paciente — poderia ser feito um trabalho de atenção coletiva, independente de que depois se selecionaria, se faria uma certa triagem dos casos que merecem uma atenção individualizada. Mas é muito difícil de você romper com isso porque aí vêm todos os argumentos em cima da ciência, em cima da ética médica.

E isso eu vi num trabalho que foi feito na Medicina Social da Santa Casa, com os residentes que foram para bairros populares e se discutiu muito: como fazer um trabalho melhor com as mães, de tal maneira que elas mesmas fossem contando o que estava acontecendo com seus filhos, e em grupo. Porque a partir disso seria um processo educativo destas próprias mães, no sentido de que pudessem perceber que não é ela que tem aquele problema, mas a outra vizinha também o tem, a outra também. Quer dizer, toda uma discussão coletiva. Quando eles discutiram isso dentro da Universidade, tudo muito bem, tudo perfeito, a direção da Faculdade estava de acordo que eles discutissem, que era importante envolver a população no programa. Quando eles foram, já formados, assumir os Postos de Saúde, receberam imediatamente uma ordem: “não, enquanto não mudar a norma para todos os Postos de Saúde, vocês não podem fazer este tipo de atenção”.

Então você começa a ver que se se utiliza a ciência, utiliza-se a ética médica para justificar. Agora, eu acho que é uma questão de bom senso do profissional que está ali. Saber quem ele tem que atender de uma forma individualizada e quais são os aspectos coletivos que ele pode discutir em conjunto.

Rafael:

Aí eu acho que o profissional tem o direito e até o dever de romper com a lógica, com a norma, porque na realidade a ciência só avançou porque existiram doidos tipo Galileu, que cedeu diante da Inquisição, mas a terra continuou girando em torno do sol. E o tenente Gagarin, quatro séculos depois; dizia lá de cima que “a terra é azul”.

Mas esta breve introdução é para dizer que vejo aí pontos importantes. Por exemplo: como você concilia a sua formação pessoal com os seus trabalhos numa determinada comunidade? Porque, por exemplo, eu sou professor de um determinado local, sou o chefe de não-sei-o-que de outro determinado local e trabalho em comunidade. Quer dizer, toda essa coisa é levada e a gente fica realmente num dilema muito grande.

Joaquim:

Uma coisa que eu acho interessante é esta noção “trabalhar com comunidade”.

Neste trabalho educacional que estamos fazendo, os professores num determinado momento se negavam a fazer o trabalho com a comunidade. “Eu estou aqui é para ser professor, é para ensinar o meu aluno e não trabalhar com a comunidade”. “Realmente você não está aqui para ser assistente social. Agora, no seu trabalho específico, vocês estão trabalhando com a comunidade, quer vocês queiram quer não. Porque os alunos que estão aqui são da favela e vocês, estando em uma sala de aula, vocês estão com uma parte representativa da favela e que tem um saber, que tem um modo de ver o mundo. Quer dizer, é esse o trabalho com a comunidade no seu trabalho específico”.

Porque eu vejo muito isso: para falar com a comunidade é você se deslocar geograficamente, sair do seu serviço — que atende a população — e ir lá. Como se o que está fora do seu serviço é que fosse a comunidade e não fosse a comunidade a que entra. Acho que este é o ponto principal: a população que chega no serviço — nas escolas ou num lugar qualquer — para procurar o serviço e a forma de organização interna deste serviço, a prestação de serviço na prática específica do médico. Eu acho que também esta é uma dimensão do trabalho comunitário. Acho que a consulta médica, do médico do centro de saúde lá de Manguinhos, por exemplo, que atende uma moradora da favela, acho que é parte deste trabalho comunitário. Por isso eu acho que é muito importante além do médico estar preocupado com a educação da população também estar preocupado com a sua prática médica, com sua especialidade.

Rafael:

É lógico. Ontem, por exemplo, eu estive com uma aluna nossa que inclusive trabalhou muito nesses meus projetos; ela hoje trabalha em um grande hospital daqui do Rio. Quando nós trabalhávamos com comunidades lá em Inhaúma, tínhamos um trabalho de pediatria coletiva. Quer dizer, não se faziam consultas individuais. Começamos num sistema de consulta coletiva. Chegava aquele bando de mães, dis-

cutia-se tudo com as mães. Na consulta coletiva uma mãe incentivava a outra, por exemplo, mostrando que realmente uma hidratação feita em casa, simplesmente com chá, dava resultado.

Continuando, esta aluna que participou desse trabalho se entusiasmou muito. Depois veio para o Rio e como residente trabalha em determinado hospital. E ela me dizia: “olha, eu fico impressionada; toda criança que chega aqui, metem uma agulha, jogam um soro, sem necessidade. Nós, lá na comunidade de Inhaúma, não fazíamos nada disso e a criança saía tranqüilamente daquilo”. Então você vê o que é a formação de um médico. É a experiência pessoal dele que vai levá-lo a questionar e mudar determinadas condutas.

Paulo:

Eu acho que esta prática que você apresentou agora, em relação às consultas coletivas, é interessante. Às vezes, questões éticas, geralmente preconceituosas, são alegadas contra estas experiências.

Uma das coisas mais interessantes que vivenciei recentemente foi a seguinte: por estar participando da campanha de eleição da diretoria do Sindicato dos Médicos, fomos visitar os colegas nos ambulatórios. Enquanto aguardávamos que eles se desocupassem para nos atender, constatamos que na sala de espera os pacientes que aguardavam a vez da consulta, de certa forma já estavam se consultando. Eles, entre si, transavam as práticas médicas populares e as práticas médicas científicas. Falavam de suas doenças sem receios ou inibições. Davam diagnósticos e orientações terapêuticas sempre informando a fonte do conhecimento. Por isso é que considero que as experiências de consultas coletivas não assumem características de modismo ou de algo a ser imposto. É uma prática que pode ser estimulada, pois tem base de aceitação popular.

Outro aspecto que gostaria de discutir é o problema do médico envolvido em trabalho comunitário. Acho que ele deve se cuidar profissionalmente, procurar aperfeiçoar seu conhecimento, ou seja, ter zelo profissional. É importante que este profissional, que é um agente educador, tenha coerência sem artificialismo exercendo com competência a sua profissão. Deve participar ativamente das lutas de sua categoria. Não deve se ausentar de nada. O fundamental é o seu compromisso com o movimento popular. E este compromisso não pode ser entendido como algo concluído, é uma coisa a ser construída no dia-a-dia.

Rafael:

O papel do médico, hoje, desvirtuou-se muito; o papel do médico e de todas as categorias. Acho que a massificação do ensino e todas

estas coisas transformou tudo. Quer dizer, o médico hoje não é visto mais como um indivíduo humanizado. Vocês vêem que se criaram determinados modismos. Vocês lembram que, recentemente, o INAMPS ao assumir a residência médica — eu vejo nisso grandes divergências, mas ele assumiu porque tem recursos financeiros — criou, juntamente com as áreas básicas (clínica médica, cirúrgica, pediatria e obstetrícia), a chamada Medicina Social, posteriormente Comunitária, depois Médico-Comunitária. E estes nomes não deram certo e voltou para Medicina Social, como se a medicina não fosse social.

O médico generalista, que é exatamente o médico de família, agora tem uma conotação muito diferente: ninguém mais quer ser generalista. Na realidade, o generalista era aquele médico que integrava o conhecimento: você chegava lá, ele lhe examinava e era capaz de resolver alguns problemas e de lhe indicar um especialista. Com a criação da medicina social ninguém mais quer ser generalista, porque hoje, na estrutura atual, o generalista é um indivíduo para ser colocado num posto periférico e não é considerado necessário, porque um agente de saúde faria uma atividade destas bastante corretamente. Então há toda uma deturpação das coisas: a especialidade tomou um vulto, todo mundo quer ser especialista, superespecialista, está entendendo? E, realmente, departamentalizou-se o corpo humano e nós estamos em um beco sem saída. Talvez o retorno ao médico de família, o retorno ao próprio conhecimento da comunidade seja uma volta, um resgate deste personagem que hoje já não existe mais porque o especialista tomou todas as conotações. Você vê, por exemplo, que o INPS só abre concurso para determinadas categorias, outras ele nem considera.

POLÍTICAS DE SAÚDE

Paulo:

A gente poderia discutir um pouco a questão de políticas de saúde. Tentar ver a partir de que se definem estas políticas e o que elas têm acarretado em termos das transformações acontecidas no profissional de saúde em si e em termos dos reflexos que tiveram para a população.

Joaquim:

Acho que as forças sociais dominantes vão evidentemente determinar o tipo de orientação dos serviços, sejam eles médicos ou não.

É assim que a medicina vai se organizar de forma empresarial, o que vai ser determinante para a definição do mercado de trabalho. O empresariamento vai substituir a forma liberal da medicina — onde cabia o médico de família e já não cabe mais. Os especialistas vão se tornar necessários e isso vai definir o ensino médico.

Eu estava lendo um artigo de que já na Faculdade — no caso particular do médico — se tem formas socialmente legitimadas de trabalhar diferentemente nas diferentes classes sociais. Quer dizer, de repente passa a ser normal você atender dois minutos em média, não ouvir. Esta forma de prática médica para quem está estudando,

para quem está interiorizando determinados padrões, é que está sendo legitimada pela própria organização de saúde, do sistema tal como ele se organiza. Eu acho que paralelamente a pensar a população, é preciso pensar: que política de saúde a gente está buscando? Qual a reivindicação do médico que hoje é um assalariado? Ele perdeu, realmente, um espaço do profissional liberal, do médico de família, da pessoa que era conselheira, que tinha um espaço social.

Paulo:

O que se observa é efetivamente isto que o Joaquim colocou: se institucionaliza a diferenciação na prática médica. Há uma prática médica para o previdenciário, uma prática médica para os que têm menor poder aquisitivo e a prática médica para a pequena elite.

Joaquim:

E dentro dos previdenciários você tem também uma diferenciação.

Paulo:

O sistema de saúde atual tem como objetivo principal a produção do atendimento médico. A sua eficiência é definida pela quantidade de atendimentos realizados, ou seja, a doença é o parâmetro de referência desse sistema. A valorização da produção de atendimentos determina aberrações que desqualificam o ato médico. Na verdade não se pratica a medicina. O que existe é uma engodo em que a população é prejudicada e utilizada como fonte de lucros. Grupos econômicos caracterizados como "complexo médico industrial" são os grandes beneficiados.

Só uma nova política de saúde que surja de um processo de verdadeira participação do conjunto da sociedade brasileira poderá vir responder aos anseios e interesses da população.

Elza:

Sim, estas respostas vão ter que vir de todos os lados, porque nós não podemos jogar as responsabilidades nos trabalhadores ou nos grupos mais organizados da população. Acho que tem que ser dada uma resposta global e que esta resposta global vai ser fruto de como esses diferentes trabalhos estão avançando a nível local; vai ter um momento em que vai ocorrer uma junção. E a junção vai ser para dar uma alteração nesse modelo em que estamos vivendo.

Joaquim:

O sistema de saúde atual está organizado para fabricar a doença, porque a doença tornou-se uma mercadoria altamente rentável. Não

se tem o mínimo interesse em resolver o problema "doença"; pelo contrário, é uma mercadoria rentável.

Elza:

Tanto é mercadoria que você vê determinadas situações de cirurgias: de repente, porque pagam uma porcentagem maior, você começa a ver cirurgia e mais cirurgia, quando nem todas elas são necessárias. Então se começa todo um tipo de mercantilismo assumido.

Paulo:

Eu gostaria de falar sobre o plano CONASP¹ para evidenciar a distância entre os discursos e as práticas. Neste plano o discurso é progressista, contemplando muitas propostas há muito tempo defendidas pela categoria médica. No intuito de comprometer as organizações médicas, este plano apesar de já decidido foi enviado para que as autoridades médicas dessem a sua opinião. Em função dos discursos progressistas, houve muita vacilação e dificuldade para um posicionamento coerente e vigoroso por parte dessas organizações.

Mas a prática da aplicação do CONASP não tem deixado dúvidas. A prática não tem nada ver com o discurso. É um plano puramente economicista, estimulador da diferenciação de atendimentos e da má qualidade dos mesmos. Eu vou dar um exemplo: um médico num ambulatório do INAMPS, antes do CONASP, já sofria limitações no seu atendimento. Pacientes demais para o tempo de atendimento, deficiência de equipamentos, de laboratório, de pessoal auxiliar etc. Mas o paciente tinha, no mínimo, uma ficha para acompanhamento subseqüente, e o profissional tinha liberdade de definir o que melhor lhe parecesse para o paciente nos limites das possibilidades que o INAMPS oferecia. Com o plano CONASP, vejam o que está acontecendo: aumento do número de pacientes a serem atendidos, restrição na solicitação de exames (para cada dezesseis pacientes só quatro exames complementares são autorizados), extinção das fichas de acompanhamento para os pacientes que na primeira consulta não necessitarem de retorno, limitação na solicitação de retorno (quatro voltas para cada dezesseis pacientes atendidos), restrição na solicitação de pareceres de especialistas, aumento da burocracia.

A ausência da ficha de acompanhamento é profundamente prejudicial ao paciente e ao profissional. São freqüentes acontecimentos desse tipo: examinando uma criança, constatei a presença de um sopro cardíaco e com cautela procurei abordar o problema com a mãe. E vejam a reação da mesma: "ô xente! o senhor já não mandou para o

1) — CONASP — Coordenação Nacional de Serviços Previdenciários que pretende repassar verbas para as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios visando à integração dos serviços públicos (previdenciários ou não) na área da saúde.

cardiologista? E eu já fui, não se lembra, não?". Se eu não tenho a ficha de acompanhamento, como é que eu vou me lembrar? São fatos desses bastante frequentes que caracterizam o prejuízo da falta da ficha de evolução. O CONASP está institucionalizando a prática médica de má qualidade, o descomprometimento do médico para com o paciente.

Na verdade, o plano CONASP não atende aos interesses da categoria médica e muito menos da população. Por isso, as reações estão começando a existir. Mas só quando houver movimento popular organizado que seja capaz de criticar, de propor reformulações e ter forças para impor essas reformulações é que se poderá obter planos de saúde eficazes.

Joaquim:

Por enquanto a única forma organizativa que consegue se impor é a Federação Brasileira de Hospitais, não é?

Douglas:

Aproveitando que você falou do CONASP, lá em Magé aconteceu algo no Sindicato Rural que talvez esteja acontecendo nos outros sindicatos. Estabeleceram uma cota de atendimento para o sindicato, parece que dezesseis e tal para cada médico que assistisse lá. E eles recebiam uma verba que já vinham recebendo há mais tempo, mas na verdade o atendimento médico do sindicato era de 30, 40 por dia; e eles exigiram essa limitação no atendimento supostamente para aumentar o tempo de atendimento de cada paciente. E a verba continuou a mesma. Isto aconteceu no ano passado, essa imposição. E o sindicato passou a se adaptar a essas condições. Esse ano agora, quando eles já estavam adaptados a essa nova situação, o INPS cobrou do sindicato a devolução de uma parcela desse dinheiro, porque se eles tinham reduzido o atendimento de 30 para 16 eles não precisavam da mesma quantia que estavam recebendo. Moral da história: um sindicato que vive de contribuição de trabalhadores rurais, de pequenos proprietários, todos paupérrimos, agora vai ter que devolver ao INAMPS quase que um ano de salário dos médicos do sindicato. Eu acredito que eles devem estar implementando isso, em todos os sindicatos. Um absurdo, não é?

Paulo:

Este fato está determinando algumas mudanças. Os sindicatos, após o movimento militar de 64, se transformaram em entidades predominantemente assistenciais para desmobilizar a classe trabalhadora. A partir dessa época, o assistencialismo passou a ser a base de sustentação da maioria dos dirigentes sindicais.

Agora está surgindo um fato novo, como consequência da grave crise financeira que vivemos atualmente e que determina desempregos, diminuição da receita financeira dos sindicatos e elevação do custo das atividades assistenciais. Esses dirigentes como tiveram uma prática imobilista e como o único instrumento deles ainda era o assistencialismo, começam a perder seus cargos. Por outro lado, as novas direções que estão com propostas mais combativas vão ter, numa fase inicial, uma dificuldade enorme porque vão ser incriminadas de descaso, sofrendo críticas por não poderem manter o padrão assistencial anterior. Isso será sentido enquanto a categoria não perceber claramente as mudanças no campo das lutas: do assistencialismo imobilista às reivindicações econômicas e políticas que exigem participação e mobilização e têm consequências bem mais positivas.

No momento atual, os sindicatos que oferecem assistência médica aos seus associados estão passando por situações conflitantes e contraditórias. Devido à restrição de recursos financeiros (diminuição das arrecadações com os associados e corte de verbas determinado pela Previdência Social para a assistência médica), esses sindicatos estão demitindo médicos ou não estão pagando o salário previsto em lei. Ou seja, o trabalhador é levado a usar a prática da exploração empresarial. Evidentemente isto cria o confronto de categorias, a divisão dos trabalhadores. Pois nestes casos é claro que o Sindicato dos Médicos deverá assumir os interesses de sua categoria. É necessário que os trabalhadores, principalmente os dirigentes sindicais, reflitam sobre esta questão a fim de que se possa encontrar o fundamento do problema que na verdade se encontra na política de saúde e mais amplamente na política sócio-econômica vigente no país.

Rafael:

Você veja o seguinte: quando eu cheguei no Maranhão, em 70, tinha uma ordem nacional de que nenhum médico do INAMPS poderia atender uma pessoa que não fosse do INAMPS. Eu acho que as normas você não precisa obedecê-las. Então eu sempre me defini assim: nenhum médico foi condenado por cumprir o seu dever. Eu inter-nava, eu mandava operar, dava medicamentos para tratar certos doentes em casa, que era muito mais barato e menos arriscado para o doente do que ficar num leito hospitalar. Então eu fazia essas coisas todas. E me processaram várias vezes, mas eu ganhei.

Bom, aí veio a mudança geral: plano quinquenal do governo, o INAMPS atende todo mundo indiscriminadamente. Tudo bem, tudo ótimo. Com o tempo não pôde mais, aí volta tudo. Hoje, lá no nosso serviço, lá no INAMPS, eu tenho uma enfermaria. Eu interno todos os doentes. Quando chega: "não, não pode". Eu: "aqui eu não quero saber se tem carteira; eu não atendo carteira, eu atendo os doentes".

Mas eu sou obrigado a assinar um documento que pode ser descontado no meu ordenado. Isso burocratizou o médico, desumanizou. Como é que você pode, por exemplo, frente a uma criança grave, a uma pessoa grave, você dizer se aquela criança é do INPS, ou do Estado, ou de alguma coisa? Não pode. Do ponto de vista ético, não pode existir isso, de maneira nenhuma. Você tem que repudiar. Agora, infelizmente, cria um impasse. Cria uma mentalidade de obediência — eu não sei se por comodismo — a essas determinações dos grupos que existem. Você não aceita, eu não aceito, aquele não aceita, mas há quem aceite, subordinando o seu juramento ético aos ditames da “economia” e normas dominantes.

Elza:

A grande maioria aceita.

Paulo:

Lamentavelmente, a gente não faz resistência coletiva. A gente faz resistência individual e essa é desgastante. No mínimo é aquele profissional que é sempre olhado de mal jeito, o não colaborador com o sistema. É como se diz, na ficha dele há identificação de um opositor, um rebelde, no mínimo.

Elza:

Eu acho que a gente teria que ver, dentro do que o Paulo coloca aí, em que medida essa resistência que é feita a nível individual pode ir sendo discutida para tentar ir criando um despertar nesses profissionais. Uma grande maioria aceita o que aí está, é verdade. Agora, aceita porque eles são os profissionais biscateiros que têm que ter aquele trabalho para receber aquele “quantum”. Porque dentro da entrada global eles precisam daquilo, então eles acabam se ajustando às imposições do sistema. Como é que a gente faria para ter um número maior, não de rebeldes, mas de profissionais eficientes, profissionais conseqüentes, profissionais como a gente estava colocando aqui de que quanto maior conhecedor da sua profissão, quanto melhor executor dessa profissão, melhor. Para eles fazerem isso, eles têm que ter uma consciência maior de toda essa situação que eles estão vivendo. Eu acho que a gente tem um número grande que até sabe, mas que eles preferem entrar na situação, se omitir, para não perder o lugar.

Eu acho que teria que ser uma atuação dentro do local de trabalho; outra nas associações de classe, quer dizer, através de sindicatos, através de associações. Se você está dentro de um hospital tem uma associação de funcionários. Como é que você atua dentro dessa associação de funcionários, como é que você atua junto aos demais pro-

fissionais que estão aí. Eu acho que é isso que vai tentando romper, como você dizia antes, com essas normas rígidas que chegam. Não se pode aceitar certos projetos passivamente.

Rafael:

Eu acho que, inclusive, o grande problema é que nós não transformamos nada. Eu acho que a gente ajuda a transformar se a gente se transforma também. A gente se transforma e ajuda a transformar. Como fazer isso, acho que é um grande desafio, certo? E creio que é o que ficou deixado aqui, por todo mundo. Ampliando-se a discussão novos elementos vão aparecer para a gente voltar a discutir, não é?

CADERNOS DE EDUCAÇÃO POPULAR 7

Saúde e educação popular

Organização: NOVA

A discussão a respeito da conquista e da manutenção da saúde enquanto um processo coletivo, que alia a contribuição de especialistas à de grupos sociais imediatamente interessados, já tem uma história. A escolha do tema "Saúde e Educação Popular", como matéria de uma publicação, insere-se nesse processo. Este texto resultou de um seminário, organizado pelo NOVA com a colaboração da Revista Médico Moderno, para o qual foram convidados pessoas que a partir de suas experiências pudessem discutir as implicações de um trabalho de saúde junto a grupos populares.

A primeira parte apresenta os relatos das experiências; na segunda, encontram-se as discussões em torno de questões motivadas pelos relatos. Convidamos o leitor a começar pela parte que mais lhe interessar, sobretudo porque o seminário foi considerado por todos como um começo de conversa que poderia ser continuada por muitos.

Coleção: Cadernos de Educação Popular

- Nº 1 — Para Analisar uma Prática de Educação Popular — Educação Popular: Um Depoimento — Beatriz Costa e Bernard von der Weid.
- Nº 2 — Depoimento: Fala um Operário — Equipe do Nova.
- Nº 3 — Conversando com os Agentes — Saber Popular/Educação Popular — Aída Bezerra e Pedro Benjamin Garcia.
- Nº 4 — Só a Gente Que Vive é Quê Sabe — O Que é a Seca — Equipe do Nova.
- Nº 5 — Movimento dos Trabalhadores: Um Debate — Equipe do Nova.
- Nº 6 — Do Fruto à Raiz — Zeca Tiago.



ATENDEMOS PELO REEMBOLSO POSTAL

2090-7